

16. Wahlperiode

Mitteilung – zur Kenntnisnahme –

**Schutz und Hilfe bei Genitalverstümmelung
(Female Genital Mutilation – FGM)**

Drs 16/1596, 16/1311 u. 16/1715 – Schlussbericht –

Die Drucksachen des Abgeordnetenhauses können über die Internetseite

www.parlament-berlin.de (Startseite>Parlament>Plenum>Drucksachen) eingesehen und abgerufen werden.

An das

Abgeordnetenhaus von Berlin

über Senatskanzlei - G Sen -

M i t t e i l u n g

- zur Kenntnisnahme -

über **Schutz und Hilfe bei Genitalverstümmelung (Female Genital Mutilation - FGM)**

Drucksachen Nrn. 16/1596 und 16/1311
16/1715 – Schlussbericht

Die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz legt nachstehenden Bericht dem Abgeordnetenhaus zur Besprechung vor.

Das Abgeordnetenhaus hat in seiner Sitzung vom 10.07.2008 Folgendes beschlossen:

„Der Senat wird aufgefordert,

- den Aufbau eines bundesweiten Referenzzentrums gegen Genitalverstümmelungen zu unterstützen,
- zu berichten, mit welchen Maßnahmen in Berlin gegenwärtig Frauen und Mädchen vor Genitalverstümmelungen wirksam geschützt werden,
- zu berichten, in welchem Umfang Fälle von Genitalverstümmelung in Berlin bekannt geworden sind und wie den Betroffenen geholfen wird und
- darzustellen, wie neue Erkenntnisse und Erfahrungen auf nationaler und internationaler Ebene für die weitere Verbesserung des Schutzes von gefährdeten Mädchen und betroffenen Frauen in Berlin genutzt werden.

Der Bericht an das Abgeordnetenhaus soll bis spätestens Ende September 2008 erfolgen.“

Hierzu wird berichtet:

1. Vorbemerkung

Als Female Genital Mutilation (FGM) wird weibliche Genitalverstümmelung verstanden und ein Problem assoziiert, das einerseits in der Entwicklungszusammenarbeit einen großen Stellenwert einnimmt, aber andererseits aufgrund multinationaler Migrationsströme nicht mehr regional eingegrenzt werden kann. FGM ist heute vielmehr ein globales Problem, das auch in den entwickelten Industrieländern erhöhte Aufmerksamkeit und die Schaffung geeigneter Problemlösungsstrategien erfordert.

Der Deutsche Bundestag hatte sich erstmals 1997 und zuletzt 2007¹ in einer öffentlichen Anhörung mit dem Thema weibliche Genitalverstümmelung auseinandergesetzt. International trat 2005 das „Maputo-Protokoll“ der Afrikanischen Union in Kraft. Mit der Ratifizierung verpflichten sich die Unterstützerstaaten, Maßnahmen zum Schutz vor Genitalverstümmelung zu ergreifen. Mit Stand 2007 hatte bereits die Hälfte der 28 afrikanischen Staaten, in denen FGM verbreitet ist, Gesetze gegen weibliche Genitalverstümmelung erlassen. Schon im Herbst 2006 hatten in Ägypten die höchsten Vertreter der sunnitischen Ausrichtung des Islam die Genitalverstümmelung als unvereinbar mit den Werten des Islam erklärt. Leider haben diese Beschlüsse bislang nicht ausreichende Wirkung gezeigt.²

Nach Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) umfasst weibliche Genitalverstümmelung alle Prozeduren, die die teilweise oder vollständige Entfernung der externen weiblichen Genitalien oder andere Verletzungen der weiblichen Genitalien beinhalten, sei es aus kulturellen oder anderen nicht-therapeutischen Gründen.

Dabei werden vier Formen unterschieden:

- Typ I: Beschneidung der klitoralen Vorhaut und/oder (Teilen oder der gesamten) Klitoris, so genannte ‚Sunna‘.
- Typ II: Entfernung der gesamten Klitoris und der ganzen oder von Teilen der angrenzenden kleinen Schamlippen (wie viel dabei entfernt wird, hängt von lokalen Bräuchen und der Erfahrung der Operierenden ab), so genannte Exzision
- Typ III: Infibulation bestehend aus der Entfernung der Klitoris und der großen und kleinen Schamlippen. Nach der Entfernung dieser Teile werden die abgeschnittenen Seiten der Vulva zusammengenäht (Vagina wird mit Dornen, Seide oder abgetrennten Wundnähten überdeckt). Somit verbleibt lediglich eine sehr kleine Öffnung, durch die Menstruationsblut austreten kann; um Geschlechtsverkehr oder eine Geburt zu ermöglichen, muss vor dem Verkehr bzw. vor jeder Entbindung ‚defibuliert‘ und danach wieder genäht werden. Diese extremste Form umfasst nach Angaben der WHO einen Anteil von ca. 15%.
- Typ IV: Hier werden sonstige (unklassifizierte) Methoden der genitalen Verstümmelung erfasst, etwa das Einstechen oder Beschneiden der Klitoris und der Schamlippen, die Verätzung der Klitoris und der umgebenden Gewebe durch Verbrennen, das Ausschaben der Vagina, die Einfuhr von schmerzhaften Kräutern in die Vagina, um Blutungen mit dem Ziel der Verengung hervorzurufen etc.

Weibliche Genitalverstümmelung stellt eine schwere psychische und physische Körperverletzung mit lebenslangen Folgewirkungen für die betroffenen Mädchen und Frauen dar. Die FGM-Opfer leiden an Unfruchtbarkeit, chronischen Entzündungen, Schmerzen beim Sexualverkehr, der Menstruation und dem Urinieren sowie der Traumatisierung. Darüber hinaus besteht die Gefahr, an den Folgen z.B. durch Verbluten, zu sterben.

Weibliche Genitalverstümmelung stellt zudem eine Verletzung der Menschenwürde dar. *„Sexualität ist ein essenzieller Bestandteil der Persönlichkeit eines jeden Menschen und muss als Teil der Würde des Menschen gewahrt bleiben. Die selbstbestimmte Entwicklung der Sexualität ist Bestandteil der freien Entfaltung der Persönlichkeit und dementsprechend ist jede Störung dieser Entwicklung eine Verletzung des Menschenrechts. Das gilt selbstverständlich auch für die Erscheinungsformen der weiblichen Genitalverstümmelung.“*³

Selbst wenn die Genitalverstümmelung heute zum Teil unter hygienischen Bedingungen z.B. in Hospitälern vorgenommen wird oder schmerzstillende Medikamente verwendet werden, handelt es sich weiterhin um eine schwere Beeinträchtigung der körperlichen Integrität, die nicht einwilligungsfähig und in keiner Form zulässig ist.

¹ Anhörung zum Thema „Bekämpfung von Genitalverstümmelung“ des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend des Deutschen Bundestages am 19. September 2007.

² Franziska Gruber 2007, Stellungnahme im Rahmen der öffentlichen BT-Anhörung am 19. September 2007, Protokoll, S. 22f..

³ Dagmar Freudenberg 2007, Stellungnahme im Rahmen der öffentlichen BT-Anhörung am 19. September 2007, Protokoll, S. 18.f..

Der Senat sieht seine Aufgabe darin, die Opfer zu stärken. Dazu gehören insbesondere eine verbesserte Aufklärungsarbeit, die Stärkung des Rechtsschutzes der betroffenen Frauen sowie Änderungen im Asylrecht, um Abschiebungen von FGM-Opfern auszuschließen. Ein solches Vorgehen erfordert landes- und bundespolitische Maßnahmen, wie sie im oben zitierten Auftrag des Parlaments angedeutet sind.

Als ausgesprochen hilfreich stellt sich die größere öffentliche Wahrnehmung dieser Thematik in den vergangenen Jahren unter anderem durch die Biographie der selbst von Genitalverstümmelung betroffenen UN-Sonderbotschafterin Waris Dirie⁴, aber auch durch die Arbeit von TERRE DES FEMMES sowie der bundesweiten Ausstrahlung des Berliner Familienplanungszentrums BALANCE dar.

2. Umfang von Genitalverstümmelung in Berlin

Bedauerlicherweise liegen weder für Deutschland noch für Berlin genaue Angaben darüber vor, wie viele Frauen und Mädchen von Genitalverstümmelung betroffen oder bedroht sind. Dass deutschlandweit keine validen Daten verfügbar sind, wurde auch in der bereits zitierten öffentlichen Anhörung des Deutschen Bundestages beklagt. Erst repräsentative Studien mit in Deutschland lebenden Familien aus Staaten, in denen die weibliche Genitalverstümmelung praktiziert wird, würden diese Situation ändern.

Die Schätzungen über die weltweite Verbreitung gehen von Zahlen zwischen 120 Millionen über 135 Millionen bis zu 150 Millionen betroffener Frauen und Mädchen aus.⁵ An der Spitze stehen 28 afrikanische Länder (besonders Nigeria, Ägypten, Äthiopien, Sudan und Kenia), der Mittlere Osten, sowie teilweise Indonesien, Malaysia und Sri Lanka. Vereinzelt werden auch Indien, Zentral- und Südamerika genannt. Wie bereits dargestellt, nimmt die Bedeutung der Genitalverstümmelung aber auch in den Industrieländern mit einer Immigrationspopulation aus den Ländern, in denen FGM praktiziert wird, zu.

Für Europa ist bekannt, dass FGM unter Einwanderinnen und Einwanderern abhängig vom Herkunftsland und dem kulturellen Hintergrund der jeweiligen Familie durchgeführt wird⁶, wobei genauere Daten nur aufgrund einer 1995 durchgeführten Umfrage in Italien vorliegen. Danach waren zum damaligen Zeitpunkt 46% aller Gynäkologinnen und Gynäkologen mit FGM konfrontiert worden.

Für Österreich wurde durch die Afrikanische Frauenorganisation in Wien im Jahr 2000 eine Studie durchgeführt.⁷ Mittels eines Fragebogens wurden 250 Migrantinnen (130 Frauen/120 Männer) der insgesamt 8.200 Migrantinnen und Migranten afrikanischer Herkunft aus Wien, Linz und Graz zu FGM befragt. Nach Angaben der Eltern im Rahmen dieser Untersuchung wurden 35% (88 Mädchen) FGM unterzogen.

„Laut dieser Untersuchung hat das Verbot der weiblichen Genitalverstümmelung in vielen Teilen Europas die Eltern gezwungen, für diesen Eingriff in ihr Herkunftsland zu reisen. Von den 54 Familien, die ihre Töchter der Genitalverstümmelung unterzogen, ließen 88,5% dies im afrikanischen Heimatland praktizieren. Die restlichen 11,5% ließen die Genitalverstümmelung in Europa durchführen. Dieser Prozentsatz teilt sich noch auf und zeigt, dass in Österreich 1,9% der Eltern ihre Töchter operieren ließen, während 9,6% den Eingriff in Deutschland und Holland durchführen ließen.“⁸

Amnesty International bestätigt diese Aussagen und spricht davon, dass FGM in Europa von Ärztinnen und Ärzten aus den Herkunftsländern bzw. von zu diesem Zweck eingereisten Personen durchgeführt wird. Besonders häufig laufen Mädchen freilich Gefahr, während besuchswei-

⁴ Vgl. Waris Dirie 1998, Wüstenblume, München.

⁵ Die Angaben stammen von der WHO, Amnesty International sowie der Afrikanischen Frauenorganisation Österreichs.

⁶ Vgl. Berhane Ras Work 2001, Cultural reasons which condone FGM, in: ÖGF (Hrsg.), Dokumentation der Veranstaltung „Weibliche Genitalverstümmelung“ am 8. Mai 2001 in Wien.

⁷ Afrikanische Frauenorganisation in Wien 2000, Die Anwendung der Female Genital Mutilation (FGM) bei Migrantinnen in Österreich, Wien.

⁸ Afrikanische Frauenorganisation in Wien 2000, a.a.O., S. 13.

ser Aufenthalte in den Herkunftsländern ihrer Eltern genital verstümmelt zu werden.⁹ Verschiedene Organisationen, darunter Amnesty International und die WHO nehmen an, dass weibliche Genitalverstümmelung zunehmend bereits im Säuglings- und Kleinkindalter angewendet wird. In der Untersuchung der Afrikanischen Frauenorganisation in Wien ist für Österreich folgende Altersdifferenzierung ermittelt worden:

Tabelle: Alter der Töchter der Untersuchten, an denen Genitalverstümmelungen (FGM) praktiziert wurde

Alter bei Operationen	Befragte Väter	Befragte Mütter	Gesamt
0 – 2 Monate	7	11	18
3 – 7 Monate	2	7	9
8 Monate – 1 Jahr	1	6	7
2 – 5 Jahre	2	1	3
6 – 13 Jahre	10	5	15
14 – 18 Jahre		1	1
Keine Angaben		1	1

Quelle: Afrikanische Frauenorganisation in Wien 2000, a.a.O., S. 18.

Es zeigt sich demnach, dass die Anwendung der Genitalverstümmelung als Initiationsritus, der zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt wurde, zwar noch existent ist, aber an Bedeutung verliert und die Beschneidung in vielen Gesellschaften in einem früheren Alter stattfindet.¹⁰

Die österreichische Untersuchung hat versucht, bei den befragten Eltern Gründe für die Entscheidung zugunsten der Genitalverstümmelung in Erfahrung zu bringen.¹¹ Dabei wurden folgende Gründe genannt:

- Bewahrung überlieferter Normen, Praktiken und Traditionen (77,8 Prozent),
- es gäbe kein Recht von Frauen „nein“ zu sagen, weil nur Männer befugt seien, Entscheidungen zu treffen, während für Frauen die Verpflichtung bestünde, diesen Entscheidungen zu folgen (11,7%),
- „Vorteile“ der Genitalverstümmelung für die Frauen, in dem diese gesünder seien (7,4 Prozent) und in der Lage, ihre sexuellen Wünsche und Bedürfnisse „unter Kontrolle zu halten“ (3,7 Prozent).

Für Deutschland spricht TERRE DES FEMMES von ca. 19.000 hier lebenden betroffenen Frauen.

In einer im Jahre 2005 durchgeführten gemeinsamen Umfrage von UNICEF e.V., TERRE DES FEMMES und dem Bundesverband der Frauenärzte unter mehr als 13.000 Gynäkologinnen und Gynäkologen zur Mädchenbeschneidung in Deutschland hatten 493 (ca. 4 Prozent) der Frauenärztinnen und Frauenärzte geantwortet. Von ihnen hatte fast die Hälfte (43 Prozent) eine beschnittene Frau in ihrer Praxis behandelt, ein Drittel (30,4 Prozent) gab an, beschnittene Frauen zudem bei einer Geburt betreut zu haben. 35 (7,1 Prozent) Gynäkologinnen und Gynäkologen hatten Patientinnen, die ihre Tochter (in der Heimat) beschneiden lassen wollten¹².

Berlin ist eine Stadt mit einem hohen Anteil an Migrantinnen und Migranten. Fast 6.400 der gemeldeten Migrantinnen und Migranten kommen aus Afrika, darunter einige hundert Frauen aus Staaten mit FGM-Tradition.¹³ Es ist deshalb davon auszugehen, dass es Fälle von in Berlin bzw. Deutschland geborenen Mädchen gibt, die gefährdet sind, eine Genitalverstümmelung zu erleiden.

Nicht immer ist jedoch der Herkunftsort hinreichend aussagekräftig. In der Anhörung des Deutschen Bundestages wurde ausgeführt, dass vielmehr die ethnische Herkunft über die Gefähr-

⁹ Amnesty International o.J., Female Genital Mutilation – A Human Rights Information Pack, <http://www.amnesty.org/ailib/intcam&femgen/fgm1.htm>.

¹⁰ Afrikanische Frauenorganisation in Wien 2000, a.a.O., S. 18.

¹¹ Afrikanische Frauenorganisation in Wien 2000, a.a.O., S. 20.

¹² UNICEF e.V. „Zur Situation beschnittener Frauen und Mädchen in Deutschland“ Köln 2005.

¹³ Vgl. Statistisches Jahrbuch Berlin 2007, Berliner Einwohnermelderegister.

dung der Genitalverstümmelung von Mädchen entscheidet, abhängig davon, ob eine Ethnie die Genitalverstümmelung praktiziert. Das Wissen um die ethnische Zugehörigkeit bildet demnach eine wichtige Voraussetzung, um zielgruppenspezifische Aufklärungsarbeit und Rechtshilfe zu leisten. Darüber hinaus besteht ein Zusammenhang zwischen der vielfach vermuteten religiösen Verbindung zur Genitalverstümmelung.

Bei Hebammen in Berlin gab es vereinzelt Anfragen von Migrantinnen und Migranten, ob es in Deutschland (Kinder-)Ärztinnen und –Ärzte gibt, die FGM durchführen.

Die Staatsanwaltschaft Berlin hat im Jahr 1999 ein Verfahren wegen des Verdachts der schweren Körperverletzung durch Genitalbeschneidung bei weiblichen Kindern geführt. Es wurde am 30. August 1999 gemäß § 170 Absatz 2 der Strafprozessordnung eingestellt. Ein Tatnachweis gegen die den Vorwurf bestreitenden Beschuldigten war nicht zu führen, da weder Geschädigte noch Zeugen zur Verfügung standen.

Auch der Polizei in Berlin liegen zum Phänomen der Genitalverstümmelung keinerlei Erkenntnisse vor. Der Ärztekammer Berlin sind aus den letzten Jahren keine Fälle bekannt, in denen FGM in Berlin praktiziert wurde.

3. Maßnahmen zum Schutz vor Genitalverstümmelung in Berlin und auf Bundesebene

a) Maßnahmen in der Zuständigkeit des Landes Berlin

Im Bereich des Gesundheitswesens in Berlin treten betroffene Frauen und Mädchen als Einzelfälle in Erscheinung, wenn sie ärztliche Behandlung benötigen oder in einer Beratungseinrichtung Rat wegen FGM suchen. Nach Aussagen der Berliner Gesundheitsämter liegen im Öffentlichen Gesundheitsdienst nur sehr begrenzte Erfahrungen im Umgang mit genital verstümmelten Frauen und Mädchen vor. Diese Frauen werden einerseits in den Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung beraten oder bei Bedarf an weitere Stellen wie das Familienplanungszentrum BALANCE oder das Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin weiter vermittelt. Aufgrund seiner mittlerweile überregionalen Bekanntheit wird das Familienplanungszentrum BALANCE bei Migrantinnen auch zum Thema FGM zunehmend in Anspruch genommen. Dort erfahren Frauen nicht nur Beratung, für die kultursensible Übersetzerinnen eingesetzt werden, sondern auch Hilfe bei der Vermittlung von Operationen, um die durch FGM erlittenen körperlichen Beeinträchtigungen zu überwinden. Aufgrund seiner räumlichen und personellen Ausstattung ist das Familienplanungszentrum BALANCE auch in der Lage, kleinere operative Korrekturen selbst vorzunehmen.

Zur Aufklärungsarbeit finden die Materialien von TERRE DES FEMMES Verwendung. Für Migrantinnen und Migranten ist die Präventionsbroschüre „Wir schützen unsere Töchter“ entwickelt worden. Sie klärt über die negativen Folgen von FGM und die Rechtslage in Deutschland auf. Sie ist in mehreren, darunter auch afrikanischen, Sprachen erhältlich und kann als Grundlage für Beratungsgespräche dienen.

Die Psychotherapeuten-Kammer Berlin bietet Ratsuchenden im Rahmen des Servicetelefons die Vermittlung von Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern. Allerdings gab es dort bisher weder von Betroffenen noch von Helferinnen oder Multiplikatorinnen und Multiplikatoren Anfragen.

Die im Internet zugängliche Suchmaschine der Psychotherapeuten-Kammer Berlin bietet Suchwörter für Klientinnen an, so dass diese z.B. die Option erhalten,

- eine Psychotherapeutin mit einer bestimmten Fremdsprache zu wählen,
- mitzuteilen, „akut traumatisiert“ zu sein,
- ein speziell auf die Behandlung von Traumata ausgerichtetes Verfahren (EMDR) zu wünschen.

Durch den Integrationsbeauftragten des Senats von Berlin werden zwei Anlaufstellen gefördert, die bei Bedarf Beratung und Betreuung in der jeweiligen Muttersprache anbieten und die betroffene Frauen an kompetente Stellen weitervermitteln. Dabei handelt es sich insbesondere um

- die Afrikanische Ökumenische Kirche e.V., Träger des Projektes „Begegnungs- und Beratungsstätte für afrikanische Mitbürger/innen“. Der Verein ist in der Integrationsarbeit, insbesondere für Afrikanerinnen und Afrikaner im Ostteil der Stadt tätig und bietet Beratungsangebote für afrikanische Familien und
- Oromo Horn von Afrika Zentrum e.V., Träger des Projektes „Selbsthilfezentrum/Sozialbetreuung“ in Berlin-Wedding.

Darüber hinaus bieten auch die Jugendämter Hilfe und Beratung an. Diese können sowohl von potenziell gefährdeten Mädchen als auch von Müttern in Anspruch genommen werden, wenn diese befürchten, dass die Familie ihre Tochter zur Vornahme einer Genitalverstümmelung ins Heimatland bringen möchte. Der dem „Netzwerk Kinderschutz“ des Senats zugrunde liegende umfassende Anspruch des Schutzes vor Kindeswohlgefährdung umfasst naturgemäß auch die Verhinderung von Genitalverstümmelung.

In Not- und Krisensituationen stehen außerdem der Mädchennotdienst und die Kriseneinrichtung Papatya – Türkisch-Deutscher Frauenverein e.V. zur Verfügung. Das Projekt „Afrikaherz“ des Trägers VIA – Verband für interkulturelle Arbeit bietet Gesundheits- und Sozialberatung für afrikanische Migrantinnen an und befasst sich auch mit dem Thema Genitalverstümmelung. Allgemeine Informations- und Aufklärungsarbeit leisten ebenso die aus Mitteln der Senatsverwaltung für Wirtschaft, Technologie und Frauen geförderten Beratungs- und Hilfeprojekte für ausländische Frauen, die nötigenfalls Betroffene an die einschlägigen Fachberatungsstellen vermitteln.

b) Ärztliche Beratung und Behandlung bei weiblicher Genitalverstümmelung

Jede ärztliche Behandlung einer von FGM betroffenen Frau sollte für ein Beratungsgespräch genutzt werden. Dazu hat die Bundesärztekammer 2005 die „Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung“ (Anlage) erlassen. Darin wird aufgezeigt, wie den Frauen entsprechend ihrem Leidensdruck und Beschwerdebild medizinisch und durch psycho-soziale Beratung geholfen werden kann und es wird auf die ärztliche Verantwortung zur präventiven Beratung von Müttern mit FGM, die nach der Geburt einer Tochter diese auch beschneiden lassen wollen, hingewiesen.

Um medizinisches Personal besser in die Lage zu versetzen, betroffenen Patientinnen zu helfen und durch Aufklärung betroffener Mütter Mädchen vor drohender Genitalverstümmelung zu schützen, sollte das Thema Genitalverstümmelung auch Bestandteil in der Aus-, Fort- und Weiterbildung sein. Qualifizierungsmaßnahmen für das ärztliche und medizinische Fachpersonal obliegen den Krankenpflege- und Hebammenschulen und der Ärztekammer. Im Rahmen des durch die Ärztekammer Berlin zertifizierten Curriculums „Psychosomatische Grundversorgung für Frauenärztinnen und Frauenärzte“ wird das Thema weibliche Genitalverstümmelung angesprochen. Dadurch soll sich der Kenntnisstand der Gynäkologinnen und Gynäkologen über Genitalverstümmelung stetig verbessern. Außerdem könnten Frauen, die aus Gebieten mit FGM - Tradition kommen, von Frauenärztinnen und Frauenärzten und von Kinderärztinnen und Kinderärzten auch in Kliniken gezielt präventiv angesprochen werden, um zu vermeiden, dass ihre Töchter (evtl. während eines Urlaubs) im Herkunftsland beschnitten werden. Hilfestellung für Mitarbeitende in Pflegeberufen bietet eine vom Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe herausgegebene sehr praxisbezogene Informationsschrift „Genitalverstümmelung an Mädchen und Frauen“.

Damit es zur Abkehr von der strafbaren Praktik kommt, bedarf es allerdings auch umfassender Maßnahmen, in die das soziale Umfeld (Ehemann, Verwandtschaft, Gemeinde u.a.) einbezogen wird. Wie schon durch die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz 2003 im Bericht über die gesundheitliche Situation von Frauen in Berlin, beschrieben, bestehen nach wie vor großer Aufklärungsbedarf und die Notwendigkeit, hier lebende Afrikanerinnen und Afrikanern, am besten innerhalb ihrer Gemeinden anzusprechen.

Zu einer wirksamen Vermeidung der Genitalverstümmelung werden aber vor allem Maßnahmen beitragen, die auf Veränderungen der politischen und sozialen Einstellung zur weiblichen Genitalverstümmelung in den Herkunftsländern hinwirken. Der Senat begrüßt deshalb die Fort-

schreibung des entwicklungspolitischen Aktionsplans für Menschenrechte 2008-2010 im Rahmen der Forderung zur Umsetzung internationaler Konventionen und Vereinbarungen zur Stärkung der Frauen und Durchsetzung ihrer Rechte u.a. speziell die Finanzierung von Maßnahmen zur Bekämpfung der weiblichen Genitalverstümmelung durch die Bundesregierung.

Der Senat begrüßt auch die europäische Initiative Euronet - FGM, die von 15 europäischen Ländern getragen und über die Europäische Union gefördert wird. Bestandteil dieser Initiative ist der durch FORWARD Germany e.V., TERRE DES FEMMES und INTEGRA erarbeitete Nationale Aktionsplan „Zur Verbesserung der Situation von Frauen, die von weiblicher Genitalverstümmelung betroffen sind und zum Schutz gefährdeter Mädchen in der Bundesrepublik Deutschland“, der kürzlich durch das EU-DAPHNE Projekt vorgestellt wurde. Die Hauptforderungen des Nationalen Aktionsplanes betreffen u.a. den umfassenden Schutz von gefährdeten Mädchen und betroffenen Frauen in Deutschland, Stärkung der Partizipation der Migrantinnen und Migranten sowie wissenschaftliche Forschung zur Problematik.

Anlässlich der Anhörung des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend des Deutschen Bundestages am 19.09.2007 zum Thema „Bekämpfung von Genitalverstümmelung“ wurde betont, dass die Expertinnen und Experten den Bedarf für ein nationales Referenzzentrum in Deutschland sehen. Nach Auffassung des Senats könnten folgende Schwerpunkte zu den Aufgaben eines nationalen Referenzzentrums gehören: Datensammlung, Anregung von Forschungsprojekten, Durchführung von Fortbildungen und Tagungen, Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit. Aufgabe könnte auch die Vermittlung von und Kooperation mit medizinischen Behandlungseinrichtungen zu Rekonstruktions-Operationen im In- und Ausland sein.

Weitere Anregungen dazu erhofft sich der Senat durch den am 26.06.08 im Deutschen Bundestag beratenen Antrag, zur wirksamen Bekämpfung der Genitalverstümmelung von Mädchen und Frauen eine interministerielle Bund- Länder- NRO- Arbeitsgruppe einzurichten. Folgende Aufgaben wurden für die Arbeitsgruppe vorgeschlagen:

- die bundesweite zielgruppensensible Aufklärung voranzubringen,
- die Vernetzung und einen konstanten interdisziplinären Informationsaustausch der Akteurinnen und Akteure in allen relevanten Berufsgruppen und Organisationen sicherzustellen,
- fachliche Unterstützung für Projekte auf Landes- und auf Bundesebene zu leisten.

Da es sich um eine bundesweite Einrichtung handeln würde, kann der Senat sich erst dann zur Unterstützung des Aufbaus eines Referenzzentrums äußern, wenn ein entsprechend aussagefähiges Konzept vorliegt und die finanziellen Rahmenbedingungen geklärt sind (z.B. Finanzierung durch Bund oder Länderbeteiligung).

Auswirkungen auf den Haushaltsplan und die Finanzplanung:

Keine

Ich bitte, den Beschluss damit als erledigt anzusehen.

Berlin, den 19. Dezember 2008

Katrin Lompscher
Senatorin für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz

Genitalverstümmelung

Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung (female genital mutilation)

Bundesärztekammer Stand: 25.11.2005

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat in seiner Sitzung am 25.11.2005 folgende Empfehlung beschlossen: Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung (female genital mutilation)

Vorwort

Die Beschneidung von Mädchen und Frauen, insbesondere die so genannte "Infibulation", stößt weltweit auf Ablehnung und Verurteilung. Die Deutsche Ärzteschaft hat ebenfalls in dieser Weise nachdrücklich Stellung bezogen. Die Tradition einiger afrikanischer Kulturen kann nicht nur historisch, politisch und ethisch-moralisch bewertet werden; sondern den betroffenen Frauen ist entsprechend ihrem Leidensdruck und ihrem Beschwerdebild zu helfen, und zwar sozial, psychologisch und medizinisch kompetent. Insbesondere bei gynäkologischen und geburtshilflichen Behandlungen müssen sowohl die anatomischen Besonderheiten nach Beschneidung wie auch die Wünsche der Patientinnen bei Geburt, Operation sowie Wundversorgung funktional, medizinisch und psychologisch berücksichtigt werden. Dies muss in Übereinstimmung mit den berufsrechtlichen Pflichten von Ärztinnen und Ärzten erfolgen. Alle Gesichtspunkte sind erforderlich, um zu einem befriedigenden Behandlungsergebnis zu kommen.

Hierzu dienen die folgenden Empfehlungen der Bundesärztekammer an behandelnde Ärztinnen und Ärzte, die von einer Gruppe sachverständiger Juristen, Ärztinnen und Ärzte erarbeitet wurde.

Dr. med. Cornelia Goesmann
Vizepräsidentin der Bundesärztekammer

Prof. Dr. med. Heribert Kentenich
Chefarzt der DRK-Frauenklinik, Berlin

1) Hintergrund und Definition

Die weibliche Genitalverstümmelung (female genital mutilation) ist vor allem in Teilen Afrikas sehr verbreitet. Sie wird meist bei Säuglingen, Kleinkindern oder jungen Mädchen durchgeführt und ist eine verstümmelnde Operation mit vielfältigen medizinischen, psychischen und sozialen Folgen.*

Gemäß der Klassifikation der WHO werden vier Formen der Genitalverstümmelung unterschieden:

- Typ I: "Sunna": Exzision der Vorhaut mit der ganzen oder einem Teil der Klitoris,
- Typ II: "Exzision": Entfernung der Klitoris mit partieller oder totaler Entfernung der kleinen Labien,
- Typ III: "Infibulation": Entfernung der ganzen oder eines Teiles der äußeren Genitalien und Zunähen des Orificium vaginae bis auf eine minimale Öffnung,

- Typ IV: diverse, nicht klassifizierbare Praktiken: beispielsweise Punktion, Piercing, Einschnitt und Einriss der Klitoris.

Ärztinnen und Ärzte werden zumeist mit der Infibulation konfrontiert.

2) Rechtliche und ethische Bewertungen

Wenngleich die weibliche Genitalverstümmelung, die meist nicht von Ärzten durchgeführt wird, in den betreffenden Ländern sozial akzeptiert ist, müssen dieser Eingriff und die ärztliche Beteiligung daran abgelehnt werden.

In Deutschland ist dieser Eingriff als Körperverletzung (§ 223 StGB), gefährliche Körperverletzung (§ 224 StGB), u. U. schwere Körperverletzung (§ 226 StGB) sowie Misshandlung von Schutzbefohlenen (§ 225 StGB) strafbewehrt. Dies gilt auch, wenn der Eingriff auf Verlangen der Patientin ausgeführt wird (vgl. BT-Drucksache 13/8281 vom 23. 7. 1997).

Die (Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte hält in der Generalpflichtenklausel des § 2 Abs. 2 fest: "Ärztinnen und Ärzte haben ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihnen bei ihrer Berufsausübung entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen." Außerdem bestimmt § 2 Abs. 1 der (Muster-)Berufsordnung: "Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf nach ihrem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus. Sie dürfen keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit ihren Aufgaben nicht vereinbar sind oder deren Befolgung sie nicht verantworten können."

Entsprechend hat der 99. Deutsche Ärztetag 1996 in Köln folgende EntschlieÙung zur rituellen Verstümmelung weiblicher Genitalien 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."

3) Folgen der weiblichen Genitalverstümmelungen

Als Folgen der weiblichen Genitalverstümmelungen sind akute und chronische Komplikationen zu benennen:

a) Akute Komplikationen

- Psychisches Akut-Trauma
- Infektion
 - Lokalinfektion
 - Abszessbildung

- Allgemeininfektion
- Septischer Schock
- HIV-Infektion
- Tetanus
- Gangrän
- Probleme beim Wasserlassen
 - Urinretention
 - Ödem der Urethra
 - Dysurie
- Verletzung
 - Verletzung benachbarter Organe
 - Frakturen (Femur, Clavicula, Humerus)
- Blutung
 - Hämorrhagie
 - Schock
 - Anämie
 - Tod

b) Chronische somatische Komplikationen

- Sexualität/Menstruation
 - Dyspareunie/Apareunie
 - Vaginalstenose
 - Infertilität/Sterilität
 - Dysmenorrhoe
 - Menorrhagie
 - Chronische Vaginitis, Endometritis, Adnexitis
- Probleme beim Wasserlassen
 - Rezidivierende Harnwegsinfektion
 - Prolongiertes Wasserlassen
 - Inkontinenz
 - Vaginalkristalle

- Komplikationen des Narbengewebes
 - Abszessbildung
 - Keloidbildung/Dermoidzysten/Neurinome
 - Hämatokolpos
- Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt
 - Vaginaluntersuchung erschwert
 - Katheterapplikation nicht möglich
 - Messung des fetalen Skalp-ph unmöglich
 - Austreibungsphase verlängert
 - Perinealrisse
 - Postpartale Hämorrhagie
 - Perineale Wundinfektion
 - Vesico-/rektovaginale Fistelbildung
 - Perinatale Mortalität erhöht

c) Psychische und soziale Folgen

Die Genitalverstümmelung hinterlässt meist ein schwerwiegendes unauslöschbares körperliches und seelisches Trauma. Der gesamte Vorgang kann sich tief in das Unterbewusstsein des Mädchens eingraben und die Ursache für Verhaltensstörungen darstellen. Eine weitere schwerwiegende Folge ist der Vertrauensverlust des Mädchens in seine Bezugspersonen. Langfristig können daher diese Frauen unter dem Gefühl des Unvollständigseins, unter Angst, Depressionen, chronischer Reizbarkeit, Frigidität und Partnerschaftskonflikten leiden. Viele durch die Genitalverstümmelung traumatisierte Frauen haben keine Möglichkeiten, ihre Gefühle und Ängste auszudrücken und leiden im Stillen.

4) Betreuung der Frauen

Patientinnen mit genitaler Beschneidung, insbesondere Infibulation, bedürfen der besonderen ärztlichen und psychosozialen Betreuung und Beratung, vor allem was die körperlichen Folgen (Genitalinfektion, Blaseninfektion, Fragen der Sterilität) sowie Sexualprobleme (Unmöglichkeit der Kohabitation, Dyspareunie) angeht.

In einer Stellungnahme zur weiblichen Genitalverstümmelung hat sich die Arbeitsgemeinschaft "Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit" (FIDE) für den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie geäußert. Unter Einbeziehung dieser Stellungnahme lassen sich für Arzt-Patienten-Kontakte folgende Empfehlungen geben:

- Einfühlsame Anamnese, eventuell mit Dolmetscherin (im Einzelgespräch und/oder mit der Familie). Es sollte den Frauen gegenüber der Terminus "Beschneidung" verwendet werden.
- Einfühlsame Befunderhebung und Untersuchung.

- Infektionen indiziert behandeln.
- Blut- und Urinabflussbehinderungen beheben.
- Je nach Beschneidungsgrad die Fähigkeit zum Geschlechtsverkehr (Kohabitationsfähigkeit) herstellen durch Öffnung des Scheidenausgangs unter Anästhesie (s. Punkt 5).
- Bei schwangeren beschnittenen Frauen mit engem Scheidenausgang kann eine erweiternde Operation bereits während der Schwangerschaft medizinisch indiziert sein, insbesondere wenn Vaginal- und Blaseninfektion während der Schwangerschaft aufgetreten sind. Wegen einer möglichen Traumatisierung soll eine geeignete Anästhesieform gewählt werden, um Erinnerungen an die Beschneidung zu vermeiden.
- Unter der Geburt soll durch Öffnung der Infibulation, durch kontrollierten Dammriss oder Episiotomie eine normale Geburt ermöglicht werden (s. Punkt 6).

5) Öffnung der Infibulation (Defibulation)

Eine Öffnung der Infibulation kann insbesondere bei entsprechenden Beschwerden (rezidivierenden Harnwegsinfektionen, Menstruationsstörungen), bei Sterilität im Zusammenhang mit der Unmöglichkeit zum Geschlechtsverkehr und bei Sexualstörungen (insbesondere Dyspareunie) medizinisch indiziert sein. Im Einzelnen ist dies indiziert bei:

- Wunsch der Patientin
- Schwierigkeiten beim Wasserlassen
- erschwertem Geschlechtsverkehr
- Keloidbildung des Narbengewebes
- schwerer Dysmenorrhoe
- rezidivierenden Infektionen
- Einschlusszysten
- Geburt.

Hierzu ist vor dem Eingriff eine besondere Beratung notwendig, die die medizinischen Aspekte, aber auch den kulturellen Hintergrund anspricht. Der Eingriff muss unter Anästhesie durchgeführt werden, um eine Erinnerung an ein mögliches Trauma zu vermeiden.

6) Öffnen der Infibulation vor oder unter der Geburt und anschließende Wundversorgung

In der Schwangerschaft soll durch den Geburtshelfer eingeschätzt werden, inwieweit die Beschneidung ein Geburtshindernis darstellen kann. Bereits zu diesem Zeitpunkt soll eine eventuell unter der Geburt notwendige Öffnung der Beschneidung (Defibulation) erörtert werden, wobei die medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte sowohl der Öffnung als auch der Wundversorgung nach der Geburt besprochen werden müssen. Ziel dieses Gespräches soll es sein, dass bei der

Wundversorgung nach der Entbindung der Scheidenausgang so wieder hergestellt wird, dass es nicht zu möglichen Problemen wie unter Punkt 5 beschrieben kommen kann.

Um nicht zweimal einen operativen Eingriff durchzuführen, soll die Defibulation möglichst nur unter der Geburt durchgeführt werden.

Die Wundversorgung nach der Entbindung basiert auf den mit der Patientin während der Schwangerschaft besprochenen Festlegungen des Öffnens der Infibulation und der Wundversorgung nach der Geburt. Es darf kein Genitalverschluss in der Form vorgenommen werden, dass medizinische Probleme, wie rezidivierende Blaseninfektionen, Stau des Menstruationsblutes oder Schwierigkeiten beim Sexualverkehr, zu erwarten sind.

7) Rechtliche und ethische Beurteilung der Wundversorgung

Rechtlich ist zwischen den verschiedenen Formen der (primären) Genitalverstümmelung und der Wundversorgung zu unterscheiden. Während das Erste eine schwere Körperverletzung darstellt, ist das Zweite eine medizinisch notwendige Maßnahme. Die Wundversorgung nach der Entbindung hat zum Ziel, die geöffneten Narben sowie den Dammriss oder den Dammschnitt zu versorgen.

Wie jede andere Heilbehandlung ist diese nur mit Einwilligung der Patientin nach erfolgter Aufklärung zulässig. Der Aufklärung und Information kommen bei der Behandlung der betroffenen Frauen besondere Bedeutung zu. Das Aufklärungsgespräch hat neben der verständlichen Darstellung der medizinischen Behandlung in angemessener Weise die besondere Situation der Frau zu berücksichtigen.

Verlangen Frauen mit Infibulation nach erfolgter Aufklärung die Wiederherstellung des körperlichen Zustandes wie vor der Geburt, muss der Arzt die Behandlung dann ablehnen, wenn diese erkennbar zu einer gesundheitlichen Gefährdung der Frau führen würde, da dies ebenso wie eine Infibulation eine gefährliche Körperverletzung darstellt.

Der Arzt ist verpflichtet, die bestehenden Wunden so zu versorgen, dass keine gesundheitliche Beeinträchtigung der Frau entsteht. Ziel der Behandlung ist die Wiederherstellung des körperlichen und seelischen Wohlbefindens der Frau.

8) Psychosoziale Beratung von Frauen mit weiblicher Genitalverstümmelung

Frauen mit weiblicher Genitalverstümmelung stellen eine relativ kleine Gruppe der Wohnbevölkerung in Deutschland dar. Die vorhandenen Beratungsstellen im psychosozialen Bereich haben wenig Ausbildung sowie Erfahrung mit den besonderen Problemen von Frauen mit weiblicher Genitalverstümmelung. Insbesondere in den Großstädten sollten daher entweder vorhandene Beratungsstellen (z. B. Migrantinnenberatung) für dieses Konfliktfeld ausgebildet werden oder neue Beratungsstellen, die sich auch dieser besonderen Problematik widmen, eingerichtet werden. Hierzu bedarf es eines Rahmens, der sowohl die staatlichen Beratungsstellen als auch die freigemeinnützigen Beratungsstellen einbezieht.

9) Prävention für die neugeborenen Töchter

Entsprechend ihrem kulturellem Hintergrund haben die werdenden Mütter mitunter den Wunsch, eine Beschneidung auch bei ihren neugeborenen Töchtern zu veranlassen. Dies ist in jedem Fall zu vermeiden.

In der Beratung der Mütter sollen die medizinischen, psychischen und sozialen Folgen einer Beschneidung besprochen werden. Es bieten sich andere Riten der Aufnahme in die kulturelle Gemeinschaft an, sodass der Druck aufgrund des kulturellen Hintergrundes von diesen Frauen genommen werden kann. Die Entbindung in der Klinik kann die einzige Gelegenheit zur diesbezüglich rechtzeitigen oder präventiven Beratung sein. Sie ist deshalb im Interesse der neugeborenen Mädchen in jedem Fall zu nutzen.

10) Ausblick

Eine Beseitigung der Praxis der weiblichen Genitalverstümmelung wird in erster Linie nur durch politische und soziale Maßnahmen in den Herkunftsländern möglich sein.

Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte und der psychosozialen Beratungsstellen in Deutschland ist es, den betroffenen Frauen eine Betreuung zu ermöglichen, die den kulturellen Hintergrund respektiert, einfühlsam reagiert und eine individuelle Lösung des Konflikts sucht.

Mitgliederverzeichnis des Arbeitskreises:

Prof. Dr. med. Eggert Beleites
Präsident der Landesärztekammer Thüringen

Dr. med. Astrid Bühren
Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes und Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer

Dr. med. Cornelia Goesmann (federführend)
Vizepräsidentin der Ärztekammer Niedersachsen und Vizepräsidentin der Bundesärztekammer

Prof. Dr. med. Heribert Kentenich
Chefarzt der DRK-Frauenklinik, Berlin

Prof. Dr. rer. nat. Dr. med. Mechthild Neises
Medizinische Hochschule Hannover
Psychosomatische Gynäkologie

Geschäftsführung:
RAin Ulrike Wollersheim
Justiziarin der gemeinsamen Rechtsabteilung von KBV und Bundesärztekammer

*Vgl. Schweizerische Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegefachkräfte: "Patientinnen mit genitaler Beschneidung", <http://www.sggg.ch/>, www.iamaneh.ch, die ausführlich medizinische, psychologische und soziale Implikationen beschreiben. Die Empfehlungen dienen vorliegend als Arbeitsgrundlage.