

AG Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit

Tropengynäkologie

FIDE e.V.

Sektion der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)



AG FIDE e.V., Dr. med. Christoph Zerm, Wilhelm-Huck-Str. 10, 58313 Herdecke

Vorstandsmitglied:
Dr. med. Christoph Zerm
Wilhelm-Huck-Str. 10
D-58313 Herdecke
Fon: (+49) 02330 - 89 07 04,
Fax: (+49) 02330 - 82 08
Email: praxis@dr-zerm.de
Web: www.ag-fide.de

PATIENTINNEN MIT GENITALER BESCHNEIDUNG: DEUTSCHE EMPFEHLUNGEN FÜR ANGEHÖRIGE DES GESUNDHEITSWESENS UND ALLE WEITEREN POTENTIELL INVOLVIERTEN BERUFSGRUPPEN

Herdecke, im November 2006

Warum ein solcher Leitfaden?

<Aktuelle Studien^{1, 2}, Umfragen³ und Erfahrungen in Deutschland und der Schweiz der letzten Jahre haben gezeigt, dass das Verhalten im Umgang mit und die Behandlung bei Patientinnen mit Weiblicher Genitalverstümmelung (englisch: female genital mutilation, FGM) und insbesondere mit Infibulation (siehe FGM-Klassifikation S. 3) in Deutschland und Nachbarländern nicht immer angemessen erfolgt. Ein Grund dafür ist zweifellos die mangelnde Erfahrung des Gesundheitspersonals mit diesem Thema> und dessen immanente Brisanz. Auch Verwaltungs- und Gerichtsentscheidungen im Zusammenhang mit FGM lassen mitunter wenig Vertrautheit mit diesem komplexen Thema erkennen. Ferner werden zunehmend Fälle bekannt, wo Töchter von in Deutschland lebenden Migrantenfamilien heimlich hier oder bei einem Auslandsaufenthalt, meistens im Ursprungsland, dieser traumatischen Prozedur unterworfen werden. Weit verbreitete Unkenntnis bei den mit den Kindern in Kontakt stehenden Berufsgruppen begünstigt indirekt diese Praxis.

<Daher ist es unabdingbar geworden, ein Informationsdokument für das Gesundheitspersonal sowie für alle potentiell involvierten Berufsgruppen in Deutschland zusammenzustellen, das gleichzeitig offizielle Behandlungsempfehlungen gibt.

Bereits beim ersten Kontakt mit einer von FGM betroffenen Patientin kann das Gesundheitspersonal diese ungewollt stigmatisieren. Hervorgerufen durch das Erschrecken, innere Ablehnung und Verurteilung von FGM können Fehlreaktionen entstehen. Mangelhafte Kenntnis des Themas kann folgende Konsequenzen nach sich ziehen:

- 1. Unsensible Herangehensweise: Offenkundiges Erschrecken der/des Behandelnden während der Untersuchung und fehlender Austausch darüber mit der Patientin*
- 2. Kritikwürdiges Verhalten: völlige Unkenntnis des Themas, inadäquate Diagnostik; fehlende Thematisierung von FGM während der Schwangerschaft; Empfehlung postpartaler Reinfibulation (siehe S. 22), um vaginale Infektionen zu verhindern; Reinfibulation der Patientin ohne entsprechendes Gespräch im Vorfeld; Defibulation (siehe S. 20) ohne Aufklärung der Patientin, sodass diese die anatomische Veränderung erst nach ihrer Rückkehr nach Hause feststellt;*
- 3. Inadäquate Behandlung: Kaiserschnitt auf Grund von Unkenntnis der Defibulationstechnik (siehe S. 20);*
- 4. Fehlende Prävention: Verpassen der Gelegenheit für Präventionsgespräche zum Schutz der Töchter betroffener Frauen*

In verschiedenen Ländern (Schweiz, Großbritannien, Schweden, Belgien, Dänemark etc.) existieren bereits Empfehlungen zur Optimierung der Behandlung betroffener Frauen. Auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat zahlreiche Publikationen zum Thema herausgegeben.> Bei der Erstellung des vorliegenden Dokumentes wurden besonders die Schweizerischen Empfehlungen zu diesem Thema (Hohlfeld P, Thierfelder C, Jäger F. et al.: Patientinnen mit genitaler Beschneidung. Schweizerische Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegefachkräfte, Hrsg. SGGG, 2005 ; vgl. Lit.23) zugrunde gelegt, die Gliederung und einige Passagen weitgehend übernommen (durch eckige Klammern <> kenntlich gemacht), vieles überarbeitet und um einige Kapitel (Kap.3-11 und 19-20) ergänzt. Bereits bei dem schweizerischen Dokument sind bestehende nationale und internationale Empfehlungen mit einbezogen worden.

Die Broschüre wird mitgetragen durch folgende Organisationen:

ANGEFRAGT: Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG),
Arb.gemeinsch. Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit (AG FIDE) e.V. der DGGG
ANGEFRAGT: Berufsverband der Frauenärzte (BVF),
ANGEFRAGT: Bund Deutscher Hebammen (BDH),
ANGEFRAGT: Bundesärztekammer (BÄK),
ANGEFRAGT: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung,
ANGEFRAGT: Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung,
ANGEFRAGT: IAMANEH Deutschland (International Association for Maternal and Neonatal Health),
INTEGRA - Deutsches Netzwerk zur Überwindung weiblicher Genitalverstümmelung, darin haben sich zu-

sammengeschlossen:

1. AG FIDE e.V.
2. Aktion Weißes Friedensband
3. Bischöfliches Hilfswerk Misereor e. V.
4. Center for Profs
5. Dt. Ges. für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH/ Projekt Überwindung FGM
6. Deutscher Entwicklungsdienst (DED)
7. Deutscher Frauenring
8. Deutsches Komitee für UNICEF
9. FORWARD Germany e.V.
10. KfW Entwicklungsbank/Kompetenzcenter Gesundheit
11. (I)NTACT e. V.
12. Lebendige Kommunikation mit Frauen und ihren Kulturen (LEB' KOM)
13. Plan International Deutschland e. V.
14. Stop Mutilation e.V.
15. Terre des Femmes e. V.
16. UNIFEM Deutschland

Hammer Forum, Hamm
Verein TABU, Dortmund

¹ Thierfelder C, Hatz Ch, Kessler C. Migrantinnen mit genitaler Verstümmelung in der Schweiz: Schweizerische Rundschau für Medizin 31/32M 1307-14,2003. Dissertation: <http://www.sti.ch/onlinediss.htm>

²Jaeger F., Schulze S., Hohlfeld P. Female genital mutilation in Switzerland: a survey among gynaecologists, Swiss Med Wkly 132; 259-4,2002

³ www.unicef.de/fileadmin/content_media/presse/fotomaterial/Beschneidung/I0038_Doku_Beschn.pdf

Diese Empfehlungen wurden erstellt von

Dr. Christoph **Zerm** (Gynäkologe) für den Vorstand der AG FIDE, Herdecke
unter redaktioneller Mitwirkung von: Dr. Eva **Ulbrich** (Gynäkologin), Halle und
Petra **Diabaté** M.A. (Afrikanistin und Ethnologin), Frankfurt

INHALT:

	Seite
1. Hintergrundinformationen	3
2. Medizinische, psychische und soziale Komplikationen:	6
3. Leidensbewußtsein	8
4. Tabuisierung/Schweigegebot	8
5. Fehlendes Wissen	8
6. Armut	9
7. Medikalisierung verhindern!	9
8. FGM in Europa	9
9. Zur Situation der Frauen	9
10. Religion und FGM	10
11. Migrantinnen in Europa	10
12. Rechtslage	12
13. Fachkräfte des Gesundheitswesens und anderer Bereiche	16
MEDIZINISCHER TEIL:	
14. Gynäkologische Untersuchung	19
15. Defibulation	20
16. Betreuung von Schwangerschaft und Geburt	21
17. Reinfibulation	22
18. Postnatale Betreuung	23
19. Neugeborenenuntersuchung und U1 – U10	24
20. Betroffenenversorgung	24
Weitere Empfehlungen	26
Anhang	27

1. HINTERGRUNDINFORMATIONEN

Definition

Nach der Definition der WHO (Weltgesundheitsorganisation) sind unter FGM zu verstehen „*alle Verfahren, die die teilweise oder vollständige Entfernung der weiblichen äußeren Genitalien oder deren Verletzung zum Ziel haben, sei es aus kulturellen oder anderen nichttherapeutischen Gründen.*“

Eine sorgfältige Differenzierung der Wortwahl ist im Zusammenhang mit FGM dringend anzuraten: „Beschneidung“ (engl. cutting, circumcision; francophon: „excision“) enthält kein Urteil, ist insofern neutral und sollte im Umgang mit Betroffenen bedacht werden, denn einige würden sich durch das stigmatisierende Wort „Verstümmelung“ nicht verstanden, ggfs. verletzt fühlen. Anders verhält es sich bei der Aufklärung Nichtbetroffener: Da wäre „Beschneidung“ ein verharmlosender Euphemismus. „Umschneidung“ (Circumcision) kann logisch-anatomisch eigentlich nur bei der männlichen Beschneidung verwendet werden. Das IAC (Inter-African Committee) hat 2005 in Bamako eine Entschließung von 1990 (Addis Abeba) nochmals bekräftigt, in Übereinstimmung mit der AU, der EU, der WHO und weiteren wichtigen internationalen Organisationen strikt an der Bezeichnung „FGM“ festzuhalten. (31)

Klassifikation nach WHO

Gemäß der derzeitigen international gebräuchlichen Klassifikation der WHO werden vier Formen von FGM (Typ 1 – IV) unterschieden. In der Praxis ist es jedoch nicht immer einfach, die verschiedenen Formen von FGM voneinander zu trennen, da Zwischenformen und Variationen existieren. In der ländlichen Situation wird praktiziert, was auch die Vorfahren schon immer taten, und das variiert zuweilen von Dorf zu Dorf (sogar von Beschneiderin zu Beschneiderin). Dem Gesundheitspersonal wird zumeist die Infibulation (Typ III) auffallen. Die Typen I, II und IV bleiben häufig unbemerkt.

- Typ I: „Sunna“: Ausschneiden der Klitorisvorhaut (Präputium) mit oder ohne Entfernung eines Teiles oder der ganzen Klitoris.
- Typ II: „Excision“: Entfernung von Klitoris und Vorhaut zusammen mit einem Teil der kleinen Schamlippen oder deren vollständiger Entfernung.
- Typ III: „Infibulation“: Die extremste Form der FGM, die auch unter der Bezeichnung „Pharaonische Beschneidung“ bekannt ist, nämlich das Herausschneiden eines Teiles bzw. des gesamten äußeren Genitale mit Vernähen der Wundränder, so dass eine winzige Öffnung zur Scheide hin offen bleibt für den Abfluss von Urin und Menstrualsekret. Dabei werden außer Klitoris mit Vorhaut und den kleinen Schamlippen auch die inneren Anteile der großen Schamlippen entfernt und die Wundränder dann z.B. mit Akaziendornen vereinigt, bis auf eine bleistift- bzw. schilfrohrdünne Öffnung; das lateinische Wort „Fibula“ (= Klammer, Spange) in „Infibulation“ weist auf das Verschließen hin.
- Typ IV: Bezeichnet die verschiedensten Formen bzw. Variationen der Beschneidung, welche nicht näher klassifiziert werden können bzw. nicht typischerweise unter die Typen I-III fallen. Hierzu gehören u.a.: Einschnitt oder Einriss der Klitoris; Ausziehung, Verlängerung der Klitoris und der kleinen Schamlippen; Ausbrennen der Klitoris und/oder der angrenzenden Gewebe; Einführen ätzender Substanzen oder Kräuter in die Vagina, um diese zu verengen.

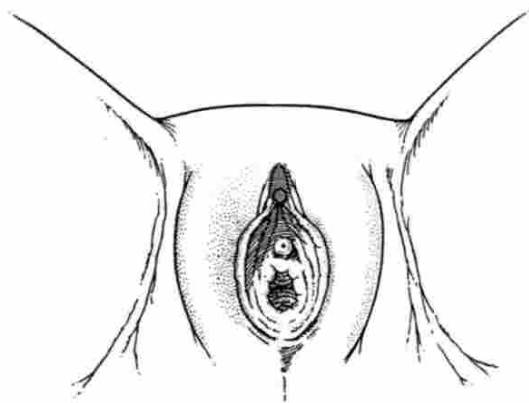


Abbildung 1: FGM Typ I

Excision der Vorhaut mit oder ohne Excision der ganzen oder eines Teiles der Klitoris (schraffiert)

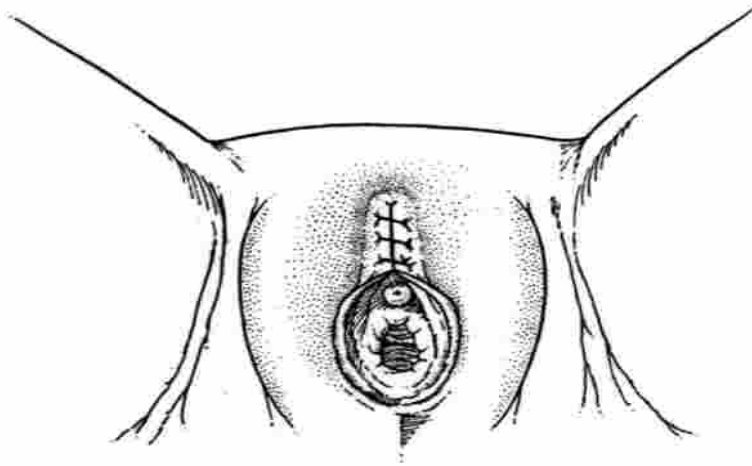


Abbildung 2: FGM Typ II

Excision der Klitoris mit partieller oder totaler Amputation der kleinen Schamlippen (nach Vernähung)

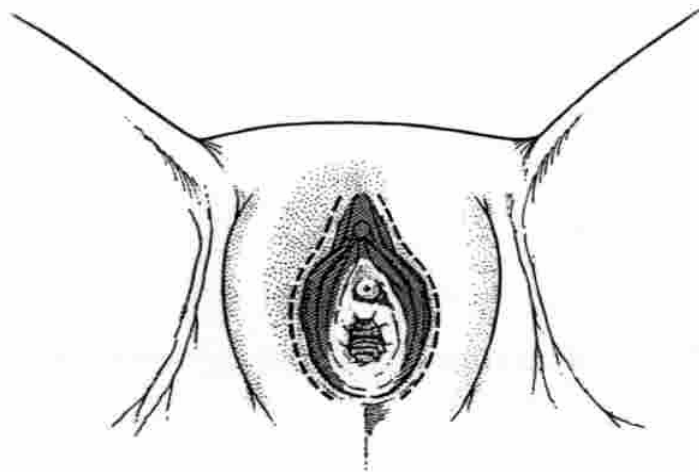


Abbildung 3a: FGM Typ III

Excision der Klitoris, totale Amputation der kleinen und großen Schamlippen (schraffierte Fläche) und Vernähung der Wundränder (gestrichelte Linie) zwecks Subtotalverschlusses der Vulva, Belassung nur einer winzigen dorsalen Öffnung

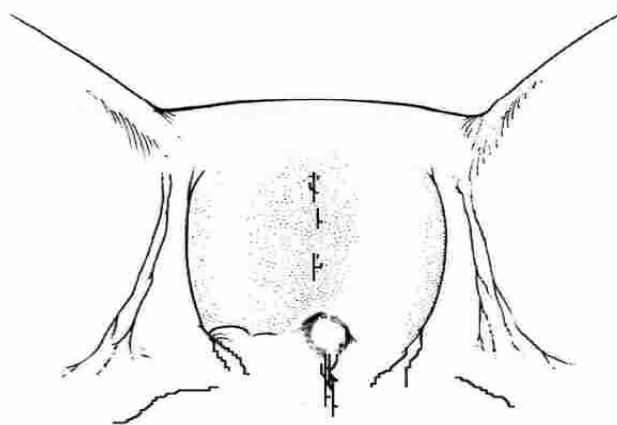


Abbildung 3b: FGM Typ III Ergebnis der Prozedur

Historisches / Kulturelle Verwurzelung

Im Bewusstsein der Anwendenden leitet sich FGM weit verbreitet vor allem aus Folgendem ab:

1. Tradition („das haben unsere Vorfahren schon immer so gemacht...“; „der Wille der Ahnen wird hierdurch erfüllt...“). Es gibt Berichte über FGM aus dem pharaonischen Ägypten des dritten vorchristlichen Jahrtausends. Möglicherweise breitete sich diese Praxis von dort in alle Richtungen weiter aus. Allerdings soll dieser Brauch auch bei afrikanischen Völkern mit Naturreligionen in vor-islamischer Zeit verbreitet gewesen sein. Im Islam war FGM nicht verankert, jedoch von Nachbarvölkern her bekannt. Bei der Eroberung dieser Völker mengte sich nach und nach auch FGM in das Brauchtum der entstehenden muslimischen Reiche und erreichte später so auch weitere Teile ihres Herrschafts- und Einflussgebietes.

2. Die meisten Anwender glauben **irrtümlich**, dass FGM den **Vorschriften der Religion** entspreche, und zwar **bekenntnisübergreifend** (Muslime, Christen, Juden, andere Glaubensrichtungen). Keineswegs ist FGM auf die islamische Welt beschränkt, wird andererseits dort auch gar nicht überall praktiziert. Bei genauerer Betrachtung lässt sich FGM durch keine schriftlich überlieferte Glaubensvorschrift, gleich welcher Religion, begründen. Lediglich in den Hadithen, das sind Ergänzungsvorschriften neben dem Koran, finden sich Andeutungen hierzu.

3. Das magische Konzept der **Initiation**, des Überganges in die erwachsene Geschlechterrolle. Mythologisch wurde vielerorts der Mensch als ein zunächst mit männlichen und weiblichen Anteilen ausgestattetes Wesen angesehen. Der Schritt in die eindeutig definierte Rolle als erwachsene Frau oder Mann wird demzufolge nur möglich durch die Entfernung der „gegengeschlechtlichen“ Attribute. Hinzu kommt möglicherweise (unbewusst) die auch von Indianervölkern bekannte Kombination von Schmerz-Ertragen und Festlichkeit.

4. Die Überzeugung, durch FGM die angeblich sonst zu sehr überbordende **Sexualität der Frauen** besser **dämpfen** zu können. Gleichzeitig sei so der Schutz der Jungfräulichkeit und vor Vergewaltigung (z.B. einsamer Hirtenmädchen) gewährleistet, ferner fördere FGM die Empfängnisfähigkeit und die allgemeine Gesundheit sowie die eheliche Treue.

Daneben gibt es eine lange Liste weiterer Argumente der Befürworter, die teils skurrile Unwissenheit, teils das Merkmal bedingungsloser männlicher Dominanz erkennen lassen.

(Waris Dirie: „Die Sexualität der Frau soll zerstört werden. Deshalb sage ich auch nicht Genital-, sondern Sexualverstümmelung.“)

In vielen Teilen der Länder Afrikas, in denen FGM überwiegend vorkommt, werden unbeschnittene Frauen als Prostituierte verschrien, sie haben praktisch keine Chance, einen Ehemann zu bekommen. Stellt dieser am Hochzeitstag einen unbeschnittenen Zustand fest, wird die Braut in manchen ländlichen Gegenden mit Schande in ihr Heimatdorf zurückgetrieben, wo auch ihre Familie fortan unter Repressalien leiden wird. Ohne Ehe hat eine Frau aber in vielen Ethnien keine soziale Zukunft, keine realistische Überlebenschance. So ist es ein Akt der Fürsorge, dass vor allem die Großmütter streng auf die Einhaltung dieser Sitte achten, etwa so, wie bei uns die Einschulung die Zukunft sichern hilft.

Prävalenz / Inzidenz (Vorkommen und Verbreitung)

Schätzungen der WHO gehen von weltweit 130-150 Millionen betroffener Frauen aus, Tendenz (immer noch) steigend. Man geht von jährlich 2-3 Millionen neuer Fälle aus, das sind mehr als 6000 Opfer täglich!

Das Vorkommen ist von Land zu Land, manchmal sogar innerhalb eines Landes, sehr unterschiedlich, in einigen Ländern ist nur ein kleinerer Prozentsatz der weiblichen Bevölkerung betroffen, in anderen Ländern wie Sudan, Somalia, Djibuti, Eritrea, Äthiopien, Ägypten, Mali oder Guinea 80 - 100% aller Frauen. FGM wird in 28 afrikanischen Staaten (nicht in Nordwestafrika), in Ägypten, Jemen, Oman und Indonesien praktiziert.

Die Typen I und II sind am weitesten verbreitet. Weltweit sind etwa 80% der genital verstümmelten Frauen in diesem Sinne beschnitten.

Zum Typ III gehören ca. 15% aller von FGM betroffenen Frauen. Es gibt jedoch Länder wie Somalia, Sudan, Südägypten, Teilen von Nordnigeria und Mali, in denen praktisch alle Mädchen dieser extremsten Form der FGM unterzogen worden sind. Alteingewurzelte Traditionen halten sich erfahrungsgemäß am hartnäckigsten in ländlichen Regionen, besonders bei hohem Analphabeten-

anteil. In der Anonymität der größeren Städte besteht eher die Chance, diesen zwingenden Bräuchen zu entkommen. Allerdings gibt es in den letzten Jahren einige Berichte, dass auch unter großstädtischen Intellektuellen z.B. im Sudan ein Trend zu beobachten sei, wieder streng zu solchen Praktiken zurückzukehren.

In Deutschland leben etwa 59.000 Frauen oder Mädchen aus Ländern, in denen die weibliche Genitalverstümmelung praktiziert wird. Schätzungsweise jede Zweite von ihnen ist davon betroffen oder bedroht; hinsichtlich der Gefährdeten muss mit einer beträchtlichen Dunkelziffer gerechnet werden. (s. Anhang 1, Seite 27)

Lebensalter der Opfer

Der Zeitpunkt des Rituals variiert je nach Ethnie und Überlieferung, es kann in den ersten Lebenstagen oder -wochen vorkommen, im Kleinkindalter oder vereinzelt auch in der späten Pubertät als Teil der Hochzeitsvorbereitungen. Sehr häufig ist das Alter 4 – 8 Jahre betroffen (Manchmal hängt es auch von den finanziellen Möglichkeiten ab, zu welchem Zeitpunkt eine Beschneidung durchgeführt werden kann).

Durchführung

Anatomische Kenntnisse sind im Allgemeinen nicht vorauszusetzen, und auch an medizinische Instrumente ist nicht zu denken. So dient den Beschneiderinnen, zumeist ältere, angesehene Frauen im Dorf, als Schneidewerkzeug alles, was gerade zur Hand ist: Küchenmesser, Glasscherben, Rasierklingen oder -messer, alte geschärfte Eisenblechstücke, zuweilen auch die Fingernägel. Zur Schmerzlinderung werden Kräuterzubereitungen verwendet oder auch gar nichts, Narkosen gibt es nicht, das Mädchen wird von einigen Frauen (darunter oft auch die eigene Mutter) festgehalten. Selbst wenn die Beschneiderin eine genauere Vorstellung hat von dem, was sie entfernen will, können Altersschwachsichtigkeit oder plötzliche Abwehrbewegungen des Opfers zu zusätzlichen unkontrollierten Verletzungen, Knochenbrüchen u.v.a.m. führen. Zum Vernähen werden Bindfäden, Bast, Dornen und Eisenringe verwendet oder die Wundränder werden mit zwei Stöckchen von außen aneinandergespreßt und diese dann mit einer Schnur an beiden Enden zusammengebunden. Besonders bei Typ III werden den Mädchen anschließend die gesamten Beine fest umwickelt. So sind sie für die nächsten Wochen völlig stillgelegt, bis die Wunde zugeheilt ist.

2. Medizinische, psychische und soziale Komplikationen:

<Häufigkeit und Art der akuten Komplikationen sind vom FGM-Typ, den hygienischen Bedingungen, dem Geschick und der Erfahrung der Beschneiderin sowie vom Widerstand des Opfers abhängig.

Akute Komplikationen bei FGM

Infektion	Lokalinfektion Allgemeininfektion Septischer Schock ==> Tod HIV-, Hepatitis- etc. – Infektion Tetanus Gangrän (infektiöser Gewebeuntergang)
Blutung	Starker Blutverlust bis zur Verblutung Anämie
Verletzung	hypovolämischer (Flüssigkeitsvolumen-Mangel-) und traumatischer Schock Verletzung von Nachbarorganen wie Darmausgang, Harnröhre, Harnblase, größere Arterien, die Vaginalwand mit der Gefahr von Fistelbildung Frakturen (Femur, Clavicula, Humerus ...) schmerzbedingter Kollaps,
Harnwege	Harnverhalt Dysurie (schmerzhafte Harnentleerungsstörungen) Harnröhrenödem (Urethra)
Psychisches Trauma	

Chronische bzw. Langzeitkomplikationen

Die Auflistung bezieht sich zunächst auf die Prävalenzländer. Allerdings werden auch in Deutschland Angehörige des Gesundheitswesens mit diesen chronischen Komplikationen konfrontiert und zur Behandlung hinzugezogen. Dies betrifft erwachsene und jugendliche Migrantinnen, die in ihrer Kindheit im Ursprungsland beschnitten worden sind. Das Ausmaß der chronischen Komplikationen korreliert mit dem Grad der Mutilation. Dabei wird es sich im Wesentlichen um die Infibulation (Typ III) handeln. Die Typen I, II und IV bleiben häufig unbemerkt. Allerdings sollten auch diese Formen hinsichtlich ihrer durchaus vorkommenden Folgeb morbidity nicht unterschätzt werden. Es ist zu betonen, dass die betroffenen Frauen die Folgekomplikationen von FGM häufig nicht mit der genitalen Verstümmelung in Zusammenhang bringen. Vielmehr ist diese für sie oft ein weit zurückliegendes Ereignis. Überdies teilen sie dieses Problem mit den meisten Frauen ihrer Umgebung („so ist eben das typische Leben einer Frau“). Andererseits haben selbst unter den Frauen mit Infibulation nicht alle Betroffenen auffällige medizinische Komplikationen.>

Vor allem bei Infibulation kommt es zu leichten bis schwersten **Behinderungen beim Wasserlassen** (für viele Betroffene ist es „normal“, 20-30 Minuten dafür zu benötigen), daraus resultierend **Harnwegsinfektionen** mit weiteren Komplikationen bis zur schweren **Nierenbeckenentzündung**. Ferner **Inkontinenz**. Aus Angst vor all diesen Beschwerden trinken die Frauen noch weniger, was zu **Steinbildungen** und ebenfalls zu Infektionen führen kann, abgesehen von Austrocknungssymptomen und Stoffwechselerkrankungen.

Gleichartige Probleme treten auf mit der Menstrualabsonderung: Die Periode dauert zuweilen fast zwei Wochen infolge von **Menstrualstauungen**, was dann heftige Periodenschmerzen (**Dysmenorrhoe**) verursacht. Staus sind außerdem ideale Nährböden für aufsteigende Infektionen der inneren Geschlechtsorgane („**Unterleibsentzündung**“), die in einen chronischen Zustand übergehen und zu dauernder Unfruchtbarkeit (**Infertilität/Sterilität**) führen können. Dies ist vor allem in Afrika mit das schlimmste, was einer jungen Frau passieren kann. Die dauernde Zurückhaltung von Sekreten und Urin kann mitunter zu **Steinbildung und Auskristallisierungen** in der Scheide führen. Die ausgedehnten Wunden, nicht selten unter **Vereiterung** verheilt, können Narbenwülste (sogen. **Keloide**) bilden, auch **Narbenverziehungen, Dermoidzysten, Neurinome** (Nervengeschwülste), die bei jeder Berührung Schmerzen verursachen, und es kann zu Harnverhalt durch völlige **Verengung der Harnröhre** kommen.

Insbesondere führt FGM zu schwersten seelischen und physischen Behinderungen des Geschlechtsverkehrs (**Dyspareunie/Apareunie**) (für viele vom Typ III betroffene Frauen ist der Geschlechtsakt gleichbedeutend mit der Erduldung grenzenlosen Schmerzes, der jedoch als naturgegeben hingenommen wird, da die wenigsten Betroffenen von der Existenz anderer Lebensformen Kenntnis haben). Schon bei Typ II kann der Scheideneingang erheblich verengt sein (**Vaginalstenose**), umso schlimmer ist die Situation bei Typ III. Der Ehemann probiert entweder so lange mit seinem Penis, bis die winzige Öffnung weiter geworden ist, oder er verwendet erneut irgendwelche „Schneidewerkzeuge“. In Ermangelung anatomischer Kenntnisse muss er dabei nicht unbedingt in der Scheide landen... Mitfühlende Ehemänner leiden durchaus mit ihren Frauen mit, und all dies kann **auch beim Mann zu funktionellen Sexualstörungen** führen. Unter solchen Bedingungen verlagert sich das Intimleben in großen Teilen auf andere Bereiche jenseits des Geschlechtsaktes, und Interviews haben ergeben, dass Betroffene auf dieser Grundlage zuweilen ihre europäischen „Schwestern“ als manchmal etwas zu sehr auf die Kohabitation fixiert ansehen.

Bei von **Typ III/FGM** betroffenen Frauen und eingetretener Schwangerschaft ist die **Untersuchungsmöglichkeit eingeschränkt** bis vollständig behindert, Urinuntersuchungen bezüglich Infekten oder Eiweiß u.ä. können nicht durchgeführt werden, 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 Erkrankungs- und Sterblichkeitsrate. Eine in Afrika sehr verbreitete Schädigung, die Scheiden-Blasen- bzw. Scheiden-Enddarm-Fistel (krankhafte offene Verbindung), entsteht unter anderem durch solcherart verlängerte Geburtsverläufe. Unter der Geburt kann es zu unkontrollierten Rissen im Bereich des Geburtskanals kommen, postpartalen Hämorrhagien (Blu-

tungen), Wundinfektionen, Kindbettfieber (Puerperalinfekte) können im Wochenbett die Mutter bedrohen.

Die **sozialen Folgen** solcher Komplikationen sind leicht nachvollziehbar: Wenn Urin und/oder Stuhlgang ständig unkontrolliert abgeht, aber auch schon bei dem mühsamen Abgang von Menstrualsekret, kommt es fast immer zu sehr unangenehmen Geruchsentwicklungen, verschärft durch das heiße Klima. Dies wie auch die Unfruchtbarkeit kann und wird der Ehemann zum Anlass nehmen, seine Frau zu verstoßen. Beide werden mit keinem Gedanken darauf kommen, dass FGM die Ursache dieses Übels ist. Die Männer wissen ohnehin nichts über die wirkliche Dimension von FGM. Derart verstoßene Frauen werden aus der Dorfgemeinschaft ausgeschlossen, und sie werden sich kaum noch lange allein am Leben erhalten können.

Viele Mädchen erscheinen nach diesem Eingriff wie verändert: Aus fröhlichen, unbeschwerten Kindern werden ernsthafte, mitunter teilnahmslose Kinder. In allen Lebensaltern bedeutet dieses **enorme Trauma** gleichzeitig den **Verlust des Urvertrauens**: Die geliebtesten Menschen haben einem unvorbereitet diesen schrecklichen Schmerz angetan, statt einen zu schützen!

Die zumeist **lebenslange seelische Folgesymptomatik**, zum Beispiel **Angst, Depressionen, Perspektivlosigkeit** oder **psychosomatische Erscheinungen**, wird von manchen Expertinnen mit dem **Trauma einer Vergewaltigung** verglichen. Die Erinnerung kann zwar verblassen, aber das Erlittene wird dennoch im Körper gespeichert.

Gravierende Kollateralmorbiditäten (zusätzliche Erkrankungsfolgen)

Begünstigung der weiteren Ausbreitung von AIDS und Hepatitis (Verwendung der Schneidewerkzeuge bei mehreren Opfern, wiederkehrende Wunden im Genitalbereich etc.); auch dem Auftreten von Vaginalfisteln wird stark Vorschub geleistet.

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

3. Leidensbewußtsein

Auch wenn sich das körperliche und seelische Trauma tief und lebenslang in das Unterbewusstsein eingräbt, so haben die meisten Betroffenen zunächst und häufig 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.

4. Tabuisierung/Schweigegebot

Zu Sexualität im Allgemeinen und FGM im Besonderen besteht in allen Prävalenzländern ein absolutes Schweigegebot: Über all dies spricht Frau nicht, unter keinen Umständen, auch nicht mit Mutter, Schwester oder Freundin! Jede Frau und schon jedes Mädchen ist somit mit ihrem Schock, ihren Ängsten, ihrer Verzweiflung völlig allein. So wird es auch der Migrantin in Europa fast unmöglich sein, über ihre eigene Betroffenheit zu sprechen - sofern sie sich dieser überhaupt bewusst ist. Auch wenn sie sich in manchen Fällen vor allem wegen FGM oder deren Folgen zur Flucht entschlossen hat – sie wird es kaum je schaffen, dies als Fluchtmotiv zu benennen, sondern wird versuchen, andere Gründe zu finden.

5. Fehlendes Wissen

Anatomisch-physiologische Kenntnisse haben in fast allen Fällen weder die Frauen noch die Männer. Somit bleiben ihnen die objektiven Zusammenhänge verborgen, und dieses Vakuum füllt sich dann allzu leicht mit allerlei Aberglauben, Missdeutungen und Verdrängung. Insbesondere die

Männer vergleichen FGM allenfalls mit ihrer (männlichen) „Beschneidung“ und entledigen sich dessen als „Frauensache“, wenn sie denn überhaupt darüber reflektieren.

6. Armut

Die vorherrschende Armut gerade in den Ländern des Südens führt zu einem circulus vitiosus: Nennenswerte Bildung bleibt unerreichbar, ganz besonders für die Frauen, dies verhindert Berufsausbildung und damit (verbessertes) Einkommen. Ohne Einkommen bleibt nur noch der Kampf um das Überleben, welcher alle anderen Probleme in den Hintergrund treten lässt. Not treibt zum Festhalten am Althergebrachten, für Mut zu Veränderung bleibt kein Raum. So halten Ethnien umso strikter auch an FGM als konstituierendem Element ihres soziokulturellen Gefüges fest, je ärmer sie sind. Bildung und sich entwickelnder Wohlstand bedingen sich gegenseitig, und Aufklärung ist der einzig tragfähige Weg zur Überwindung von FGM. (Siehe auch Abschnitt: „Kongruente statistische Daten...“ S. 10)

7. Medikalisierung verhindern!

Die geschilderten Begleitumstände der mangelnden Hygiene und Analgesie (Betäubung) mit daraus resultierenden Komplikationen dürfen nicht dazu verleiten, einer Medikalisierung (d.h. z.B. Verlagerung dieser Prozedur in Ambulanzen oder Krankenhäuser, wie mancherorts bereits im Gange) Vorschub zu leisten. Entsprechend den klaren Stellungnahmen der WHO ist jegliche Form der Antastung körperlicher Integrität eine Menschenrechtsverletzung, die es zu eliminieren gilt. Zu Recht wird dies als schädliche traditionelle Praxis („harmful traditional practice“) gebrandmarkt. Gesellschaftliche Riten und Feste können daher nur unblutig vollzogen werden! Auch die deutsche Ärzteschaft hat sich klar dazu geäußert (Entschlüsseungen zur rituellen Verstümmelung weiblicher Genitalien auf dem 99. Ärztetag 1996 in Köln und auf dem 100. Ärztetag 1997, s. S. 12). Angehörige der im Gesundheitswesen tätigen Berufe dürfen sich nirgends auf der Welt zur Durchführung solcher Praktiken hergeben oder missbrauchen lassen!

8. FGM in Europa

Die seit einigen Jahren zunehmende Migrationsbewegung von Süd nach Nord hat dazu geführt, dass auch in Deutschland zunehmend mehr Menschen aus Prävalenzländern leben. Die ungefähre Zahl betroffener Mädchen und Frauen lässt sich leicht kalkulieren, indem der Prävalenzprozentsatz der jeweiligen Ursprungsländer auf die Anzahl der Migrantinnen aus diesen Ländern angesetzt wird. Töchter aus diesen Familien können gefährdet sein, und bereits Betroffene sind unsere potentiellen Patientinnen oder Gegenüber bei anderen Anlässen des Alltags. Hier gilt es gleichartige Sensibilität zu entwickeln, wie sie in der jüngeren Vergangenheit z.B. gegenüber Behinderten entstanden ist.

Zugleich gehört zur Vervollständigung des Bewusstseins, sich klar zu machen, dass auch in Mitteleuropa bis weit in das 19. Jahrhundert hinein Formen von FGM praktiziert worden sind, bis Anfang des 20. Jahrhunderts sogar unter „wissenschaftlicher“ Indikation (cf. M. Hulverscheidt in: Lit. 15). Wir dürfen auch heute nicht wegschauen, wenn z.B. Kindergartenmädchen von ihrem geplanten „Fest“ erzählen, oder gar illegale Eingriffe verdeckt vorgenommen werden, selbst wenn sie außerhalb Deutschlands geschehen (sollen).

9. Zur Situation der Frauen

Gesellschaftliche Rolle

In den meisten Ländern des Südens, zumal in islamischen Ländern, hat die Frau eine gegenüber den Männern völlig untergeordnete Rolle (v.a. in ländlichen Gebieten), sie wird von Geburt an dazu erzogen, sich den Konventionen und (zumeist männlichen) Autoritäten zu fügen. Ihr Hauptzweck erschöpft sich darin, für diese da zu sein und Kinder, vor allem Söhne, zu gebären. Eigentum und bürgerliche Rechte sind ihr häufig nicht oder zumeist nur vermittels ihres Ehemannes zugänglich. Daher ist in solchen Gesellschaften eine eigenständige, unabhängige Frauenexistenz nicht vorstellbar. Überleben ist nur als verheiratete Frau möglich, und dafür sind alle Bedingungen zu erfüllen, die von der Frau verlangt werden. Eigene Bildung ist hierbei eher hinderlich, und deshalb zeigen alle Statistiken für diese Länder ein insgesamt niedriges, für Frauen aber ein noch erheblich

niedrigeres Bildungsniveau. Daran wird eines deutlich: Bildung verhilft Frauen zu der Möglichkeit, sich selber versorgen zu können, und damit zu mehr Unabhängigkeit – ein wichtiger Baustein zur Überwindung von FGM.

Unterdrückung und Gewalt gegen Frauen

Aus der Schilderung der gesellschaftlichen Rolle der Frau geht schon die allgemeine Unterdrückung hervor. Diese wird nun noch verschärft durch die vielfältigen Varianten offener und subtiler Gewalt gegen Frauen: Das Gebot der Jungfräulichkeit wird flankiert von Frühehe, Zwangsverheiratung, Brautraub (d.h. die durch nachfolgende Heirat „legitimierte“ Vergewaltigung!), Ehrenmorden (bzw. entsprechenden Akten), Entführung, Behandlung von Vergewaltigungsopfern als Sündenböcke gegen die Ehre (bzw. das soziale Gefüge), häusliche Gewalt, und nicht zuletzt auch FGM. All dies führt die Mädchen weiter weg von der eigenen Chance auf Bildung, auch FGM wirkt sich so aus; Beobachtungen belegen den gehäuften Schulabbruch nach Durchführung dieses Rituals.

Kongruente statistische Daten zu wichtigen Indikatoren

Statistische Daten der Deutschen Stiftung Weltbevölkerung zeigen Weltkarten, die in Bezug auf die Länder mit der höchsten Rate an Analphabetismus, mütterlicher Mortalität, Geburtenzahl pro Frau und niedrigsten Rate an weiblicher Lebenserwartung sowie Prokopfeinkommen in beklemmender Weise weitgehend kongruent sind und in vielen Fällen (besonders in Afrika) gleichzeitig die höchsten FGM-Prävalenzraten aufweisen. Diese Fakten sprechen für sich.

10. Religion und FGM

Patriarchalische Gesellschaften, die auf einem engen tribalen oder Clan-Zusammenhang aufgebaut sind, müssen sich stets auf hierarchische und repressive Mechanismen stützen. Ehre und die Einhaltung strenger Normen stehen an oberster Stelle, Unterordnung, Schuld und Scham sind das disziplinierende Gegenstück dazu. Strenge Religionssysteme sind hierbei willkommene Unterstützung für die gewünschte gesellschaftliche Ausrichtung. FGM hat in diesem Kontext eine besondere, disziplinierende Funktion, und die (wenn auch fälschliche) Verknüpfung mit religiösen Vorschriften ist in solchem Sinne ein willkommener Kunstgriff, der sich in Laufe der Zeit verselbständigen kann. Es kommt hierbei mehr auf die Glaubensstrenge an, nicht so sehr auf die konfessionelle Ausrichtung. Dies zeigt sich daran, dass Christen, Muslime, Juden oder Anhänger von Naturreligionen bei FGM in jeweils bestimmten Gegenden gleichermaßen involviert sind, wenngleich FGM in muslimischen Gesellschaften auffällig häufiger anzutreffen ist. Die Gemeinsamkeit bezieht sich hier auf die Unterdrückung der Frauen, und dabei insbesondere auf deren Sexualität.

11. Migrantinnen in Europa

Motive

Es sollte stärker in Betracht gezogen werden, dass die meisten Menschen in dieser Welt nicht freiwillig und ohne Not ihre Familien und Heimat verlassen, ihre gewohnte Umgebung, ihren Sprachraum, ihre Bekannten und Freunde, ihre ursprüngliche Geborgenheit. Um all das aufzugeben zugunsten einer völlig ungewissen, ja vielleicht tödlichen Zukunft, müssen schon sehr schwerwiegende Gründe vorliegen. Wir sind Zeitgenossen einer ganz neuen, globalen Entwicklung, deren Ausgang noch schwer vorhersehbar ist, die aber mit alten Denkmustern nicht annähernd verstanden werden kann.

Die wichtigsten Sorgen

Ist eine Migrantin erst einmal hier z.B. in Deutschland angekommen, sieht sie sich in den meisten Fällen mit sehr existentiellen Sorgen und Problemen konfrontiert. Sie muss überleben, d.h. zunächst die Grundbedürfnisse stillen, wie Nahrungsmittel beschaffen und ein Dach über dem Kopf, sich in einer zumeist unverständlichen Welt zurechtfinden, wo es um Papiere, Genehmigungen und Anerkennungen geht. Vielleicht kommen noch Sorgen um Kinder oder andere Familienangehörige dazu. Man muss sich zumeist in eine ganz neue Sprache einleben, und nicht immer trifft man auf hilfsbereite Menschen. Das Thema FGM ist in so einer Situation völlig im Hintergrund, überlagert von (fast) allem Anderen. Für viele Migrantinnen ist daher und auch grundsätzlich aus Unwissenheit die Sorge, die man sich in Europa um FGM macht, vollkommen unverständlich.

Tabuisierter Geschlechtsbereich

Wie schon erwähnt, ist der ganze Bereich der Sexualität sowohl im körperlichen als auch im ausübenden Sinne von einem absoluten Tabu belegt, über das weder Mann noch Frau ein Wort verlieren können oder dürfen. Wenn überhaupt, so könnte eine Frau allenfalls nach langem Vertrauensbildungsprozess sich einer anderen Frau anvertrauen. Aber auch dies dürfte selten genug vorkommen. In noch viel stärkerem Maße gilt dies für FGM. „Das vielleicht Allerschlimmste ist für uns Frauen ... dieses furchtbare, ungeschriebene Gesetz: Du musst schweigen. Du darfst mit niemandem über die Schmerzen sprechen.“ (Waris Dirie in: Schmerzenskinder)

Unwissen über sich selbst und die Zusammenhänge

Migrantinnen mit niedrigem Bildungsniveau werden lange Zeit wenig oder nichts wissen über ihre „Andersartigkeit“ im Vergleich mit den Europäerinnen, insofern auch nichts über Zusammenhänge zwischen möglichen Gesundheitsstörungen und der erlittenen FGM. Aber auch besser gebildete Migrantinnen können sich in Unkenntnis darüber befinden, was wirklich mit Ihnen geschah – in einigen Fällen zu einem Zeitpunkt in ihrem Leben, an den sie sich nicht erinnern können, in anderen Fällen durch Verdrängen oder Unklarheit über die Zusammenhänge. Für alle diese Varianten gilt, dass diese Betroffenen einfühlsam, behutsam behandelt und informiert werden sollten, um erneute und weitere psychische Traumatisierungen zu vermeiden. Vor allem möchte eine Betroffene sich nicht auf den (alterierten) Genitalbereich reduziert, sondern als Gesamtpersonlichkeit wahrgenommen erleben.

Begegnung mit Europäern

Die Begegnung zwischen zwei völlig verschiedenen Kulturen birgt viele Quellen von Missverständnissen (bis man mehr über einander weiß). Nicht jeder ist von vornherein Fremden gegenüber aufgeschlossen, und das ist auch nicht wie selbstverständlich vorzusetzen oder zu verlangen. Aber eines sollte in einer zivilisierten Gesellschaft immer gelten: Die grundsätzliche, bedingungslose Achtung vor dem anderen Menschen. Das schließt besonders in einer Untersuchungssituation würdevolleres Verhalten obligat mit ein. Auch bei weniger exponierten Situationen (Ämter etc.) sollten Erniedrigungen nicht vorkommen. Wir wissen das aus dem inzwischen gereiften Umgang mit Menschen mit Behinderungen: Weder Mitleid noch Missachtung oder Arroganz sind erwünscht; unverkrampft und so achtsam sein, wie man das auch selber gerne hätte, schafft das Nötige an Normalität.

Traditionsbewahrung

Es ist eine bekannte Tatsache, dass Menschen, die weit weg von ihrem Ursprungsland leben, häufig viel strenger an hergebrachten Traditionen und Bräuchen festhalten, als es die im Lande Verbliebenen tun, die dem lebendigen gesellschaftlichen Entwicklungsprozess vor Ort unmittelbar ausgesetzt sind und ihn mittragen. So ist es verständlich, wenn auch nicht zu billigen, dass Familien an der Ausübung von FGM festhalten, obwohl keine äußeren gesellschaftlichen Zwänge in ihrer Umgebung dies noch einfordern, einschließlich des Aspektes der Lebensvorsorge für die Tochter. Dennoch glauben manche Eltern, dass sie ihre in einer westlichen Gesellschaft aufwachsende Tochter durch FGM beschützen könnten.

Hier würde sich liberale Toleranz des Gastlandes in sein Gegenteil verkehren, wenn nicht klar Grenzen gesetzt und Stellung bezogen würde hinsichtlich der strafgesetzlichen und menschenrechtlichen Normen, die in der hiesigen Gesellschaft maßgeblich sind. „Kulturelle Besonderheiten“ müssen da enden, wo Grundrechte tangiert werden.

Anpassungsdruck in der Diaspora

Häufig sind die familiären Verbindungen zum Ursprungsland noch sehr intensiv, manchmal so intensiv, dass auch über weite Entfernungen hin der soziale Druck des Heimatlandes bzw. der dort verbliebenen Familienmitglieder noch ausreichend groß ist, um bisherige Traditionen wie FGM auch an der nächsten Generation weiter ausüben zu müssen. Ein solcher Druck kann ggfs. auch innerhalb einer Migrantengemeinschaft entstehen, besonders dann, wenn es sich um eine sehr geschlossene Gesellschaft handelt, die ihre Identität in der Abschottung gegenüber der Umgebung sucht. Hier kann es für einzelne Familien erleichternd sein, wenn ihnen die deutsche Rechtslage

eingehend erläutert wird und sie sich dann gruppenintern dahinter verschanzen bzw. damit entschuldigen können. Dies gilt auch z.B. für die immer wieder vorkommende „Urlaubsbeschneidung“, d.h. ein im Heimatland Urlaub machendes Mädchen wird, manchmal auch gegen den Willen der Eltern, von dort lebenden Verwandten wie Großmütter, Tanten o.ä. der FGM unterzogen.

Emanzipation und Folgegenerationen

Je mehr der Anpassungs- und Emanzipationsprozess, vor allem bei der 2. oder 3. Folgegeneration besonders durch Bildung und Integration vorangeschritten ist, umso eher wird es dazu kommen, dass Gefährdete Schutz suchen und Betroffene Hilfe und Unterstützung benötigen in dem Wunsch nach Korrektur und ggfs. Wiederherstellung, soweit das möglich ist. Dieser Aspekt sollte zunehmend in die Förderung von Anlaufstellen und Kompetenzzentren einmünden, um dem Bedarf an Unterstützung für die Betroffenen gerecht werden zu können. Dies umfasst gleicherweise die kompetente psychologisch-psychotherapeutische Begleitung. FGM-Betroffene sollten völlig analog gesehen werden wie Opfer von Vergewaltigung oder Folter, deren lebenslang anhaltende Traumatisierung mit entsprechendem Begleitungsbedarf bekannt ist.

12. Rechtslage

allgemein

<Die Rechtslage ist in Europa je nach Land unterschiedlich. Zum jetzigen Zeitpunkt haben neun Länder (Frankreich, Großbritannien, Belgien, Norwegen, Schweden, Dänemark, Österreich, Italien, Spanien) FGM-spezifische Gesetze. In anderen europäischen Ländern wie Schweiz, Niederlande und Deutschland ist FGM strafbar, weil es den Tatbestand der schweren Körperverletzung erfüllt. Dies gilt auch, wenn der Eingriff auf Verlangen der Patientin ausgeführt wird> (vgl. BT-Drucksache 13/8281 vom 23.07.1997).

Der Wortlaut der bei Körperverletzung relevanten Paragraphen des StGB lautet:

§223 (Körperverletzung): Wer eine andere Person körperlich misshandelt oder an der Gesundheit schädigt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

§224 (Gefährliche Körperverletzung): Wer die Körperverletzung ...mittels einer Waffe oder eines anderen gefährlichen Werkzeugs, mittels eines hinterlistigen Überfalls, mit einem anderen Beteiligten gemeinschaftlich oder mittels einer das Leben gefährdenden Behandlung begeht, wird mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren ...bestraft. Der Versuch ist strafbar.

§226 (Schwere Körperverletzung): Hat die Körperverletzung zur Folge, dass die verletzte Person 1. ... oder die Fortpflanzungsfähigkeit verliert, 2. ein wichtiges Glied des Körpers verliert oder dauernd nicht mehr gebrauchen kann oder 3. in erheblicher Weise dauernd entstellt wird oder in Siechtum, Lähmung oder geistige Krankheit oder Behinderung verfällt, so ist die Strafe Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren. Verursacht der Täter eine der in Abs. 1 bezeichneten Folgen absichtlich oder wissentlich, so ist die Strafe Freiheitsstrafe nicht unter drei Jahren. ...

§225 (Misshandlung von Schutzbefohlenen): Wer eine Person unter achtzehn Jahren ..., die 1. seiner Fürsorge oder Obhut untersteht, 2. seinem Hausstand angehört, 3. von dem Fürsorgepflichtigen seiner Gewalt überlassen worden ... ist, quält oder roh misshandelt, ... wird mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren bestraft. Der Versuch ist strafbar.

Auf Freiheitsstrafe nicht unter einem Jahr ist zu erkennen, wenn der Täter die schutzbefohlene Person durch die Tat in die Gefahr 1. des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung oder 2. einer erheblichen Schädigung der körperlichen oder seelischen Entwicklung bringt. ...

Seit langem wird über die Einführung eines FGM-spezifischen Straftatbestandes mit entsprechender Strafbewährung in der BRD diskutiert. Dies würde mit größerer Eindeutigkeit die Wichtigkeit dieser besonderen Art von Kindesmisshandlung unterstreichen, das Problem allerorten stärker ins Bewusstsein rücken und zugleich auch Auslandstatbestände in die Verfolgung mit einzubeziehen möglich machen. Dabei sollte jedoch stets im Bewusstsein bleiben, dass nicht unversehens eine subtile Diskriminierung eines bestimmten Personenkreises entsteht, indem deren ungewollt schädliche Tradition aus allen übrigen Tatbeständen von Körperverletzung hervorgehoben wird, welche allgemein für jedermann gelten. Dennoch wäre es wichtig, ein solches Gesetz umgehend zu verabschieden angesichts der bereits vorliegenden Erfahrungen aus anderen europäischen Ländern.

In einer EntschlieÙung zur rituellen Verstümmelung hat der 99. **Deutsche Ärztetag** 1996 in Köln folgendes verabschiedet:

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

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

<Außerhalb Europas haben folgende Länder spezifische Gesetze gegen FGM verabschiedet:

Australien, Kanada, Neuseeland, USA und in Afrika folgende Länder: Ägypten, Benin, Burkina Faso, Djibuti, Elfenbeinküste, Eritrea, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kamerun, Kenia, Liberia, Mali, Nigeria, Senegal, Sierra Leone, Simbabwe, Sudan, Tansania, Togo, Uganda, Zentralafrikan. Republik (Quelle: Unicef 2005)

Auf der **Ebene internationaler Gesetzgebung** verletzt FGM vor allem drei bedeutende **internationale Menschenrechtsprinzipien**:

- das Recht auf körperliche und sexuelle Unversehrtheit,
- das Recht auf bestmögliche körperliche und seelische Gesundheit sowie
- die Verurteilung der Diskriminierung von Frauen.

Außer der Kinderrechtskonvention (Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes vom 20. November 1989, welches Deutschland am 7.2.1992 ratifiziert hat) können mehrere internationale Instrumente angewendet werden:

das Aktionsprogramm der internationalen Menschenrechtskonferenz, Wien, von 1993,
das Aktionsprogramm der Weltkonferenz zu Bevölkerung und Entwicklung (ICDP), Kairo, von 1994 und
das Aktionsprogramm der 4. Weltfrauenkonferenz, Peking, von 1995

Entschädigung / Versorgung

Auf eine Kleine Anfrage der Abgeordneten Renate Rennebach et al. (-BT-Drs. 13/11216-) „Wie bewertet die Bundesregierung die psychosoziale, therapeutische und medizinische Versorgung von Opfern ritueller Gewalt und von Menschen mit dissoziativen Identitätsstörungen in beraterischer, therapeutischer und medizinischer Hinsicht?“ antwortete die Bundesregierung am 9.7.1998 (BT-Drs. 13/11275) u.a.:

„In der Bundesrepublik Deutschland erhalten Opfer vorsätzlicher tätlicher Angriffe zum Ausgleich der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen der Schädigung auf Antrag Versorgung nach dem Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten (OEG). Die Versorgungsleistungen entsprechen denjenigen des Bundesversorgungsgesetzes und umfassen Leistungen der Heil- und Krankenbehandlung, Rentenleistungen zum Ausgleich der schädigungsbedingten Mehraufwendungen und der sich aus der Gesundheitsschädigung ergebenden wirtschaftlichen Schäden einschließlich der fürsorglichen Leistungen. Dem OEG liegt dabei der Gedanke zugrunde, dass die staatliche Gemeinschaft für die gesundheitlichen Schäden des Opfers einer Gewalttat eintreten muss, weil es der Staat im Einzelfalle nicht vermocht hat, den Bürger vor einem gewaltsamen Angriff zu bewahren. Das OEG erfasst grundsätzlich alle vorsätzlichen Gewalttaten, also auch Fälle ritueller Gewalt. ... Werden aufgrund anerkannter Gesundheitsstörungen Leistungen der Heil- und Krankenbehandlung in Anspruch genommen, obliegt die Durchführung der Maßnahmen der jeweils zuständigen Krankenkasse. Damit steht das gesamte Versorgungssystem der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Behandlung - auch psychischer Störungen - zur Verfügung. In besonderen Fällen sieht das Bundesversorgungsgesetz darüber hinaus grundsätzlich auch die Möglichkeit vor, dass die Versorgungsverwaltung die Durchführung der Heilbehandlung an sich zieht und die Leistungen selbst erbringt (§ 18c Abs. 3 BVG). ... Mit dem bestehenden Versorgungssystem dürfte sichergestellt sein, dass Betroffene die für sie angemessene Behandlung erhalten können.“

Durch zahlreiche aufklärende Bemühungen wurde in der Vergangenheit immer wieder versucht, bei den Opfern von Gewalttaten die Kenntnis über ihre Ansprüche auf Leistungen der Heil- und Krankenbehandlung nach dem OEG zu verbessern.“

Beratungspflicht

Eine solche Pflicht besteht bisher nicht. Sie könnte schlimmstenfalls, wie man das von anderen Anlässen kennt, zur hohlen Form und zuweilen bedeutungslosem Ritual werden. Dennoch kann sie etwas bewirken, wenn sie von weiteren Maßnahmen mit möglichst obligatem Charakter flankiert wird, so z.B. die generelle und gut dokumentierte Untersuchung auch der Genitalien bei allen Säuglings- und Kinder-Vorsorgeuntersuchungen (U1-U10), verbunden mit der Aufklärung über Strafandrohung im Falle von misshandelnden Eingriffen (analog zu anderen Formen von Kindesmisshandlung). Die Quittierung durch eine Art Beratungsschein, der bei Bedarf auch vorgezeigt werden muss, kann da durchaus sinnvoll sein, wenn es nicht zum Selbstzweck wird.

Die Kombination aus

- Information über Anatomie, Physiologie, FGM-Folgemorbidität, die auch dahingehend überprüft wird, ob sie angekommen und verstanden worden ist,

mit deutlichem

- Hinweis auf Strafbarkeit, Kontrolle und Sanktionswahrscheinlichkeit im Falle der FGM-Kindesmisshandlung

ist unter den heutigen Bedingungen wahrscheinlich der einzige effektive Weg. Appelle an den guten Willen allein und unreflektierte Rücksicht auf "kulturelle Besonderheiten" gehen zu Lasten der Opfer. Der Verlust des Sorgerechtes, des Bleiberechtes, der Einbürgerung oder gar drohendes Gefängnis sind da schon deutlichere Argumente, die das Verstehen dessen, was man den eigenen Kindern tatsächlich antut, noch unterstreicht und befördert.

Meldepflicht

Bislang haben Ärzte/innen zwar das Recht, ihre Schweigepflicht im Falle einer drohenden Genitalverstümmelung zu brechen. Eine explizite Meldepflicht wie in Frankreich gibt es in Deutschland jedoch leider noch nicht. FGM sollte grundsätzlich begriffen werden als gleichbedeutender Tatbestand wie andere Verbrechen auch. Erfährt ein Arzt von einem geplanten Verbrechen (Vergewaltigung, Mord, Raub), kann er sich nicht mit Hinweis auf die Schweigepflicht heraushalten. An dieser Bewußtseinspräzisierung muss dringend gearbeitet werden. Sinngemäß muss dies erst recht gelten für den Fall einer bereits vollzogenen Verstümmelung. Nur die Durchsetzung von empfindlichen Strafen führt zu einem Rückgang der Inzidenz, wie das Beispiel Frankreich zeigt.

Es sollte dringend darauf hingearbeitet werden, dass erstens auch ohne Meldepflicht alle beteiligten Akteure (insbesondere Kinderärzte/innen, Kindergärtner/innen, Sozialarbeiter/innen etc.) zur Abwehr einer drohenden Genitalverstümmelung ihre Erkenntnisse zielführend so weitermelden, dass diese Gefahr dauerhaft abgewehrt werden kann. Jugend- und Gesundheitsämter wären sinnvollerweise erste Anlaufstellen, bei schleppender Resonanz sollten weitere Stellen, ggfs. auch die Polizei eingeschaltet werden. Zweitens sollte die deutsche Legislation unverzüglich dem Standard wie z.B. in Frankreich angepasst werden.

In Fällen drohender Verstümmelung sollte ein Bündel von Maßnahmen verfügbar sein, die eine wirksame Abschreckung darstellen: Obligate Untersuchungen in festgesetzten Intervallen, familien-, straf- und ausländerrechtliche Sanktionen, wie oben bereits erwähnt, sowie Einschränkungen sozialrechtlicher Hilfen (finanzielle Einbußen) usw.

Prävention von FGM im Ursprungsland

Auch hier geht es um eine sinngemäße Anwendung der oben bereits aufgeführten Maßnahmen. Als weitere wichtige Ergänzung wäre die umgehende Änderung des StGB dahingehend erforderlich, dass solche Kindesmisshandlungen auch dann strafbar sind, wenn sie außerhalb Deutschlands begangen werden; ferner, dass in solchen Fällen eine Beweislastumkehr eintritt, d.h. die Eltern bzw. Sorgeberechtigten müssten beweisen, dass sie in keiner Weise verhindern konnten, was im „Ursprungsland“ geschah (was sicher schwer möglich sein wird), und dass ansonsten grundsätzlich von einer Mittäterschaft auszugehen ist, die ebenfalls mit wesentlich schärferer Strafandrohung bewehrt sein müsste, als das bisher der Fall ist.

Gesundheitszertifikate (z.B. durch Pädiater) in regelmäßigen Intervallen, zusätzlich vor und nach einer Reise in das Ursprungsland etc. dürften sehr wirkungsvolle Instrumente der Prävention sein.

Das Gegenargument, dass auf diese Weise Familien in den Untergrund abtauchen könnten, greift aus mindestens zweierlei Gründen nicht: Erstens sind hier lebende Familien entweder auf den legalen Broterwerb eines Verdieners oder auf die Sozialunterstützung durch die zuständigen Behörden angewiesen und damit sesshaft bzw. auffindbar. Und zweitens leben auch jetzt schon einige Migrantenfamilien in der Illegalität, teilweise aus Unwissenheit und aus (vielleicht unbegründeter) Angst, - doch ist ein Herankommen an diese Familien ein besonders schwieriges Unterfangen, das im Vorfeld einer anderen, sozialeren Gesetzeslage bedarf, um auch Kindern in diesen Fällen helfen zu können. Außerdem sollte darüber nachgedacht werden, auch positive Maßnahmen zu erwägen, wie z.B. Anreize: Beihilfen zur schulischen Ausbildung der Mädchen - immer unter der Voraussetzung der fortdauernden Unversehrtheit -, Angebote von Kursen sowohl für die Kinder als auch für die Mütter (z.B. als unverfängliche "Nähkurse" angebotene Veranstaltungen können Aufklärung über Anatomie und Physiologie, Verhütung, Frauenrechte, Bildungsangebote, Alltagshilfestellungen etc. enthalten; erfolgreiche Beispiele existieren), Veranstaltungen mit Migrantenvereinen etc.; so könnte man den Zielgruppen helfen, aus einer evtl. bestehenden Isolation herauszufinden, (es geht eben nicht nur um Beschneidung!).

Legislation in den Prävalenzländern: Anspruch und Wirklichkeit

Ungeachtet einer inzwischen beachtlichen Anzahl von Staaten, die Gesetze gegen FGM verabschiedet haben, hat sich in den meisten Fällen in den Folgejahren an der Inzidenz von FGM in diesen Ländern nur wenig geändert. Die Gründe dafür sind vielfältiger Natur. Vor allem wird immer wieder auf die „tiefe Verwurzelung dieser Tradition“ hingewiesen. Es erweist sich überall als vorrangig, dass Aufklärung, Information und letztlich Bildung ganz allgemein und die Verbesserung der gesellschaftlichen Stellung der Frauen bis auf die Dorfebene hinunter nachdrücklich intensiviert wird. Auch der Zusammenhang zwischen Armut und Tradition wurde bereits angesprochen. Ohne Einbeziehung und Gewinnung von weltlichen und vor allem geistlichen Führern auf grassroot-level kann die Überwindung von FGM nicht gelingen. Nur die Kombination wirksamer Aufklärung mit eindeutigem rechtlichen Rahmen wird zu bedeutsameren Ergebnissen führen. Daher wiegt die Auskunft, dass in einem Ursprungsland eine Anti-FGM-Gesetzgebung existiert, zunächst nur wenig, was insbesondere bei aufenthaltsrechtlichen Verfahren intensiver berücksichtigt werden sollte. Die tatsächlichen Verhältnisse in einem bestimmten Land differieren häufig sogar von Region zu Region beträchtlich.

Asyl und nichtstaatliche Verfolgung

In der Europäischen Union wird in den letzten Jahren ein zunehmender Anteil von Migrantinnen aus den Ländern des Südens beobachtet (siehe UNICEF-Studie 2005). Besonders bei Flüchtlingen aus Ursprungsländern mit hoher FGM-Prävalenz kann man mit großer Wahrscheinlichkeit von einem beträchtlichen Anteil an FGM-assoziierten Fluchtmotiven ausgehen. Wenn Asyl nur bei staatlicher Verfolgung gewährt wird, fallen Gefährdete oder Betroffene aus den vielen Ländern mit Anti-FGM Gesetzgebung, aber fortbestehender hoher Prävalenz trotz real existierender Bedrohung durch dieses Raster hindurch. Daher war es von großer Wichtigkeit, auch nichtstaatliche, z.B. gesellschaftlich verankerte geschlechtsspezifische Verfolgung in die Zuwanderungsgesetzgebung mit einzubeziehen. Letztere steht in vielen Fällen in nichts der Bedrohung nach, die von staatlicher Seite ausgehen kann.

Nachgeschobene Begründungen

Immer wieder kommt es bei Asylverfahren vor, dass die Antragstellerin zunächst eine Reihe von mehr oder weniger triftigen Gründen vorbringt, weshalb sie um Asyl nachsucht. Erst im Laufe des Verfahrens, wenn sich ggfs. eine Ablehnung des Antrages abzeichnet und nachdem sich in einigen Fällen ein Vertrauensverhältnis zwischen der Antragstellerin und ihrer Betreuerin bzw. Rechtsanwältin entwickelt hat, kann sich die Betreffende dazu durchringen, den eigentlichen Grund, der für sie traditionell unaussprechlich ist, doch im Vertrauen und aus höchster Verzweiflung heraus zu offenbaren: Das FGM-Problem. Wenn dies nun nach langer Überwindung, die ein Europäer nur schwer nachvollziehen kann, doch zur Sprache kommt, ist es für viele Verfahren deshalb „zu spät“, weil dies nun als „nachgeschobene Begründung“ disqualifiziert wird.

Hier liegt die klassische Situation einer Kollision der Kulturen vor: Die jeweilige Mentalität kann diejenige der anderen Seite nicht verstehen, nicht nachvollziehen. So unverständlich, wie die Regeln und Verfahren für die im Gastland noch völlig Fremde ist, so wenig kann sich sehr häufig der Entscheider/die Entscheiderin vorstellen, warum es unmöglich sein soll, von vornherein den letztlich wichtigsten Grund vorzutragen. Für mitteleuropäische Mentalität kann ein solches Verhalten allgemein erwartet werden, für Angehörige völlig anderer Kulturgewohnheiten bedeutet genau dies häufig eine (zumindest zunächst) unüberwindliche Hürde. Daher ist es nicht unbillig dafür zu plädieren, bei diesbezüglichen Entscheidungsfindungen solche wichtigen Aspekte künftig nachhaltiger in die Abwägungen mit einzubeziehen.

13. Fachkräfte des Gesundheitswesens

<Fachkräfte verschiedenster Bereiche des Gesundheitswesens können mit Patientinnen konfrontiert werden, die von FGM betroffen sind. In dieser Situation ist das Gesundheitspersonal nicht nur durch eine medizinische, sondern auch durch eine rechtliche sowie kulturelle und ethische Problematik gefordert. Konfrontiert mit den Folgen eines Brauches, den sie möglicherweise vehement verurteilen, zeigen Fachkräfte im Gesundheitswesen eventuell Reaktionen, die für die Betroffenen eine neue Quelle der Erniedrigung darstellen können. Idealerweise sollte das Personal sich im Klaren sein über:

- den soziokulturellen Hintergrund von FGM und die Bevölkerungsgruppen, die den Brauch praktizieren,
- die Formen von FGM und die assoziierten Komplikationen,
- die körperlichen Symptome, die darauf hinweisen, dass ein Mädchen beschnitten worden ist und das Einschalten kompetenter Dienste in Anbetracht einer Gefährdung bezüglich FGM,
- die eigene Haltung gegenüber FGM,
- die spezifische Behandlung und Pflege im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe,
- die Illegalität des Eingriffs in Deutschland und in Europa bzw. auch in vielen Prävalenzländern.

Allgemeinärzte/innen sollten keine Hemmungen haben, eine Patientin zu fragen, ob sie von FGM betroffen ist. Wichtig dabei ist jedoch, sich darüber klar zu sein, dass das Thema mit Sensibilität angesprochen werden sollte und dass die betroffenen Frauen häufig nur unzureichend oder gar nicht über ihre genitale Anatomie und den Beschneidungstyp Bescheid wissen.

Kinder- und Schulärzte/innen sollten das Thema nach der Geburt eines Mädchens (bei Schulärzte/ilnnen nach der Geburt eines Geschwisterkindes) mit den Eltern besprechen. 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 (ggfs. auch jeweils einzeln) bezüglich FGM zu kennen. Da es häufig die Großmutter ist, welche auf die Einhaltung der Familientradition achtet, ist es wünschenswert, auch ihre Position zu kennen.> Bei jeder Untersuchung sollte es selbstverständlich werden, auch den Genitalbereich in die Inspektion zu integrieren, und ferner durchblicken zu lassen, dass auf die fortbestehende Unversehrtheit explizit geachtet wird.

<Frauenärzte/innen und Hebammen sind die Fachkräfte im Gesundheitswesen, welche am häufigsten mit den praktischen Problemen der betroffenen Frauen konfrontiert sind. Sie sollten das Thema FGM mit allen Patientinnen ansprechen, die aus Regionen stammen, in denen der Brauch praktiziert wird. Im Gespräch mit den Betroffenen sollte nicht der Terminus FGM, sondern der Begriff der „Beschneidung“ verwendet werden. Häufig zögert das Gesundheitspersonal das Thema anzusprechen, aus Angst, das Schamgefühl der Frauen zu verletzen.

Bei Frauen mit Infibulation ist die vaginale Untersuchung, die Untersuchung mit Speculum oder der Pap-Abstrich der Cervix uteri oft schwierig, teilweise sogar unmöglich>. Die Abnahme eines Katheterurins zur Abklärung eines Verdachtes auf Präeklampsie (Proteinurie) oder Harnwegsinfekt (Uri-

cult) kann undurchführbar sein. Infolge des verfälschenden Sekretes hinter der narbigen Barriere kann man sich jedoch nicht mit der Untersuchung des austretenden Materials begnügen. <Die künstliche Einleitung einer Geburt mit Prostaglandinen (wehenfördernde Gewebshormone) ist manchmal nicht möglich, und im Falle einer Fehlgeburt können bei der Durchführung einer Abrasio (Ausschabung) Schwierigkeiten auftreten. In dieser Situation oder bei dem Wunsch nach Schwangerschaftsabbruch ist es unabdingbar, die Patientin im Voraus über die Notwendigkeit einer Defibulation zu informieren>.

Pflegefachkräfte sollten sich auf Basis der hier dargebotenen Informationen darüber im Klaren sein, dass die Betreuung und Pflege von durch FGM betroffenen Frauen ganz spezifische Anforderungen an die praktische Handhabung und an die psychologische Begleitung und Feinfühligkeit stellt. Allein die nicht selten 20-30 Minuten dauernde durchschnittliche Miktionszeit (Harnblasenentleerung) bei infibulierten Frauen ist zu berücksichtigen. Auch hat sich in den Herkunftsländern bis heute noch ein vergleichsweise viel ausgeprägteres Schamgefühl gehalten, als es sich in unserer Gesellschaft allgemein ergeben hat.

Psychologen/innen können mit der Betreuung Betroffener konfrontiert werden, voraussehbar künftig in zunehmendem Maße. Der Zustand nach FGM kann in Schwere und Komplexität mit einem schweren Vergewaltigungstrauma verglichen werden, mit allen bekannten Folgemöglichkeiten von Verdrängung, Anpassung, Somatisierung, Depressionen und Selbstvorwürfen etc. Ferner wird regelmäßig eine psychologisch-psychotherapeutische Begleitung wünschenswert sein im Zusammenhang mit einer erforderlichen oder gewünschten Defibulation. (s. auch S.25)

(Unfall-) Chirurgen, Dermatologen und weitere Spezialisten werden gelegentlich und eher zufällig mit von FGM betroffenen Patientinnen zu tun haben, z.B. anlässlich einer abdominellen oder orthopädischen Operation oder eines Unfalltraumas. Es versteht sich, dass auch hier Vorkenntnisse über FGM vermeiden helfen, die Patientin unnötig weiteren Peinlichkeiten oder Schlimmerem auszusetzen.

Urologen können insbesondere mit den Komplikationen des Harnwegssystems konfrontiert werden. Sinngemäß gelten hier die gleichen Hinweise wie oben bereits ausgeführt. Katheterismus und Zystoskopie (Harnblasenspiegelung) beispielsweise lassen sich häufig nur nach vorheriger Defibulation durchführen.

Gesundheitsämter können aus vielfältigen Gründen mit FGM-Betroffenen zu tun haben. Häufig wird es um Gutachten, Atteste, Kontrollen etc. gehen. Viele dieser Entscheidungen haben mitunter existentielle Bedeutung für die Betroffenen. Manchmal geht es auch um die Bestätigung der Notwendigkeit von Heilbehandlungen. Unkenntnis über die Komplexität von FGM und das Urteilen allein aus den mit Europäern vorliegenden Erfahrungen heraus kann zu Fehlentscheidungen mit fatalen Folgen für die Betreffende führen, die von niemandem bewusst gewollt sein können.

Fachkräfte anderer Bereiche

Kindergärtner/innen, Lehrer-/Erzieher/innen kommt insofern eine besondere Verantwortung zu, als sie im täglichen Kontakt mit den Kindern häufig an ehesten erfahren, ob bei einem Kind oder seiner kleinen Schwester ungewöhnliche Entwicklungen, Veränderungen oder ähnliches sich anbahnt oder bereits eingetreten ist. Auch das plötzliche Wegbleiben von Kindergarten oder Schule kann manchmal einen FGM-spezifischen Hintergrund haben. Ein hohes Maß an Sensibilisierung wird einen erheblichen Beitrag zur Prävention liefern können. Ferner sollte das Thema FGM in den Unterrichtsstoff integriert werden, wobei in Expertenrunden die geeignete Altersstufe herauszufinden wäre. Gerade im Bereich des Bildungswesens bietet sich eine sinnvolle Kooperation verschiedener Akteure in besonderer Weise an.

Fürsorge/Sozialamt, Jugendamt, Vormundschafts-/Sorgerechtsstellen, Sozialarbeiter/innen sind im Rahmen ihrer Tätigkeiten vielfältig mit Migrantenfamilien und damit auch mit dem FGM-Problem befasst. Differenzierte Kenntnis des Themas wird einerseits zu einem im Bedarfsfall verständnisvolleren, sachgerechten Umgang mit Betroffenen führen, wird andererseits dazu beitra-

gen, dass die FGM-Prävention durch wirksame Abschreckung und schlimmstenfalls Sanktionierung nachhaltiger greifen kann. Trotzdem gilt auch hier: Information und Aufklärung sollte immer vor Bestrafung gehen, weil Ersteres das Letztere langfristig überflüssig macht, wenngleich beides zunächst einmal sich ergänzend praktiziert werden muss.

Dies gilt sinngemäß auch für **Kommunale Bürgerbüros/Einwohnermeldeamt, Ausländeramt.**

Gerichte, Richter, Anwälte, Staatsanwaltschaften, Polizei/Justizvollzug sind vor allem bei zuwanderungsrechtlichen Verfahren mit dem Thema befasst, künftig vielleicht auch vermehrt bei aufgedeckten Fällen von FGM. Rechtsstaatliche Grundsätze gebieten die Gleichbehandlung jedweder Person, gleichzeitig jedoch auch die angemessene Abwägung und Berücksichtigung der persönlichen Umstände im Rahmen des vorgegebenen Ermessensspielraumes. Letzteres kann im Falle von FGM-assozierten Streitfällen jedoch nur die gebotene Beachtung finden, wenn die entscheidungsbeauftragte Person über die notwendige Einsicht in die Zusammenhänge verfügt. Ein solches Wissen wird nur im Ausnahmefall a priori zum Thema FGM vorhanden sein, da dies bis in die jüngere Vergangenheit hinein hierzulande keine Rolle spielte und insofern terra incognita war. Auch hier sollen diese Leitlinien ein erster Beitrag sein, für mehr Sachkenntnis und Sensitivität Grundlagen zu vermitteln und zu eigener weiterer Aktivität anzuregen, im Interesse einer sachgerechten Beurteilung von Opfern einer harmful traditional practice (schädigenden traditionellen Praxis), wie es die WHO formuliert. Gleichzeitig mag es auch dazu anregen, bei der Aktualisierung und Optimierung von Gesetzen und Vorschriften mitzuwirken, um nachhaltig und zielführend den in Deutschland möglichen und nötigen Beitrag zur Überwindung dieses Problems zu leisten.

Kirchliche Stellen/Religionsgemeinschaften haben sich teilweise seit langem diesem Thema gewidmet und wertvolle Arbeit geleistet. Da ein hoher Anteil der Betroffenen und Gefährdeten Muslime sind, wäre es wichtig, in die Aktivitäten gegen FGM z.B. auch den Zentralrat der Muslime in Deutschland mit einzubeziehen. Die Rolle der Religion ist oben (S. 5 und 10) bereits diskutiert worden, sie kann auch bei der Elimination von FGM eine wichtige Rolle übernehmen.

Angesichts der Größe und Vielschichtigkeit des Problems muss eine Synergie der Kräfte durch sinnvolle und effektive **Vernetzung aller aktiven Gruppen** erreicht werden. Dazu gehört z.B. die Einbeziehung auch der vielerorts existierenden **Ausländerbeiräte**, der zahlreichen **Fraueninitiativen** sowie der verschiedenen **Migrantenorganisationen**.

Den einschlägigen Ministerien: Gesundheit und Soziale Sicherung; Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ); Inneres; Justiz; Rechtsreferat der Europaabteilung des Auswärtigen Amtes; Die Beauftragte für Migration, Flüchtlinge und Integration im Bundeskanzleramt - kommt eine bedeutsame Rolle zu bei der Gestaltung des (u.a. rechtlichen) Rahmens, in dem sich die Auseinandersetzung mit dem FGM-Problem in Deutschland bewegt; des weiteren bei der Gewährung finanzieller und ideeller Hilfen zur sinnvollen Unterstützung der Opfer, zur nachhaltigen Prävention für Gefährdete und schließlich zur Effektivierung transnationaler Bemühungen zur weltweiten Überwindung von FGM. Bekämpfung von Problemen solchen Ausmaßes ist immer auch eine Frage der langfristigen Generierung von Bewusstsein, und auch in dieser Hinsicht kann jede/r einzelne Mitarbeiter/in dieser Regierungsinstitutionen in ihrem/seinem Bereich auf die verschiedensten Weisen dazu beitragen, dass hier langfristig Erfolge zu erzielen sind. Voraussetzung dafür ist eine fundierte Information zum Thema, die Ausgangspunkt auch für ein ganz persönliches Engagement werden kann.

Gerade in Bezug auf die Generierung von Bewusstsein tragen die **politischen Parteien** und die **Medien: - TV; Radio; Printmedien** – ein hohes Maß an Verantwortung. Sie können dieser Verantwortung umso mehr gerecht werden, je besser der eigene Informationsstand ist. In dieser Hinsicht hat es in der jüngeren Vergangenheit eine erfreuliche Entwicklung gegeben, die aber durchaus noch vertieft werden kann. Ferner muss die Generierung von Bewusstsein ergänzt werden durch die Generierung von Finanzmitteln, die die aktive Arbeit vor Ort in den Ursprungsländern erst möglich machen. Die kontinuierliche Qualitätsarbeit im Sinne der Evaluierung bisheriger Erfahrungen und Ergebnisse und dadurch Optimierung der weiteren künftigen Arbeit gehört zum Umfang der zu unterstützenden Tätigkeiten dazu, eingeschlossen auch Mittel für die wissenschaftliche Aufarbeitung in diesem Sinne.

MEDIZINISCHER TEIL

14. Gynäkologische Untersuchung

<Die **Gynäkologische Untersuchung** und die Behandlung einer Frau mit FGM sollte von erfahrenen Ärzte/innen/ Hebammen vorgenommen werden, die von einer adäquaten Übersetzerin (erwachsene Frau ohne familiären Bezug zur Patientin, wenn möglich mit einer Ausbildung als Übersetzerin/ Mediatorin) unterstützt werden. Für die Sprechstunde sollte genügend Zeit eingeplant werden. Das zuständige Gesundheitspersonal muss sich seiner eigenen Haltung bezüglich FGM bewusst sein und seine Gefühle (Wut, Abscheu ...) der Patientin gegenüber kontrollieren können.> Die Situation ist vergleichbar mit anderen Patientinnen, die eine irgendwie geartete Auffälligkeit oder Behinderung haben: Niemand würde sie plump darauf ansprechen, emotionale Bemerkungen darüber verlieren oder gar davor weglaufen. Grundvoraussetzung sind die oben skizzierten Kenntnisse über FGM. Genauso wichtig ist ferner das erkennbare, sensible Einfühlungsvermögen jenseits von Bemitleidung oder Ablehnung. Nur durch das Gefühl: Da ist ein Mensch, der mir Verständnis entgegenbringt – kann das unbedingt notwendige Vertrauen aufgebaut werden, durch welches ein Ansprechen dieses ansonsten vollkommen tabuisierten Themas überhaupt denkbar wird. <Ebenso ist es wünschenswert, eine gewisse Intimität während der Sprechstunde zu ermöglichen. (Dies ist absolut keine Situation für eine Demonstration vor Studierenden!)>

Kommt die Betroffene nicht explizit wegen FGM zur Konsultation, sollte genau abgewogen werden, ob bereits beim ersten Termin über FGM gesprochen werden kann. Vielleicht hilft im Einzelfall eine geschickt formulierte Wiedereinbestellung. <Die spezielle Anamnese sollte ermöglichen, den Typ der Beschneidung zu präzisieren, sowie das Alter der Patientin zum Zeitpunkt der Intervention und mögliche Komplikationen zu dokumentieren. Im Gespräch sollte die Einstellung der Patientin bezüglich FGM zum Ausdruck kommen können. Auch die psychologischen und sexuellen Probleme der Patientin sollten einbezogen werden (Qualität des Geschlechtsverkehrs, Dyspareunie, erster Geschlechtsverkehr). In diesem Zusammenhang ist es sehr wichtig, negative Verallgemeinerungen zu vermeiden: Unter den Frauen mit FGM gibt es individuell große Unterschiede im sexuellen Erleben.>

Zugangsschwierigkeiten bei der klinischen Untersuchung bestehen nur bei Infibulation. Die gynäkologische Untersuchung erfolgt dann z.B. wie bei Hymen („Jungfernhäutchen“) intactum, wobei eine Portiobeurteilung meist nicht möglich sein wird. <Die klinische Untersuchung und der gynäkologische Ultraschall müssen vorsichtig und mit angemessenem Untersuchungsmaterial (z.B. Virgo-Speculum, Vaginoskop) erfolgen. Wenn die vaginale Untersuchung unmöglich ist, kann die rektale Untersuchung eingesetzt werden, nachdem man die Patientin klar informiert und ihr Einverständnis eingeholt hat.

Mit Hilfe von schematischen Abbildungen, welche die genitale Anatomie einer Frau vor und nach Veränderungen durch FGM darstellen, kann das Aufklärungsgespräch vereinfacht werden. Die Patientinnen kennen ihren eigenen Körper häufig schlecht und die natürliche weibliche Anatomie noch weniger gut. Fotografien sollen nicht als Mittel zur Veranschaulichung benutzt werden, da sie schockierend wirken können. Manche Frauen akzeptieren jedoch die Benutzung eines Spiegels. Die Frauen benötigen Informationen, insbesondere was Sexualität, Fruchtbarkeit und die Komplikationen von FGM anbelangt. Wenn eine Defibulation vorgesehen ist, muss man die Operationstechnik mittels Schemata erläutern, da die Patientinnen häufig eine anale Läsion (Verletzung) als Folge der Intervention fürchten. Sie müssen auch klar über die zu erwartenden anatomischen und physiologischen Veränderungen nach dem Eingriff informiert werden (Menstruation, Miktion (Harnlassen), Sexualverkehr).

Außerdem sollten die Patientinnen Informationen über für sie hilfreiche soziale Netze und über wichtige soziale und integrationsvermittelnde Anlaufstellen erhalten. Häufig haben die Frauen neben den Komplikationen von FGM viele andere Probleme zu bewältigen (Asylantrag, soziale Unsicherheit und Isolation, Analphabetismus, unzureichende Kenntnisse der lokalen Sprache, etc.).

Die Patientinnen müssen über die Möglichkeit der Defibulation und über deren Vorteile informiert werden (Harnfluss, Menstruation, Sexualverkehr). Diese Intervention sollte insbesondere im Fall von schwerer Dysmenorrhoe, erschwerter Miktion, rezidivierenden Harnwegsinfektionen oder Angst vor Sexualkontakt (vor oder nach dem ersten Geschlechtsverkehr) vorgeschlagen werden.> Ist die umfassende Aufklärung erfolgt und verstanden, liegt das letzte Wort bei der Betroffenen, wie bei jeder anderen Operation auch. Allerdings können offensichtliche medizinische Komplikationen bei der Entscheidungsfindung helfen.

<Es sollte eine Klarstellung der rechtlichen Situation (Verbot von FGM gemäß § 223-226 des deutschen Strafgesetzbuches) zur Prävention von FGM bei den Töchtern und der gängigen Behandlungspraxis (**keine Reinfibulation nach der Geburt!**) erfolgen. In diesem Zusammenhang ist ein Präventionsgespräch essentiell, weil die wichtigsten Argumente gegen FGM medizinischer Natur sind.>

15. Defibulation

<Die Defibulation bezeichnet das Eröffnen der Infibulation.

Tabelle 1: Indikationen für die Defibulation

• Verlangen der Patientin	• Schwere Dysmenorrhoe
• Schwierigkeiten beim Wasserlassen	• Rezidivierende Infektionen
• Erschwerter Geschlechtsverkehr	• Geburt
• Keloidbildung des Narbengewebes	• Einschlußzysten
• Erschwerte Diagnostik bei Verdachtsbefund	

Zur Frage der Defibulation während der Schwangerschaft siehe Kapitel Betreuung von Schwangerschaft und Geburt Seite 22.

Manche Frauen wünschen ein Arztzeugnis, das die Notwendigkeit der Defibulation aus medizinischen Gründen bescheinigt.

Die Intervention muss in Narkose durchgeführt werden. Um eine traumatische Erinnerung an den Akt der Beschneidung zu vermeiden, ist es empfehlenswert, eine lokoregionale Anästhesie (Periduralanästhesie oder Leitungsanästhesie) oder eine kurze Vollnarkose zu wählen. Wird eine Lokalanästhesie gewählt, ist es empfehlenswert, mit einer oberflächlichen Lokalanästhesie in Form einer Creme oder eines Patches zu beginnen. Ist das Gewebe zart, kann dann eine dünne Nadel verwendet werden (Nadel nach Mantoux). Ist das Gewebe derb, sollte eine IM-Injektionsnadel eingesetzt werden: die Injektion wird vereinfacht, wenn die Nadel im 45°-Winkel aufgesetzt wird.

Operationsmodus: Zwei Finger bzw. eine Gefäßklemme werden unterhalb der Inzisionszone eingeführt. Mit der Schere wird in Richtung des Mons pubis (Schamhügel) bis zur Darstellung der Urethra (Harnröhre)

in Medianebene eröffnet. Dabei ist wichtig darauf zu achten, dass die Urethra und die Klitoris, die noch vorhanden sein kann, geschützt werden.> Um zu vermeiden, dass die Klitoris nicht hypersensibel auf normale Stimuli reagiert, sollte abgewogen werden, ob sie in einigen Fällen nicht besser vorerst wieder mit Haut bedeckt wird. <Die Wunden werden mit einer überwundlichen Naht oder mittels Einzelknopfnah (Verschluss Stich für Stich am Wundrand jeder Seite) mit selbst resorbierendem Faden der Stärke 3-0 oder 4-0 z.B. Vicryl rapid versorgt.>

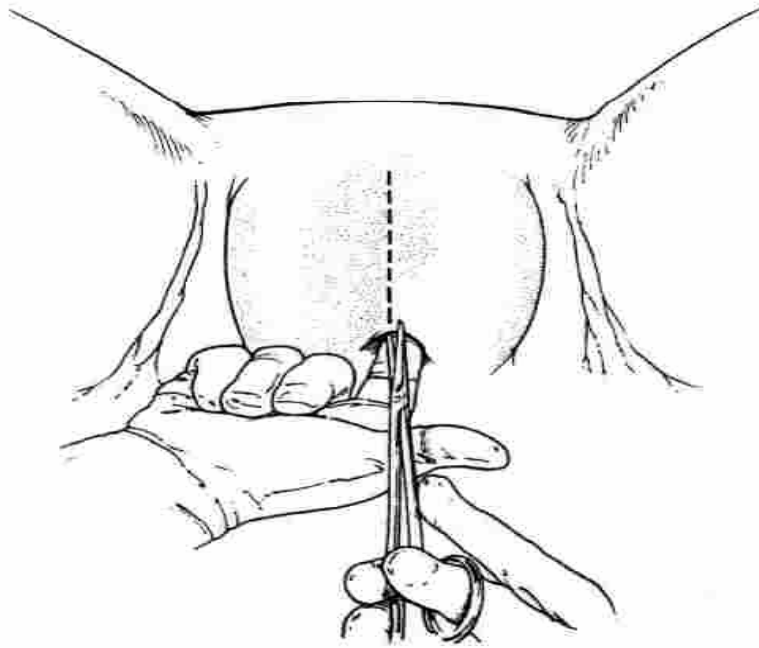


Abbildung 4a: Defibulation bei FGM Typ III; Schnitt

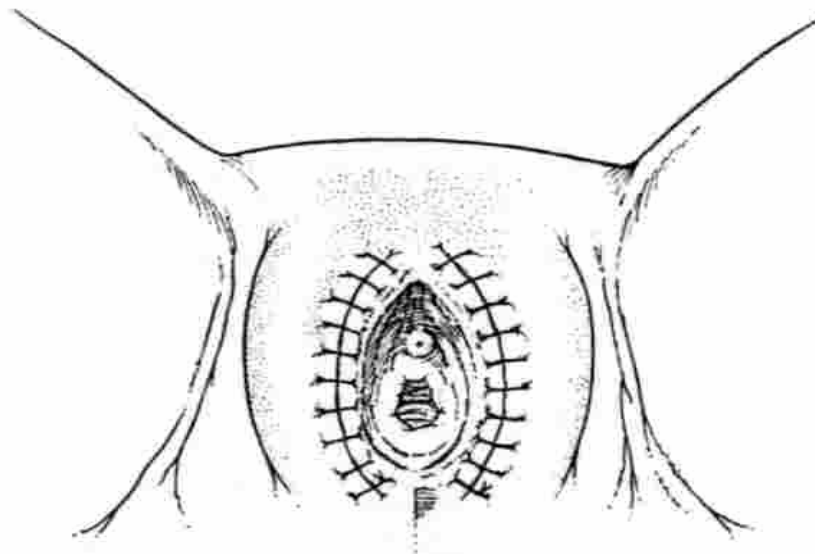


Abbildung 4b: Defibulation bei FGM Typ III; Ergebnis

16. Betreuung von Schwangerschaft und Geburt

<In der Geburtshilfe treten Komplikationen überwiegend bei den Frauen auf, die eine Infibulation aufweisen. Im Verlauf der Schwangerschaft kann weder der Pap-Abstrich noch die vaginale Untersuchung durchführbar sein. Zysten und vulväre Abszesse stellen Komplikationen dar. Bei den Patientinnen besteht ein erhöhtes Risiko einer HIV-Infektion, wenn der Eingriff im Heimatland in Form einer Gruppenbeschneidung ohne sterile Instrumente durchgeführt worden ist. Das Risiko für Harnwegsinfektionen ist ebenfalls erhöht. Einige der betroffenen Frauen aus bestimmten Regionen haben die Tendenz, sich im Verlaufe der Schwangerschaft nicht ausreichend zu ernähren, um die Geburt eines großen Babys und die damit verbundenen Komplikationen zu vermeiden. Man beo-

bachtet in diesem Falle eine unzureichende Gewichtszunahme im Verlauf der Schwangerschaft oder eine Anämie.

Psychologisch kann die Schwangerschaft für betroffene Frauen aufgrund folgender Elemente problematisch sein: Angst vor der Reaktionsweise der Pflegenden, Angst vor der gynäkologischen Untersuchung, dem Schmerz während oder nach der Geburt sowie Angst vor einem Kaiserschnitt.

Ohne medizinische Hilfe kann es während der Geburt aufgrund des obstruierenden Narbengewebes zu folgenden Komplikationen kommen: Hypertonie (Wehenkrampf) des Uterus, Atonie (Wehenlosigkeit) des Uterus, Uterusruptur (Gebärmutterriss), verzögerter Geburtsfortschritt mit Beeinträchtigung des Fötus und Gefahr einer vaginalen Fistelentstehung durch Drucknekrosen (bei zu langem Verweilen des Kopfes im Geburtskanal), <zerebrale Schäden bis zu pränatalem Tod des Kindes, Perinealrisse (Risse im Gebiet des Anus) oder andere Komplikationen bei der Mutter, die tödlich verlaufen können. In den Herkunftsländern ist das Sterberisiko der Mutter verdoppelt und das Risiko des peripartalen Todes um den Faktor 3 bis 4 erhöht. In Deutschland sollte eine Geburt, die adäquat betreut worden ist, kein spezifisches Risiko für Mutter oder Kind bedeuten. Idealerweise sollten Patientinnen mit Infibulation an Ärzteteams oder Hebammen überwiesen werden, die Erfahrung in diesem Bereich haben und zusätzlich eine qualifizierte Übersetzung anbieten können.

Um die Geburt so schmerzfrei wie möglich zu gestalten, sollten die vaginalen Untersuchungen auf das notwendige Minimum beschränkt bleiben. Wenn sich die Patientin zuvor einer Defibulation unterzogen hat, ist von einem normalen Geburtsverlauf auszugehen. Für eine mediolaterale Episiotomie (Dammschnitt) gelten die üblichen Indikationen. Wenn die Patientin bisher keine Defibulation erhalten hat, kann die erste Phase der Geburt normal ablaufen. Während der zweiten Geburtsphase muss eine Inzision des infibulierten Bereiches unter Periduralanästhesie erfolgen (eine lokale Anästhesie ist ebenfalls möglich, vergleiche Seite 20 zur Intervention der Defibulation).

Die Defibulation ist ein kontroverses Thema in der Geburtshilfe. Einige Autoren empfehlen eine systematische Defibulation im Verlauf der Schwangerschaft, im Allgemeinen während des zweiten und dritten Trimenons (Dreimonatszeitraumes). Das Ziel dabei ist, insbesondere für unerfahrene Ärzteteams die während der Geburt auftretenden Probleme zu vermeiden. Studien haben jedoch gezeigt, dass dieses Vorgehen keinen Einfluss auf die Dauer der Geburt, die Anzahl der Episiotomien oder Vaginalrisse, den Blutverlust, den Apgarscore oder die Dauer des Krankenhausaufenthaltes hat. Studien aus Ländern wie Großbritannien, in denen grundsätzlich eine Defibulation im zweiten Trimenon empfohlen wird, haben ergeben, dass die Patientinnen diesem Vorgehen kritisch gegenüber stehen. Gleichlautendes wird aus der Schweiz berichtet. Es wird kritisch hinterfragt, warum ein zusätzlicher, schmerzhafter Eingriff im Verlaufe der Schwangerschaft durchgeführt werden soll, wenn die gesamte Intervention auch im Zusammenhang mit der Geburt stattfinden kann. Auf jeden Fall ist eine Defibulation schon während der Schwangerschaft dann zu erwägen, wenn eine vaginale Untersuchung oder ggfs. Katheterisierung (zur Kontrolle von Uricult, Proteinurie! (=krankhafte Eiweißausscheidung) etc.) überhaupt nicht möglich ist.

Es ist entscheidend, die Frage der Defibulation mit der Schwangeren im Vorfeld zu besprechen, wenn möglich unter Einbeziehung ihres Partners. Das Erstgespräch muss so früh wie möglich während der Schwangerschaft erfolgen. Wenn eine Patientin im Gebärsaal zum ersten Mal mit der Frage der Defibulation konfrontiert ist, wird es ihr wahrscheinlich sehr viel schwerer fallen, ein Vorgehen zu akzeptieren, das ihr fremd ist und ihren Traditionen widerspricht.>

17. Reinfibulation

Grundlegend ist nochmals festzuhalten, dass jegliche Form von weiblicher Genitalverstümmelung, egal welchen Grades, in Deutschland als Körperverletzung strafbar ist.

Es könnte eingewendet werden, dass dies auch auf jeden operativen Eingriff zutrifft, sofern nicht eine rechtsgültige (und damit dem in Deutschland geltenden Konsensrahmen entsprechende) ausdrückliche Einwilligung der betroffenen Person vorliegt. Diese sanktionsaussetzende Möglichkeit kann auf FGM keine Anwendung finden, da sie nicht mit der Förderung, Wiederherstellung oder dem Erhalt der Gesundheit begründet werden kann. Das ärztliche Haftungsrecht setzt hier

strenge Maßstäbe an die Rechtsgültigkeit einer Einwilligung. Die (theoretische) Abwendung sozio-kultureller Nachteile kann daher nicht als Begründung ausreichen.

Es könnte weiter eingewendet werden, dass es sich bei der o.a. Fragestellung ja nicht um die erstmalige Vornahme von FGM handelt, sondern nur ein bereits vorbestehender Zustand wieder hergestellt werden soll. Rein medizinisch betrachtet ist dieser vorbestehende Zustand jedoch unbestritten potentielle Ursache für diverse, z.T. schwerwiegende gesundheitliche Komplikationen. Die Wiederherstellung eines gesundheitlich unbestritten schlechteren Zustandes verbieten hierzu-lande die Berufsordnung (siehe Kapitel Rechtslage S.12) sowie die guten Sitten, welche Begründung auch immer ansonsten dafür vorgebracht werden könnte. Ferner wird sie auch von der WHO entschieden abgelehnt.

Soweit zur rein rechtlichen Situation.

Ärzte/innen und Hebammen haben allerdings eine über die rein rechtliche, rein medizinisch-somatische Ebene hinausreichende Verantwortung gegenüber den Patientinnen. Eine solche ganzheitliche Betrachtung schließt die Berücksichtigung der psycho-familiären, sozio-kulturellen Situation mit ein. Hierdurch entsteht der eigentliche Gewissenskonflikt, jenseits der klaren rechtlichen Lage. Dieses Dilemma erfordert ein hohes Maß an Feingefühligkeit, basierend auf differenzierter Kenntnis des Problemthemas FGM (s.o.). Es gibt hier keine Patentrezepte, vor allem ist größte Geschicklichkeit gefragt. Hierzu gehört auch die Abwägung, wer die Gespräche führt (Ärztin? Arzt? Hebamme? usw.) und ob bzw. wann und durch wen der Ehemann mit einbezogen werden soll. Der juristische Konflikt könnte jedoch die Chance eröffnen, vielleicht erstmals das Thema nicht nur mit der Betroffenen selber, sondern auch mit ihrem Ehemann, den Eltern (oder welchen sinnvollen Bezugspersonen auch immer) differenzierter und vor allem auch medizinisch anzusprechen. Dies könnte ein Beitrag zur Integration in die „zweite Heimat“ sein und bei Rückkehrern zumindest Bewusstseinsprozesse anstoßen, die im günstigsten Falle auch in den Ursprungsländern weiterwirken könnten. Das wird umso erfolgreicher sein, je mehr die Betroffene/n einfühlsames Verständnis, zugleich aber auch einen klaren eigenen Standpunkt ihres Gegenübers wahrnehmen kann/können.

<Für manche der betroffenen Frauen ist eine „exponierte“ Vulva jedoch zunächst inakzeptabel. Sie bestehen auf einer Reinfibulation mit dem Argument, dass dies einen Teil ihrer Identität ausmache und die sexuelle Befriedigung des Partners und Treue garantiere. Manchmal sind es allerdings andere Frauen der Migrationsgemeinschaft, welche die Patientin in ihrem Wunsch nach Reinfibulation beeinflussen (siehe Kapitel Migrantinnen in Europa S. 10f.). Die Männer befürworten die Reinfibulation viel seltener, als angenommen werden könnte. Ein Gespräch mit dem Ehemann kann nützlich sein, um seine Position zu klären, zumal dieses Thema unter den Ehepartnern meistens nicht zur Sprache kommt. Umgekehrt ist es gleichermaßen wichtig, die Haltung der Patientin in Abwesenheit ihres Ehemannes zu erfahren.

Anfragen, ein kleines Orificium vulvae zu rekonstruieren, soll nicht nachgekommen werden. Die möglichen Komplikationen und Probleme sind aufzuzeigen. Es muss unbedingt versucht werden, die Patientin von diesem Wunsch abzubringen.> Dies ist umso wichtiger, als nur die erzielte Einsicht zu nachhaltigem Erfolg führen kann. Aus der Praxis einiger afrikanischer Länder (z. B. Eritrea) ist bekannt, dass nach Klinik-Entbindungen grundsätzlich die Reinfibulation verweigert wird, gleichwohl einige Zeit später viele dieser Frauen erneut reinfibuliert sind, weil der Eingriff dann im Dorf vorgenommen wurde.

Ein partieller, „symbolischer“ <Verschluss des Orificium vulvae im Zusammenhang mit einer postpartalen Wundversorgung sollte nur in extremen Ausnahmefällen durchgeführt werden und dann auch nur insoweit, dass Menstruations- und Harnfluss sowie Geschlechtsverkehr und gynäkologische Untersuchungen ungehindert möglich sind. Wird eine solche Resuturierung gewählt, darf diese nur erfolgen, nachdem die Gesamtsituation der Frau und die Probleme genau evaluiert worden sind, welche sie bei nicht durchgeführter (partieller) Reinfibulation belasten würden.>

18. Postnatale Betreuung

<Die Nachsorgeuntersuchung sollte zu einem früheren Zeitpunkt als gewöhnlich (drei bis vier Wochen nach der Geburt) stattfinden. Dabei sollte die Patientin auch wirklich die Möglichkeit haben, Fragen zu ihrer veränderten Anatomie und Physiologie zu stellen. Insbesondere muss sich die Patientin ja an die wesentlich verkürzten Zeiten für Miktion und Menstruation gewöhnen. Die Nachsorgeuntersuchung ist gleichzeitig eine Gelegenheit für das Gesundheitspersonal, die positiven Aspekte der Veränderung zu verdeutlichen und ein Präventionsgespräch im Fall der Geburt eines Mädchens zu führen (Illegalität der Beschneidung in Deutschland, negative Konsequenzen für die körperliche und seelische Gesundheit). In einigen Fällen wird sich die Vermittlung einer psychologischen Unterstützung über einen längeren Zeitraum als hilfreich darstellen.>

19. Neugeborenenuntersuchung und U1 – U10

Der präventive und kurative Wert einer frühest möglichen 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 der Angebote, ausführlich erläutert werden. Hierbei bietet sich zwanglos die Inspektion und Kontrolle des Genitalbereiches auch hinsichtlich ihrer Unversehrtheit an. 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. Ergibt sich einem Pädiater der Verdacht einer drohenden Beschneidung, so erfordert sein Handeln ganz besondere Umsicht. Auch hier ist verständliche und einführende Information sowie Vertrauensbildung besonders wichtig. Das allzu forsche Umgehen mit der Keule der in europäischen Ländern selbstverständlichen Strafbarkeit kann rasch zum Bumerang werden, wenn die Familie dann einfach „abtaucht“! Unser Handeln sollte erfolgsorientiert sein, zur effektiven Prävention führen.

Die in letzter Zeit wieder intensivierete Diskussion um eine verbesserte Prävention von Kindesmisshandlungen lenkt den Blick sofort auf die Vorsorgeuntersuchungen für Kinder U1 – U10. Diese bieten eine regelmäßig wiederkehrende Gelegenheit, Auffälligkeiten des Verhaltens oder der Eltern-Kind-Beziehung sowie auffällige Veränderungen am kindlichen Körper zu entdecken. Gleichzeitig sollte diese Möglichkeit dazu genutzt werden, immer wieder auch die Intaktheit des Genitalbereiches zu überprüfen. In Verdachtsfällen sollte vor und nach Heimaturlauben bewusst und vorangekündigt eine solche Kontrolluntersuchung mit der Verknüpfung erfolgen, widrigenfalls das Jugendamt mit einzuschalten. 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 von Kindesmisshandlung FGM in gleicher Weise betrachtet und gehandhabt werden, einschließlich der sorgfältigen Schulung des jeweils involvierten Personals.

Wenn bei einer kinderärztlichen Untersuchung ein bereits beschnittenes Mädchen erscheint, muss auch hier an eine Wiederöffnung gedacht werden, nur sollte dabei sorgfältig der für die weitere Entwicklung günstigste Zeitpunkt einer möglichen Rekonstruktion abgewogen werden. Akute Folgekomplikationen (s.o.) erfordern natürlich rasches Handeln. Dabei sollte man dennoch nie ohne vertrauensvolle Einbeziehung der Mutter agieren.

20. Betroffenenversorgung

So wichtig die Unterstützung der weltweiten Bemühungen zur Überwindung von FGM einerseits ist, so darf andererseits dabei nicht ein weiterer wichtiger Bereich vernachlässigt werden: die Bedürfnisse der bereits Betroffenen. In Afrika und anderen Prävalenzländern wird es sich dabei vorerst um Nothilfe für die größten Folgeschäden handeln, wie z.B. Vaginalfisteln, Verbesserung der geburtshilflichen Versorgung etc. Infolge der zunehmenden Migrationsbewegung von Süd nach Nord leben aber immer mehr Betroffene auch unter uns, die der Hilfestellung und Beratung bedürfen. Sehr häufig sind diese Mädchen und Frauen jedoch mit ihren Problemen sich selbst überlassen, vor allem mit FGM assoziierten Problemen. Der Grund ist vielfältiger Natur, an erster Stelle

steht das bereits erwähnte Schweigegezet und die damit verbundene, häufig unüberwindliche Scham. Daher wird es einer Betroffenen nur selten in den Sinn kommen, aus solchem Grund eine Beratungsstelle aufzusuchen. Hier ergibt sich ein erheblicher Sensibilisierungsbedarf auf Seiten der Betreuenden oder Sachbearbeiter/innen, um auf Basis der Kenntnis des Gesamtzusammenhanges hinter vordergründigen Anliegen die eigentlichen Probleme heraus zu spüren.

Beratungsstellen

Seit langem besteht eine Diskussion darüber, ob spezielle FGM-Beratungsstellen in geeigneter Form in ausreichender Zahl eingerichtet werden sollten. Das könnte vor allem unter dem Gesichtspunkt der Vorhaltung gut geschulter Mitarbeiterinnen sinnvoll erscheinen. Aus dem oben Gesagten lassen sich jedoch Zweifel ableiten, ob solche Einrichtungen wirklich im beabsichtigten Umfang angenommen würden. Vielmehr erscheint es sinnvoller, allgemeinere Beratungsstellen für die vielen anfallenden Alltagsprobleme auszubauen und einzurichten, auf kommunaler und nicht-staatlicher Ebene. Dabei könnten zwanglos auch erste Informationen zu FGM speziell und Frauenrechten und Bildungsangeboten allgemein einfließen. (Beispiel Nähkurse, bei denen nebenbei auch Deutschkenntnisse u.a. vermittelt werden – so können einige Frauen überhaupt nur teilnehmen.) Auch innerhalb von lokalen Kulturzentren wären solche Beratungsmöglichkeiten denkbar. Wichtig wäre an solcher Stelle die Vorhaltung von Adressenlisten von weiteren Einrichtungen oder ExpertInnen, die für die jeweiligen Bedürfnisse besonders geeignet erscheinen.

Rekonstruktion

Über die Defibulation hinaus gibt es vereinzelte Bemühungen, den betroffenen Frauen durch operativ-plastische Korrekturen (z.B. Klitoris-„Rekonstruktion“) zu dem Selbstgefühl von etwas mehr „Normalität“ zu verhelfen. Dies kann für einzelne Betroffene von sehr hoher existentieller Bedeutung sein. Natürlich lässt sich nicht rekonstruieren, was entfernt worden ist. Gleichwohl erlaubt die Anatomie der Klitoris, die sich zu einem erheblichen Anteil unter Hautniveau noch weiter nach cranial erstreckt, diesen fast immer vorhandenen „verborgenen“ Anteil zu „reaktivieren“, d.h. behutsam operativ so frei zu legen und von narbigen Überlagerungen zu befreien, dass mit diesem Organ wieder ein gewisses Maß an Sensibilität erlebt werden kann. Ferner kann in Einzelfällen unter der Narbendecke einer Infibulation sogar eine weitgehend intakte Klitoris vorgefunden werden, was in solchen Fällen den mangelnden anatomischen Kenntnissen der Beschneiderin zu danken wäre. So ergibt sich ein differenziertes Spektrum an plastischen Korrekturen, die ganz analog zu sehen wären wie solche bei anderen Formen der Versehrtheit. Selbstverständlich ist hierzu Voraussetzung der bewusste und dezidierte Wille der Betroffenen sowie eine sehr eingehende psychologische Vor- und Nachbereitung und Informationsvermittlung.

Psychologische Begleitung

Einige Expertinnen sehen den Zustand nach FGM sinngemäß vergleichbar mit dem Zustand nach Vergewaltigung oder dem posttraumatischen Zustand von Folteropfern. Mit dieser Betrachtungsart wird unmittelbar die Wichtigkeit einer psychologischen Begleitung deutlich. Ganz grundsätzlich beginnt das Leidensbewusstsein erst mit dem Auftauchen einer Vergleichsmöglichkeit. Dieser Moment wird bei betroffenen Migrantinnen früher oder später immer irgendwie eintreten. Damit sind sie dann in der Regel allein. Findet sich kein hilfreiches Gegenüber, so besteht die große Gefahr der sekundären Somatisierung, deren Ursache die Patientin selten selber durchschaut. Sie findet sich dann in der Sprechstunde wieder mit zumeist schwer fassbaren Beschwerden, die deswegen zuweilen noch bagatellisiert werden, sodass die Betroffene nun doppelt bestraft ist. Auch hieran zeigt sich die Notwendigkeit einer sensibilisierenden Fortbildung für Fachpersonal der verschiedensten Lebensbereiche ebenso wie den Bedarf einer kompetenten psychologischen Begleitung. Zuwachs an Wissen und Bewusstmachen von Zusammenhängen und Situationen stellt für sich bereits einen heilenden, helfenden Beitrag dar. FGM sollte jedoch nicht zu sehr isoliert als Problem eines körperlichen Verlustes angesehen werden. Betroffene möchten sich als Gesamtpersönlichkeit wahrgenommen fühlen und sich nicht „reduziert (sehen) auf ein kleines Dreieck“ (Fadumo Korn, s.S. 29).

In diesem Sinne sei auch nochmals auf die große Verantwortung der Medien hingewiesen (s. S.18), von deren Tenor in nicht unerheblicher Weise abhängt, wie der einzelne Bürger mit diesem sensiblen Thema umgeht!

21. Weitere Empfehlungen

Aus- und Weiterbildung

<FGM sollte Bestandteil des Ausbildungsprogramms an den medizinischen Fakultäten, Hebammen- und Pflege-Ausbildungsinstituten werden. Die medizinischen Konsequenzen sind eindeutig die stärksten Argumente gegen FGM, und ihre Behandlung ist nicht immer einfach. Dies rechtfertigt voll und ganz die Aufnahme des Themas in das Unterrichtsmaterial. Überdies können alle Fachkräfte im Gesundheitswesen, die mit FGM konfrontiert sind, was immer ihre Spezialisierung auch sei, eine wichtige Rolle im Bereich der Prävention übernehmen.

Auch alle anderen Akteure im Sozialwesen>, in der Verwaltung, Justiz etc., die in Kontakt mit betroffenen Frauen kommen (Sozialarbeiter/innen, Lehrer/innen, Kindergärtner/innen, Berater/innen im Bereich Familienplanung, Betreuer/innen im Asylwesen etc.), <sollten ebenfalls für die spezifische Problematik sensibilisiert sein und an einer geeigneten Aus- und Weiterbildung teilnehmen> (siehe auch Kapitel Fachkräfte S. 17).

Grundsätze

Was lässt sich sinnvoll tun? Im Wesentlichen das bisher Ausgeführte in Haltung und Handlung umsetzen. Behutsame, sachliche Information über anatomisch-physiologische Zusammenhänge beharrlich nahe bringen, ohne die eigene (eurozentristische) Meinung und Emotion als Richtschnur hinzustellen. Überzeugen ist allemal nachhaltiger als zwingen. Offen sein, im Dialog auch selber noch Neues hinzuzulernen. All dies schafft die unverzichtbare Vertrauensgrundlage, wenn sinnvolle Ergebnisse erzielt werden sollen.

Empowerment

Hierbei geht es um das Anbieten von Hilfe und/oder jeder weiteren Form an gewünschten Informationen. Ferner kann die Vermittlung von Kontakten zu aktiven Frauengruppen in Deutschland (s. Anhang 3) und aus/in betroffenen Ländern (wo schon Erfolge vorliegen), hilfreich sein.

Weitere Aufklärung ist auch für deutsche Mitbürger/innen wichtig, Privatleuten wie auch Mitarbeiter und Entscheidungsberechtigte in Behörden, Justiz, Gesundheitsberufen, pädagogischen und Sozialeinrichtungen. Zum einen, um zunehmend sachgerechtere Entscheidungen zu fördern, zum anderen, um Geld- und Sachmittel wie auch ideelle Unterstützung für aktive einheimische Gruppen vor Ort zu gewinnen.

Das Phänomen FGM ist letztlich nur überwindbar, wenn es als Teil einer seit Jahrtausenden bestehenden patriarchalischen Tendenz der Frauenunterdrückung und damit als gesellschaftliches Problem verstanden wird. Indem Frauen der Zugang zu Bildung und damit Selbständigkeit gleichberechtigt ermöglicht wird, erschließt sich auch für die Gesellschaft deren heute vielerorts noch brachliegendes kreatives Potential, und sie selber lernen zu erkennen, welche Maßnahmen sie schädigen und zurückwerfen. (Waris Dirie: „Genitalverstümmelung ist ... keine „Kultur“ – sie ist eine Menschenrechtsverletzung.“)

22. Anhang

Anhang 1) FGM-Prävalenzraten in den Herkunftsländern und errechnete Prävalenzraten für Deutschland (Quelle: TDF, reproduziert mit Erlaubnis)

Länder Afrikas, in denen FGM verbreitet ist	Im Heimatland von FGM Betroffene in % (UNICEF, AI) 2006	Anzahl der in der BRD lebenden Migrantinnen aus diesen Ländern	davon Mädchen jünger als 15 Jahre insgesamt	davon Mädchen jünger als 15 Jahre von FGM gefährdet	davon Frauen älter als 15 Jahre insgesamt	davon Frauen älter als 15 Jahre von FGM betroffen	Zahl der in der BRD lebenden betroffenen u. gefährdeten Mädchen und Frauen
Ägypten	97%	2918	578	561	2340	2270	2831
Äthiopien	80%	5431	620	496	4811	3849	4345
Benin	17%	365	58	10	307	52	62
Burkina Faso	77%	258	41	32	217	167	199
Dschibuti	98%	35	3	3	32	31	34
Elfenbeinküste	45%	990	203	91	787	354	445
Eritrea	89%	3370	491	437	2879	2562	2999
Gambia	89%	587	92	82	495	440	522
Ghana	5%	10582	1618	81	8964	448	529
Guinea	99%	682	110	109	572	566	675
Guinea-Bissau	50%	82	18	9	64	32	41
Kamerun	20%	5495	567	113	4928	986	1099
Kenia	32%	4645	406	130	4239	1356	1486
DR Kongo	5%	5642	1996	100	3646	182	282
Liberia	60%	393	79	47	314	189	236
Mali	92%	197	29	27	168	155	182
Mauretanien	71%	100	25	18	75	53	71
Niger	5%	131	34	2	97	5	7
Nigeria	19%	4906	849	161	4057	771	932
Senegal	20%	659	100	20	559	112	132
Sierra L.	90%	839	170	153	669	602	755
Somalia	98	2542	707	693	1835	1798	2491
Sudan	90%	928	184	166	744	686	852
Tansania	18%	449	34	6	415	75	81
Togo	50%	4676	1463	731	3213	1607	2338
Tschad	45%	52	11	5	41	18	23
Uganda	5%	751	87	4	664	33	37
ZAR	36%	30	6	2	24	7	9
Gesamt		57.735	10.579	4.289	47.156	19.406	23.695

Erläuterungen zur Tabelle:

Die maximale Gesamtzahl der in Deutschland lebenden Mädchen und Frauen, die aus Ländern stammen, in denen FGM praktiziert wird, beträgt 57.735. Vor dem Hintergrund der durchschnittlichen Verstümmelungsrate in den einzelnen afrikanischen Ländern (Spalte: Prozentzahl der im Heimatland von FGM Betroffenen) leben in Deutschland über 19.000 Frauen, die bereits von FGM betroffen sind. Ungefähr 4.000 - 5000 Mädchen sind gefährdet.

Damit leben in der BRD mehr als 23.000 Frauen und Mädchen, die von FGM betroffen oder bedroht sind. Diese Zahl ist sicher eine untere Grenze, wenn man in Betracht zieht, dass viele Afrikaner/innen nicht in deutschen Statistiken erfasst sind, da sie ohne Aufenthaltsstatus bei uns leben.

Die Zahlen berücksichtigen ausschließlich afrikanische Länder. Staaten auf der arabischen Halbinsel, wie der Jemen und die VAE, in denen die Praktik ebenso stattfindet, sind in der Statistik nicht berücksichtigt. Hier liegen auch international keine durchschnittlichen Verstümmelungsraten für die einzelnen Länder vor.

Erläuterungen zur Berechnung:

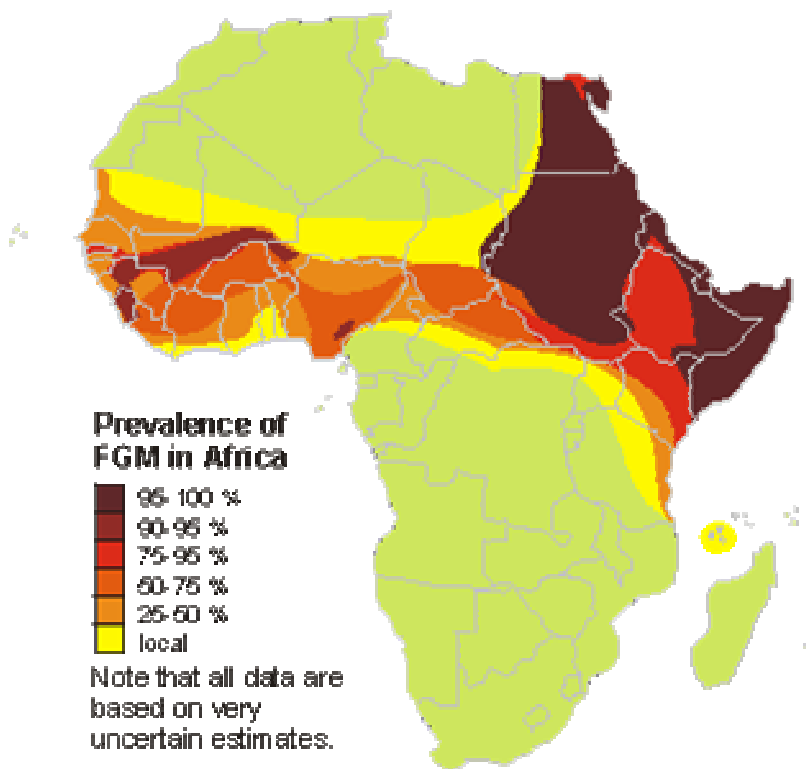
Die Angaben in der Spalte "Prozentzahl der im Heimatland von FGM Betroffenen" stammen von UNICEF und Amnesty International. Die Zahlen in den Spalten "davon Mädchen jünger als 15 Jahre, von FGM bedroht" sowie "davon Frauen älter als 15 Jahre, von FGM betroffen" wurden auf Grundlage des statistischen Datenmaterials in der Spalte "davon Mädchen jünger als 15 Jahre, insg." sowie "davon Frauen älter als 15 Jahre, insg." unter Einbeziehung der durchschnittlichen Verstümmelungsrate nach UNICEF und Amnesty International für das jeweilige Land errechnet.

Quellenangabe und Abkürzungen:

Das Zahlenmaterial zu den in Deutschland lebenden Frauen sowie zu den verschiedenen Altersgruppen wurde TERRE DES FEMMES vom Statistischen Bundesamt in Wiesbaden zur Verfügung gestellt (Tabelle: Ausländische Bevölkerung nach Staatsangehörigkeit und Altersgruppen am 31.12.2005 in Deutschland). Die Zahlen zur Beschneidungsrate in den afrikanischen Ländern entstammen: Unicef (Hrsg.) "Zur Situation der Kinder in der Welt 2006". Bedrohte Kindheit, Frankfurt (Main), 2006 (Tabelle 9, S. 238ff). Amnesty International: „Schnitt ins Leben“. Report 2006 über weibliche Genitalverstümmelung, Wien 2006 (Tabelle S. 78ff) (DR Kongo = Demokratische Republik Kongo, VAE = Vereinigte Arabische Emirate, ZAR = Zentralafrikanische Republik)

Zusammenstellung: TERRE DES FEMMES e.V. (siehe Anhang 3.)
Stand: November 2006

Anhang 2) Prävalenzraten in Afrika (gemittelt aus mehreren Quellen; © afrol News)



Wichtige Bemerkung zu den Angaben:

Es gibt keine exakten Daten zu den Häufigkeitszahlen (prevalence) von FGM in Afrika. Die vorliegende Karte beruht auf einer Auswahl verschiedener Quellen, die jeweils nicht immer den gleichen Methoden der Datenerhebung gefolgt sind. Die meisten dieser Daten haben staatenbezogenen Ursprung, wenngleich häufig auch einzelne Volksgruppen als FGM-praktizierend aufgeführt wurden. Die Daten wurden dann auf den ungefähren Lebensraum dieser Volksgruppen projiziert. Unter Berücksichtigung des groben Maßstabes der Karte können die vielen örtlichen Variationen in der Prävalenz leider nicht differenziert dargestellt werden. Trotz der groben und mehr übersichtsartigen Darstellung kommt der Karte dennoch ein analytischer Wert zu. Beispielsweise ist klar zu erkennen, dass FGM keineswegs dem Verbreitungsmuster des Islam folgt, obwohl es in vielen muslimischen Ländern sehr verbreitet ist. Vielmehr scheint FGM eher regionalen kulturellen Traditionen zu folgen, unabhängig von der Religion.

Quellen: Gestützt auf UN-Einrichtungen, Amnesty, US-Regierungsquellen und afrol News Archiv.

Anhang 3) Liste mit Adressen von Organisationen/Institutionen und Referenzpersonen
(Dieser Abschnitt ist ein erster Anfang und wird bei einer nächsten Auflage weiter aktualisiert bzw. offen für weitere Anregungen sein!)

- **Informationsvermittlung/Orientation/Beratung:**

- TERRE DES FEMMES e.V., Referat Genitalverstümmelung; PF 25 65, D-72015 Tübingen
Tel. +49/7071/7973-0, Fax. +49/7071/7973-22; SPRECHZEITEN Telefon: Mo bis Fr 10-17 Uhr
genitalverstueummelung@frauenrechte.de; www.frauenrechte.de
 - (I)NTACT e.V., Internationale Aktion gegen die Beschneidung von Mädchen und Frauen;
Johannisstrasse 4, 66111 Saarbrücken; Tel.: 0681 – 32400, Fax: 0681 – 938 8002
info@intact-ev.de; www.intact-ec.de
 - FORWARD-Germany e.V., Martin-Luther-Str. 35, 60389 Frankfurt am Main / Germany
Email: info@forward-germany.de; www.forward-germany.de
 - Aktion Weißes Friedensband e.V.; Himmelgeister Str. 107a, 40225 Düsseldorf
Tel. 0211-9945137; Fax 0211-9945138; zachaeus@friedensband.de; www.friedensband.de
(bietet an: Informationspakete, Medizinische Fachinformation und Fragebogen, Ärzteliste, Runde Tische)
 - Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ)/Überregionales Projekt zur Überwindung der weiblichen Genitalverstümmelung (FGM) Regionalbereich Sahel und Westafrika
Kerstin Lisy, Kerstin.Lisy@gtz.de, Tel:06196-791578
Postfach 5180, 65726 Eschborn; www.gtz.de/fgm
 - Verein TABU; Liebigstr. 5, 44139 Dortmund; fon: 0231 - 123 109; fax: 0231 - 123 155
e-mail: barreto@verein-tabu.de; www.verein-tabu.de

Ein Referenzzentrum in Deutschland wäre wünschenswert und sollte eingerichtet werden. Sobald Näheres hierüber bekannt ist, werden die Adresse und entsprechende Informationen unter www. abrufbar sein.

Aufgabe des Referenzzentrums wird es sein, Informationen zu medizinischer Beratung, Kontakt- und Beratungsstellen für Betroffene, Materialien für Fachpersonal sowie Fachkompetenz in Bereichen des Kinderschutzes zu vermitteln.

- **Beratungs- und Kontaktstellen für Betroffene:**

- FGM-Netzwerk Dortmund: Frau Renate Kensbock, Gesundheitsamt Dortmund, Herr Weihrauch, Jugendamt Dortmund, Dr. Milde, Kinderärzte Verb. Westf.-Lippe
 - stop mutilation e.V., Jawahir Cumar, Tel. 0211-5065745, Mobil 0162-8578307, j.cumar@stop-mutilation.org, www.stop-mutilation.org
 - Maisha e.V., Frankfurt c/o Virginia Wangere-Greiner, Pflingstweidstr. 7, 60316 Frankfurt; Tel.: 069-90 43 49 05; mailto: info@maisha.org
 - Stadtgesundheitsamt Frankfurt, Beratungsstelle für Afrikaner/innen, Braubachstraße 14-16, 60311 Frankfurt/Main Tel: 069/21 24 52 41; Ansprechpartnerin: Frau Virginia Wangere-Greiner
Beratungszeiten: Do 8-12h u. 16-18h; Arbeitsschwerpunkt: Beratung u. Betreuung von Afrikaner/innen durch Afrikanerinnen. Schwerpunkt neben der FGM auch die Beratung zu AIDS.
 - Balance e.V. - Berlin (Familienplanungszentrum Balance); Mauritius-Kirch-Str. 3, 10365 Berlin, Tel: 030/55 36 792, Fax: 030/55 36 793
Ansprechpartnerin: Frau Christiane Tennhardt; balance@fpz-berlin.de, www.fpz-berlin.de
Arbeitsschwerpunkt: Psychosoziale und medizin. Betreuung von betroffenen Frauen und Familien.
 - Frau Fadumo Korn, Rablestr. 44, 81669 München; Tel: 089/48 67 32, fadumo_korn@yahoo.de , info@fadumo-korn.de; Arbeitsschwerpunkt: Beratung (auch telefonisch)

- G.R.A.F. - Berlin (Gesellschaft für die Rechte Afrikanischer Frauen)
c/o Praxiszentrum Kaiserdamm, 14057 Berlin, Tel: 030/301 139 40 oder 030/88 68 37 00
Ansprechpartnerin: Frau Solange Nzimegne-Gölz; Beratungszeiten: Mo-Di 9 – 13h u. n.V.
graf_brd@yahoo.de, www.graf-berlin.de; Arbeitsschwerpunkt: Psychosoziale und medizin. Beratung zu FGM und HIV/AIDS, ausserdem Rechtsberatung und Familienberatung.

- Gesundheitsamt Köln, Beratungsstelle zu sexuell übertragb. Erkrankungen einschl. Aids
Neumarkt 15-21, 50667 Köln, Ansprechpartnerin: Frau Dr. Nitschke
Tel: 0221-22124602, Fax: 0221-22127236, mailto: std-aids@stadt-koeln.de

- Amt für Diakonie des evangelischen Stadtkirchenverbandes Köln; Brandenburger Str. 23,
50668 Köln; Ansprechpartnerin: Frau Rhoda Koross-Koch, Tel: 0221-810272 oder 1603826
mwangaza@diakonie-koeln.de

- Pro Familia – Stuttgart, Schlossstraße 60, 70176 Stgt.; Tel: 0711-6567906,
Fax: 0711-65679080; Ansprechpartnerin: Frau Dr. Marion Janke, Marion.janke@profamilia.de

- **Medizinische Fachpersonen:**

Dr. med. Christoph Zerm, Frauenarzt, im FIDE-Vorstand; Wilhelm-Huck-Str.10, 58313 Herdecke

Dr. med. Sabine Müller, Berlin (s. auch Balance e.V.)

Weitere Adressen sind über Aktion Weißes Friedensband zu erfahren

- **Juristische Fragen und Kinderschutz:**

RA Regina Kalthegener, Kanzlei Kalthegener; Albrechtstrasse 11 A, 10117 Berlin (Mitte)

Tel.: 030 / 28093870, Internet: www.kanzlei-kalthegener.de

RA Henriette Lyndian, Kanzlei Hohestr. 7, 44139 Dortmund

Tel.: 0231 - 18 44 – 0; mailto: lyndian@anwalt-do.de

- **Vermittlung von Übersetzungsdiensten:** (geprüft werden sollte jedoch stets, mit welchen Kosten dies ggfs. verbunden ist!)

Französisch:

Petra Diabaté (M.A.), Am Weingarten 12, 60487 Frankfurt, Tel: 069 / 77062797, pdiagate@gmx.de

Französisch, Kotokoli, Mina, Kabye (Togo):

Rafatou Tchanile, Zentmarkweg 1, 60489 Frankfurt, Tel:069 / 78079976, tchanile-raf@gmx.de

NN

- **Diverse Informationen zu Migration und Gesundheit:**

Anregungen sind der Redaktion willkommen (für weitere Auflagen)

Anhang 4) Literatur (Auswahl):

1. WHO. FGM: Information Pack: http://www.who.int/docstore/frh-whd/FGM/infopack/English/fgm_infopack.htm
2. WHO. Female Genital Mutilation/Mutilations sexuelles féminines: Information kit. WHO/FHE/94.4 WHO, Division of Family Health, CH-1200 Genève. 1994.
3. FGM – a joint WHO/UNICEF/UNFPA statement WHO, Geneva 1997.
4. WHO Management of Pregnancy; http://www.who.int/gender/other_health/en/manageofpregnan.pdf
5. Pok Lundquist J, Haller U. Mediz. Asp.der rit. „Frauenbeschneidung“ gynäkol. prax. 2001; 25: 321-328.
6. Beck-Karrer, C.: Soziokulturelle Aspekte der „Frauenbeschneidung“. gynäkol. prax. 2001; 25:311-315.
7. Beck-Karrer, C.: Löwinnen sind sie. Gespräche mit somalischen Frauen und Männern über Frauenbeschneidung. Schriftenreihe Feministische Wissenschaft. Bern. eFeF Verlag; 1996.
8. Lightfoot-Klein, Hanny: „Sexuelles Erleben beschnittener Frauen“ in: „Sexualmedizin“ 6/1993, 251 ff.
9. Lightfoot-Klein, H.: Das grausame Ritual. Sexuelle Verstümmelung afrikanischer Frauen. Frankfurt am Main: Fischer; 1992.
10. Toubia, Nahid: FGM - a call for global action. Published by RAINBO, NY 1995.
11. Snow, R.C.; Slinger, T.E. et al.: Female genital cutting in southern urban and peri-urban Nigeria: Tropical Medicine and International Health 7 (2002) 1: 91-100.
12. Treib, Helga: „Beschneidung von Mädchen und Frauen in Afrika“ in: „Kinder- u. Jugendarzt“ 31.Jg. (2000) Nr.3, 234-241
13. AG FIDE: Stellungnahme z. Problem der Beschneidung der Frau Frauenarzt 37 (1996)Nr.10: 1460-1464
14. Dehne, K; Wacker, J. et al.: FGM in the North of Burkina Faso curare 20 (1997) 2: 221-242
15. Terre des Femmes, Hrsg. : Schnitt in die Seele - Weibliche Genitalverstümmelung. Eine fundamentale Menschenrechtsverletzung. Textsammlung. Mabuse-Verlag, Frankfurt/M 2003.
Terre des Femmes e.V. Menschenrechte für die Frau. Postfach 2565, D-72015 Tübingen; Tel. 07071/7973-0,.
16. antagem. Weibliche Genitalverstümmelung. Informationsbroschüre. sfr. 5,- (Schutzgebühr + Versandkosten). antagem, c/o Ch. Beck-Karrer, Rabbentalstr. 77, CH-3013 Bern. 1994
17. Toubia, N.: Female circumcision as a public health issue. N Engl J Med 1994; 331: 712-716
18. Dirie MA, Lindmark G.: The risk of medical complications after female circumcision. East Afr Med J 1992; 69: 479-482
19. AG FIDE: Zerm, C. et al. Kampf gegen weibliche Genitalverstümmelung im In- und Ausland Frauenarzt 43 (2002)Nr.4: 464-466
20. (I)NTACT Int. Aktion gegen die Beschneidung, Saarbrücken www.intact-ev.de INTACT@t-online.de
21. Zerm, C: Medizinische Fachinformation; erhältlich über Aktion Weißes Friedensband: http://www.friedensband.de/beschneidung/documents/Fachinformation_001.pdf
22. Dirie, Waris: Schmerzenskinder. Berlin 2005, Ullstein
23. Hohlfeld P, Thierfelder C, Jäger F. et al.: Patientinnen mit genitaler Beschneidung. Schweizerische Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegefachkräfte; Hrsg.: SGGG, 2005 (siehe auch www.sggg.ch/D/guidelines/index.asp)
24. UNICEF Umfrage 2005: www.unicef.de/fileadmin/content_media/presse/fotomaterial/Beschneidung/I0038_Doku_Beschn.pdf
25. The Female Genital Cutting Education and Networking Project; <http://www.fgmnetwork.org/intro/fgmintro.html>
26. CR7: Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A Critical and Comparative Analysis, 2004
27. FGM and Obstetric Outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries - WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome; The Lancet 2006; 367:1835-41; weitere Lit. zu obstetric outcome s. dort!
28. Female genital mutilation increases babies' mortality; afrol News, 2 June 2006, <http://www.afrol.com/articles/19637>
29. Islam united to stop female genital mutilation; afrol News, 9 November 2005, <http://www.afrol.com/articles/17176>
30. Krämer, P. / Damien, I.: Can Female Excision be transformed into a symbolic rite? Entwicklungsethnologie, 8 (1) 1999, 12-23
31. Inter-African Committee/Comité Inter-Africain: DECLARATION on the Terminology FGM; 6th IAC General Assembly, 4 - 7 April, 2005, Bamako/Mali (<http://www.iac-ciaf.org/index.php>)