

Zu - BT-Drs. 16/3542
- BT-Drs. 16/3842
- BT-Drs. 16/4152

Dr. Christiane Tennhardt
Familienplanungszentrum BALANCE
Mauritiuskirchstr. 3; 10365 Berlin
Tel.: 0049-30-55 36 -792; Fax.: -793;
tennhardt@fpz-berlin.de

**Antwort auf den Fragenkatalog zu der öffentlichen Anhörung
zum Thema „Bekämpfung von Genitalverstümmelung“**

Deutscher Bundestag

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

19. September 2007

I. Daten und Fakten

1.- Maßnahmen, um Kenntniss über die Gesamtzahl der von FGM-betroffenen Mädchen und Frauen in der BRD zu erfassen:

FGM muss in den Diagnoseschlüssel der Kassenärztlichen Vereinigung aufgenommen werden, so kann die Zahl der Frauen erfasst werden, die von FGM betroffen sind und ÄrztInnen (Gynäkologen, Dermatologen, Allgemeinmediziner) in der Sprechstunde aufsuchen. Auch können Kinderärzte die entsprechenden Diagnose bei betroffenen Mädchen eingeben. FGM muss in das perinatologische Register der Geburtskliniken, der Geburtshäuser und der außerklinischen Geburtshilfe aufgenommen werden. So kann die Zahl der von FGM-betroffenen Frauen erfasst werden, die in Deutschland gebären.

2/3.- Es sind keine konkreten Fälle bekannt.

Es gab am 22.3.1999 eine Sendung im Südwestfunk, in der ein dem Sender anonym zugespieltes Gespräch veröffentlicht wurde. Darin bietet ein Arzt einer Mutter FGM ihrer Tochter für 1200 DM an.

Es ist nicht anzunehmen, dass viele Migrantinnen soviel Geld aufbieten können, um eine „ärztliche Beschneidung“ durchführen zu lassen. Nicht auszuschließen ist, dass ÄrztInnen FGM durchführen. Sie setzen jedoch für € 600.- ihre Berufserlaubnis aufs Spiel. Dass es nicht-medizinische Menschen in Deutschland gibt, die die Rolle der „Beschneiderin“ übernehmen, kann nicht ausgeschlossen werden (siehe Fälle in Frankreich, die zur Verurteilung kamen)

Quellen:

- Umfragen unter den im Familienplanungszentrum Balance betreuten von FGM-betroffenen Frauen.
- Hebammen berichteten uns, dass sie vereinzelt von Migrantinnen aus FGM-Ländern befragt wurden, ob es in der BRD (Kinder-)Ärzte gibt, die FGM durchführen.
- In der 2004 durchgeführten Umfrage unter FrauenärztInnen (Bundesverband der Frauenärzte, Terre de Femme u. a.), beantworteten 3 Gynäkologen, dass sie bereits gefragt worden seien, ob sie FGM durchführen. 48 (9,7%) hatten von in Deutschland durchgeführten FGM gehört. 35 (7,1%) wussten von Patientinnen, die ihre Tochter in der Heimat beschneiden lassen wollten. Von 13.182 befragten KollegInnen hatten leider nur 493 geantwortet.

Maßnahmen:

Mit zunehmender Aufklärungsarbeit werden Betroffene den Mut haben die durchführenden Personen an zu zeigen. Repressive Maßnahmen bzw. verpflichtende Untersuchungen bzw.

Befragungen (z.B. bei Erteilung eines Visa/Asyl/Aufenthaltserlaubnis) halten wir für unzumutbar und der Sache nicht dienlich.

3.- Nein

4.- **Forschungsbedarf:**

Wissenschaftliche Begleitung der Möglichkeiten durch Traumaarbeit die psychologische Verarbeitung von FGM zu verbessern.

Psychologische, sexuelle Auswirkungen der so genannten „Klitoris -Rekonstruktions-Operation“

Wissenschaftliche Begleitung der Präventionsmodelle in Europa zur Verhinderung von FGM bei in Europa lebenden Mädchen.

II. Risiken und Folgen

5.- **Schwerste Komplikationen**

Tod der Betroffenen: Es gibt keine wissenschaftlichen Untersuchungen über die Mortalitätsrate nach FGM, aber es wird angenommen, dass jedes 4-5 Mädchen an den Folgen von FGM verstirbt.

Die Todesursachen sind vielfältig: schwere Blutung, schweres Trauma, schwere Infektion

Kurzfristige Komplikationen

a.- starke Schmerzen: FGM wird in den meisten Fällen ohne Betäubung durchgeführt.

b.- Verletzung benachbarter Organe und Gewebe: Harnleiter, Vagina, Damm, Bartolischen Drüse, Blase, Enddarm. Die Verletzungen entstehen u. a. auch dadurch, dass die „Beschneiderinnen“ meist ältere Frauen/Männer sind, deren Sehfähigkeit eingeschränkt ist.

c.- Blutungen: Die Entfernung der Klitoris ist mit der Verletzung der dorsalen Klitorisarterie verbunden, eine Arterie mit hohem Druck. Die Entfernung des Vulvagewebes bringt ebenfalls hohen Blutverlust mit sich.

d.- Schock: FGM kann bei der Betroffenen mehrere Arten von Schock verursachen, die zusammen oder jeder für sich auch zum Tod führen können:

- durch hohen Blutverlust
- durch Schmerzen und Trauma

e.- Tetanusinfektion durch unsterile Instrumente oder Kontakt der Wunde mit Asche, Erde, Sand, Kräutern, Pasten oder Tierfäkalien, die aufgetragen werden, in der Hoffnung eine bessere Heilung zu erzielen. In den meisten von FGM-betroffenen Ländern gibt es keine flächendeckende Tetanusimmunisierung.

f.- Harnverhalt: Die Unfähigkeit Wasser zu lassen entsteht aufgrund der Schwellung, Inflammation um die Wunde, Verletzung der Harnröhre oder aus Angst der Betroffenen vor den Schmerzen, die der Urin bei Kontakt mit der Wunde verursacht.

g.- Knochenbrüche, Zerrungen, sonstige Verletzungen: Brüche im Bereich der Unter-, Oberarmknochen, Schlüsselbein, Zerrungen, Auskugelungen des Schulter- oder Hüftgelenks durch die Kraftanstrengung, die Betroffenen während der FGM festzuhalten. Auch Verletzungen bzw. Durchbeißen der Zunge sind möglich.

h.- Infektionen aus schon erwähnten Gründen

i.- Wundheilungsstörungen: Die zugefügten Wunden verheilen sehr schlecht und sehr langsam aufgrund der Infektionen, Irritation durch Urin, Anämie (Blutarmut), Fehl- oder Mangelernährung.

j.- Psychisches Akuttrauma

Langzeitkomplikationen

- a.- Dauerhafte Schwierigkeiten Wasser zu lassen
- b.- Häufige Harnwegs-Infektionen mit längerfristiger Schädigung der Blase und Nieren (Steinentwicklung, Nierenversagen). Inkontinenz durch Verletzung des Harnröhrenausgangs.
- c.- Aufsteigende Infektionen der inneren Genitalorgane.
- d.- Unfruchtbarkeit durch irreparable Schädigung nach Infektionen der inneren Genitalorgane.
- e.- Keloidbildung: Die langsame und verzögerte Wundheilung kann zur Ausbildung von exzessiver harter Narbenbildung führen. Dies kann das normale Gehen erschweren und/oder verkleinert die Vaginalöffnung noch mehr und erschwert z.B. spätere Geburten usw.
- f.- Schwierigkeiten eine gynäkologische Untersuchung durch zu führen (besonders bei FGM Typ III)
- g.- Menstruationsschwierigkeiten: Schmerzen durch das langsam abfließende Blut. Lange andauernde Menstruationen und Infektionsgefahr. Hinter der kleinen Öffnung kann es zur Ausbildung von steinähnlichen Ablagerungen (Vaginalkristalle) durch Blut/Urin kommen. Durch die o.g. Keloidbildung kann es zu einem kompletten Verschluss der Vaginalöffnung kommen. Menstruationsblut kann schwer oder teilweise gar nicht abfließen und Vagina und Gebärmutter füllen sich mit nicht abfließendem Menstruationsblut.
- h.- Abszesse: Durch tief im Gewebe schwelende Infektionen kann es zur Ausbildung von Abszessen im äußeren Genitalbereich kommen, die einen akuten oder chronischen Verlauf nehmen können.
- i.- Zysten: Ausbildung von zystischen Veränderungen im gesamten Vulvabereich.
- j.- Neurom der Klitoris (Nervenfasergeschwulst): Durch die Verletzung/ Einnähung/ Narbenbildung kann es zur Überempfindlichkeit der klitorisnahen Nerven kommen. Dies kann zu dauerhaftem Missempfinden, Schmerzen und Problemen beim Geschlechtsverkehr führen.
- k.- Fisteln: Verbindungen zwischen verschiedenen Organen (Blase-Vagina, Vagina-Enddarm, oder zur Haut) durch Infektionen, Verletzungen, lange Geburtsverläufe nach FGM, De-Re-Infibulation (Eröffnung und Wiederverschließen der FGM-Narben). Fisteln führen zu unkontrolliertem Abgang von Urin oder Stuhl. Dies bringt die betroffene Frau ins soziale Abseits und eine Operation zum Verschluss der Fistel kann nur in Institutionen mit speziell ausgebildetem Personal erfolgen.
- l.- Ausbildung einer „falschen Vagina“: Durch die Narbenbildung kann es durch wiederholt forciertem Geschlechtsverkehr zu der Ausbildung einer „falschen Vagina“ kommen.
- m.- Probleme/Schmerzen beim Geschlechtsverkehr
Sexuelle Probleme für beide Partner durch schmerzhaften Verkehr, Schwierigkeiten der Penetration, reduzierte Sensibilität und Lubrikation, häufige Infektionen. Trotzdem sollte gegenüber FGM-betroffenen Frauen keine stereotype Haltung aufgebaut werden, sie seien „sexuell behindert“.
- n.- HIV-Infektion der Betroffenen direkt bei der Beschneidung bzw. durch die größere Verletzungsgefahr beim Geschlechtsverkehr. Der Partner muss durch die Vernarbung und engen Eingang mehr Kraft aufwenden, um zu Penetrieren. Damit besteht auch eine hohe Ansteckungsgefahr des Partners.
- o.- Komplikationen für Mutter und Kind während und nach der Geburt durch lange Geburtsverläufe, kindlichen Sauerstoffmangel, Infektionen, Blutungen.
- p.- Psychische Langzeitprobleme

III. Gesetzliche Regelungen

Strafrecht:

7.- Ja

11.- Unbedingt zu unterstützen.

Ähnlich wie im Falle von Vergewaltigungsoptionen benötigen die betroffenen Frauen mehr Zeit zu seelischen Aufarbeitung. Ggf. sind drei (3) Jahre noch zu wenig, um den Schritt vor ein Gericht zu tun.

Zivilrecht, SGB VIII (KJHG):

14.- Die Forderung ist kritisch zu sehen, da

- a.- es zu einer Stigmatisierung der betroffenen Familien kommen kann
- b.- nicht alle aus FGM-betroffenen Ländern stammende Frauen gleich betroffen sind (z.B. Nigeria „nur“ ca. 50%)
- c.- die Betroffenen evtl. in die Illegalität gedrängt werden

Ggf. kann es zu einer Lösung kommen, wenn alle in Deutschland lebenden Kinder zu kinderärztlichen Untersuchungen verpflichtet werden, wie es in den letzten Monaten im Zuge der „Verwahrlosung“-Fälle diskutiert wurde. Aufklärung ist in jedem Falle vorzuziehen.

IV. Beratung, Betreuung, Prävention und Öffentlichkeitsarbeit

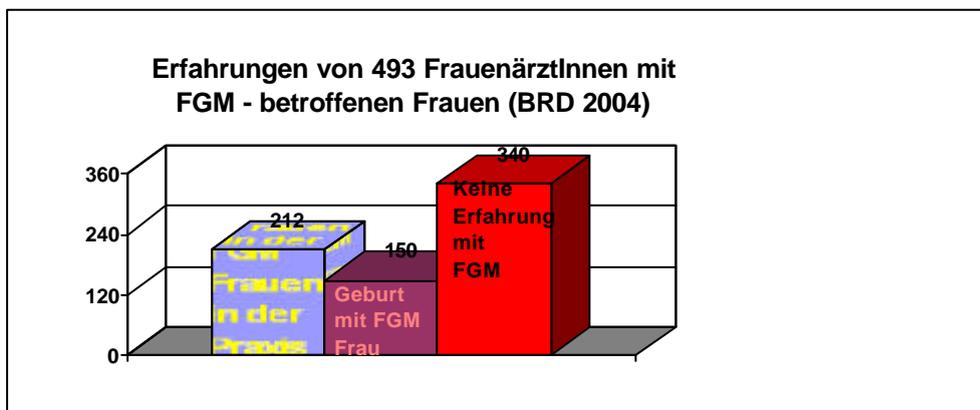
Medizinisches Personal:

18.- Die Empfehlungen der Bundesärztekammer reichen aus.

19.- Es herrscht große Unsicherheit und Fortbildungsbedarf unter den ÄrztInnen. In der o.g. Umfrage unter FrauenärztInnen (Bundesverband der Frauenärzte, Terre de Femme u.a.), sprachen sich 431 von 493 KollegInnen für die Aufnahme des FGM-Themas in Fortbildungen aus.

Nur 493 ÄrztInnen (=3,7%) von 13.182 haben auf die Umfrage geantwortet. Es ist davon auszugehen, dass vor allem die ÄrztInnen geantwortet haben, die bereits mit FGM konfrontiert waren bzw. besonders sensibel für dieses Thema sind. Trotzdem ist augenfällig, dass von den 493 KollegInnen 340 noch nie eine von FGM-betroffene Frau unter der Geburt gesehen haben.

„Nur“ 35 KollegInnen wurden mit dem Anliegen konfrontiert, nach der Geburt die Eröffnung wieder zu verschließen (Re-Infibulation). 212 KollegInnen hatten bereits genitalverstümmelte Frauen in der Praxis behandelt.



Das Thema FGM und seine

Folgen muss in den Lehrplan bzw. in die Lernziele der medizinischen Ausbildung aller MedizinstudentInnen und in den Weiterbildungsplan der Facharztausbildung im Bereich Allgemeinmedizin, Gynäkologie, Pädiatrie und Dermatologie aufgenommen werden. Besonderen Wert sollte auf die Themen: medizinische Auswirkungen, ethische und strafrechtliche Implikationen, interkulturelle Kommunikation und Interaktion gelegt werden.

- 20.- Besonders Hebammen, Frauen- und KinderärztInnen haben die Chance auf die Mütter von Mädchen einzuwirken, die potenziell von FGM bedroht sind. Ähnlich wie bei der Sensibilisierung besonderer Klientinnengruppen (z.B. Teenagersprechstunde) können durch Fortbildungen besondere Qualifikationen vermittelt werden. Dazu müsste ein Schulungscurriculum ausgearbeitet werden.
- 21.- Die Meldepflicht für ÄrztInnen bei Kenntnis einer drohenden FGM kann in bestimmten Fällen der einzige Weg sein, ein Kind vor FGM zu bewahren. Für das Personal von Polizei, Staatsanwaltschaft, Jugendämtern usw. müssen Fortbildungen veranstaltet werden.

Beratung:

- 22.- Nein
- 23.- In den Ballungszentren wie z.B. Berlin kann auf ein Netz von kultursensiblen Übersetzerinnen zurückgegriffen werden. Fortbildungsbedarf über das Thema FGM besteht. Nicht gesichert ist dies in kleineren Städten und ländlichen Gebieten.
Es sollte die kostenfreie Inanspruchnahme einer Dolmetscherin bei Arztbesuchen sichergestellt werden.
- 24.- Ein nationales Referenzzentrum ist auf jeden Fall zu befürworten.
Weitere Aufgaben sollten sein:
- Aufbau medizinischer Zentren in verschiedenen Ballungszentren, die auf spezielle Fragestellungen von FGM-betroffenen Frauen antworten können (z.B. praktische Ausbildung von KollegInnen, Fistel-Operationen, „Rekonstruktion“ der Klitoris)
 - Ausarbeitung von Fort- und Weiterbildungseinheiten für verschiedene Berufsgruppen (ÄrztInnen, LehrerInnen, ÜbersetzerInnen, paramedizisches Personal, Justizbehörden usw.).
 - Entwicklung von themenzentrierten Modulen für die Arbeit im Sexualpädagogischen Bereich für Kinder und Jugendliche.
 - Vorantreiben von Forschungsprojekten, die national und international zu FGM arbeiten.
 - Wissenschaftliche Begleitung von Projekten, die zu FGM arbeiten.

Prävention:

- 27.- Botschaften und Behörden könnten als Orte dienen, um Infomaterial an „den Mann“ zu bringen.
- 31.- Frauenhäuser scheinen kein geeigneter Ort für von FGM bedrohte Frauen zu sein.

Öffentlichkeitsarbeit:

- 33.- Berichte in den Massenmedien gleiten leicht in den Voyeurismus ab. Solide Aufklärungsarbeit über z.B. ein nationales Referenzzentrum, in Schulen, über ÄrztInnen, etc. nutzen der Sache mehr.

Männliche Beschneidung:

Unabhängig von FGM sollte die Beschneidung der Vorhaut von männlichen Kindern/ Jugendlichen ohne medizinische Indikation unter 18 Jahren verboten werden.

Zusammengestellt von: Dr. Christiane Tennhardt; Familienplanungszentrum BALANCE
Mauritiuskirchstr. 3; 10365 Berlin-Lichtenberg