

Weibliche Genitalbeschneidung – nicht nur ein Thema weit entfernter Regionen, sondern auch für Arztpraxen in Deutschland

P. Tiarks-Jungk, U. Heudorf



Regionen in Afrika, in denen weibliche Genitalbeschneidung vorgenommen wird

© Dr. Garnet Parris und Virginia Wangare Greiner

Die Weltgesundheitsorganisation schätzt, dass 140 Millionen Frauen auf der Welt beschnitten und jährlich drei Millionen von Beschneidung bedroht sind. In Deutschland leben Schätzungen zufolge bis zu 30.000 beschnittene Frauen. Sind Ärzte und Hebammen nicht darauf vorbereitet, sind Missverständnisse und weitere Traumatisierungen die Folge. Vor diesem Hintergrund fand am 16. Februar 2011 im Amt für Gesundheit ein Fortbildungstag „Sensibler Umgang mit weiblicher Genitalbeschneidung“ statt. Insgesamt 61 Ärzte, Praxismitarbeiter, Hebammen, Sozialarbeiter und Pädagogen nahmen an dieser von

TERRE DES FEMMES gemeinsam mit dem Verein Maisha e.V. in Kooperation mit dem Amt für Gesundheit organisierten Fortbildung teil.

In ihrer Eröffnungsrede forderte die Gesundheitsdezernentin der Stadt Frankfurt, Dr. Manuela Rottmann, mehr Sensibilität und mehr Wissen zu diesem Thema. Sie erinnerte an den Aktionstag der Weltgesundheitsorganisation (6. Februar 2011) „Null-Toleranz für weibliche Genitalverstümmelung“. Nur mit einem Netzwerk von Fachleuten und Migrantengruppen könne die schwierige Aufgabe dieses sehr

intimen Themas angegangen werden. Die Stadt Frankfurt will die Gesundheit von Migranten verbessern, deswegen unterhält sie das Angebot der Humanitären Sprechstunde im Gesundheitsamt und unterstützt diese Fortbildung – wie es sie zuvor noch nicht hier gegeben hat.

Bettina Renfro, Terre des Femmes, Städtegruppe Rhein-Main, forderte, diese Tradition der weiblichen Beschneidung endlich zu beenden. Sie legte die psychologischen und medizinischen Folgen dieser lange tradierten und heute immer noch in mehr als 30 afrikanischen Ländern geübten Praxis dar (siehe Abbildung). Aber: die weibliche Genitalbeschneidung sei nicht auf afrikanische Länder beschränkt, sondern werde auch in vielen Ländern Asiens vorgenommen, z.B. Indonesien, Malaysia, Jemen, Saudi Arabien, Irak, Oman. Spätkomplikationen umfassen Scheidenentzündungen, Narbenschmerzen und Sterilität, Blasenentleerungsstörungen, rezidivierende Harnwegsinfektionen sowie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr und psychosexuelle Störungen.

Genitalverändernde Maßnahmen gestern ...

Die Berliner Gynäkologin Dr. med. Sabine Müller, die seit 1996 eine Spezialsprechstunde für (beschnittene) afrikanische Frauen anbietet, betonte, dass es Manipulationen an den Geschlechtsorganen zu allen Zeiten in allen Kulturen gegeben hat, aus rituellen, religiösen und kulturellen Gründen. Genitalverändernde Praktiken seien nicht nur bereits auf Höhlenzeichnungen aus der Steinzeit zu erkennen, sie fanden sich auch bei den Aborigines in Australien, auf einer 4.000 Jahre alten ägyptischen Stele oder einer 1.500 Jahre alten Maja-Zeichnung. Immer gehe es da-

bei um Kontrolle der Sexualität und Reproduktion, spätere Begründungen – auch in Europa und der „Ersten Welt“ – lauteten: Hygiene, AIDS- und Karzinom-Prävention. Während im beginnenden 21. Jahrhundert in der sogenannten „Dritten Welt“ die Rate der weiblichen Beschneidung langsam abnehme, nehmen genitalverändernde Praktiken – wie Rasuren, Genitalpiercings und auch Klitorisverkleinerung – in der Ersten Welt zu!

... und heute

In einem Workshop für Gynäkologen gab sie weitere medizinische Informationen. So werden drei Formen der weiblichen Genitalbeschneidung („Infibulation“) unterschieden: Typ I: teilweise oder völlige Entfernung der Klitoris, Typ II: darüber hinaus teilweise oder völlige Entfernung der kleinen Labien, Typ III: zusätzlich Zusammennähen der großen Labien mit Bedeckung der Urethral- und Vaginalöffnung unter Belassung einer oft nur stecknadelkopf-großen Öffnung für Urin und Menstrualblut. Zusätzlich zu den o.g. möglichen Folgen für die Gesundheit, könne es zu Fistelbildungen und Abszessen kommen, insbesondere aber zu Geburtskomplikationen mit Gefahr für das Leben des Kin-

des und Verblutungsgefahr für die Mutter. Deswegen empfiehlt sie den Ärzten, sobald eine schwangere Frau mit Infibulation zur Vorsorge kommt, das Thema sensibel anzusprechen und sie zu einer Defibulation zu bewegen. Der Eingriff soll so gering wie möglich sein – „nur was sich mit Schleimhaut decken lässt“ – und vorzugsweise ab der 12. Schwangerschaftswoche in Lokalnarkose vorgenommen werden. Bei stark traumatisierten Frauen sei jedoch oft eine Vollnarkose nötig. In ihrer Praxis seien seit 15 Jahren weder postoperative Infektionen noch Wundheilungsstörungen aufgetreten. Sie warnte vor einem Kaiserschnitt als die schlechteste Lösung, da die Uterotomie bei der nächsten Geburt – evtl. in Afrika – aufplatzen und die Frau verbluten kann. Sie beklagte, dass die Defibulation bislang keine Kassenleistung sei und es keinen spezifischen ICD-Schlüssel gebe; man könne aber T 94.1G „Folgen von Verletzungen nicht näher bezeichneter Körperregionen“ nutzen. – Wichtig sei auch, die Frauen vor der Defibulation darauf hinzuweisen, dass danach der Urinstrahl hörbar sei, ein „Schandmal“ für in der Tradition des Sudan aufgewachsene Frauen, da beschnittene Frauen nicht im Strahl urinieren können.

Dr. med. Petra Tiarks-Jungk, Allgemeinmedizinerin im Amt für Gesundheit und Virginia Wangare Greiner schilderten im Anschluss ihre Erfahrungen in der seit 2002 bestehenden Afrika-Sprechstunde, die seit Öffnung für weitere Migranten im Jahre 2009 Humanitäre Sprechstunde heißt. In den letzten Jahren suchen viele Menschen aus Südost-Europa die Sprechstunde auf, insbesondere aus Bulgarien.

Kulturelle Unterschiede im Krankheitsverständnis ...

Die Arbeit mit den Migranten aus Afrika erfordert ein Einlassen auf eine ganz andere Kultur, ein anderes Gesundheits- und Medizinverständnis. So sehen Afrikaner eine Erkrankung oft als Strafe für eigene Verfehlungen oder auch von Fehlern von Familienmitgliedern („Punitivmedizin“). Dieser Gesundheits- und Krankheitsidee sind Vorstellungen von Prävention durch Gesundheitsverhalten vollkommen fremd. Ärztlicher, medizinischer Rat wird nur bei akuten Erkrankungen gesucht, mit großen Erwartungen an die westliche Medizin, die alles schnell richten könne („in Europa kann man zaubern“). Die Notwendigkeit für eine chronische Therapie wie z.B. bei Diabetes oder Hypertonie sei nur schwer vermittelbar mit entsprechend geringer compliance. In der Regel nehmen die Menschen parallel zur „westlichen Medizin“ noch traditionelle afrikanische Mittel.

... beeinflussen die compliance

Während bei der eher kargen Ernährung in Afrika Zucker und Öl hochgeschätzt waren, bedeutet die Beibehaltung dieser Ernährungsvorlieben in Deutschland mit dem umfassenden Angebot fast zwangsweise eine Fehl- und Überernährung mit allen ungünstigen Folgen für die Gesund-

Fortsetzung auf Seite 309

Fortsetzung vom Seite 300

heit, berichtete Virginia Wangare Greiner, Kenianerin, die seit vielen Jahren in Deutschland lebt. Sie engagiert sich in Gruppen, organisiert Ernährungsseminare, Frauen- und Mutter-Kind-Treffs, unterstützt afrikanische Kirchengemeinden und Streetwork im Bahnhofsviertel („jeder dritte in Europa diagnostizierte HIV-Patient ist Afrikaner“). Die „afrikanische Community“ sei sehr stark, auch im Festhalten an Traditionen. Sie berichtete von einer genitalverstümmelten Frau, die in der Humanitären Sprechstunde Rat und Hilfe suchte, weil sie nach Afrika zurückgeschickt werden und selbst als „Beschneiderin“ der Tradition ihrer Mutter folgen sollte. Die Beschneidung der Frau werde in Afrika besonders durch Frauen-Geheimbünde weiter tradiert, die die Beschneidung als Initiationsritus, als „Fest“ pflegen.

Dies bestätigte auch Naana Otoo-Oyortey, Executive Director Forward, UK, die über die Rolle der kulturellen Gemeinden und der Sozialarbeiter und -pädagoginnen sprach. Beschneidene Frauen fühlen sich selbst eher als sauber und attraktiv, im gesellschaftlichen Wertesystem gelten sie als keusch und vor Promiskuität geschützt. Die Beschneidung ist ein sicherer Garant für die Möglichkeit einer guten Verheiratung mit hohem Brautpreis. Auch deswegen wird von Frauen selbst (Müttern und Großmüttern) das Fortbestehen dieser Tradition unterstützt unter bewusster Inkaufnahme erheblicher, teils lebensgefährlicher körperlicher Beeinträchtigungen. In den letzten Jahren ist dabei auch in Afrika ein Trend zur Medizinisierung zu beobachten, d.h. die Durchführung der Beschneidung durch Ärzte und Krankenschwestern – mit der Vorstellung, dass diese keine Schäden verursacht.

Ärzte hierzulande sollten sich mit der Problematik auseinandersetzen. Nur so und durch einen sensiblen Umgang mit dieser Frage können sie vielleicht verhindern, dass beschneidene Frauen erhebliche Gesundheitsrisiken erleiden, insbesondere unter der Geburt, und dass auch in Deutschland lebende Mütter ihre drei bis zwölf Jahre alten Töchter weiterhin in den Ferien zur Beschneidung in ihr Heimatland schicken. Es bleibt viel Aufklärungsarbeit zu tun. Mit der Fortbildung wurde ein Anfang gemacht.

Korrespondenzadresse*Dr. med. Petra Tiarks-Jungk**Amt für Gesundheit**Breite Gasse 28**60313 Frankfurt**Fon: 069 212-31560**E-Mail:**petra.tiarks-jungk@stadt-frankfurt.de***Umgang mit weiblicher Beschneidung**

Im Jahr 2001 hat sich die Landesärztekammer Hessen bereits mit diesem Thema befasst. Siehe Juni-Ausgabe 2001, Seite 272 „Umgang mit weiblicher Beschneidung – Aufklärung und Defibulation“.

Deutsche Gesellschaft für Angiologie schreibt Preise für junge Wissenschaftler aus

Die Deutsche Gesellschaft für Angiologie (DGA) vergibt 2011 zwei wissenschaftliche Preise: den Promotionspreis und den UCB Pharma Preis. Junge Wissenschaftler sind herzlich eingeladen, sich zu bewerben und ihre Arbeiten bis zum **30. Juni 2011** einzureichen.

Promotionspreis

Der Preis ist mit 2.500 Euro dotiert. Der Preisträger erhält eine dreijährige kostenlose Mitgliedschaft in der DGA inklusive des Bezuges der Fachzeitschrift VASA – European Journal of Vascular Medicine. Der Preis wird für eine Dissertation, die an einer deutschen Universität abgeschlossen wurde und sich mit der klinischen und experimentellen Angiologie und ihren Grenzgebieten befasst, vergeben. Bewerben können sich die Promovierten oder die Hochschullehrer, die die Arbeit betreut haben. Zur Teilnahme sind alle zugelassen, deren Promotionsverfahren innerhalb der letzten zwei Jahre abgeschlossen wurde.

UCB Pharma Preis

Der jährlich vergebene UCB Pharma Preis ist mit 10.000 Euro dotiert. Er wird für abgeschlossene Forschungsarbeiten auf dem Gebiet der klinischen und experimentellen Angiologie vergeben. Die Arbeiten sollten im Jahr vor der Bewerbung in anerkannten deutsch- oder englischsprachigen Fachzeitschriften publiziert oder zur Publikation angenommen worden sein. Bewerben können sich Erstautoren bis 40 Jahre aus einem deutschsprachigen Land.

Die Bewerbungen beider Preise sind jeweils in dreifacher Ausführung an den Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Angiologie, Professor Karl-Ludwig Schulte, Gefäßzentrum Berlin, Ev. Krankenhaus Königin-Elisabeth-Herzberge, Herzbergstr. 79, 10365 Berlin zu richten. Bewerbungsfrist ist der 30. Juni 2011.

Die Preisträger werden am 7. September 2011 im Rahmen der 40. Jahrestagung der DGA ausgezeichnet. Details zu den Ausschreibungen: www.dga.gefaessmedizin.de/Ausschreibungen-2011.88.o.html