



Journal of Self-regulation and Regulation

Volume 6/2020

Von weiblicher Genitalbeschneidung betroffene Patientinnen in der Gynäkologie: Empfehlungen für eine kultursensible Betreuung und Prävention

Monika Bobbert, Raina Schreitz und Helen Starke¹

Abstract

GynäkologInnen in Deutschland sehen sich zunehmend mit beschnittenen Frauen und Mädchen konfrontiert. Entsprechenden Selbstregulierungen medizinischer Fachgesellschaften zur Behandlung beschnittener Frauen lassen sich zwar medizinische und berufsethische Orientierungen entnehmen, doch reichen diese für einen kultursensibel gestalteten ÄrztIn-PatientIn-Kontakt nicht aus. Daher werden auf der Basis kultureller und religiöser Hintergrundinformationen Handlungsempfehlungen für eine fachgerechte und kultursensible Betreuung betroffener Frauen und Mädchen vorgestellt. Aus ethischer Sicht ist weibliche Genitalbeschneidung (FGC) als nicht-einwilligungsfähiger Eingriff, der gravierend und u. U. irreversibel die körperliche und psychische Integrität und Gesundheit berührt, nicht vertretbar. Um weitere FGCs zu vermeiden, sollten GynäkologInnen „familiensystemisch“ vorgehen und zudem nach Geburt eines Mädchens die Zusammenarbeit mit der Pädiatrie anbahnen. Bei Vorliegen einer FGC sind die Folgen zu behandeln und eine Rekonstruktion des Genitals anzubieten. Nach der Geburt den FGC-Ausgangszustand wiederherzustellen, untersagt das Nicht-Schadens-Prinzip. Die vorliegende kultursensible Ergänzung einschlägiger Selbstregulierungen zeigt, dass nur konkrete Selbstregulierungsmaßnahmen zu Akzeptanz und Wirksamkeit führen können. Flankierend sollten das Gesundheitswesen, der Bildungssektor und die Sozial- und Entwicklungshilfepolitik gemeinsam mit den Sozial- und Kulturwissenschaften Konzepte zur Prävention von FGC entwickeln und erproben.

Keywords

Weibliche Genitalbeschneidung, Gynäkologie, Kultursensibilität, Prävention

¹ Die Autorinnen, die in alphabetischer Reihenfolge aufgeführt sind, haben alle gleichermaßen zur Publikation beigetragen (geteilte Erstautorenschaft).

Von weiblicher Genitalbeschneidung betroffene Patientinnen in der Gynäkologie: Empfehlungen für eine kultursensible Betreuung und Prävention

Monika Bobbert, Raina Schreitz und Helen Starke

1 Einleitung

Mit zunehmender Migration steigt auch die Zahl der von weiblicher Genitalbeschneidung betroffenen und bedrohten Frauen und Mädchen in Deutschland. Laut einer aktuellen Studie von INTEGRA beläuft sich die Anzahl beschnittener Frauen in Deutschland, die meist aus Eritrea, Indonesien, Somalia, Ägypten und Äthiopien stammen, auf mindestens 47.359 Betroffene.¹ Für die Zahl bedrohter Mädchen, von denen viele in Berlin, Düsseldorf, Frankfurt am Main, Köln und München leben (Nestlinger, Fischer, Jahn, Ihring, & Czelinski, 2017, S. 23–27), wurde ein Intervall von 1.558 bis 5.684 Personen geschätzt.²

Die Ärzteschaft, das Gesundheitswesen und die Politik in Deutschland sind aufgefordert, sich sowohl für eine fachgerechte und kultursensible (Nach-)Behandlung bereits Betroffener als auch für den Schutz heranwachsender Mädchen einzusetzen. Aus der komplexen Diskussions- und Problemlösungslage wird im Folgenden ein spezielles Problem herausgegriffen: Standards, die durch Fortbildung und Leitlinien etabliert werden, könnten zu einer Qualitätsverbesserung der gynäkologischen Versorgung beitragen. Doch welche Form der Selbstregulierung eines ausgewählten medizinischen Fachbereichs ist für die Betroffenen akzeptabel und für die behandelnden ÄrztInnen ausreichend konkret und umsetzbar?

Neben speziellen Kenntnissen zur medizinischen Versorgung bedarf es landes-, kultur- und religionsspezifisch informierter Interventionen. Gemäß einer qualitativen Befragung wünschten sich von FGC betroffene Frauen eine fachkompetente und wertschätzende Kommunikation, die nicht als paternalistisch erlebt wird und Widerstand hervorruft (Nestlinger et al., 2017).

Insgesamt unverzichtbar sind die Etablierung und Umsetzung effektiver Maßnahmen zur Primärprävention weiblicher Genitalbeschneidung die Sekundärprävention gesundheitlicher Komplikationen sowie die Tertiärprävention, etwa durch plastische Rekonstruktion. Beschnittene und gefährdete Frauen und Mädchen haben mit dem Gesundheitssystem v. a. Kontakt in der Gynäkologie, Pädiatrie und Allgemeinmedizin.

1 Frauen und Mädchen ohne dt. Staatsangehörigkeit, Stichtag: 31.05.2016.

2 Frauen und Mädchen ohne dt. Staatsangehörigkeit, Stichtag: 31.12.2015.

Geburtshilfe, Notaufnahmen, Rechtsmedizin, Urologie und plastische Chirurgie stellen weitere Kontaktfelder dar.

Allerdings zeigt z. B. die Studie von INTEGRA Aus- und Weiterbildungsbedarf des medizinischen Personals. Dabei besteht der Wunsch nach Informationen über Behandlungsmöglichkeiten und Handlungsanweisungen zum Umgang mit betroffenen und gefährdeten Frauen und Mädchen (Nestlinger et al., 2017, S. 57 f.). Konkrete Empfehlungen für den ÄrztIn-PatientIn-Kontakt und Fortbildungskonzepte fehlen bislang. Auf dieses Defizit wird im vorliegenden Beitrag reagiert, indem die Anforderungen an eine kultursensible Betreuung von Frauen und Mädchen in Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Möglichkeiten der Primärprävention in Bezug auf Töchter und andere weibliche Familienangehörige ausgearbeitet werden.³

Im April 2016 gab die Bundesärztekammer eine „Empfehlung zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung“ heraus, die die berufsethische Position zur FGC verdeutlicht. Darüber hinaus gibt es Best-Practice-Behandlungsempfehlungen von Fachgesellschaften für Gynäkologie und Geburtshilfe in Deutschland, der Schweiz, Frankreich und Großbritannien sowie von der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization; WHO).⁴ Die Empfehlungen aus Frankreich und Großbritannien sind von besonderem Interesse, da sie durch den hohen Anteil an Migrantinnen aus Prävalenzländern auf langjährigen Erfahrungen beruhen. In Bezug auf medizinische Indikationen und Behandlungsmöglichkeiten bei FGC wurden die dort vorhandenen Fachempfehlungen im Zuge des vorliegenden Beitrags zusammengeführt, da diesbezüglich ein hohes medizinisches Qualitätsniveau gegeben ist. In Bezug auf ethische, insbesondere kultursensible Fragen des Umgangs mit FGC im konkreten Fall waren jedoch eine kritische Synopse und daran anschließende Weiterentwicklung erforderlich, da die Fachempfehlungen in dieser Hinsicht lediglich allgemeine Hinweise enthalten.

Die Leistung des vorliegenden Beitrags besteht daher in konkret umsetzbaren Handlungsempfehlungen für GynäkologInnen für einen kultursensiblen, ethisch verantwortlichen Umgang mit FGC im ÄrztIn-PatientIn-Kontakt. Ausgangspunkt bilden Basisinformationen über die Epidemiologie und Klassifikation von FGC, häufige Begründungsmuster der FGC praktizierenden Gemeinschaften und medizinische Behandlungsindikationen. Damit die ausgearbeiteten Empfehlungen für GynäkologInnen nicht lediglich moralische Positionsbeschreibungen darstellen, werden

3 Ausführlich dazu die Arbeit von Starke (2017), die im Anhang konkrete Handlungsempfehlungen und Arbeitshilfen bietet. Ergänzend wird dort auch näher auf Pädiatrie und Allgemeinmedizin eingegangen.

4 Vgl. Arbeitsgemeinschaft Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit e. V. der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2007), Department of Reproductive Health and Research UK (2011), Direction Générale de la Santé et al. (2016), Hohlfeld, Thierfelder und Jäger (2005); Royal College of Nursery (2006), Low-Beer und Creighton (2015), Utz-Billing, Kentenich, Henzgen, Kantelhardt und Riem (2011), WHO (2016).

im vorliegenden Beitrag in der gebotenen Kürze der rechtliche Bezugsrahmen und die zugehörige ethisch-normative Reflexion zur FGC vorangestellt.

2 Grundwissen zu weiblicher Genitalbeschneidung

2.1 Terminologie und Epidemiologie

Der Begriff „weibliche Genitalbeschneidung“ bzw. *female genital cutting* (FGC) umfasst alle Praktiken, die zur teilweisen oder kompletten Entfernung oder Verletzung primärer äußerer Geschlechtsorgane der Frau ohne medizinischen Grund führen (WHO, 2008, S. 1). Weiterhin werden die Begriffe *female genital mutilation*, *female genital operation*, *female genital torture* und *female genital circumcision* gebraucht. Einige dieser Begriffe implizieren schon eine Bewertung der Praxis. Nicht-Regierungsorganisationen sowie die WHO verwenden den Begriff *female genital mutilation*, um die Beschneidung der Frau von der Zirkumzision beim Mann abzugrenzen und das Ausmaß möglicher Traumatisierung hervorzuheben (WHO, 2008, S. 22). Da eine respektvolle und kultursensible medizinische Betreuung bemüht ist, im Gespräch mit der Patientin Wertungen zu vermeiden, sind die Begriffe *female genital cutting* (FGC) bzw. „weibliche Genitalbeschneidung“ vorzuziehen (Utz-Billing et al., 2011).

Laut WHO sind ca. 138 Millionen Mädchen und Frauen weltweit von FGC betroffen (Banks et al., 2006, S. 1). Jedes Jahr kommen weitere drei Millionen hinzu. Meist erfolgt die Beschneidung im Alter von wenigen Wochen bis zum 18. Lebensjahr – mit einem Häufigkeitsgipfel zwischen dem 7. und 9. Lebensjahr (Banks et al., 2006, S. 28). FGC kommt in 30 Staaten Afrikas vor, wobei die Prävalenz stark variiert.⁵ Außerhalb Afrikas wird sie v. a. im Jemen, im irakischen Kurdistan, in Teilen Indonesiens und Malaysias sowie in geringer Zahl auch in Indien, Pakistan, Sri Lanka, den Vereinigten Arabischen Emiraten, dem Oman, Peru und Kolumbien praktiziert (Banks et al., 2006, S. 29 f.). Obwohl FGC nicht territorial begrenzt vorkommt, sondern an religiöse oder ethnische Zugehörigkeit gebunden ist, ist keine eindeutige Zuordnung zu einer Religionsgemeinschaft möglich, da nicht nur MuslimInnen sondern auch KatholikInnen, ProtestantInnen, orthodoxe KoptInnen, Gemeinschaften, die von der Allbeseeltheit der Natur ausgehen,⁶ und AtheistInnen FGC praktizieren (Graf, 2013; Hulverscheidt, 2002).

2.2 Durchführung und Klassifikation

FGC wird häufig von so genannten *traditional practitioners* (vgl. Hicks, 1987) ohne medizinische Ausbildung und daher ohne Anästhesie und ohne Kenntnis chirurgischer Standards vorgenommen. Weil FGC aus einer Zeit ohne Krankenhäuser stammt, wird die

5 Laut „Interagency Statement“ der WHO von 2008, S. 4 f.; lag die Prävalenz in sieben Ländern bei über 85 %.

6 Der unscharfe Begriff des Animismus wird hier vermieden, da er zum einen als Bezeichnung—wie an dieser Stelle des Textes—spirituell-religiöser Vorstellungen der Allbeseeltheit der Natur dient, zum anderen aber auch schon abwertend als vermeintlich niedrige religiöse Entwicklungsstufe bestimmter Ethnien verwendet wurde.

Beschneidung bis heute als kultureller Brauch verstanden. Die *traditional practitioners* sind ältere, angesehene Frauen des Dorfes, Medizinmänner, Barbieri u. a. – von VorgängerInnen in die Praxis eingeführt. Ihnen werden teils übersinnliche Kräfte zugesprochen. Messer, Scheren, Rasierklingen, Glasscherben oder Skalpelle dienen als Instrumente. Erfolgt zusätzlich eine Infibulation, wird die bei der Entfernung bzw. Verletzung von Teilen der primären weiblichen Geschlechtsorgane entstandene Wunde mit Materialien wie Schafdarm, Pferdehaar, Bindfäden, Akaziendornen etc. fast vollständig verschlossen. Veränderungen sind insofern zu verzeichnen, als in Ägypten FGC inzwischen nicht mehr nur von *traditional practitioners*, sondern zunehmend von ÄrztInnen durchgeführt wird. Auch im Sudan und in Kenia findet FGC zunehmend innerhalb des medizinischen Systems statt (Dinslage, 1981; Gülle, 1989).

FGC umfasst vielfältige Beschneidungsformen. Zwecks einer einheitlichen Systematisierung unterscheidet die WHO im Wesentlichen vier Typen: Bei der leichtesten Form, Typ Ia, ist die Beschneidung auf die Entfernung der klitoralen Vorhaut beschränkt. Beim Typ Ib erfolgt zusätzlich die partielle oder totale Entfernung der Klitoris. Bei der Typ IIa-Beschneidung werden die kleinen Schamlippen entfernt. Bei Typ IIb wird zusätzlich partiell oder total die Klitoris entfernt, beim Typ IIc zudem die großen Schamlippen. Als Typ III-Beschneidung definiert die WHO den Verschluss von Vagina und Harnröhre (Infibulation) unter Bildung einer narbigen Überdeckung durch das Entfernen und Zusammenfügen von Teilen der kleinen Schamlippen (Typ IIIa) und/oder der großen Schamlippen (Typ IIIb) mit oder ohne Entfernung der Klitoris. Typ IV fasst verschiedene Formen invasiver Manipulation am äußeren Genital zusammen. Die Infibulation, die primär in Somalia, Äthiopien, Eritrea, Djibouti und im Sudan durchgeführt wird, betrifft ca. 15 % der Frauen (Low-Beer & Creighton, 2015, S. 6).

2.3 Begründungsmuster weiblicher Genitalbeschneidung

FGC wird – abhängig von Region, Ethnie oder Religion – unterschiedlich begründet. Das stärkste Motiv für FGC ist die „Tradition“ – so etwa das Ergebnis einer Befragung von 400 Frauen aus Sierra Leone (davon 369 beschnitten; Koso-Thomas, 1987). Beschneidung stärkt das Gemeinschaftsgefühl durch den Erhalt gemeinsamer Wertvorstellungen. Das zweitstärkste Motiv ist der Wunsch nach sozialer Akzeptanz, da nicht-beschnittene Frauen und Mädchen sozial geächtet und stigmatisiert werden. Unbeschnitten zu sein, bedeutet in ländlichen Gebieten Afrikas das Verneinen der Heiratsfähigkeit, was zu sozialem Ausschluss und Absicherungsproblemen führt. Denn Beschneidung, Heirat und Geburt des ersten Kindes gelten als wichtige Schwellen im Leben einer Frau verbunden mit gesellschaftlichem Aufstieg (Graf, 2013, S. 40). Mit der Heiratsfähigkeit geht ökonomische Existenzsicherung einher: So erfolgt der Zugang zu Erwerbstätigkeit, Bildung und Eigentum über den Mann, und Nachkommen sichern die Altersversorgung (Hillebrand, 1999).

FGC als zwingende Voraussetzung zur Teilhabe am religiösen Leben wird als dritthäufigstes Motiv genannt. Meist wird die religiöse Praxis als Basis für

Heiratsfähigkeit und Familiengründung gesehen. Obgleich die Beschneidung insbesondere unter Musliminnen weit verbreitet ist, wird sie auch von Christinnen, Animistinnen und äthiopischen Falasha-Jüdinnen praktiziert, ist damit also keiner Religion genuin zugeordnet. Zudem ist die FGC, wie Schrift- und Bildquellen belegen, älter als die drei Weltreligionen (Hulverscheidt, 2002); weder christlich-jüdische noch islamische Quellen begründen sie (Graf, 2013, S. 41). Innerislamisch wird FGC in den Rechtsschulen anhand mehrerer Hadithe diskutiert und unterschiedlich ausgelegt. Wie bereits erwähnt, findet sich im Koran kein Beleg für die religiöse Notwendigkeit dieses Brauchs. Seit 2006 liegt eine entsprechende Fatwa, d. h. ein Rechtsgutachten islamischer Religionsführer, vor, die sich in der Al-Azhar-Universität in Kairo zur Frage des Verbots der Verstümmelung des weiblichen Körpers berieten. Die Schlussempfehlung machte deutlich, dass FGC nicht mit dem Islam zu vereinbaren sei (Engels, 2008).

Zentrales Motiv für die Praxis sind also eher identitätsstiftende und zugleich Diskriminierung vermeidende Effekte als religiöse Gründe. Denn es stellt für eine Frau eine existentielle und soziale Bedrohung dar, nicht beschnitten zu sein.

2.4 Gesundheitliche Komplikationen

Mögliche gesundheitliche Komplikationen zeigen insbesondere retrospektive Studien auf der Grundlage von Selbstberichten Betroffener sowie Studien aus Gesundheitszentren auf Grundlage existierender klinischer Aufzeichnungen und Untersuchungen (z. B. Banks et al., 2006; Obermeyer, 2005; WHO, 2000).⁷ In den letzten Jahren veröffentlichten Arbeitsgruppen um Rigmor C. Berg mehrere Übersichtsarbeiten unter methodenkritischer Verwendung existierender Studien (Berg, Denison, & Fretheim, 2014; Berg, Odgaard-Jensen, Fretheim, Underland, & Vist, 2014; Berg, Underland, Odgaard-Jensen, Fretheim, & Vist, 2014). Demnach greift FGC in das komplexe Zusammenspiel von Anatomie und Physiologie des weiblichen Genitals ein und erhöht somatische und psychische Risiken.

Die WHO (2000; 2016) gliedert die potenziellen Komplikationen in akute und chronische sowie zusätzlich in geburtshilfliche und psychische Komplikationen und Störungen der Sexualität: Als häufigste akute Komplikationen werden schwere Blutungen, Schock, akuter Harnverhalt, massive genitale Schleimhautschwellungen, Wundheilungsstörungen, Infektionen, Fieber und Schmerzen genannt, wobei oft mehrere Komplikationen zugleich auftreten. Es gibt auch Hinweise, dass FGC-Typ-III als besonders invasive Beschneidungsform höhere akute Risiken birgt als die weniger invasiven Typen I und II. Signifikant ist dieses Ergebnis jedoch nicht.

In Deutschland sind GynäkologInnen v. a. mit chronischen Komplikationen konfrontiert. Allerdings führen die Betroffenen selbst diese Folgen oft nicht auf die an ihnen durchgeführte Beschneidung zurück (Hohlfeld et al., 2005, S. 6). Es zeigte sich z. B. ein

7 Die Qualität der so generierten Daten ist zwar kritisch zu sehen, doch existieren keine anderen.

Von weiblicher Genitalbeschneidung betroffene Patientinnen in der Gynäkologie: Empfehlungen für eine kultursensible Betreuung und Prävention

erhöhtes Risiko für rezidivierende Harnwegsinfekte, bakterielle Infektionen der Vagina und chronische Infektionen der Reproduktionsorgane. Auch das Risiko für vaginalen Ausfluss mit Juckreiz, schmerzhaftes Wasserlassen und Menstruationsstörungen wie Dysmenorrhoe (schmerzhafte Menstruation), unregelmäßige oder längere Blutungen oder Hämatometra (Rückstau von Menstruationsblut in der Gebärmutter) ist leicht erhöht. Zudem zeigte sich ein erhöhtes Risiko, unter Dyspareunia, d. h. Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, zu leiden. Für eine HIV-Infektion oder Infertilität lässt sich jedoch keine eindeutige Risikoerhöhung nachweisen.

Für geburtshilfliche Komplikationen ist ein signifikant höheres Risiko für verlängerte Geburtsverläufe und Kaiserschnitte belegt. Erstgebärende Frauen haben zudem erhöhte Risiken für Dammrisse bzw. -schnitte, peri- und postnatale Blutungen und die Notwendigkeit operativ-vaginaler Entbindungen. FGC wirkt sich häufig noch stärker negativ auf die Gesundheit der Frau aus, wenn weitere Geburten folgen.

Bei in Europa lebenden Betroffenen werden psychische Probleme sichtbar. Sowohl die Behandlungsleitlinie der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2005) als auch die der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2007) betonen, dass FGC ein schweres Trauma auslösen und so zu Angststörungen, Depressionen, chronischer Irritabilität, Psychosen, Somatisierungsstörungen, Beziehungsproblemen und sexuellen Störungen führen könne (Hohlfeld et al., 2005, S. 6 f.; Utz-Billing et al., 2011, S. 4 f.). In der Meta-Studie von Berg, Denison et al. (2014) zum Thema „psychische, soziale und sexuelle Konsequenzen nach weiblicher Genitalbeschneidung“ konnte jedoch kein signifikant erhöhtes Risiko für Angst-, Somatisierungs- oder depressive Störungen nachgewiesen werden.

Demgegenüber sehen eine andere Meta-Studie (Mulongo, Martin, & McAndrew, 2014) und eine Einzelstudie von Pechmann et al. (2016) eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) als häufige Folge von FGC. Meist würden die Mädchen ohne Narkose, ohne rituelle und informierende Vorbereitung beschnitten, dabei oft von Nahestehenden festgehalten oder fixiert. Neben großen Schmerzen gehe FGC oft mit einem Vertrauensverlust gegenüber engen Bezugspersonen und einer erhöhten psychischen und physischen Vulnerabilität einher. Pechmann et al. (2016) wiesen allerdings nach, dass die Symptomatik einer PTBS bei FGC-bejahender Einstellung von Frauen mit FGC-Typ III geringer ausgeprägt ist als bei Frauen mit FGC-Typ I. Da das Umfeld zur bejahenden oder ablehnenden Einstellung beiträgt, ist anzunehmen, dass sich bei nach Deutschland migrierten Frauen eine Umdeutung der FGC und damit verbundener Beeinträchtigungen ereignen kann.

Studienübergreifend (Berg, Denison, et al., 2014) zeigte sich aber ein signifikant erhöhtes Risiko für Komplikationen im Bereich des sexuellen Erlebens und damit verbundenen sozialen Problemen. Signifikant häufiger gaben Befragte z. B. Unzufriedenheit mit der Hochzeit sowie Instabilität der Ehe an. Ebenso war das Risiko, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr zu empfinden, weniger Befriedigung und seltener Orgasmen während des Geschlechtsverkehrs zu erleben, bei Frauen mit Beschneidung

aller Typen signifikant erhöht. Zwar zeigte sich kein Unterschied bzgl. der Häufigkeit, mit der Frauen von sich aus Sexualkontakt zum Partner suchten, doch klagten beschnittene Frauen doppelt so häufig über sexuelle Unlust wie nicht beschnittene Frauen und gaben ihre Klitoris seltener als das empfindsamste Gebiet ihres Körpers an.

3 Rechtliche Rahmenbedingungen für den Umgang mit weiblicher Genitalbeschneidung

In Deutschland steht FGC seit 2013 als nicht einwilligungsfähiger Eingriff gegen die körperliche Unversehrtheit nach § 226a StGB unter Strafe.⁸ Eine Zuwiderhandlung wird mit Freiheitsstrafe nicht unter einem Jahr bestraft. Es handelt sich daher um ein Verbrechen. Strafrechtlich verantwortlich sind nicht nur die Durchführenden, sondern auch die Eltern des Kindes, die durch Einwilligung in eine FGC am minderjährigen Kind als Mittäter (§ 25 Abs. 2 StGB), Anstifter (§ 26 StGB) oder Gehilfe (§ 27 StGB) verantwortlich sind (Sotriadis, 2014, S. 334). Zudem liegt eine Strafbarkeit wegen pflichtwidrigen Unterlassens (§ 226a i. V. m. § 13 StGB) vor, wenn ein Elternteil trotz Kenntnis des bevorstehenden Eingriffs nichts unternimmt, um diesen zu verhindern. Darüber hinaus kann auch der Straftatbestand der Verletzung der Fürsorge- oder Erziehungspflicht (§ 171 StGB) in Betracht kommen. Der Gesetzgeber bringt mit der Strafbarkeit der FGC zum Ausdruck, dass FGC nicht einwilligungsfähig ist, und begrenzt zudem das elterliche Erziehungsrecht (Sotriadis, 2014, S. 330 ff.) sowie die Religionsfreiheit.⁹ Die schwere Körperverletzung liegt darin, dass die Verstümmelung zu Verlust oder dauerhafter Funktionsunfähigkeit von Teilen der äußeren Geschlechtsorgane führt. Neben der Irreversibilität begründen die sonstigen negativen Folgen für Gesundheit, Schwangerschaft und Geburt die Strafbarkeit der FGC. ÄrztInnen verbietet die Schweigepflicht die Anzeige einer drohenden FGC nicht (§ 203 StGB), da es sich um eine schwere Straftat handelt.¹⁰ Entsprechend der Gesetzeslage lehnt auch die Bundesärztekammer (2016) eine FGC und die postnatale Reinfibulation ab.

Die Einführung des § 226a geht auf internationale Vorgaben zum Schutz der Rechte von Frauen und Mädchen zurück, so u. a. auf die UN-Kinderrechtskonvention von 1989, die UN-Frauenkonvention von 1990 und das Europarats-Übereinkommen von 2011. Neben vielen Staaten in Europa, Amerika und Asien haben mittlerweile auch zahlreiche afrikanische Staaten FGC unter Strafe gestellt.¹¹

8 47. Gesetz zur Änderung des SGB - Strafbarkeit der Verstümmelung weiblicher Genitalien vom 24.09.2013 (BGBl. I S. 3671), in Kraft getreten am 28.09.2013.

9 Näher dazu Böse (2017); §226a, Rn. 1 ff.

10 Näher dazu Kargl (2017); § 203, Rn. 64–66.

11 Vgl. für Beschneidungsverbote in afrikanischen Ländern die Homepage der International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO): www.figo.org/search?query=FGM

4 Einschlägige ethische Normen und ihre Anwendung auf die Genitalbeschneidung

FGC bringt nicht nur unmittelbare, teilweise lebensbedrohliche Folgen wie Blutverlust, Infektionsrisiken und Schmerzen mit sich, sondern auch langfristige Gesundheitsschäden wie chronische Entzündungen, Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt, Unfruchtbarkeit, Beeinträchtigungen der sexuellen Aktivität und Empfindsamkeit. Schon den Eingriff als solchen, der zumeist unter ungenügenden hygienischen Bedingungen und ohne Betäubung durchgeführt wird, erleben Frauen oft als sehr traumatisch. FGC stellt eine irreversible Schädigung sexueller Organe und Funktionen dar, die sich nicht als Therapie oder zumutbare minimale Beeinträchtigung rechtfertigen lässt. Abhängig vom Beschneidungstyp können Frauen ihr Leben lang unter Schmerzen und physiologischen Dysfunktionen leiden. Zahlreiche Empfindungen sind nicht mehr möglich.

Hinzu kommt, dass FGC eine Körperverletzung ohne Einwilligung darstellt, da sie meist im Kindes- oder Jugendalter durchgeführt wird. Dessen ungeachtet ließe sich ein solch schwerwiegender Eingriff durch Dritte selbst durch die Einwilligung bei Volljährigkeit nicht rechtfertigen – angesichts massiver Gesundheitsschädigungen und Traumatisierungen der Frau selbst, aber auch angesichts von Geburtsrisiken, die Leben und Gesundheit ungeborener Kinder gefährden.¹²

Eine Reinfibulation nach der Geburt, die Frauen mit FGC vom Typ III teilweise wünschen, ist aus ethischer Sicht nicht vertretbar, da das Prinzip des Nicht-Schadens in Bezug auf die Frau und künftige Kinder verletzt würde. Außerdem dürfen ÄrztInnen keine medizinische Handlung ausführen, die nicht indiziert ist und die zur Aufrechterhaltung oder Wiedereinführung schwerwiegender gesundheitlicher Nachteile beitragen würde. Die angeführten grundlegenden moralischen Rechte und Pflichten, deren Begründung den Rahmen des Beitrags sprengen würde, die aber im Ergebnis weitgehend unstrittig sind, decken sich mit nationalen und internationalen Rechtsnormen.

Demgegenüber argumentieren FGC-BefürworterInnen mit dem Anspruch auf Gedanken-, Gewissens- und Religionsfreiheit. Als notwendige Bedingung der Teilhabe an der religiösen Gemeinschaft verstanden, solle die Tradition der Beschneidung an den Mädchen vollzogen werden. Da Eltern das Recht zukomme, ihre Kinder ihren Überzeugungen entsprechend zu erziehen, sei die Praxis, minderjährige Mädchen zu beschneiden, legitim.¹³

12 Anders verhält es sich z. B. bei der Spannung zwischen Informed Consent und mangelnder medizinischer Indikation bei Schönheits-OPs an den kleinen Schamlippen. Unterschiede bestehen u. a. bzgl. Funktionserhalt, Eingriffstiefe und kurz- wie längerfristigen Gesundheitsschäden und Schmerzen. Neben der Frage negativer Gesundheitsfolgen und Einschränkungen des sexuellen Empfindens besteht aus ethischer Sicht der wesentliche Unterschied bereits bei Beschneidungen vom Typ I darin, dass Frauen ohne FGC der Ausschluss aus ihrer Gemeinschaft droht und damit die Freiwilligkeit stark eingeschränkt ist.

13 Vgl. z. B. Sulkin (2009, S. 19), der weibliche Genitalbeschneidung als Körpermodifikation versteht und bspw. einen Vergleich zur Behandlung mit einer Zahnsperre beim Kieferorthopäden zieht. Für ihn

Doch zum einen ist die Rechtfertigung der FGC aus religiösen Gründen fraglich, da, wie dargelegt, keines der religiösen Hauptwerke der drei großen monotheistischen Religionen aussagekräftige Belege für deren Notwendigkeit liefert. Zum anderen ist auch für praktizierende Länder fraglich, inwiefern FGC auf lange Sicht der Teilhabe an der Gemeinschaft dient. Denn selbst wenn Frauen durch die Beschneidung zunächst gesellschafts- und damit heiratsfähig werden, wird die Existenz der Frau und ihrer Familie u. U. bedroht, weil sie z. B. durch gravierende gesundheitliche Beeinträchtigungen den Anforderungen eines körperlich harten Lebens und ihrer Versorgungsrolle nicht mehr gewachsen ist.

Bei FGC handelt es sich gemäß der „Convention on the elimination of all forms of discrimination against women“ (Committee on the Elimination of Discrimination against Women, 1990) um eine *gender-based violence*, die auf Vorurteilen, stereotypen Rollenverteilungen und der Vorstellung der Unterlegenheit der Frau beruht, somit zur Diskriminierung der Frau beiträgt, und sie in ihrer Selbstbestimmung einschränkt. Es werde an schädlichen Bräuchen festgehalten, um bereits Beschnittenen im bestehenden System Vorteile und Überlegenheit zu garantieren. In Wirklichkeit aber würden Frauen auf diese Weise unterdrückt, weil sie den potenziellen Ausschluss aus der Gemeinschaft antizipierten.

Das Recht von Mädchen auf Schutz von Leben und Gesundheit, das Recht auf körperliche Unversehrtheit, das Recht auf Erhalt sexueller Organe und Funktionen und das Recht auf Nicht-Diskriminierung gehen mit entsprechenden Schutzpflichten Außenstehender einher. Das Recht auf Religionsfreiheit und die Forderung kultureller Toleranz sind in Anbetracht der mit FGC verbundenen massiven und irreversiblen Schädigung zentraler somatischer und psychischer Funktionen nachgeordnet.

Der Rechtsphilosoph Joel Feinberg (1980, S. 124 f.) zeigt auf, dass Kindern spezifische antizipatorische Rechte zukommen, die sie zwar noch nicht oder zumindest nicht in Gänze wahrnehmen können, derer sie aber im Vorhinein nicht beraubt werden dürfen. Im Gegenteil – Eltern, Dritte und die Gesellschaft müssen diese Rechte für die Kinder „aufbewahren“ und schützen, bis sie diese im Erwachsenenalter selbst wahrnehmen können. Feinberg (1980) spricht hier vom Recht der Kinder auf eine möglichst große Vielfalt an Optionen.

In Anlehnung an dieses „Recht des Kindes auf eine offene Zukunft“ dürfen die Voraussetzungen von Sexualität und Fortpflanzung weder gefährdet noch irreversibel geschädigt werden, um später das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung wahrnehmen zu können. Ebenso wenig dürfen Andere im Voraus für ein Kind Entscheidungen treffen, die entsprechend naturwissenschaftlicher Evidenz zur potenziellen irreversiblen Schädigung der psychischen und physischen Gesundheit des Kindes führen.

handelt es sich in beiden Fällen um eine Körpermodifikation im besten Sinne des Kindes nach vorherrschenden Schönheitsidealen.

Von weiblicher Genitalbeschneidung betroffene Patientinnen in der Gynäkologie: Empfehlungen für eine kultursensible Betreuung und Prävention

Eine verantwortliche Elternschaft besteht darin, grundlegende Rechte des Kindes auf körperliche Unversehrtheit, Schutz der Gesundheit und das Schädigungsverbot zu achten. Unter Voraussetzung der Wahrung dieser grundlegenden Rechte ist darüber hinaus eine beziehungsorientierte Entscheidungsfindung, die sich an der Familie, den sozialen, kulturellen und religiösen Maßstäben der unmittelbaren Lebenswelt und an den Notwendigkeiten der konkreten Familie orientiert, für viele elterliche Entscheidungen zum Wohl des Kindes geboten.

Die Prävention von FGC hat aus ethischer Sicht also hohen Stellenwert. GynäkologInnen müssen FGC gegenüber beschnittenen Frauen nicht nur thematisieren, sondern ins Gespräch kommen, gute Gegenargumente anführen und über die Rechtslage informieren. Ziel muss es sein, Töchter oder andere Familienangehörige vor FGC zu bewahren. Es widerspricht sich jedoch nicht, einerseits eine ethisch-normativ klare Position zu vertreten und andererseits kultursensibel mit beschnittenen Frauen und ihren Familien umzugehen. Zudem macht gerade auch eine beziehungsorientierte Ethik (u. a. Held, 2006) darauf aufmerksam, dass bei allen Interaktionen mit einer beschnittenen Patientin der Familienkontext mitbedacht werden muss.

Außerdem gilt es, beschnittenen Frauen unter Wahrung des Rechts auf informierte Zustimmung mit medizinischen und psychologischen Mitteln zu helfen. Dabei ist nicht nur Rücksicht auf kulturelle Einstellungen geboten, sondern es gilt auch, beschnittene Migrantinnen in Deutschland gut zu begleiten. Neben Kenntnissen über kulturelle und religiöse Hintergründe bedarf es seitens der GynäkologInnen „familiensystemischer“ Interventionskompetenz, da für viele beschnittene Frauen der Rückhalt ihrer Gemeinschaft existenziell wichtig ist.

Eine Wiederherstellung des Genitals oder eine Defibulation muss Betroffenen bei gegebener Indikation angeboten werden, um Schmerzen und andere Symptome zu lindern. Das durch Spätfolgen (z. B. Schmerzen beim Geschlechtsverkehr) oft eingeschränkte sexuelle Erleben der Frau erschwert die Möglichkeit sexueller Entfaltung und Erfüllung. Zudem kann die Partnerwahl bei in Deutschland lebenden Migrantinnen durch Aussehen und Anatomie ihres Genitals eingeschränkt sein. Im Wissen, sich von anderen Frauen zu unterscheiden, kommen Partner aus anderen gesellschaftlichen Gruppen für sie aus Scham möglicherweise nicht in Frage oder deshalb, weil Europäer gegenüber FGC u. U. negativ eingestellt sind.

In Deutschland sind beschnittene Frauen nicht nur durch die gesundheitlichen und psychischen Folgen in ihrem Alltag und bei Teilhabe an der Gesellschaft eingeschränkt. Hinzu kommt die gesellschaftliche und rechtliche Ablehnung der FGC und damit unausweichlich auch die Auseinandersetzung mit der eigenen Situation (vgl. Pechmann et al., 2016). Durch ihre veränderte Anatomie fallen Betroffene – eventuell schmerzbedingt – öfter am Arbeitsplatz bzw. in der Schule aus (z. B. während der Menstruation) und benötigen aufgrund des reduzierten Harnstrahls oder einem tröpfchenweisen Wasserlassen häufig mehr Zeit für Toilettenpausen. Dies kann sozialen Druck zur Folge haben.

Aufgrund medizinischer, psychischer und sozialer Nachteile sollte Betroffenen, sofern möglich und gewünscht, eine Rekonstruktion des Genitals oder eine Defibulation angeboten werden. Dabei sind jedoch das Rechte Selbstbestimmung und auf körperliche Integrität maßgeblich. Außenstehende sollten aber selbst bei erkennbar schwerwiegenden Spätfolgen der FGC keinen Erwartungsdruck aufbauen.

Darüber hinaus äußert sich ein kultursensibler Umgang mit beschnittenen Frauen in der Erfragung der gynäkologischen und geburtshilflichen Betreuung im Heimatland und entsprechender Wünsche zur Begleitung bei der Geburt und im Wochenbett in Deutschland, in der Erfragung der Hintergründe und Einstellung zu FGC, um den individuellen Kontext zu verstehen und in einer Einbeziehung der Familie beim Wunsch einer Rekonstruktion.¹⁴

5 Kultursensibler Umgang mit beschnittenen Patientinnen in der gynäkologischen Praxis

Beschnittene Frauen suchen die gynäkologische Praxis meist aufgrund einer Schwangerschaft, gestörtem oder nicht mehr möglichem Geschlechtsverkehr, Infertilität/Sterilität oder aufgrund anderer (uro-)gynäkologischer Komplikationen auf. Wie können nun GynäkologInnen fachlich kompetent und zwischenmenschlich sensibel auf eine von FGC betroffene Patientin eingehen?

5.1 Rahmenbedingungen

Grundwissen über FGC, Behandlungsmöglichkeiten und Herausforderungen eines kultursensiblen Umgangs mit beschnittenen oder von Beschneidung bedrohten Frauen und Mädchen sollten im Medizinstudium, über Beiträge in Fachzeitschriften und spezielle ärztliche Fortbildungen vermittelt werden. Außerdem ist gut aufbereitetes und anschauliches Anleitungsmaterial für die gynäkologische Praxis erforderlich.¹⁵

Die medizinethisch gravierenden Probleme der FGC rechtfertigen es, dass GynäkologInnen Frauen, Mädchen und Eltern aus Prävalenzländern auf das Thema ansprechen. Dabei ist wichtig, dass für Gespräche und Untersuchungen hinreichend Zeit zur Verfügung steht. Zur Überwindung der Sprachbarriere sollte erforderlichenfalls eine Dolmetscherin hinzugezogen werden. Gegenüber der Patientin sind möglichst neutrale Begriffe und behutsame Worte zu wählen, da schon der Besuch einer gynäkologischen Praxis oft große Überwindung kostet. Zur Anamneseerhebung und Therapieplanung lassen sich Sprachhilfen verwenden. Zunächst sollte mit einer sozialen Anamnese begonnen werden. Im Anschluss daran kann in die FGC-Thematik bspw. durch ein

14 Die Datenlage zu Outcomes und Benefits bei genitaler Rekonstruktion ist nicht eindeutig. So berichten z. B. Foldès, Cuzin und Andro (2012) zwar von positiven Ergebnissen in Bezug auf Optik und Funktion des operierten Genitals. Doch nahmen an der Follow-up-Studie lediglich 29 % von 2938 operierten Frauen teil. Daher sollte derzeit nur zur genitalen Rekonstruktion geraten werden, wenn es im Einzelfall gute Anhaltspunkte für Symptomlinderung gibt.

15 Daher hat Starke (2017) eine Arbeitshilfe inkl. Tabellen, Fragebögen und Schemata entwickelt.

Von weiblicher Genitalbeschneidung betroffene Patientinnen in der Gynäkologie: Empfehlungen für eine kultursensible Betreuung und Prävention

Gespräch über Religion, Kultur und Traditionen im Heimatland sowie Unterschiede zu Deutschland eingeführt werden. Auch vorangegangene Geburten können als Gesprächseinstieg dienen. Im Weiteren gilt es, etwas über die vormalige Lebenswelt der Patientin im Heimatland (Zugehörigkeit zu welcher Ethnie/Religion, Bedeutung von Gemeinschaft und Familie im Leben der Frau, Rollenerwartungen) als auch ihre Situation in Deutschland (als Migrantin, Bedeutung von Gemeinschaft und Familie unter den neuen Bedingungen, Ausmaß der Integration in Alltag und Erwerbsleben) zu erfahren. Weil zu diesem Zweck ausgearbeitete spezielle Fragebögen ein Desiderat darstellen, wurden sie von einer der Autorinnen des vorliegenden Beitrags entwickelt (siehe hierzu Starke, 2017). Im Rahmen einer kulturbezogenen gynäkologischen Anamnese wird noch mehr als im normalen Untersuchungskontext auf ein die Privatsphäre schützendes Umfeld zu achten sein, da zum einen Einstellung und Wahrnehmung von Sexualität und Beschneidung zum Thema werden und sich zum anderen die Patientinnen in ihren Genitalien von denen europäischer Frauen unterscheiden.

Insbesondere gynäkologische Untersuchungen sollten, soweit möglich, von weiblichem Personal, also Ärztinnen und Arzthelferinnen durchgeführt werden. Für die gynäkologische Untersuchung sollten die Frauen und Mädchen nach Wünschen und Vorerfahrungen zum Thema „körperliche Untersuchung“ gefragt werden. Möglicherweise wird ein Abdecken der Beine bei der gynäkologischen Untersuchung gewünscht, oder es sollen nur einzelne Körperpartien bei der körperlichen Untersuchung entblößt werden. Der Ablauf der gynäkologischen Untersuchung sollte erläutert werden, und es sollte gefragt werden, ob eine Angehörige mit anwesend sein soll.

Die Untersuchenden sollten nach Möglichkeit ihre Gestik und Mimik kontrollieren, um Anzeichen von Erschrecken zu vermeiden. Es ist zu berücksichtigen, dass einige Frauen und Mädchen u.U. nicht wissen, dass sie beschnitten wurden oder ihre gesundheitlichen Probleme nicht mit der Beschneidung in Verbindung bringen. Eventuell ist auch nicht bekannt, dass Frauen und Mädchen in Deutschland nicht beschnitten werden dürfen. Häufig verfügen die betroffenen Frauen nicht über medizinisches Wissen über die anatomische Beschaffenheit und die Funktionen ihres Körpers, benötigen also erst einmal entsprechende Informationen. Ihnen sollte, allerdings orientiert an ihren Wünschen und Bedürfnissen, sowohl die unbeschnittene Anatomie und Physiologie der Geschlechtsorgane erläutert werden (anhand von Zeichnungen) als auch die mit der Beschneidung verbundenen Veränderungen. Da Normalität durch die Lebenserfahrung und das Umfeld der Frauen definiert wird, bringen die Patientinnen die gesundheitlichen Komplikationen oft nicht in Zusammenhang mit ihrer Beschneidung. Diesbezüglich gilt es aber, das Selbstbestimmungsrecht der Patientin und ihr Expertentum für sich und ihre Gesundheit anzuerkennen und Behandlungsziele gemeinsam zu vereinbaren, statt diese vorzugeben und dabei zu Bevormundung zu tendieren. Um einer differenzierten Kommunikation willen ist es, wie oben bereits angeführt, ratsam, eine Dolmetscherin hinzuziehen.

Darüber hinaus kann auch der Erfahrungsaustausch mit Ansprechpartnerinnen aus den Herkunftsländern hilfreich sein – um den Umgang mit Sexualität, Beschneidung und Tradition zu stärken, und die durch das neue Umfeld veränderten Perspektiven zu integrieren.¹⁶

In Deutschland steht betroffenen Frauen medizinische Betreuung zu.¹⁷ Auch Patientinnen, die unter das Asylbewerberleistungsgesetz fallen, werden notwendige ärztliche Behandlungen bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie Impfungen (§ 4 AsylbLG) gewährt. Nach § 6 Abs. 1 AsylbLG können auch sonstige Behandlungen übernommen werden, wenn diese zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind. Die anfallenden Kosten für die oben genannten Untersuchungen trägt der jeweils zuständige Sozialhilfeträger (Sing & Hierl, 2015, S. 422 ff.).

5.2 Gynäkologische Untersuchung bei Beschneidung im Einzelnen

Bei einer gynäkologischen Untersuchung ist, besonders bei Schwangeren, das Ausmaß der Beschneidung mittels WHO-Klassifikation festzustellen (Low-Beer & Creighton, 2015, S. 12). Der anatomische Zustand sollte – bei Zustimmung der Patientin – mittels Foto oder Zeichnung dokumentiert und unter Erfassung des (Nicht-)Vorhandenseins typischer anatomischer Strukturen beschrieben werden.¹⁸ Der Patientin sind, orientiert an ihren Bedürfnissen und Wünschen, Anatomie und Funktion der Geschlechtsorgane sowie die mit der Beschneidung verbundenen Veränderungen am eigenen Genital – mit Hilfe von Zeichnung oder Spiegel – zu erläutern (Kuckert, Sagawe, & Weskamm, 2008, S. 20).

Die gynäkologische Betreuung umfasst bei Nicht-Schwangeren ebenso wie bei Schwangeren die Behandlung gesundheitlicher Komplikationen – bei Schwangeren speziell im Hinblick auf die Vermeidung geburtshilflicher Komplikationen – wie auch die eventuelle Wiederherstellung der Anatomie (Defibulation bzw. Wiederherstellung der physiologischen Abflusswege). Daher ist zu klären, ob FGC-bedingte Komplikationen oder eine Indikation zur Defibulation vorliegen.¹⁹

16 Zu konkreten Projekten und der Entwicklung der Debatte in Deutschland siehe Schnuell, Richter und Piccolantonio (2006). Ein an dieser Stelle besonders interessantes Projekt sind die so genannten „Mutmacherinnen“, ein ehrenamtliches Patenprojekt von geflüchteten Frauen für geflüchtete Frauen. Mehr zum Projekt unter <https://www.integrationsbeauftragte.de/ib-de/themen/projekte-und-forschung/migrantinnen-als-mutmacherinnen-1555864>.

17 Vgl. nach ICD-10-DE 2016 die Diagnosen N90.8 und Z91.70–74.

18 Zur Vermeidung zusätzlicher Untersuchungen in Zusammenarbeit mit KollegInnen und zur Dokumentation für etwaige rechtliche Schritte vgl. Department of Reproductive Health and Research UK (2011, S. 28).

19 Für Defibulationsindikationen vgl. Arbeitsgemeinschaft Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit e. V. der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2007); Bundesärztekammer (2016); Hohlfeld et al. (2005); Utz-Billing et al. (2011, S. 6). Beschneidungsbedingte Infektionen mit HIV, Hepatitis B oder C sind auszuschließen (Hohlfeld et al., 2005, S. 11; Low-Beer & Creighton, 2015, S. 4).

5.3 Behandlung gesundheitlicher Komplikationen

Viele von FGC betroffene Frauen leiden unter verlängerter und schmerzhafter Miktio und Menstruation, rezidivierenden urogenitalen Infektionen, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr und Infertilität in Folge von Veränderungen des Reproduktionssystems. Eine generelle Pathologisierung muss jedoch vermieden werden, da eine positive (oder negative) Einstellung die Symptome moduliert (Pechmann et al., 2016). Es wird also auch beschnittene Frauen geben, die Beschneidung als Normalität erachten und damit zu leben gelernt haben.

Die Behandlung umfasst die Linderung einzelner Symptome sowie ggf. eine Defibulation oder eine Rekonstruktion der genitalen Anatomie und physiologischen Funktionen. Bei infibulierten symptomatischen Patientinnen sollte eine Defibulation zur Wiederherstellung der physiologischen Abflusswege von Urin, Vaginalsekret und Menstruationsblut sowie Kohabitationsfähigkeit erfolgen.²⁰

Eine Defibulation oder Rekonstruktion sollten v. a. dann mit der Patientin besprochen werden, wenn sie zur Besserung der Symptome²¹ führen könnte. Bedingung für den Eingriff sind schmerzfreie Durchführung unter adäquater Anästhesie (zur Vermeidung erneuter Traumatisierung)²² sowie die informierte Zustimmung der Patientin nach einer sorgfältigen Aufklärung über die postoperativen anatomischen und funktionellen Veränderungen des weiblichen Genitals (Kuckert et al., 2008, S. 20; Utz-Billing et al., 2011, S. 6; WHO, 2016). Im Anschluss an jeden Eingriff ist eine suffiziente Schmerztherapie erforderlich, u. U. über längere Zeit hinweg. Die Entlassung sollte erst nach ausreichender und schmerzfreier Mobilisation und Miktio erfolgen. Regelmäßiges Abduschen der Wunde mit sanftem Strahl, der Verzicht auf Geschlechtsverkehr für vier bis sechs Wochen und auch das Angebot psychologischer Betreuung und Therapie sind mit der Patientin zu besprechen. Zudem sollte eine langfristige Nachsorge die Akzeptanz der anatomischen und funktionellen Veränderungen unterstützen. Bei Bedarf empfiehlt es sich, den Kontakt zu spezialisierten Zentren herzustellen (Low-Beer & Creighton, 2015, S. 4). Außerdem kann der Patientin u. U. die Ausstellung eines „offenen Briefs“, in dem die Notwendigkeit der Defibulation zur Wiederherstellung der Gesundheit dargelegt wird, bei der Rechtfertigung einer Defibulation gegenüber Familie und Gemeinschaft helfen (Arbeitsgemeinschaft Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit e. V. der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, 2007, S. 23).

20 Vgl. für Defibulationsindikationen, Arbeitsgemeinschaft Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit e. V. der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2007, S. 23), Bundesärztekammer (2016), Hohlfeld et al. (2005, S. 9), Utz-Billing et al. (2011, S. 6).

21 Vgl. auch Fn 14 zur Studie von Foldès et al. (2012).

22 Für anästhesiologische Empfehlungen vgl. Arbeitsgemeinschaft Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit e. V. der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2007, S. 23) und WHO (2016).

5.4 Psychologische Betreuung der Betroffenen

Zudem sollten die Patientinnen über typische Symptome psychischer Komplikationen von FGC informiert werden. Ergeben sich Hinweise auf eine psychische Belastung, z. B. durch Einsatz eines psychiatrischen „Assessment“, ist eine zusätzliche psychologische oder ggf. psychiatrische Betreuung zu empfehlen (Low-Beer & Creighton, 2015, S. 17). Es gilt zu berücksichtigen, dass sich auch erst durch die Migration nach Deutschland, wenn die FGC infrage gestellt wird, die psychische Situation einer beschnittenen Frau verschlechtern kann (Pechmann et al., 2016). Umgekehrt kann nicht generell eine schwere psychische Belastungsstörung unterstellt werden, da die Einstellung zu FGC modulierend auf somatische und posttraumatische Symptome wirkt.

Obwohl sich Übersichtsartikel unterschiedlich zur Frage eines signifikant erhöhten Risikos der Entwicklung einer Angststörung, Somatisierungsstörung oder depressiven Störung äußern (Berg, Denison, et al., 2014; Mulongo et al., 2014), legen die Best-Practice-Empfehlungen aus Deutschland, der Schweiz und Großbritannien ebenso wie die aktuelle WHO-Guideline die psychologische Betreuung beschnittener Frauen und Mädchen nahe (z. B. Arbeitsgemeinschaft Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit e. V. der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, 2007; Low-Beer & Creighton, 2015; Utz-Billing et al., 2011; WHO, 2016). Denn nicht selten sei mit FGC ein Vertrauensverlust in die nahen Bezugspersonen, die an dem Eingriff mitgewirkt hätten, verbunden. Insbesondere mit dem Bewusstwerden der eigenen Beschneidung und der „optischen Differenz“ zum nicht-beschnittenen weiblichen Genital könne eine sekundäre Somatisierung einhergehen.

Die WHO empfiehlt, dass beschnittene Mädchen und Frauen, die eine chirurgische Intervention zur Behandlung gesundheitlicher Komplikationen benötigen, psychologische Begleitung zur Prävention einer Retraumatisierung oder nachfolgenden psychischen Störung erhalten (vgl. WHO, 2016). Zielführend für eine effiziente Rehabilitation beschnittener Frauen wäre ein langfristiges interdisziplinäres Behandlungskonzept der physischen und psychischen Langzeitkomplikationen.

5.5 Behandlung gesundheitlicher Komplikationen in der Schwangerschaft

Von FGC betroffene Schwangere empfinden die zahlreichen pränatalen Untersuchungen und die im Vergleich zur eigenen Kultur eher distanzierte (kaum Körperkontakt) und punktuelle Betreuung (gleichzeitige Betreuung mehrerer Kreisender) während der Geburt oft als befremdlich. Daher sollten die Vorerfahrungen der Patientinnen berücksichtigt und Vorsorge und Geburtsbegleitung im deutschen Gesundheitssystem genau erklärt werden.

Potenzielle Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt, die sich z. B. durch narbige Verlegungen des Geburtskanals oder Kaiserschnitte ergeben, sollten Gegenstand eines Aufklärungsgesprächs sein. Nach Absprache können Patientinnen mit unkomplizierten Geburtsverläufen in der Vergangenheit auch ambulant gebären, sofern

keine Reinfibulation erfolgt ist. Ansonsten ist zwecks des Ausschlusses unerwünschter Komplikationen eine Entbindung im Kreissaal dringend zu empfehlen (Low-Beer & Creighton, 2015, S. 4). Wenn bereits Beschwerden bestehen, sind diese mittels gynäkologischer Untersuchung und regelmäßiger Vorsorge zu erfassen und zu behandeln.²³

Beschnittene Frauen tragen ein erhöhtes Risiko für rezidivierende vaginale, pelvine (im unteren Becken situierte) Infektionen sowie Harnwegsinfektionen, die dem Schwangerschaftsverlauf abträglich sind. Vaginale Einschlusszysten und Fistelbildungen sowie Abszesse können Schwangerschaft und Geburt erschweren und sollten, wenn möglich, therapiert werden (Hohlfeld et al., 2005, S. 11). Im Fall einer Beschneidung vom Typ I, II oder IV muss der Grad der Geburtskanaleinengung bestimmt werden, um die Notwendigkeit einer Eröffnung oder Resektion von Narbengewebe unter der Geburt bereits pränatal zu eruieren (WHO, 2001, S. 23). Bei einer Typ-III-Beschneidung ist schon während des ersten Trimenons der Zeitpunkt einer Defibulation sowie das Ausmaß der folgenden Wundrandadaptation zu erörtern (Department of Reproductive Health and Research UK, 2011, S. 28). Der Patientin sollte erklärt werden, dass die den Geburtskanal einengende Narbenbildung die Durchführung der Schwangerschaftsvorsorge erschwert²⁴ und bei Verdacht auf Schwangerschaftskomplikationen eine vorgeburtliche Defibulation notwendig werden kann.

Im Hinblick auf die Geburt ist eine FGC-spezifische Anamnese erforderlich, um insbesondere folgende Fragen zu ergänzen: Bestehen Schamgefühle angesichts der genitalen Anatomie? Gibt es Hinweise auf Ängste vor erneuter Traumatisierung unter der Geburt, den Geburtsschmerzen oder vor einem Kaiserschnitt? Außerdem sollte u. a. erfragt werden, ob die Anwesenheit des Ehemanns oder weiblicher Familienmitglieder bei Untersuchungen und der Geburt erwünscht ist, ob Teile des Körpers unter der Geburt freiliegen oder bedeckt sein sollen und ob das Kind direkt nach der Geburt auf den Bauch der Mutter gelegt werden darf.

5.6 Begleitung bei der Geburt und im Wochenbett

Unter der Geburt sowie bei der Nachsorge der Wöchnerin muss auf einen kultursensiblen Umgang geachtet werden, um einer Traumatisierung vorzubeugen. Vaginale Tastuntersuchungen z. B. sollten so selten wie möglich durchgeführt werden, da diese besonders schmerzhaft sein und zu einer Retraumatisierung führen können. Die Indikation für einen Blasenkatheter während oder nach der Geburt sollte restriktiv gestellt werden (Hohlfeld et al., 2005, S. 11).

Falls der Geburtskanal durch narbiges Gewebe verlegt ist, sollte während der Austreibungsperiode durchgängig Fachpersonal zugegen sein. Bereits in der

23 Zusätzlich zu HIV, Hepatitis B- und Syphilis-Screenings in der Schwangerschaftsvorsorge sollte ein Hepatitis-C-Screening erfolgen (Low-Beer & Creighton, 2015, S. 16).

24 Abstriche und vaginale Untersuchungen sowie Urinkontrollen durch Eigenuringewinnung bzw. Katheterisierung können schwer bis gar nicht durchführbar sein.

Eröffnungsphase der Geburt sollte eine Periduralanästhesie angelegt werden, um das Schmerzempfinden und die Wahrnehmung der genitalen Manipulation bei der Defibulation so gering wie möglich zu halten. Für die Durchführung einer mediolateralen Episiotomie nach erfolgter Defibulation gelten die gleichen Indikationen wie bei nicht infibulierten Frauen unter der Geburt (Royal College of Nursery, 2006, S. 17).

Wöchnerinnen brauchen eine angemessene analgetische Behandlung und sollten in stationärer Behandlung bleiben bis sie schmerzfrei Wasser lassen können und sich ein ausreichender Wochenfluss eingestellt hat. Auch sollen sie sich in Ruhe an ihr rekonstruiertes Genital gewöhnen und sich mit Optik, Pflege und Hygiene vertraut machen, dies eventuell auch unter psychologischer Betreuung (Kuckert et al., 2008, S. 27). Eine zusätzliche gynäkologische Nachsorge nach drei bis vier Wochen postnatal wird empfohlen (Hohlfeld et al., 2005, S. 11).

5.7 Prävention als medizinethischer Auftrag

Auch wenn die Formen der Beschneidung und die Motive ihrer Durchführung unterschiedlich und teils plausibel sein mögen, müssen zukünftige Genitalbeschneidungen verhindert werden. Um die Töchter beschnittener Frauen vor Beschneidung zu schützen, darf das Gesundheitssystem nicht nur auf Sekundär- und Tertiärprävention setzen. Um die FGC-Praxis von vornherein zu verhindern, sind Mütter und Familien aus Prävalenzländern über die gesundheitlichen Folgen der FGC aufzuklären. Nach Möglichkeit sollten gemeinschaftliche Erklärungsmuster thematisiert und alternative Ansichten (z. B. dass die FGC sich keiner Religion genuin zuordnen lässt, dass Schaden an der Frau eine Schwächung der Zukunft der Familie bedeutet, dass identitätsstiftende Ersatzrituale denkbar wären) offen besprochen bzw. diskutiert werden.

Um einer möglicherweise bevorstehenden FGC entgegenzuwirken, sollten auch nicht-schwangere, beschnittene Frauen in gynäkologischer Behandlung auf die Thematik angesprochen und nach Töchtern oder anderen weiblichen Familienangehörigen befragt werden. Eine kultursensible Kommunikation beginnt mit Fragen nach den persönlichen Erfahrungen und der Einstellung zu FGC. Sie wird aber auch Informationen über die Rechtslage in Deutschland enthalten und gute Gründe (z. B. Kindeswohl, elterliche Verantwortung) gegen FGC darlegen. Aus ethischer Sicht ist es geboten, über die Patientin in das Familiensystem hineinzuwirken und bei Kindeswohlgefährdung das Jugendamt hinzuzuziehen oder Anzeige zu erstatten.

Zur Primärprävention, aber auch zur Sekundär- und Tertiärprävention sollte im Patientinnenkontakt ein „familiensystemischer“ Ansatz handlungsleitend sein. Kultursensibilität in diesem Zusammenhang bedeutet, zu berücksichtigen, dass der Vater als Familienoberhaupt oft die Entscheidungen innerhalb der Familie trifft. Er sollte daher auch in eine Beratung oder Behandlung einbezogen werden, um Konflikte zu vermeiden. Denn die Patientin wird sich in der Regel vor ihren Familienangehörigen, insbesondere dem Ehemann, erklären müssen.

Allerdings zeigt sich auch deutlich, dass die Partner beschnittener Frauen, sofern sie ebenfalls aus Prävalenzländern stammen, selbst unter dem Druck der sozialen Gemeinschaft stehen, sich also der Tradition verpflichtet fühlen, gleichzeitig aber merken, dass ihre Partnerinnen unter den Komplikationen leiden, Schmerzen haben und eingeschränkt sind (Varol, Turkmani, Black, Hall, & Dawson, 2015, S. 3.) Eine gute Kommunikation mit der Partnerin sowie das Bildungs- und Integrationsniveau scheinen Indikatoren dafür zu sein, wie offen Männer bspw. gegenüber einer Defibulation ihrer Partnerin sind und beeinflussen die Entscheidung, ob sie ihre Töchter beschneiden lassen (Varol et al., 2015, S. 11 ff.).

Sollte eine beschnittene Frau eine Tochter gebären, ist spezielle Primär-Präventionsarbeit der geburtshilflichen Abteilung in Zusammenarbeit mit den PädiaterInnen wichtig. Regelmäßige Besuche von Mutter und Kind durch eine Hebamme, nicht nur zur Unterstützung im Wochenbett, sondern darüber hinaus zum Schutz der Tochter vor Beschneidung, sollten mindestens bis zur U3 gewährleistet sein (Hohlfeld et al., 2005, S. 12). Erfolgt die U2-Vorsorgeuntersuchung des Neugeborenen noch im Krankenhaus, sollte erneut eine Aufklärung der Eltern über FGC und die Relevanz pädiatrischer Vorsorgeuntersuchungen erfolgen. Das erhöhte FGC-Risiko ist zur besseren Kommunikation innerhalb des medizinischen Personals im „Kinderuntersuchungsheft“ zu vermerken. Sofern die Eltern einverstanden sind, könnte die Überleitung zu einer pädiatrischen Praxis initiiert werden, wobei auf die Problematik einer künftigen Beschneidung aufmerksam gemacht würde. Auf diese Weise bieten auch künftige Vorsorgeuntersuchungen die Möglichkeit, Aufklärungsarbeit zu leisten (Utz-Billing et al., 2011, S. 7 f.). Bei Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung durch eine drohende/erfolgte FGC an einer Minderjährigen im Rahmen der medizinischen Versorgung von Frauen und Mädchen aus Prävalenzländern sollten Schritte nach § 4 KKG Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz in Abhängigkeit vom Beschneidungsrisiko eingeleitet werden.²⁵

Da HausärztInnen häufig Kontakt zu allen Mitgliedern von Familien aus Prävalenzländern haben, sollten sie in jedem Fall über das Vorliegen einer weiblichen Genitalbeschneidung bei ihrer Patientin bzw. Tochter ihrer Patientin durch KollegInnen informiert werden. Durch einen häufigen Kontakt mit unterschiedlichen Familienangehörigen (v. a. Ehemann, Mutter, Großmutter) und anderen Mitgliedern der Gemeinschaft lässt sich ein Vertrauensverhältnis aufbauen, das einen offenen Diskurs über die weibliche Genitalbeschneidung ermöglicht. So kann erfolgreich zur Primärprävention von FGC und Sekundärprävention von FGC-Komplikationen beitragen werden, da die Möglichkeit zur Aufklärung und zum Gespräch mit den u. U. maßgeblichen BefürworterInnen der FGC-Praxis geschaffen wird.

²⁵ Vgl. die Arbeitshilfe von Starke (2017) zur Risikostratifizierung beim Verdacht auf Kindeswohlgefährdung durch drohende/erfolgte FGC in Rückbezug auf § 4 KKG.

Im Umgang mit Familien aus Prävalenzländern kann eine verständliche, respektvolle und kultursensible Informationsvermittlung das Vertrauen der Eltern in das Gesundheitssystem fördern. Da GynäkologInnen in der Regel weder familiensystemisch noch rechtspsychologisch geschult sind, bedarf es spezieller Fortbildungen, die Wege der vermittelten Information und Kommunikation wie auch rechtliche Wege zur Vermeidung einer möglicherweise bevorstehenden FGC aufzeigen.²⁶ Sinnvoll wäre zudem die inhaltliche Verknüpfung dieser Schulungen mit den wesentlichen medizinischen Inhalten der allgemeinen Weiterbildungen für GynäkologInnen und PädiaterInnen.

6 Schluss

Mit zunehmender Einwanderung von Frauen aus Prävalenzländern steigt die Dringlichkeit, sich mit Fragen des kultursensiblen Umgangs mit beschnittenen Frauen und mit der Frage nach Maßnahmen für eine erfolgreiche Primärprävention auseinanderzusetzen. Die Gynäkologie kann einen kultursensiblen, integrativen Beitrag leisten, sofern die Selbstregulierungen für diesen medizinischen Fachbereich hinreichend konkret und insbesondere auf die ÄrztIn-PatientIn-Interaktion bezogen sind.

Die wirksame Selbstregulierung eines Fachbereichs könnte zudem Orientierung für andere medizinische Fachbereiche in Deutschland bieten, die sich auch mit weiblicher Genitalbeschneidung konfrontiert sehen. So finden gynäkologische Untersuchungen bspw. nicht nur aus medizinischen, sondern auch aus rechtlichen Gründen statt: In der Rechtsmedizin werden Untersuchungen durchgeführt, wenn Frauen den Nachweis einer erfolgten Genitalbeschneidung für die Durchsetzung ihres Asylantrages dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge vorlegen müssen, nachdem sie die Angst vor einer drohenden oder erneuten Genitalbeschneidung als Fluchtgrund angegeben haben. Obwohl der Kontakt rechtlich motiviert und punktuell ist, sollten die erforderlichen Untersuchungen kultursensibel durchgeführt werden, zumal es sich meist um einen Erstkontakt mit dem deutschen Gesundheitswesen handelt. Die Ausarbeitung der Möglichkeiten der Rechtsmedizin und des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge zur Vermittlung weiterer Behandlung und zur Primärprävention werden hier als Desiderat deutlich.

Zudem bedarf es auf ärztlicher Seite für einen fachlich und kommunikativ versierten Umgang mit den betroffenen Frauen und zur Primärprävention weiblicher Genitalbeschneidung spezieller Fortbildungen – insbesondere in Städten mit hoher Prävalenz. Es gilt, das Problembewusstsein und die Handlungskompetenzen von GynäkologInnen zu erweitern und das Wissen über Beschneidung von der

26 Hier lassen sich empirische Erkenntnisse und bewährte Vorgehensweisen aus der Familienrechtspsychologie (vgl. Kindesmissbrauch, elterliche Gewalt und Vernachlässigung) fruchtbar machen (vgl. Dettenborn & Walter, 2016, bes. S. 287–407).

Prädominanz der BeschneiderInnen hin in die gynäkologischen Praxen zu holen (Denniston, Grassivaro Gallo, Hodges, Milos, & Viviani, 2006, S. XI). Zunehmend rücken so auch interdisziplinäre Erkenntnisse (z. B. aus der Anthropologie und den Sozialwissenschaften) in den Fokus und weiten den Blick auf die vielfältigen Aspekte der Problematik sowie die kontrovers geführte Debatte. So wird z. B. die Frage, ob es sich bei FGC um eine Verstümmelung oder eine zulässige Modifikation handelt, immer noch diskutiert (vgl. z. B. Denniston et al., 2006, S. XI f.; Johnsdotter, 2006, S. 33 f.; Sulkin, 2006).

Das Fachwissen aus den medizinischen Disziplinen um die potenziellen Risiken von FGC sollte mit anderen Diskursen vernetzt werden. Ideal wäre es, wenn staatliche Institutionen Handreichungen mit landes-, kultur- bzw. religionsspezifischen Informationen²⁷ für ÄrztInnen unterschiedlicher Fachbereiche zur Verfügung stellen würden und ein interdisziplinär ausgearbeitetes, verschiedene Besorgungsbereiche übergreifendes Konzept etabliert werden könnte. Außerdem könnte für den Umgang mit Patientinnen aus Prävalenzländern etwa der Blick auf FGC-kritische Initiativen in ihren Heimatländern ertragreich sein, da MedizinerInnen dort im Umgang mit ihren Patientinnen viel intensiver im Schnittfeld zwischen Tradition und medizinischer Aufklärung agieren.²⁸ Selbstregulierungen können von Berufsgruppen oder Institutionen entwickelt werden. Ein gesamtgesellschaftliches Problem lässt sich über solche Wege jedoch nur partiell bearbeiten. Um der von Beschneidung bedrohten Frauen und Mädchen willen, aber nicht zuletzt auch zur Unterstützung der gegen FGC engagierten ÄrztInnen ist es erforderlich, dass Regulierungen in verschiedenen gesellschaftlichen und politischen Bereichen hinzutreten. Die Bemühungen müssen von weiteren medizinischen Fachbereichen, von Sozialarbeit, Bildungseinrichtungen und Arbeitswelt, letztlich einem Integrationskonzept für alle Sektoren der Gesellschaft flankiert werden, um einen adäquaten Umgang mit FGC und eine effektive Prävention zu erreichen. Weil die Selbstregulierung einer Berufsgruppe angesichts des weltweiten Problems weiblicher Genitalbeschneidung zu kurz greift, muss es interdisziplinär konzipierte Schulungen sowie Kooperationen mit Behörden und einschlägigen Institutionen wie spezialisierte Zentren und Beratungsstellen geben. Erkenntnisse und

27 Vgl. die informative empirische Studie von Nestlinger et al. (2017), die vom Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend gefördert worden ist.

28 Gruenbaum (2000) erachtet die westliche Empörung und Kritik an der Praxis als oft zu eindimensional. Die Vielfalt kultureller Kontexte und ihrer komplexen Bedeutungen werde meist nicht richtig eingeschätzt. Ausführlich beleuchtet Hodžić (2017) die zahlreichen staatlichen und nichtstaatlichen Akteure in Ghana, die an Kampagnen gegen die „weibliche Genitalverstümmelung“ mitwirken, wo die Praxis der Genitalbeschneidung allerdings schon vorher rückläufig war. Anstelle eines Kulturimperialismus, der Gesetze entwirft, die zu einem „Problematisieren und Kriminalisieren der Praxis“ führen (S. 13), betont Hodžić die Notwendigkeit, den Wert zu untersuchen, den die Menschen bestimmten Praktiken beimessen und gemeinsam mit ihnen statt über ihre Köpfe hinweg die notwendigen Interventionsmechanismen zu diskutieren. Daher sollten „die Menschen eine Ausbildung erhalten, die es den Menschen ermöglicht, zu entscheiden, welche Bräuche sie behalten und welche sie loswerden möchten“ (S. 22).

Erfahrungen aus den Kultur- und Sozialwissenschaften, dem Bereich „Public Health“, der Sozialarbeit und den mit Migration und Integration befassten Behörden müssen zusammengeführt und vermittelt werden. Fachdiskurse, v. a. aus der Kulturanthropologie und den Politikwissenschaften, sollten ebenso wie Erfahrungen von international tätigen Organisationen stärker als bisher in die behördlichen und praktischen Fragen des Umgangs mit weiblicher Genitalbeschneidung in Deutschland einbezogen werden. Außerdem sollten im Rahmen der Gesundheitserziehung in Kindergärten und Schulen Eltern und SchülerInnen über die Hintergründe und Folgen von FGC informiert werden, und darüber, dass diese gesundheitsgefährdende Praxis in Deutschland verboten ist. Jedoch darf nicht verschwiegen werden, dass es derzeit kein eindeutiges „Erfolgsrezept“ zur FGC-Primärprävention gibt. Erkenntnisse aus der Entwicklungsarbeit oder Forschung zu *global health* sind weniger eindeutig als gewünscht. In der Entwicklungspolitik und auf internationaler Ebene müssen Strategien zur Abschaffung der FGC als menschenrechtsverletzender Praxis intensiviert werden mithilfe besonderer Gesundheits- und Bildungsprogramme in Ländern mit hoher FGC-Prävalenz. Außerdem sind Konzepte zu entwickeln und zu verwirklichen, die verstärkt auf Kommunikation mit den FGC-praktizierenden Gemeinschaften setzen, um kultursensibel über die schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen von FGC aufzuklären und z. B. zu Ersatzritualen anzuregen, die zum einen ohne eine faktische Beschneidung auskommen, und zum anderen den besonderen identitätsstiftenden und gemeinschaftlichen Aspekt als wesentlichen Bestandteil der Lebenswelt der Frau berücksichtigen (Abdulcadir & Catania, 2018). Qualitative Studien mit betroffenen Frauen und bedeutenden Mitgliedern ihrer Gemeinschaften deuten zumindest an, dass bei gelingender Integration in Deutschland die weibliche Genitalbeschneidung abnimmt und an Legitimationskraft verliert, weil Mädchen und Frauen neue Lebenswege einschlagen können. Insofern sollten in Deutschland die anfänglichen Bemühungen um die Primärprävention auf allen Ebenen intensiviert und professionalisiert werden.

Literaturverzeichnis

- Abdulcadir, O. H., & Catania, L. (2018). Alternative rite between medicine and policy. In M. Fusaschi & G. Cavatorta (Hrsg.), *FGM/C: From medicine to critical anthropology* (pp. 173–180). Turin: Meti Edizioni. Abgerufen von <https://mapfgm.eu/>
- Arbeitsgemeinschaft Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit e. V. der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. (2007). *Weibliche genitale Beschneidung: Umgang mit Betroffenen und Prävention. Empfehlungen für Angehörige des Gesundheitswesens und weitere potenziell involvierte Berufsgruppen*. Abgerufen von <http://www.frauenrechte.de/online/images/downloads/fgm/EmpfehlungenFGM-2007.pdf>
- Banks, E., Meirik, O., Farley, T., Akande, O., Bathija, H., & Ali, M. (2006). Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *The Lancet*, 367(9525), 1835–1841. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68805-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68805-3)
- Berg, R. C., Denison, E., & Fretheim, A. (2014). Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting. *Obstetrics and Gynecology International*, 24, 281–283. Abgerufen von <https://www.fhi.no/en/publ/>

Von weiblicher Genitalbeschneidung betroffene Patientinnen in der Gynäkologie: Empfehlungen für eine kultursensible Betreuung und Prävention

- Berg, R. C., Odgaard-Jensen, J., Fretheim, A., Underland, V., & Vist, G. E. (2014). An updated systematic review and meta-analysis of the obstetric consequences of female genital mutilation/cutting. *Obstetrics and Gynecology International*, 542859. <https://doi.org/10.1155/2014/542859>
- Berg, R. C., Underland, V., Odgaard-Jensen, J., Fretheim, A., & Vist, G. E. (2014). Effects of female genital cutting on physical health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 4(11), e006316. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006316>
- Böse, M. (2016). § 226a Verstümmelung weiblicher Genitalien. In U. Kindhäuser, U. Neumann, & H. U. Paeffgen (Hrsg.), *Nomoskommentar: Strafgesetzbuch* (Bd. 2, 5. Aufl.), Baden-Baden: Nomos.
- Bundesärztekammer. (2015). (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 – in der Fassung des Beschlusses des 118. Deutschen Ärztetages 2015 in Frankfurt am Main. *Deutsches Ärzteblatt*, 112(31–32), A–1348.
- Bundesärztekammer. (2016). *Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung*. Abgerufen von http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Empfehlungen/2016-04_Empfehlungen-zum-Umgang-mit-Patientinnen-nach-weiblicher-Genitalverstuemmung.pdf
- Committee on the Elimination of Discrimination against Women. (1990). *General comment No. 14; Subitem 11 and introduction CEDAW*. Abgerufen von <https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm#recom14>
- Delespine M., Foldès F., & Piet, E. (2016). *Le/la praticien-ne face aux mutilations sexuelles féminines*. Abgerufen von <https://ansfl.org/document/guide-le-praticien-face-aux-mutilations-sexuelles-feminines/>
- Denniston, G. C., Grassivaro Gallo, P., Hodges, F. M., Milos, M. F., & Viviani, F. (Hrsg.). (2006). *Bodily integrity and the politics of circumcision: Culture, controversy, and change*. New York: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4020-4916-3>
- Department of Reproductive Health and Research UK. (2011). *Multi-agency practice guidelines: Female genital mutilation*. Abgerufen von <http://www.nottinghamcdp.com/wp-content/uploads/2014/09/FGMmulti-agencyPracticeGuidelines1.pdf>
- Dettenborn, H., & Walter, E. (2016). *Familienrechtspsychologie* (3. Aufl.). München: Reinhard.
- Dinslage, S. (1981). *Mädchenbeschneidung in Westafrika*. München: Renner.
- Engels, D. (2008). *Die islamrechtliche Beurteilung der Mädchenbeschneidung* (Magisterarbeit). Freie Universität Berlin, Berlin.
- Feinberg, J. (1980). The child's right to an open future. In W. Aiken & H. LaFollette (Hrsg.) *Whose child?* (S. 124–153). Totowa: Rowman & Littlefield. <https://doi.org/10.4324/9781315633794>
- Foldès, P., Cuzin, B., & Andro, A. (2012). Reconstructive surgery after female genital mutilation: A prospective cohort study. *The Lancet*, 380(9837), 134–141. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60400-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60400-0)
- Graf, J. (2013). *Weibliche Genitalverstümmelung aus Sicht der Medizinethik*. Göttingen: V&R Unipress.
- Gruenbaum, E. (2000). *The female circumcision controversy: An anthropological perspective*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Gülle, F. J. (1989). *Die weibliche Beschneidung – eine Frage der Sexualmedizin* (Dissertation). Freie Universität Berlin, Berlin.
- Held, V. (2006). *The ethics of care*. New York: Oxford University Press.
- Hicks, E. K. (1987). *Infibulation: Status through mutilation* (Dissertation). Erasmus-Universität Rotterdam, Rotterdam.
- Hillebrand, E. (1999). *Gesellschaftlicher Wandlungsprozess, Soziale und wirtschaftliche Entwicklung. Informationen zur politischen Bildung – Afrika I*. Bonn: BPB.
- Hodžić, S. (2016) *The twilight of cutting: African activism and life after NGOs*. Oakland: University of California Press.

- Hohlfeld, P., Thierfelder, C., & Jäger, F. (2005). Patientinnen mit genitaler Beschneidung: Schweizerische Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegefachkräfte. *Schweizerische Ärztezeitung*, 86(16), 951–960. Abgerufen von https://www.sgg.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/3_Fachinformationen/2_Guidlines/De/Patientinnen_mit_genitaler_Beschneidung_2005_pdf
- Hulverscheidt, M. (2002). *Weibliche Genitalverstümmelung. Diskussion und Praxis in der Medizin während des 19. Jahrhunderts im deutschsprachigen Raum*. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Johnsdotter, S. (2006). Girls and boys as victims. Asymmetries and dynamics in European public discourses. In M. Fusaschi & G. Cavatorta (Hrsg.), *FGM/C: From medicine to critical anthropology* (S. 31–50). Turin: Meti Edizioni. Abgerufen von <https://mapfgm.eu/>
- Kargl, W. (2016). § 203 Verletzung von Privatgeheimnissen. In U. Kindhäuser, U. Neumann, & H. U. Paeffgen (Hrsg.), *Nomoskommentar. Strafgesetzbuch* (Bd. 2, 5. Aufl.). Baden-Baden: Nomos.
- Koso-Thomas, O. (1987). *The circumcision of women. A strategy for eradication*. London: Zed Books.
- Kuckert, A., Sagawe, A., & Weskamm, A. (2008). *Genitalverstümmelung an Mädchen und Frauen – Hintergründe und Hilfestellung für professionell Pflegende*. Berlin: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) e. V. Abgerufen von <https://www.frauenrechte.de/images/downloads/fgm/DBfK-Broschuere-FGM.pdf>
- Low-Bear, N., & Creighton, S. (2015). Female genital mutilation and its management. In Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (Hrsg.), *Green-top Guideline No. 53*. Abgerufen von <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-53-fgm.pdf>
- Mulongo, P., Martin, C. H., & McAndrew, S. (2014). The psychological impact of female genital mutilation on girls/women's mental health: A narrative literature review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(5), S. 1–17. <https://doi.org/10.1080/02646838.2014.949641>
- Nestlinger, J., Fischer, P., Jahn, S., Ihring, I., & Czelinski, F. (2017). *Eine empirische Studie zu weiblicher Genitalverstümmelung in Deutschland. Daten, Zusammenhänge, Perspektiven*. Abgerufen von <https://www.netzwerk-integra.de/app/download/6517789962/Eine+empirische+Studie+zu+Genitalverst%C3%BCmmelung+in+Deutschland.pdf?t=1515665762&mobile=1>
- Obermeyer, C. M. (2005). The consequences of female circumcision for health and sexuality: An update on the evidence. *Culture, Health & Sexuality*, 7(5), 443–461. <https://doi.org/10.1080/14789940500181495>
- Pechmann, C., Petermann, F., Schmidt, S., Nitkowski, D., Köbach, A., Ruf, M., & Elbert, T. (2016). Belastungsbewältigung bei Frauen mit FGM aus Äthiopien – Zur Rolle der Einstellung. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 66(11), 421–428. <https://doi.org/10.1055/s-0042-107803>
- Royal College of Nursery. (2006). *Female genital mutilation. An educational resource for nursing and midwifery staff of the Royal College of Nursery*. Abgerufen von <https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pub-005447>
- Schnuell, P., Richter, G., & Piccolantonio, C. (2006). Addressing female genital mutilation in Germany: The work of the women's rights organization Terre des Femmes and the situation in Germany. In G. C. Denniston, P. Grassivaro Gallo, F. M. Hodges, M. F. Milos, & F. Viviani (Hrsg.), *Bodily integrity and the politics of circumcision: Culture, controversy, and change* (S. 133–140). New York: Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4020-4916-3_12
- Sing, A., & Hierl, W. (2015). Gesundheitsuntersuchungen nach dem Asylverfahrensgesetz. *Bayerisches Ärzteblatt*, 9, 422–423. Abgerufen von <https://www.bayerisches-aerzteblatt.de/>
- Sotriadis, G. (2014). Der neue Straftatbestand der weiblichen Genitalverstümmelung, §226a StGB: Wirkungen und Nebenwirkungen. *Zeitschrift für Internationale Strafrechtsdogmatik*, 7–8, 320–339. Abgerufen von <http://www.zis-online.com/>

Von weiblicher Genitalbeschneidung betroffene Patientinnen in der Gynäkologie: Empfehlungen für eine kultursensible Betreuung und Prävention

- Starke, H., (2017). *Weibliche Genitalbeschneidung in Europa – eine medizinethische Reflexion zur Entwicklung eines medizinischen Leitlinienkompendiums* (Dissertation). Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg.
- Utz-Billing, I., Kentenich, H., Henzgen, J., Kantelhardt, E., & Riem, K. (2011). *Empfehlungen der Dt. Gesell. für Gynäkologie und Geburtshilfe zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung*. Abgerufen von https://www.dggg.de/fileadmin/documents/stellungnahmen/archiviert/175_Empfehlungen_zu_m_Umgang_mit_Patientinnen_nach_Weiblicher_Genitalverstueummelung/175_2011.pdf
- World Health Organization. (2000). *A systematic review of the health complications of female genital mutilation including sequelae in childbirth*. Abgerufen von http://www.who.int/gender/other_health/systreviewFGM.pdf
- World Health Organization. (2001). *Management of pregnancy, childbirth and postpartum period in presence of female genital mutilation*. Abgerufen von http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/RHR_01_13/en/
- World Health Organization. (2008). *Eliminating female genital mutilation: An interagency statement—OHCHR, U., UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO*. Abgerufen von http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/csw52/statements_missions/Interagency_Statement_on_Eliminating_FGM.pdf
- World Health Organization. (2016). *Guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*. Abgerufen von <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/management-health-complications-fgm/en/>

Authors²⁹

Prof. Dr. theol. Monika Bobbert, Dipl.-Psych.
Department of Moral Theology, University of Muenster
Johannisstraße 8–10, 48143 Münster, Germany
m.bobbert@uni-muenster.de

Raina Schreitz, Mag. theol.
Department of Moral Theology, University of Muenster
Johannisstraße 8–10, 48143 Münster, Germany
schreitz@uni-muenster.de

Dr. med. Helen Starke
National Center for Tumor Diseases Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 460, 69120 Heidelberg, Germany
helen.starke@med.uni-heidelberg.de

29 The authors, who are listed in alphabetical order, provided equal contributions to the publication.