



von Dr. Christoph Zerm, Frauenarzt
FIDE - Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit

29.4.2004

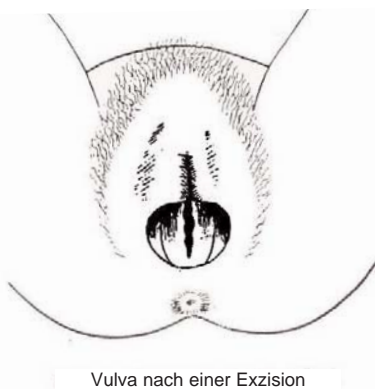
Definition (nach: WHO)

„FGM umfasst 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.“

Die WHO unterscheidet 4 Typen:

Typ I: Excision des Praeputium clitoridis mit oder ohne Excision eines Teiles oder der ganzen Klitoris.

Typ II: Excision von Klitoris und Praeputium zusammen mit einem Teil der kleinen Labien oder den kleinen Labien in toto.

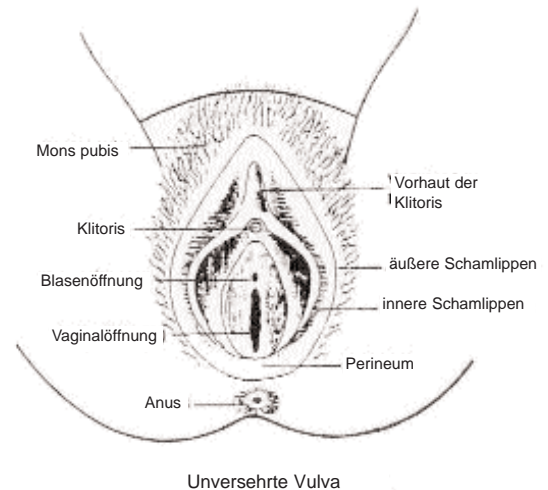


Typ III: Die extremste Form der FGM, die unter der Bezeichnung Infibulation oder „Pharaonische Beschneidung“ bekannt ist, nämlich das Herausschneiden eines Teiles bzw. des gesamten äußeren Genitale mit Vernähen der Wundränder, so daß eine winzige Öffnung zur Scheide hin offen bleibt für den Abfluß von 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. Auch Beschneidungsformen, die nicht typischerweise unter die Typen I-III fallen, werden dem Typ IV zugerechnet (1).

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, in denen praktisch alle Mädchen dieser extremsten Form der FGM unterzogen worden sind (5).



Medizinische und psychologische Folgen

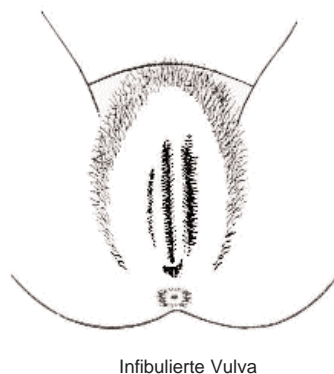
Je nach Ausmaß der FGM kommt es zu unterschiedlich ausgeprägten Komplikationen:

1. Frühkomplikationen:

- Hämorrhagien bis zur Verblutung
- Infektionen, Abszedierungen, Sepsis
- Schmerzbedingter Kollaps, traumatischer Schock bis zu Todesfällen

2. Folgekomplikationen:

- Leichte bis schwerste Miktionsbehinderungen, daraus resultierend Harnwegsinfektionen mit weiteren Komplikationen bis zur schweren Pyelonephritis
- Menstrualstauungen
- schwere Dysmenorrhöen, aufsteigende Infektionen des inneren Genitale mit sekundärer Sterilität



■ schwerste psychische und physische Behinderungen der Vita sexualis (für viele vom Typ III betroffene Frauen ist Kohabitation synonym für Erduldung grenzenlosen Schmerzes, der jedoch als naturgegeben hingenommen wird, da die wenigsten Betroffenen von der Existenz anderer Lebensformen Kenntnis haben)

■ bei eingetretener Schwangerschaft Gefahr schwerster geburtshilflicher Komplikationen mit protrahierten Geburtsverläufen vor allem in abgelegenen Gegenden ohne ausreichende medizinische Versorgung, daraus resultierend eine hohe Rate an kindlicher und mütterlicher Mortalität und Morbidität. Besonders sind hier Verblutungen sowie Fisteln (vesicovaginale und rectovaginale) zu nennen. Letzteres ist häufig gleichbedeutend mit Stigmatisierung und kompletter sozialer Isolation.

Die Aufzählung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sie soll lediglich auf einige wichtige Konsequenzen aufmerksam machen. Im übrigen wird auf das Literaturverzeichnis verwiesen, welches ausführliche Zusammenfassungen, Definitionen, Stellungnahmen und Bearbeitung spezieller Fragestellungen enthält.

Betroffene

Das Lebensalter, in dem FGM vorgenommen wird, variiert kulturell und regional vom Säuglingsalter bis zum späten Adoleszentenalter kurz vor der Heirat. Zumeist handelt es sich jedoch um Mädchen im ersten Lebensjahrseibt. Schätzungen rechnen mit derzeit weltweit mehr als 150 Millionen Betroffenen von Südostasien bis Mittelamerika, vor allem in Afrika.

„FGM wird meist von traditionellen Praktikerinnen ausgeführt, im allgemeinen von älteren Frauen aus der Dorfgemeinschaft, die für diese Aufgabe speziell bestimmt sind, oder von TBA's (traditional birth attendants). In manchen Ländern übernehmen zunehmend professionell ausgebildete Hebammen und Ärzte die Durchführung der FGM. Z.B. in Ägypten hatten gesundheitsdemografische Erhebungen von 1995 ergeben, dass früher etwa 13% der Beschneidungen von Ärzten vorgenommen worden waren. Im Gegensatz dazu wurde FGM bei deren kürzlich beschnittenen Töchtern zu 46% von Ärzten durchgeführt.“

(Zitat WHO in Übersetzung des Verfassers)

Ursprung

Es gibt Anhaltspunkte, dass bereits vor Jahrtausenden, zur Zeit der Pharaonen, FGM praktiziert wurde. Die Anfänge reichen in kaum belegbare Zeiten zurück. Auch wenn zahlreiche Völker erst viel später diese Praktik übernommen haben, bildete sich so eine der im Wesentlichen vier Grundlagen, auf denen im Bewusstsein der Anwendenden FGM beruht: die Tradition („das haben unsere Vorfahren schon immer so gemacht...“; „der Wille der Ahnen wird hierdurch erfüllt...“).

Die meisten Anwender glauben zudem, dass dieser Brauch den Vorschriften der Religion entspricht, 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.

Ein wesentlicher Quell ist vielerorts das magische Konzept der Initiation, des Überganges in die erwachsene Geschlechterrolle. Mythologisch wurde 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 den Indianern bekannte Kombination von Schmerz-Ertragen und Festlichkeit.

Als vierte Grundlage dient 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.

Die Soziokulturelle Verwurzelung

von FGM in den einzelnen Ethnien ist so tief, dass ein Ausscheren Einzelner entweder undenkbar oder mit dem Verlust der sozialen Zugehörigkeit verbunden ist, was im allgemeinen auch das Ende der physischen Existenzmöglichkeit bedeutet. Die „Schande“ erstreckt sich dann oftmals auf die ganze Familie. Der einzelne Mensch lebt überwiegend noch in der Geborgenheit der großen Gemeinschaft, ein Individualbewusstsein im abendländischen Sinne kann nicht vorausgesetzt werden. Das Beachten der gesellschaftlichen Regeln ist Voraussetzung für das Wohlergehen des Einzelnen.

FGM wird so im Bewusstsein vor allem der Mütter und Großmütter zu einem Akt der Fürsorge, zumal die nahezu überall rechtlich benachteiligte Stellung der Frauen diesen nur durch Heirat die Chance auf ein etwas besseres Leben eröffnet. Eine nichtbeschnittene Frau wird als Prostituierte (früher auch als Sklavin) angesehen. Erweist sich dieser „Mangel“ bei einer Braut, wird sie (bei einigen Ethnien) in Schande verkehrt herum auf einem Esel sitzend ins Heimatdorf zurückgeschickt, mit allen denkbaren Folgen.

Da weitestgehend völlige Unwissenheit bezüglich anatomisch-physiologischer Fakten vorliegt, können die Menschen keinerlei Zusammenhang herstellen zwischen FGM und den häufigen gesundheitlichen Folgeschäden. Im Gegenteil führen sie diese auf den Fluch der Ahnen wegen Nichteinhaltens von Vorschriften zurück oder jedenfalls auf andere Gründe.

So lässt sich erahnen, dass wesentliche Teile des bisher tragenden Weltbildes wegbrechen würden, wenn diese Menschen die uns geläufigen Zusammenhänge zu begreifen begännen. Um nicht schwere psychische Belastungen auszulösen, muss ein solcher Erkenntnisprozess äußerst behutsam gestaltet werden. Ferner gilt es zu bedenken, dass ein Mensch bei fehlender Kenntnis von Alternativen sich am leichtesten mit den Bedingungen seines Lebens arrangiert.

Mit dem Wissen um andere Varianten kommt für viele erst Verzweiflung und Schmerz über die Unabänderlichkeit des eigenen Zustandes auf! Auch diesbezüglich sollte das Aufzeigen von Perspektiven (z.B.: Wenigstens deine Töchter sollen es besser haben...) die zusammenbrechende alte Weltansicht auffangen. Aus all dem wird verständlich, warum in vielen Ländern trotz offiziellen Verbots der FGM die Wirklichkeit sich kaum verändert hat! Ohne flankierende Maßnahmen bewirken Verbote nichts.

Situation für die Betroffenen vor Ort

a) ländliche Gebiete

Im dörflichen Umfeld ist die Situation gekennzeichnet von dem bereits Dargelegten. Eine Mutter, Tochter oder Familie, die sich nach Aufklärung gegen FGM entschiede, hätte nur die Möglichkeit, wegzuziehen in die große Stadt oder ins Ausland. Wer kann das aber? Somit besteht die einzige Chance auf nachhaltige Abschaffung von FGM darin, lokale Autoritäten, weltliche wie geistliche, sowie vor allem die Beschneiderinnen selber als Verbündete zu gewinnen. Nicht selten nutzen Großmütter die gelegentliche Abwesenheit einer gegen FGM eingestellten Mutter aus, um dennoch die Enkelin kurzerhand beschneiden zu lassen.

b) urbane Intellektuelle

In der (groß-)städtischen Anonymität ist es viel leichter, der Tradition zu ent-rinnen, wenn nicht familiäre Bande mit der ländlichen Welt diesen Aspekt wieder aufheben. Insbesondere gebildete-re Schichten profitieren hiervon. Allerdings gibt es vereinzelte Anzeichen, dass der weltweit beobachtbare Trend zur Fundamentalisierung auch bezüglich FGM zum Wiederaufleben selbst in gebildeteren Kreisen führen kann. Hier tritt ein weiteres Hindernis im Kampf um die Abschaffung auf: Die (zahlenmäßig schwer einschätzbare) Medikalisierung des Eingriffs, indem er von Ärzten vorgenommen wird!

Situation für Migrantinnen

In Europa sind sehr unterschiedliche Konstellationen möglich: Die gut informierte und integrierte Migrantin, die sich entweder mit ihrem Schicksal arrangiert hat; oder die um eine mögliche Korrektur bittet; oder die Unterstützung vor einer drohenden Beschneidung benötigt. Dann gibt es ebenso gut integrierte Migrantinnen, die sich jedoch nicht über das ob oder das Ausmaß einer eventuell bestehenden FGM bei sich selbst im Klaren sind. Um eine „zufällige“ Entdeckung zu vermeiden, ist hier eine einfühlsame, vielleicht stufenweise Beratung durch Fachpersonal erforderlich. Eine weitere Möglichkeit sind Migrantinnen mit einfachem Bildungsstand, die entweder über ihre „Besonderheit“ wissen, sich damit aber abgefunden haben, oder die zwar beschnitten, sich aber nicht darüber im Klaren sind, dass sie sich dadurch von anderen Frauen in Europa unterscheiden. Dann gibt es noch die Mütter, die entweder aus eigener Überzeugung oder unter dem sozialen Druck ihrer im Heimatland verbliebenen Familie ihre Töchter beschneiden lassen wollen.

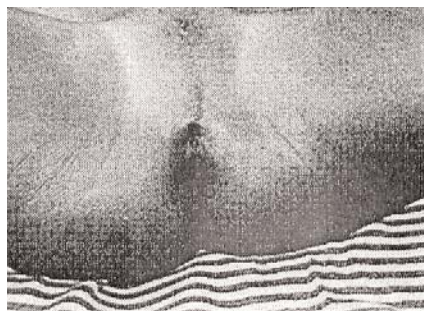
Wie begegnet der europäische Professionelle den Betroffenen hier?

Es ist vergleichbar mit anderen Patientinnen, die eine irgendwie gear-tete Auffälligkeit oder Behinderung haben: Niemand würde sie plump darauf ansprechen, emotionale Bemerkungen darüber verlieren oder gar davor weglaufen. Grundvorausset-zung 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 niveau-voller Mensch, der mir Verständnis entgegenbringt, kann das unbedingt notwendige Vertrauen aufgebaut werden, durch welches ein Ansprechen dieses ansonsten vollkommen tabui-sierten Themas überhaupt denkbar wird. Wenn irgend möglich, sollte deshalb eine Frau Ansprechpartnerin sein. Gegenüber Betroffenen sollte man auch auf die Wortwahl achten: „Beschneidung“ enthält kein Urteil, ist insofern neutral. Kaum eine Betroffene wird sich durch das stigmatisierende Wort „Verstümmelung“ verstanden fühlen! Anders verhält es sich bei der Aufklärung Nichtbetroffener. Da wäre „Beschneidung“ ein verharmlosender Euphemismus.

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. Geht es um eine gynäkologische Untersuchung oder gar um eine Entbindung, sollten zunächst in verständlicher Form die Anatomie und die situationsbedingt erforderlichen Maßnahmen erklärt werden.

Zugangsschwierigkeiten bestehen nur bei Infibulation. Eine gynäkologische Untersuchung erfolgt dann z.B. wie bei Hymen intactum, wobei eine Portiobeurteilung meist nicht möglich sein wird. In Vorbereitung eines Partus erfolgt nach entsprechender Absprache mit der Schwangeren in Allgemein- oder Teilnarkose die mediane Spaltung des verschlossenen Introitus bis zur Freilegung des Meatus urethrae über einem Führungsinstrument, welches von dorsal durch die kleine Öffnung vorgeschoben wird. Die Schnittränder werden bds. lateral adaptiert. Dies ist zunächst eine Akutmaßnahme, eine gezielte Rekonstruktion (soweit möglich) muss plas-tisch-chirurgischen Kriterien folgen.

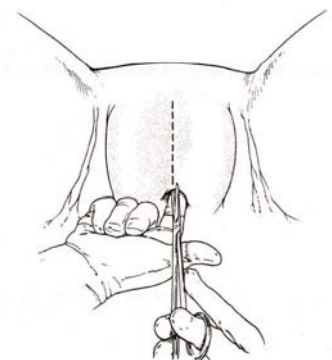


Seven-year-old Sudanese girl with infibulation.

Im Falle pädiatrischer Patientinnen gilt im wesentlichen das gleiche, nur sollte hier sorgfältig der für die weitere Entwicklung günstigste Zeitpunkt einer möglichen Rekonstruktion abgewogen werden. Akute Folgekomplikationen (s.o.!) erfordern natürlich rasches Handeln. Dabei dennoch nie ohne vertrauensvolle Einbeziehung der Mutter agieren! Ergibt sich einem Pädiater der Verdacht einer drohenden Beschneidung, so erfordert sein Handeln ganz besondere Umsicht. Auch hier ist verständliche und einfühlsame 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.

Was lässt sich sinnvoll tun?

Im Wesentlichen das bisher Ausge-führte in Haltung und Handlung umset-zen. 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 Vertrauensgrund-lage, wenn sinnvolle Ergebnisse erzielt werden sollen.



Deinfibulation Procedure

Die mögliche Rekonstruktion muss eine sehr individuelle Entscheidung bleiben. 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. In der geburts-hilflichen Situation sind Gespräche im Vorfeld hilfreich. Unter Wehen kann nur noch zu Notmaßnahmen gegriffen werden (s.o.).

Ansonsten geht es um Anbieten von Hilfe und jeder weiteren gewünschten Information. Ferner kann die Vermittlung von Kontakten zu aktiven Frauengruppen in Deutschland und aus/in betroffenen Ländern (wo schon Erfolge vorliegen) hilfreich sein.

Weitere Aufklärung ist auch für deutsche MitbürgerInnen wichtig, Privatleute wie auch Mitarbeiter und EntscheiderInnen 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.

Stichwortartige Ausblicke für die betreffenden Länder

Der einzig sinnvolle Weg ist die Verbreitung von Informationen (an Frauen und Männer) durch zuvor geschulte Einheimische in situations-adaptierter Weise über Jugend- und Frauenorganisationen, an Schulen und Hochschulen, über Kampagnen in Dörfern (z.B. szenische Darstellungen, Plakate u.v.a.m.). Der direkte Kontakt dürfte für viele Gegenden wichtiger sein als die vergleichsweise anonymen Medien wie Rundfunk und TV. Dabei sollten vor allem die Multiplikatoren (geistliche und weltliche Autoritäten, Ärzte, LehrerInnen, TBA's, Schneiderinnen) zu Mitstreitern gewonnen werden. Für Schneiderinnen müssen alternative Aufgaben/Erwerbsquellen erschlossen werden, denn sie geben eine einträgliche und hochangesehene Lebensstellung auf!

Dr. Christoph Zerm
Wilhelm-Huck-Str. 10
58313 Herdecke

Literatur

1. WHO. FGM: Information Pack. http://www.who.int/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. Pok Lundquist J, Haller U. Mediz. Asp.der rit. „Frauenbeschneidung“ gynäkol. prax. 2001; 25: 321-328.
5. Beck-Karrer, C.: Soziokulturelle Aspekte der „Frauenbeschneidung“. gynäkol. prax. 2001; 25:311-315.
6. Beck-Karrer, C.: Löwinnen sind sie. Gespräche mit somalischen Frauen und Männern über Frauenbeschneidung. Schriftenreihe Feministische Wissenschaft. Bern. eFeF Verlag; 1996.
7. Lightfoot-Klein, Hanny: „Sexuelles Erleben beschnittener Frauen“ in: „Sexualmedizin“ 6/1993, 251 ff.
8. Lightfoot-Klein, H.: Das grausame Ritual. Sexuelle Verstümmelung afrikanischer Frauen. Frankfurt am Main: Fischer; 1992.
9. Toubia, Nahid: FGM - a call for global action. Published by RAINBO, NY 1995.
10. 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.

11. Treib, Helga: „Beschneidung von Mädchen und Frauen in Afrika“ in: „Kinder- u. Jugendarzt“ 31.Jg. (2000) Nr.3, 234-241
12. AG FIDE: Stellungnahme z. Problem der Beschneidung der Frau Frauenarzt 37 (1996)Nr.10: 1460-1464
13. Dehne, K; Wacker, J. et al.: FGM in the North of Burkina Faso curare 20 (1997) 2: 221-242
14. Schnüll P./Terre des Femmes, Hrsg. Weibliche Genitalverstümmelung. Eine fundamentale Menschenrechtsverletzung. Textsammlung. DM 15,- (Schutzgebühr + Versandkosten). Terre des Femmes e.V. Menschenrechte für die Frau. Postfach 2526, D-72015 Tübingen. 1999
15. antagem. Weibliche Genitalverstümmelung. Informationsbroschüre. sfr. 5,- (Schutzgebühr + Versandkosten). antagem, c/o Ch. Beck-Karrer, Rabbentalstr. 77, CH-3013 Bern. 1994
16. Toubia, N.: Female circumcision as a public health issue. N Engl J Med 1994; 331: 712-716
17. Dirie MA, Lindmark G.: The risk of medical complications after female circumcision. East Afr Med J 1992; 69: 479-482
18. AG FIDE: Zerm, C. et al. Kampf gegen weibliche Genitalverstümmelung im In- und Ausland Frauenarzt 43 (2002)Nr.4: 464-466
19. (I)NTACT Int. Aktion gegen die Beschneidung, Saarbrücken www.intact-ev.de INTACT@t-online.de

In welchen Ländern wird weibliche Beschneidung praktiziert?

Ägypten, Äthiopien, Benin, Burkina Faso, Djibouti, Elfenbeinküste, Eritrea, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Indonesien, Jordanien, Kenia, Kamerun, Liberia, Malaysia, Mali, Mauretanien, Niger, Nigeria, Senegal, Sierra Leone, Somalia, Sudan, Tansania, Togo, Tschad, Uganda, Zentral Afrikanische Republik.

Schirmfrau der Initiative **„Nein zu Beschneidung von Mädchen“** ist Heidemarie Wieczorek-Zeul, Bundesministerin für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung.

Gefördert durch



Nordrhein-Westfälische Stiftung für Umwelt und Entwicklung

Eine Initiative von

Aktion Weißes Friedensband e.V.

Himmelgeister Str. 107a
40225 Düsseldorf
Fax 0211-9945138
beschneidung@friedensband.de
www.friedensband.de



Aktion Weißes Friedensband ist eine offene Plattform. Wir entwickeln Konzepte, um Eine-Welt-Themen in den Unterricht und in die Medien zu bringen.

