

12 Weibliche Genitalverstümmelung

Isabell Utz-Billing und Heribert Kentenich

12.1 Begrifflichkeit

Die weibliche Genitalverstümmelung (Female Genital Mutilation, FGM) beschreibt jegliche nicht-therapeutisch, z.B. religiös oder kulturell begründete, teilweise oder vollständige Entfernung oder Verletzung des weiblichen äußeren Genitales (WHO 1997). In den meisten Regionen, in denen FGM durchgeführt wird, spricht man von „Beschneidung“ bzw. davon, ob eine Frau „offen“ oder „geschlossen“ ist (Cook et al. 2002). Der Begriff Beschneidung beschreibt jedoch (analog zur männlichen Beschneidung) lediglich die Entfernung der klitoralen Vorhaut. Auf internationaler Ebene wird der Begriff „weibliche Genitalverstümmelung“ gebraucht, der die Schwere und Irreversibilität des Eingriffs besser trifft. Im Kontakt mit betroffenen Frauen kann der Begriff „Verstümmelung“ jedoch eine stigmatisierende Bedeutung bekommen. Im Jahr 2006 erschienen im Deutschen Ärzteblatt Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen mit FGM, die 2012 auch als Empfehlungen der DGGG in den Leitlinienkatalog aufgenommen wurden (Kentenich u. Utz-Billing 2006; Utz-Billing et al. 2011).

12.2 Hintergründe

Über den Ursprung und Hintergrund der weiblichen Genitalverstümmelung existiert nur wenig Literatur. Die erste bekannte Quelle stammt aus dem

5. Jahrhundert v. Chr. von Herodotus und beschreibt die Beschneidung von Töchtern höherer Kasten in Ägypten und Äthiopien. Unklar ist, ob die Genitalverstümmelung ihren Ursprung in Ostafrika hatte oder vom Mittleren Osten und der Arabischen Halbinsel durch Händler nach Afrika gebracht wurde. In den 1960er- und 1970er-Jahren berichteten erstmals Ärzte, die in Afrika arbeiteten, über FGM (Shandall 1967; Verzin 1975). In unserem Kulturkreis erscheint es schwierig, den Hintergrund für diese Praxis zu verstehen. Zu bedenken ist jedoch, dass weibliche Beschneidung auch in Europa und Nordamerika durchgeführt wurde. Im 19. Jahrhundert versuchte man damit, die weibliche Sexualität zu unterdrücken. Zudem sollten verschiedene Störungen wie Schlaflosigkeit und Sterilität aber auch unglückliche Ehen und psychische Krankheiten geheilt werden (Morgan u. Steinem 1983).

Die weibliche Genitalverstümmelung ist ein sensibles Thema, das fest in der Tradition und Kultur der jeweiligen Gesellschaftsordnung verwurzelt ist. Zahlreiche Argumente versuchen, die weibliche Genitalverstümmelung zu erklären und zu rechtfertigen. Diese werden im Folgenden vorgestellt.

Kultur und Tradition

Dabei soll FGM die Frau vor Verdächtigungen, Ungnade und ihrer eigenen Sexualität „schützen“. Ein korrektes moralisches Verhalten der Frau und die Treue zu ihrem Ehemann sollen gewährleistet werden. FGM gilt in vielen Ländern und Gegenden als Initiationsritual (Gruenbaum 2001; Mandura 2004). Es ist ein Symbol für die Integration der Frau in die Gesellschaft und für ihre ethnische Zugehörigkeit. Ziel ist es dabei auch, die Gruppenidentität zu erhalten und zu stärken.

Symbol für Weiblichkeit

Die Zeremonie der Beschneidung symbolisiert den **Übergang vom Mädchen zur Frau** und den Beginn des Erwachsenenalters. Das beschnittene Genital gilt als Symbol für Weiblichkeit (Mackie 2000).

Religiöse Gründe

Die weibliche Genitalverstümmelung wird nicht nur von **Moslems**, sondern auch von **Christen, Animisten und Atheisten** durchgeführt. Weder im Koran noch in der Bibel finden sich Vorschriften zur Beschneidung der Frau (Brooks 1995; Shell-Duncan u. Hernlund 2000). Typ I der Genitalverstümmelung wird auch „Sunna“ genannt. Das Wort „Sunna“ bedeutet „etablierte Praxis“ oder „übliche Verhaltensweise“, ist jedoch keine aus dem Koran abzulesende Verpflichtung. Der Prophet Mohammed äußerte sich zurückhaltend zur Beschneidung: „Wenn es sein muss, beschneide, aber zerstöre nicht! Es ist besser für die Frau und schöner für den Mann.“ Heute verurteilen viele muslimische Gelehrte alle Typen der Genitalverstümmelung.

Erhalt der Jungfräulichkeit und Familienehre

Ziel der Genitalverstümmelung ist auch der Erhalt der Jungfräulichkeit und Familienehre sowie der Treue zum Ehemann. Die weibliche Genitalverstümmelung unterstützt und stärkt das patriarchalische Familiengefüge (Abousharaf 2001; Wilson 2002). Beschnittene Frauen, die z.B. im Rahmen einer Geburt „eröffnet“ wurden, fürchten, dass ihr Ehemann sich scheiden lässt oder eine zweite Frau heiratet, wenn sie keine Reinfibulation durchführen lassen (Berggren et al. 2006). Frauen gewinnen nach FGM an Respekt und Achtung in ihrer Gesellschaft (Shweder 2000). Frauen lassen die Genitalverstümmelung an ihren Töchtern durchführen, um ihre Jungfräulichkeit und ihren Ruf zu schützen.

Mittel zur Geburtenkontrolle

In Ländern mit hoher Geburtenraten und wenig Möglichkeiten der Verhütung dient die weibliche Genitalverstümmelung auch der Geburtenkontrolle. Seltenere Geschlechtsverkehr wegen starker Schmerzen und erschwelter Penetration sowie Sterilität durch aufsteigende Infektionen führen zu einer geringeren Anzahl von Schwangerschaften im Leben der verstümmelten Frauen.

Hygienische und gesundheitliche Faktoren

Auch hygienische und gesundheitliche Faktoren werden zur Rechtfertigung der Genitalverstümmelung angeführt. So soll das Fehlen der Klitoris die Vagina sauber halten und die Fruchtbarkeit erhöhen. Toubia berichtete von der Vorstellung, dass die Klitoridektomie die sexuelle Lust des Ehemanns steigert und die Kinder- und Müttersterblichkeit senkt (Toubia 1993). In Ägypten ist die Entfernung des äußeren Genitales und der Körperbehaarung ein Attribut für Schönheit. Die Klitoris dagegen gilt in manchen Regionen (Mali, Burkina Faso, Westafrika) als Symbol für Männlichkeit (Hosken 1982).

Wirtschaftliche Gründe

Auch wirtschaftliche Gründe spielen vermutlich eine wichtige Rolle bei der Durchführung der Genitalverstümmelung. Das Brautgeld fällt teilweise proportional zum Grad der Genitalverstümmelung aus. Die Beschneiderinnen sind Frauen mit guten Einkommen und anerkanntem sozialem Status.

Mythen

In manchen Gemeinden Ost-Nigerias existiert der Glaube, dass das Neugeborene stirbt, wenn es beim Geburtsvorgang die Klitoris berührt (PATH 1998).

In einer 2006 veröffentlichten Studie wurden 500 nigerianische Frauen nach den Gründen für FGM gefragt (Orji u. Babalola 2006). 95% der Frauen gaben

kulturelle und traditionelle Gründe an. 49% hielten FGM für eine Maßnahme zur Verhinderung von Promiskuität. 18% fanden eine unbeschnittene Vulva hässlich. 11% dachten, dass FGM den Tod männlicher Neugeborener verhindert. 9% der Frauen berichteten von Druck der Angehörigen, 6% von religiösen Gründen. Unverheiratete Frauen mit höherem Bildungsgrad unterstützten die weibliche Genitalverstümmelung signifikant seltener.

Eine Studie über Genitalverstümmelung im Sudan berichtete, dass Frauen und Männer sich wegen der deutlichen körperlichen Folgen als Opfer von FGM empfinden und die Fortführung verhindern wollen. Frauen beklagten den starken Druck, der vor allem von älteren weiblichen Familienangehörigen ausgeübt wird, um die Genitalverstümmelung fortzuführen (Berggren 2006).

12.3 Ausprägungen und Formen

Laut WHO werden vier Typen der FGM unterschieden. Diese Klassifikation kann lediglich theoretisch erfolgen und ist ein vereinfachendes System, um dem behandelnden Arzt die Beschreibung einer Vielzahl verschiedener Eingriffe zu erleichtern (Toubia 1995).

Typ I

Die sogenannte „Sunna“ beschreibt ursprünglich die Exzision der klitoralen Vorhaut. Der Eingriff wird in dieser minimalen Form nur sehr selten durchgeführt, meistens erfolgt die partielle bzw. totale Klitoridektomie (Toubia 1994).

Typ II

Bei dieser Form der FGM erfolgt die Klitoridektomie und partielle oder totale Entfernung der kleinen Labien. Das Ausmaß des Eingriffs variiert bei dieser Form beträchtlich. Es wurden Fälle beschrieben, bei denen die Wundränder so zusammenwuchsen, dass lediglich eine kleine Öffnung – ähnlich wie nach einer Infibulation – verblieb (Iregbulem 1980; Kere u. Tapsaba 1994). Zusammen mit der „Sunna“ macht diese Form etwa 85% der FGM aus.

Typ III

„Infibulation“ oder „pharaonische Beschneidung“ genannt, bedeutet dieser Typ der FGM die Entfernung von Klitoris, kleinen und großen Labien und anschließende Vernähung der Restvulva mit Seide bzw. der Verschluss mit Dornen. Durch Einführen eines Fremdkörpers, der ein vollständiges Verkleben der Wundränder verhindert, verbleibt eine kleine Öffnung für Urin und Menstruationsblut (Daw 1970). Nach dem Eingriff werden die Beine des Mädchens zusammengebunden, sodass es mehrere Wochen ruhiggestellt ist. Anschlie-

ßend ist die kleine Vaginalöffnung von festem Narbengewebe umgeben (Mustafa 1966; Dirie u. Lindmark 1992).

Die Infibulation betrifft insgesamt ca. 15–20% aller Frauen mit Genitalverstümmelung; im Sudan, in Somalia, Djibouti, Äthiopien, Mali und Ägypten jedoch 80–90%.

Zum Geschlechtsverkehr muss die verbleibende kleine Vaginalöffnung dilatiert werden, dies geschieht meist durch den Ehemann. Trotz dieser schmerzhaften Prozedur ist der Verkehr oft nicht möglich, und es muss wie auch zur Geburt die Defibulation durchgeführt werden. In manchen Regionen erfolgt dies in der Hochzeitsnacht durch den Bräutigam mithilfe eines Messers (Ussher 1991). Nach einer Entbindung wird meist durch Reinfibulation erneut eine nur kleine Vaginalöffnung geschaffen, die als lustvoller für den Mann gilt und die Illusion der Jungfräulichkeit aufrechterhalten soll.

Typ IV

Unter diesem Typ werden verschiedene andere Formen der Genitalverstümmelung zusammengefasst, wie z.B. das Einstechen, Beschneiden, Dehnen oder Verätzen von Klitoris/Labien, das Ausschaben der Vagina und das Einschneiden von Klitoris und umliegendem Gewebe (Angurya-Schnitte) sowie der Vagina (Gishiri-Schnitte).

Das Lebensalter, in dem FGM durchgeführt wird, ist von der ethnischen Gruppe und geografischen Lage abhängig (Rahman u. Toubia 2000). In Äthiopien und Nigeria ist die Beschneidung im Alter von 7–8 Tagen üblich. In Somalia, Sudan und Ägypten werden die Mädchen meist zwischen 5 und 10 Jahren beschnitten. In manchen Regionen Ostafrikas erfolgt der Eingriff in der Hochzeitsnacht, in Westafrika teilweise auch erst während der ersten Schwangerschaft. Insgesamt wird die Genitalverstümmelung in vielen Regionen in jüngerem Alter als früher durchgeführt, vermutlich um Fragen von Schulbehörden und ein Wehren der Mädchen während des Eingriffs zu verhindern.

12.4 Häufigkeit und geographische Verteilung

FGM betrifft weltweit zwischen 100 und 150 Millionen Frauen und Mädchen (WHO 1995). Trotz aller Bemühungen, die Genitalverstümmelung abzuschaffen, werden schätzungsweise ca. 3 Millionen Mädchen jedes Jahr weiterhin verstümmelt (WHO 1996). Durch zunehmende Migration leben auch in Deutschland immer mehr Frauen, die eine weibliche Genitalverstümmelung erlitten haben. Nach Schätzungen des Statistischen Bundesamtes sind in Deutschland ca. 30.000 Frauen von FGM betroffen oder bedroht.

FGM wird in ca. 30, meist afrikanischen, Ländern durchgeführt. Die höchste FGM-Inzidenz betrifft Somalia (98%), Djibouti (98%), Eritrea (90%), Sierra Leo-

ne (90%), Sudan (85%), Ägypten (80%), und Gambia (80%) (Hosken 1993; Toubia 1995). Die Infibulation wird vor allem in Mali, Somalia, im Sudan, in Djibouti, im Süden von Ägypten und in Eritrea durchgeführt. Studien haben gezeigt, dass Frauen mit höherem Bildungsgrad, die in Städten leben, weniger ausgedehnte Formen der Genitalverstümmelung für ihre Tochter bevorzugen, z.B. die Klitoridektomie (Islam u. Uddin 2001). Außerhalb von Afrika wird FGM in manchen Ländern der Arabischen Halbinsel und am Persischen Golf durchgeführt (Vereinigte Arabische Emirate, Yemen, Oman), zudem in islamischen Gemeinden in Indien, Malaysia und Indonesien.

12.5 Psychische, sexuelle und soziale Konsequenzen

Es ist schwierig, die psychischen Folgen der Genitalverstümmelung zu erfassen und zu messen. Ein psychisches Trauma entsteht bei der Genitalverstümmelung durch verschiedene Faktoren: Die Mädchen und Frauen fühlen sich hilflos und nicht in der Lage, das Ereignis zu beeinflussen, sie erhalten keine Informationen über den geplanten Eingriff, sie erleiden extremen körperlichen Schmerz, und sie verstehen häufig die Gründe für das Geschehene nicht (Menage 1993). Eine ägyptische Studie zeigt, dass Frauen nach FGM signifikant häufiger an Ängsten, Phobien und Somatisierungsstörungen leiden (Elnashar u. Abdelhady 2007). Auch andere psychische Krankheitsbilder wie Depressionen, Psychosen und Neurosen treten häufiger auf (Shandall 1967). Die Frauen assoziieren nach dem Eingriff mit ihrem Genitale Schmerz und Trauma. Sie empfinden Angst, Unterwerfung, Unterdrückung von Gefühlen und Gedanken (WHO 2006). In einer Untersuchung an 47 Frauen aus dem Senegal beschreiben über 90% der Patientinnen die Genitalverstümmelung als ein traumatisches Erlebnis und nennen Gefühle wie Hilflosigkeit, Angst, Panik und Schmerz. 78% der Frauen waren nicht auf den Eingriff vorbereitet und haben nicht damit gerechnet. Fast 80% litten unter starken Ängsten oder anderen psychischen Störungen (Behrendt u. Moritz 2005). Die Erlebnisse können das gesamte Leben der Frauen beeinflussen und prägen. Die Frauen berichten auch lange nach dem Eingriff über das Gefühl von Unvollständigkeit, über chronische Reizbarkeit und Alpträume. Viele Mädchen und Frauen können diese Empfindungen nicht ausdrücken und leiden im Stillen.

Das soziale Leben der Frauen ist häufig durch Harn- und Stuhlinkontinenz oder andere chronische körperliche Probleme gestört (Baasher 1979; Behrendt u. Moritz 2005). Sexuelle Probleme und Störungen sind häufig. Eine Studie aus Saudi-Arabien zeigte signifikant häufiger Störungen der Erregung, Lubrikation und des Orgasmus sowie eine verminderte Zufriedenheit mit der Sexualität bei Frauen nach FGM (Alsibiani u. Rouzi 2010). Auch andere Studien berichteten über sexuelle Probleme bei Frauen nach FGM, wie verminderte sexuelle Lust, Orgasmuszunahme und Dyspareunie (El-Defrawi et al. 2001; Elnashar u. Abdelhady 2007). Ist die Penetration beim Geschlechtsverkehr

nicht möglich, ist eine Öffnung des verschlossenen Genitales notwendig (Defibulation). Dies führt häufig zu einer Zunahme der körperlichen Problemen und Schmerzen.

12.6 Körperliche Folgen

Alle Formen der Genitalverstümmelung können zu körperlichen Problemen bei den betroffenen Frauen führen. Ihr Ausmaß hängt auch von den Kenntnissen der Beschneiderinnen, den hygienischen Bedingungen und dem Alter der Mädchen/Frauen bei dem Eingriff ab. Die Beschneiderinnen sind meist ältere Frauen ohne medizinisches Wissen. Die verwendeten Instrumente wie Messer, Rasierklingen, Glasscherben etc. sind häufig verschmutzt. Zunehmend wird der Eingriff jedoch auch von Ärzten oder Hebammen durchgeführt (Medikalisierung).

Die vielen akuten und chronischen körperlichen Folgen der Genitalverstümmelung sind in den Tabellen 1 und 2 aufgeführt (Rymer 2003; Almroth et al. 2005; WHO 2006; Elnashar u. Abdelhady 2007; Lundberg u. Gereziher 2008). Eine schwedische Studie untersuchte Frauen aus Eritrea nach FGM (Lundberg 2008). Die meisten Frauen berichteten über extremen Schmerz, vor allem beim Geschlechtsverkehr und während gynäkologischer Untersuchungen.

Tab. 1 Akute Folgen

Tod	<ul style="list-style-type: none"> ■ durch Infektion ■ durch Blutung ■ durch Trauma
Infektion	<ul style="list-style-type: none"> ■ lokale Infektionen ■ Abszesse ■ Gangrän ■ systemische Infektionen ■ Tetanusinfektion ■ HIV und Hepatitis
Probleme beim Wasserlassen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Harnstau ■ Dysurie
Verletzung von Nachbarorganen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Harnblase ■ Urethra ■ Rektum
Frakturen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Humerus ■ Femur ■ Clavicula
Blutungen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Anämie ■ Schock

Tab. 2 Chronische Folgen

Komplikationen der Harnwege	<ul style="list-style-type: none"> ■ wiederholte Harnwegsinfektionen ■ Harnstau ■ Inkontinenz
Komplikationen durch Narbengewebe	<ul style="list-style-type: none"> ■ Keloidbildung ■ Neurinome ■ Haematokolpos
Komplikationen bei Menstruation und Sexualität	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dyspareunie, Apareunie ■ Vaginalstenose ■ Infertilität/Sterilität ■ Menorrhagie ■ Dysmenorrhoe ■ chronische Endometritis ■ chronische Adnexitis

Zum Risiko der HIV-Infektion durch FGM gibt es wenige Daten. Prinzipiell ist jedoch sowohl eine Ansteckung durch den Eingriff selbst, durch Bluttransfusionen, die im Rahmen der Genitalverstümmelung, aber auch bei Defibulationen und Reinfibulationen benötigt werden, als auch durch den Geschlechtsverkehr bei verletzter vaginaler Schleimhaut möglich (Shell-Duncan u. Hernlund 2000; Monjok et al. 2007).

Das Risiko der Infertilität liegt nach Typ III der FGM bei ca. 25 bis 30%. Hier spielen sowohl körperliche Faktoren (z.B. chronische Entzündungen im Unterbauch) als auch psychische Gründe (Stress, Paarprobleme, Sexualprobleme) eine Rolle (Meniru 1994).

Folgen für Schwangerschaft und Geburt

Eine große WHO-Studie untersuchte 2006 das geburtshilfliche Outcome von 28.509 Frauen nach FGM in 6 afrikanischen Ländern (Burkina Faso, Ghana, Kenia, Nigeria, Senegal und Sudan) (WHO 2006). Es zeigte sich, dass Frauen nach FGM signifikant häufiger per Kaiserschnitt entbunden werden, mehr Blut verlieren und häufiger Dammrisse erleiden. Interessanterweise hat auch Typ I der FGM einen signifikanten negativen Einfluss auf den Geburtsverlauf.

Geburtshilfliche Komplikationen sind beispielsweise:

- erschwerte/unmögliche vaginale Untersuchungen
- erschwerte/unmögliche vaginale Verabreichung von Medikamenten
- erschwerte/unmögliche Katheterisierung
- erschwerte/unmögliche Mikrobiuntersuchung
- verlängerte Austreibungsperiode
- Dammrisse
- Inkontinenz
- höherer Blutverlust

- Wundinfektionen
- Harnwegsinfektionen
- Sepsis
- vesico-/rectovaginale Fisteln
- perinatale Asphyxie und Mortalität
- höhere Inzidenz von Kaiserschnitten

12.7 Rechtliche Situation

Die weibliche Genitalverstümmelung sollte als Verletzung der Menschenrechte betrachtet werden (Wilson 1993).

Viele internationale Organisationen, wie z.B. die WHO, die World Medical Association, die UNESCO, UNICEF und das Europa-Parlament verurteilen die weibliche Genitalverstümmelung. Ein spezifisches Gesetz, das FGM verbietet, gibt es in Europa nur in Großbritannien, Schweden, Norwegen, Dänemark und Belgien, zudem in einigen afrikanischen Ländern sowie in Kanada, Australien, Neuseeland und den USA. Die Bestrafung reicht von einer Geldstrafe bis zur lebenslangen Haftstrafe.

In Deutschland ist ein Gesetz zum Verbot von FGM laut Juristen nicht notwendig, da die weibliche Genitalverstümmelung als einfache, gefährliche oder schwere Körperverletzung (§ 223, § 224, § 226) oder Körperverletzung mit Todesfolge (§ 227 StGB) bzw. Misshandlung von Schutzbefohlenen (§ 225 StGB) zählt und damit strafbar ist. Dies gilt auch dann, wenn der Eingriff auf Verlangen bzw. mit Einwilligung der Patientin erfolgt, da er gegen die guten Sitten verstößt. Dieser Verstoß ist nach der deutschen Rechtsordnung bei der FGM generell anzunehmen. Das gleiche gilt, wenn die gesetzlichen Vertreter des Opfers, also meist die Eltern, in die Beschneidung eingewilligt haben. Auch eine Berufung auf ihre religiösen Anschauungen steht einer Verurteilung und Bestrafung der an dem Eingriff beteiligten Personen nicht entgegen, da die Verstümmelung des weiblichen Genitales die körperliche Unversehrtheit des Mädchens bzw. der Frau erheblich beeinträchtigt, nicht rückgängig gemacht werden kann und die Würde des Opfers verletzt. Dem Durchführenden droht damit in Deutschland eine Freiheitsstrafe von bis zu 15 Jahren (Drucksache des deutschen Bundestags Nr. 17/10331).

Durch ein gesetzliches Verbot wird die weibliche Genitalverstümmelung kriminalisiert und der Durchführende bestraft. Ob diese gesetzlichen Regelungen die Tradition der FGM jedoch wirksam bekämpfen können, ist umstritten. Bildungsprogramme, die ein Bewusstsein in der Bevölkerung der betroffenen Länder fördern, über die medizinischen Folgen informieren und über Menschenrechte aufklären, sollten die gesetzlichen Verbote zweifellos begleiten.

Unter der Schirmherrschaft des Großmuftis von Ägypten trafen sich 2006 zehn der wichtigsten Gelehrten der islamischen Welt in der Universität von Kairo,

um über die Abschaffung der Genitalverstümmelung zu diskutieren. Nach Anhörung internationaler medizinischer Experten wurde FGM von ihnen als kriminelle Handlung verurteilt, die gegen die islamischen Werte verstößt und bestraft werden sollte. Das Ergebnis dieser Konferenz gilt als Fatwa, als ein religiöses Rechtsgutachten. Dies ist ein wichtiger Schritt, um die Abschaffung der Genitalverstümmelung zu unterstützen.

Besondere Aufmerksamkeit hat die Diskussion über FGM durch das Urteil des Kölner Landgerichts aus dem Jahr 2012 bekommen, in dem religiös motivierte männliche Beschneidung verboten wurde. Wer sie vornimmt, macht sich nach diesem Urteil strafbar, weder Elternrecht noch Religionsfreiheit rechtfertigen den Eingriff. Hier stellt sich die Frage: Ist weibliche „Beschneidung“ mit männlicher Zirkumzision vergleichbar? Medizinisch gesehen deckt sich lediglich die weibliche Genitalverstümmelung vom Typ I mit der männlichen Zirkumzision, da in beiden Fällen die Vorhaut entfernt wird. Folgen und Begründungen für die weibliche und männliche Beschneidung sind ähnlich. Auch bei Jungen bzw. Männern kann der Eingriff zu Sexualitätsstörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen und Schmerzen führen. Und auch hier wird die körperliche Unversehrtheit der meist Minderjährigen beeinträchtigt. Als Begründung werden auch bei der männlichen Beschneidung religiöse, hygienische, gesundheitliche und ästhetische Gründe genannt.

12.8 Medikalisierung

Der Begriff „Medikalisierung“ beschreibt die Durchführung der weiblichen Genitalverstümmelung durch Ärzte, Krankenschwestern und Hebammen. Vermutlich erfolgen weltweit ca. 12% der Beschneidungen durch medizinisches Personal (Armstrong 1991). Auf einer Konferenz zum Thema FGM in Ägypten 2006 wurde sogar geschätzt, dass dort beinahe die Hälfte der Frauen durch medizinische Berufsgruppen verstümmelt wird.

Als Ziel der Medikalisierung gilt die Durchführung von mildereren Formen der FGM (Toubia u. Sharief 2003). Untersuchungen haben jedoch gezeigt, dass auch medizinisches Personal höhergradige Genitalverstümmelungen durchführt (Morris 2006). Eine ägyptische Studie zeigte, dass 52% der Medizinstudenten der Universität von Alexandria die Fortführung der FGM unterstützen und 73% die Medikalisierung favorisieren, um eine Minimierung der Risiken des Eingriffs zu erreichen (Mostafa et al. 2006).

Durch die Medikalisierung werden ethische Prinzipien und Menschenrechte nicht gewürdigt. Es ist unethisch, einen gesunden Körper zu verletzen, selbst wenn dies auf Wunsch der Frau erfolgt. Auch unter sterilen Bedingungen ist die Komplikationsrate der FGM hoch. Die Medikalisierung verhindert die Abschaffung der Genitalverstümmelung. Das medizinische System wird beansprucht und kann für die Behandlung von Krankheiten eventuell nicht mehr

ausreichend zur Verfügung stehen (Toubia 1993; Shell-Duncan 2001). Die Medikalisierung der Genitalverstümmelung sollte auf nationaler und internationaler Ebene, zum Beispiel durch Aufklärung der entsprechenden Berufsgruppen, verhindert werden (FIGO 2006).

12.9 Fazit für den Umgang im klinischen Alltag

Die weibliche Genitalverstümmelung ist ein Problem, das durch zunehmende Migration auch in Deutschland immer häufiger wird. Bei der Behandlung von Patientinnen nach FGM sollte ein profundes Wissen des medizinischen Personals über Ätiologie, Formen und Ursprung dieser Praktiken Voraussetzung sein. Im Gespräch mit den betroffenen Frauen ist der Ausdruck „Verstümmelung“ zu vermeiden, da er wertend, verletzend und ablehnend wirken kann. Ein offenkundiges Erschrecken über den Untersuchungsbefund sollte vermieden werden, dennoch sollte das Thema nicht tabuisiert werden. Um die Töchter betroffener Frauen zu schützen, sollten Präventionsgespräche stattfinden, in denen die medizinischen Folgen der weiblichen Genitalverstümmelung und die internationale Haltung dazu angesprochen werden sollten.

Die in Deutschland vorhandenen Beratungsstellen im psychosozialen Bereich (z.B. Migrantinnenberatung) haben wenig Erfahrung mit den besonderen Problemen von Frauen mit weiblicher Genitalverstümmelung. Insbesondere in den Großstädten sollten diese Einrichtungen für das Konfliktfeld der FGM ausgebaut bzw. neue Beratungsstellen geschaffen werden.

Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte sowie der psychosozialen Beratungsstellen in Deutschland ist es, den von weiblicher Genitalverstümmelung betroffenen Frauen eine Betreuung zu ermöglichen, die den kulturellen Hintergrund kennt, respektiert, einfühlsam reagiert und eine individuelle Lösung des Konflikts sucht. Dabei sollen die Empfehlungen der DGGG zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung, die 2011 in den Leitlinienkatalog aufgenommen wurden, eine Hilfe sein.

Literatur

- Abousharaf MR (2001) Revisiting geminist discourses on infibulations: Responses from Sudanese feminists. In: Shell-Duncan B, Hernlund Y (Hrsg.) *Female Circumcision In Africa: Culture, controversy and change*. 151–166. Lynne Reinner Publisher Boulder
- Almroth L, Elmusharaf S, El Hadi N, Obeid A, El Sheikh MA, Elfadil SM, Bergström S (2005) Primary infertility after genital mutilation in girlhood in Sudan: a case-control study. *Lancet* 366, 385–391
- Alsibiani SA, Rouzi AA (2010) Sexual function in women with female genital mutilation. *Fertility and Sterility* 93(3), 722–724
- Armstrong S (1991) Female circumcision: fighting a cruel tradition. *New scientist* 129, 42
- Baasher T (1979) Psychological aspects of female circumcision. *WHO/EMRO* 71–105
- Behrendt A, Moritz S (2005) Posttraumatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation. *Am J Psych* 162(5), 1000–1002

- Berggren V, Ahmed S, Hernlund Y, Johansson E, Habbani B, Edberg AK (2006) Being Victims or Beneficiaries? Perspectives on Female Genital Cutting and Reinfibulation in Sudan. *Afr J Reprod Health* 10(2), 24–36
- Brooks G (1995) The verses. *Guardian Weekend*, 11 March, 12–19
- Cook RJ, Dickens BM, Fathalla MF (2002) Female genital cutting (mutilation/circumcision): ethical and legal dimensions. *Int J Gynecol Obstet* 79, 281–287
- Daw E (1970) Female circumcision and infibulation complicating delivery. *The Practitioner* 204, 559–563
- Dirie M, Lindmark G (1992) The risks of medical complications after female circumcision. *East Afr Med J* 69, 479–482
- El-Defrawi MH, Lotfy G, Dandash KF, Refaat AH, Eyada M (2001) Female genital mutilation and its psychosexual impact. *J Sex Marital Ther* 27(5), 465–473
- Elnashar A, Abdelhady R (2007) The impact of female genital cutting on health of newly married women. *Int J Gynecol Obstet* 97, 238–244
- FIGO Committee Report (2006) Female Genital Cutting. *Int J Gynecol Obstet* 94, 176–177
- Gruenbaum E (2001) *The female circumcision controversy*. University of Pennsylvania Press Philadelphia
- Hosken F (1982) *The Hosken Report: Genital and sexual mutilation of females*. Women's International Network News Lexington, MA
- Hosken F (1993) *The Hosken Report: Genital and Sexual Mutilation of Females*. Fourth Revised Edition. Women's International Network News Lexington, MA
- Iregbulem LM (1980) Post-circumcision vulval adhesions in Nigerians. *Br J Plast Surg* 33, 83–86
- Islam MM, Uddin MM (2001) Female circumcision in Sudan: Future prospects and strategies for eradication. *Int Fam Plan Perspect* 27(2), 71–76
- Kentenich H, Utz-Billing I (2006) Weibliche Genitalverstümmelung – Female Genital Mutilation. *Deutsches Ärzteblatt* 103(13), A-842/B-716/C-692
- Kere LA, Tapsaba I (1994) Charity will not liberate women. In: Marsky J (Hrsg.) *Private Decisions, Public Debate. Women, Reproduction and Population*. 43–56. Panos Press London
- Lundberg PC, Gereziher A (2008) Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden. *Midwifery* 24, 214–225
- Mackie G (2000) *Female genital cutting: the beginning of the end*. Lynne Reimers Publishers Boulder CO
- Mandura M (2004) Female genital mutilation in Nigeria. *Int J Gynecol Obstet* 84, 291–298
- Menage J (1993) Traumatic stress disorder in women who have undergone obstetric and/or gynaecologic procedures. *J Reprod Infant Psychol* 11, 221–228
- Meniru G (1994) Female genital mutilation. *Br J Obstet Gynaecol* 101(9), 832
- Monjok E, Essien EJ, Holmes L (2007) Female genital mutilation: potential for HIV transmission in sub-Saharan Africa and prospect for epidemiologic investigation and intervention. *Afr J Reprod Health* 11(1), 33–42
- Morgan R, Steinem G (1983) *The international crime of genital mutilation*. In: Steinem G, ed. *Outrageous acts and everyday rebellions*. 292–298. Holt, Rinehard, and Winston New York
- Morris K (2006) Feature issues on female genital mutilation/cutting-progress and parallels. *Lancet* 368, S64–S66
- Mostafa SR, El Zeiny NA, Tayel SE, Moubarak El (2006) What do medical students in Alexandria know about female genital mutilation? *East Mediterr Health J* 2 (12 suppl.), 78–92
- Mustafa AZ (1966) Female circumcision and infibulation in the Sudan. *J Obstet Gynaecol Br Commonw* 73, 302–306
- Orji EO, Babalola A (2006) Correlates of FGM and its impact on Safe Motherhood. *J. Turkish-German Gynecol Assoc* 7(4), 319–324
- PATH (Program for Appropriate Technology in Health) (1998) *Improving women's sexual and reproductive health: Review of Female Genital Mutilation eradication programs in Africa*. PATH Washington
- Rahman A, Toubia N (2000) *Female Genital Mutilation: A Guide to Laws and Policies Worldwide*. Zeb Books London
- Rymer J (2003) Female genital mutilation. *Curr Obstet Gynecol* 13, 185–190
- Shandall AA (1967) Circumcision and infibulation of females: a general consideration of the problem and a clinical study of the complications in Sudanese women. *Sudan Med J* 5 (4), 178–212

- Shell-Duncan B (2001) The medicalization of female „circumcision“: harm reduction or promotion of a dangerous practice? *Soc Sci Med* 52(7), 1013–1028
- Shell-Duncan B, Hernlund Y (2000) Female „circumcision“ in Africa: dimensions of the practice and debates. Lynne Reinner Publishers Boulder CO
- Shweder RA (2000) What about „Female Genital Mutilation?“ and why understanding culture matters in the first place. *Daedalus* 129, 209
- Toubia N (1993) Female Genital Mutilation: A call for Global Action. 21–42. RAINBOW/Women Ink New York
- Toubia N (1994) Female circumcision as a public health issue. *New Engl J Med* 331, 712–716
- Toubia N (1995) Female genital mutilation: a call for global action. 2. Auflage. 42–45. RAINBOW/Women Ink New York
- Toubia NF, Sharief EH (2003) Female genital mutilation: have we made progress? *Int J Gynecol Obstet* 82, 251–261
- Ussher J (1991) Women's Madness: Misogyny or Mental Illness? Harvester Wheatsheaf Hemel Hempstead
- Utz-Billing I, Kentenich H, Henzgen J, Kantelhardt E, Rhiem K (2011) Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zum Umgang mit Patientinnen nach Weiblicher Genitalbeschneidung/ Genitalverstümmelung (Female Genital Cutting/Mutilation, FGC/FGM). Online unter: [http://www.dggg.de/publikationen/stellungnahmen/?tx_damfrontend_pi1\[showUid\]=191&tx_damfrontend_pi1\[sort_crdate\]=DESC](http://www.dggg.de/publikationen/stellungnahmen/?tx_damfrontend_pi1[showUid]=191&tx_damfrontend_pi1[sort_crdate]=DESC) (abgerufen am 02.10.2013)
- Verzin JA (1975) Sequelae of female circumcision. *Trop Doctor* 5, 163–169
- WHO (1995) Female Genital Mutilation Report of a WHO Technical Working Group. WHO Geneva
- WHO (1996) Female Genital Mutilation: Report of a Technical Working Group, Geneva, 17–19 July 1995. Family and Reproductive Health. WHO Geneva
- WHO (1997) Female genital mutilation: A Joint WHO/UNICEF/UNFPA Statement. WHO Geneva
- WHO (2006) Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *The Lancet* 367, 1835–1841
- Wilson HW (1993) What's culture got to do with it? Excising the harmful tradition of female circumcision. *Harvard Law Review* 106, 1944–1961
- Wilson TD (2002) Pharaonic circumcision under patriarchy and breast augmentation under phallogocentric capitalism. *Violence Against Women* 8(4), 495–521