

Zur Komplexität der Beschneidungsdiskurse. Kasuistiken aus der Flüchtlingsberatung in Rotenburg

HELMUT JÄGER

Zur Lage in Deutschland

Genitale Verstümmelungen sind in Deutschland nicht meldepflichtig, daher ist unklar wie viele Frauen davon betroffen sind. Nach einer ersten empirischen Untersuchung sollen „in Deutschland knapp 50 000 Frauen leben, die Opfer einer Genitalverstümmelung wurden. Nach Schätzungen sind zwischen 1 500 und 5 700 Mädchen, die in Deutschland leben, davon bedroht“ (BMFSFJ 06.02.2017). Durch die Zuwanderung sei die Zahl der Mädchen und Frauen aus Ländern, in denen Genitalverstümmelung weit verbreitet ist, von Ende 2014 bis Mitte 2016 um 40 Prozent gestiegen. Die Zahl der Betroffenen in Deutschland habe sich seit 2014 um rund 30 Prozent erhöht.

Die Rechtliche Grundlage

In Deutschland hat jeder das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (GG Art. 2.2). Das Strafgesetzbuch (StGB) verfolgt „Körperverletzungen“ (§ 223) und „Gefährliche Körperverletzungen“ (§ 224). Vor medizinischen Eingriffen muss deshalb eine genaue Aufklärung erfolgen und eine ausdrückliche (schriftliche) Einwilligung vorliegen. Bei Kindern oder Personen, die nicht einwilligungsfähig sind, entscheiden die Sorgeberechtigten. Nicht medizinisch begründete, körperliche Veränderungen an Menschen, die selbst in den Eingriff nicht einwilligen können, widersprechen dem Geist des Grundgesetzes und dem Gesetz zum Kinderschutz (insb. § 4 Kindeswohlgefährdung). Allerdings macht der § 1631d BGB die Einwilligung eines nicht einsichts- und urteilsfähigen männlichen Kindes bei bestimmten genitalem Eingriffen entbehrlich, und Beschneidungen dürfen auch Personen durchführen, „wenn sie dafür besonders ausgebildet und, ohne Arzt zu sein ...“ Damit eröffnet sich ein Interpretationsspielraum für den § 226a StGB (Verstümmelung weiblicher Genitalien), der im Prinzip einen Straftatbestand beschreibt. Prof. Duttke (Uni. Göttingen) schrieb dazu im „Medizinrecht Kommentar“ (PRÜTTING 2016), dass der § 226a (weibliche Genitalverstümmelung) angesichts der Strafbarkeit von gefährlicher und schwerer Körperverletzung (§ 224

und § 226 StGB) eher als „symbolisches Strafrecht“ zu verstehen sei. Er verweist auf „verfassungsrechtliche Bedenken auch im Sinne des Gleichheitssatzes“. Der Begriff „Verstümmeln“ bedeute „jede mechanische Einwirkung auf den Körper, die zur Zerstörung, zum Verlust oder zur (erheblichen) Beeinträchtigung eines Organs“ führe. Deshalb gelte der § 226a nicht für „rein kosmetisch motivierte Eingriffe“ wie z. B. ein Intim-Piercing oder sonstige „Schönheitsoperationen im Genitalbereich“. Da im Bereich der kosmetischen Chirurgie hinsichtlich nicht einwilligungsfähiger Jugendlicher offenbar noch ein rechtsfreier Raum besteht und die entsprechende S4-Leitlinie der AWMF Minderjährige und deren Recht nicht erwähnt, wird es hier vermutlich zu „modernen“ Verstößen gegen das Recht der Unversehrtheit kommen.

Zielgruppen in Walsrode

Die Flüchtlingsberatung im Landkreis Walsrode arbeitet mit dem dortigen Heidekreisklinikum zusammen. Dies liegt in Nachbarschaft zu dem Ankunftszentrum Fallingbommel-Oerbke, dem größten seiner Art im Norden Deutschlands. Von der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung werden regelmäßig Frauen mit genitalem Vernarbungen gesehen und in enger Abstimmung mit Selbsthilfe, Frauengruppen und Behörden beraten und betreut. Im Krankenhaus betreut oder beraten werden Frauen oder minderjährige Mädchen, die

- eine klassischer FGM (Grad 1–3) nach Verstümmelungen im Ausland erlitten haben. Häufig stehen bei ihnen Probleme der Reproduktion im Vordergrund: schwanger werden und auf natürlichem Wege gebären,
- ein Mädchen geboren haben, das durch Beratung und Aufklärung vor FGM geschützt werden muss,
- vor drohender (ggf. erneuter) FGM geflohen sind,
- die auf der Flucht Gewalt erfahren haben, und durch die Misshandlung nicht nur psychisch, sondern oft auch körperlich traumatisiert wurden,

- in Deutschland sexuelle Gewalt erlebt haben oder missbraucht oder verletzt wurden, und deren Traumatisierungen (auf Wunsch auch ohne Hinzuziehung der Polizei) im Rahmen des Netzwerkes ProBeweis gerichtsverwertbar dokumentiert werden können.

Kasuistiken in Stichworten

Allgemein fällt es betroffenen Frauen schwer, sich bezüglich eines tabuisierten Bereiches zu öffnen. Bei niedergelassenen ÄrztInnen können sie ihre Sorgen häufig nicht thematisieren, weil diesen nicht nur Kultursensibilität und Sprachkenntnisse fehlen, sondern oft auch Interesse, Empathie, Zeit und vor allem auch anatomische Kenntnisse. Zum Beispiel ist vielen nicht bekannt, dass es sich bei der Klitoris um ein großes Organ handelt, dessen Spitze zwar gekappt, aber das nicht ohne Weiteres in toto entfernt werden kann. Daraus ergibt sich, dass jede Frau nach FGM optimal durch einen chirurgisch-plastischen Eingriff so versorgt werden kann, dass die Qualität ihres Lustempfindens deutlich gesteigert werden kann. Das ist für die Mehrzahl des betreuenden Fachpersonals zunächst erstaunlich unbekannt.

29 jährige Frau (1 Gravida 0 Para) aus der Elfenbeinküste

Sie wird von der Frauenärztin in der Nähe der Aufnahmeeinrichtung von Örbke eingewiesen, weil „es sich wohl um ein FGM-Problem handele“. Sie lebt seit einem Monat in Oerbke und hatte die Ärztin wegen „Unterleibs-Schmerzen“ aufgesucht. Die Kommunikation mit ihr kann ohne Dolmetscher in Französisch erfolgen. Nach Vertrauens-Aufbau schildert sie, dass sie Schmerzen beim Sex empfinde. Sie habe hier einen Partner kennengelernt, den sie vielleicht wieder verlieren wird, weil ihm der Sex mit ihr keinen Spaß mache. Ihre eigentliche Angst sei es aber, nicht schwanger werden zu können, „weil das Sperma nicht nach innen komme und wieder herauslaufe“. Befund: FGM 2. Grades. Die Klitoris-Spitze ist unter einer Narbenplatte verborgen, die Urethra durch Vernarbungen zur Seite verzogen. Der Introitus ist sehr straff, narbig und nur für 1,5cm durchgängig. Der Befund wird ihr anhand von Zeichnungen ausführlich erklärt. Dabei stellt sich heraus, dass sie weder lesen noch schreiben kann und keine Schule besucht hat, d. h. anatomi-

sche Vorstellungen ihres Beckens hat sie nicht. Sie versteht, dass in ihrem Fall durch eine plastische Rekonstruktion, z. B. im Desert Flower Center in Berlin, eine gute Chance bestünde, befriedigendere Sexualität zu erfahren. Ihre Behandlungsziele formuliert sie jetzt als: „Kein Schmerz beim Sex, Partnerbindung durch Spaß am Sex, schwanger werden und normale Geburt erleben“. Ihr werden dann Kontaktadressen des Netzwerkes gegeben, die ggf. für das weitere organisatorische Vorgehen unterstützen können. Dann beginnt sie zu weinen und schildert ihr Trauma: mit 23 Jahren hätten die Mutter, der Stiefvater und eine unbekannt alte Frau sie nachts, als sie schlief, überfallen und mit Stahlseilen an das Bett gefesselt. Die Vernarbungen der Schnürstellen an beiden Handgelenken und ein Verletzung an der linken Brust in Folge der Bedrohung mit einem Messer sind, wie sie demonstriert, bis heute sichtbar. Nach der Ankettung erfolgte die Verstümmelung, durch „alle drei“. Sie war bis dahin verschont geblieben, sollte aber offenbar durch ihre Eltern an einen alten Mann verheiratet werden, dessen Familie eine FGM einforderte. Seither sei sie auf der Flucht. Ein Familienkontakt bestünde nicht mehr. Sie erhält einen Arztbrief an Ihre Frauenärztin, die alles weitere veranlassen soll und verabschiedet sich.

24 jährige Frau aus der Elfenbeinküste

Um 23:00 des gleichen Tages wird wieder eine Frau aus der Elfenbeinküste mit einem Rettungswagen gebracht. Sie leide unter starken Bauchschmerzen und wird zunächst einem Chirurgen vorgestellt. Der findet keinen Hinweis für eine Blinddarmentzündung und schickt sie zum gynäkologischen Assistenzarzt. Der ruft wegen des Befundes, den er bei der vaginalen Untersuchung sieht, seinen Hintergrund (mich). Bei der Anamnese in Französisch schildert sie, dass sie immer wieder unter Unterbauchbeschwerden leide. Sie habe sich abends mit der anderen Frau aus der Elfenbeinküste ausgetauscht, und die habe sie ermutigt, doch mal ins Krankenhaus zu gehen, da dort nette Ärzte seien. Auch sie litt unter Schmerzen beim Sex bei FGM 2. Grades (durchgeführt im Alter von 3–4 Jahren). Die Klitoris-Region ist vernarbt, der Introitus etwa 2cm offen. Ihr Fluchtgrund sei eine Zwangsverheiratung gewesen. Alte Frauen der Familie des künftigen Ehemanns hätten sie untersucht und befunden, dass die erste FGM nicht ordentlich durchgeführt worden sei, und hät-

ten eine Re-Verstümmelung gefordert. Die sei aber nicht erfolgt, weil sie weglief. Unterwegs auf der Flucht habe sie dann Sex gehabt, nie mit Spaß und oft gewaltsam. Die Ursache ihrer Schmerzen bestand in einer chronischen Eileiterentzündung (ggf. einer Chlamydieninfektion), die nach der Beratung behandelt wurde.

42 jährige Frau (Para 5) aus Äthiopien

Normale Geburt bei Zustand nach FGM Grad 3 mit starken Vernarbungen (Eröffnung vor dem ersten Sex und anschließend vier Spontangeburt). Die Frau spricht nur ihre Heimatsprache. Der Vater des letzten Kindes ist ein Somalier, der hier Aufenthaltsstatus genießt und arbeitet. Das Ehepaar versorgt 3 liebenswerte Mädchen und das jetzt neugeborene Mädchen. Bei dem Beratungsgespräch mit ihr und mit Ehemann bei Entlassung sagt sie, dass sie verstehe, was eine Klitoris-Rekonstruktion sei, aber das wolle sie nicht, ggf. aber später eine Sterilisation. Beide lehnen eine FGM bei Ihren Töchtern vehement ab. Er versichert sehr spontan und bestimmt: „Wenn die alten Frauen bei uns zu Besuch kommen, werde ich meine Kinder schützen!“

28 jährige Frau (Gravida 1) aus Äthiopien unter der Geburt

Sie wird nachts mit einem Rettungswagen gebracht, weil sie unter der Geburt ist. Papiere wie Mutterpass besitzt sie nicht. Sie spricht keine Fremdsprache und Dolmetscher sind nicht erreichbar. Ihr Ehemann radebrecht in Englisch. Die Hebamme findet die Herztöne des Kindes und legt ein CTG an. Sie versucht, die Frau vaginal zu untersuchen, die aber überkreuzt ihre Beine. Nach geduldigen Zureden willigt sie doch in die Untersuchung ein und man darf auch einen Arzt (mich) dazu holen. Befund: der Kopf befindet sich im Becken und wird nur durch Vernarbungen nach FGM 2–3 Grades zurückgehalten. Es kann so nicht geboren werden. Die Frau macht panische Abwehr-Zeichen, die vielleicht signalisieren sollen: „Keine Vagina-Eröffnung“. Der Mann dagegen macht abwechselnd Zeichen, die vielleicht ein Messer oder Schere symbolisieren sollen. Er zeigt mit seiner Scherengeste nach unten in die Afterregion, und bedeutet: „Nicht nach oben!“. Er wird gebeten, sich in den Hintergrund zu setzen. Beim nächsten Pressen erfolgt die scharfe Eröffnung der Narbenspange nach oben unter Befreiung der Urethra-öffnung. Der Damm bleibt durch

die Geburt intakt. Als die atraumatischen Nähte für die Vulva-Verletzung vorbereitet werden, fragt der Mann, ob seine Frau jetzt auch wieder zugenäht werde. Das entschiedene „Nein!“ scheint die Frau, die ihr Kind (ein Mädchen) kuschelt, zu beruhigen. Jedenfalls lächelt sie. Am nächsten Morgen lassen sich beide gegen ärztlichen Rat ins Aufnahmelager zurückbringen.

24 jährige Frau (Gravida 1) aus Somalia in der 22. Schwangerschaftswoche

Die Frau stellt sich zu einem von ihrer Hebamme vereinbarten Beratungstermin wegen FGM und Geburtsplanung vor. Eine Dolmetscherin des Krankenhauses für Arabisch ist anwesend, ferner der Ehemann und zwei ältere Begleiterinnen. Der Grund ihres Besuches ist: Sie wolle normal ohne Kaiserschnitt gebären. Zunächst erfolgen eine Aufklärung zu einer Untersuchung und das Einverständnis. Befund: FGM II-III, Öffnung 2 cm, sehr straff, Urethra bedeckt, starke Vernarbungen und Verziehungen. Sie wird beraten, dass so eine vaginale Geburt risikoreich sei, und es wird vorgeschlagen, den Introitus durch eine De-Infundibulation zu eröffnen und die groben Narbenplatten zu beseitigen. Alle Beteiligten stimmen zu, und es wird ein Termin vereinbart. Die Hebamme erwirkt wenig später die Zustimmung des Sozialamtes zu Kostenübernahme. Der niedergelassene Frauenarzt, der die Einweisung hätte veranlassen müssen, lehnt gegenüber der Hebamme ab. Der Eingriff sei teuer und überflüssig. Man könne genauso gut eine „großzügige Episiotomie schneiden, ggf. beidseits“. Er vereinbart dazu einen Termin in einer anderen Geburts-Klinik. Dort Spontangeburt mit einer (nach Angaben der Hebamme) „sehr ausgedehnten medio-lateralen Episiotomie, die mit Einzelknopfnähten versorgt wurde“. Die Narbenplatte über der Urethra war erhalten geblieben. Als die Hebamme mit der Frau alleine zu kommunizieren versuchte, teilten ihr die beiden älteren Frauen mit, dass sie nicht mehr gebraucht werde.

24 jährige Gravida 1, 22 J. aus Gambia in der 16. Schwangerschaftswoche

Stationäre Aufnahme wegen Schwangerschaftserbrechen, das sich immer wieder verschlimmert, wenn ihr Mann aus Sierra Leone sie besucht. Während er fordernd, ungeduldig und latent aggressiv wirkt, ist sie ausgesprochen unzugänglich, still,

wortkarg. In ihrem Mutterpass, in dem drei Ultraschalluntersuchungen dokumentiert sind, steht „keine Besonderheiten“. Bei einem sehr vorsichtigen Versuch, Kontakt aufzubauen, öffnet sie sich zunächst nur wenig. Dann äußert sie, dass sie Angst vor einem Kaiserschnitt habe. Sie ist mit einer vaginalen Untersuchung einverstanden, bei der sich dann eine FGM zeigt; vermutlich 3. Grades, die vor oder während des ersten Sexes (ggf. mit einem Messer) gesprengt wurde. Die Urethra liegt unter einer Narbenspange verborgen. Der Introitus ist nur etwa für 2 cm offen. Sie wird beraten, dass es günstig sei, vor Geburt die Narbenspangen zu entfernen (De-Infundibulation), und es wird ein Termin acht Wochen vor der Geburt vereinbart. Der Eingriff wird dann wie geplant komplikationslos durchgeführt, und später entbindet sie spontan und ohne Verletzungen. Bei Geburt war ihr Mann nicht anwesend, nähere Informationen zu ihrem Schicksal oder ihrer aktuellen Situation gab sie aber nicht preis. Aber sie willigte ein, in der Aufnahmeeinrichtung von einer Hebamme betreut zu werden.

Links

- AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.) www.awmf.org/leitlinien/de/tail/anmeldung/1/II/009-019.html.
- BILDUNGSPORTAL KUTAIRI www.kutairi.de/.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/erste-studie-mit-zahlen-zur-weiblichen-genitalverstuemmelung-fuer-deutschland/-113908.
- INTEGRA Dt. Netzwerk zur Überwindung der weiblichen Genitalverstümmelung. Studie zu weiblicher Genitalverstümmelung in Deutschland. 14.01.2017: www.netzwerk-integra.de/startseite/studie-fgm.
- MEDIZINISCHES-COACHING (Links zum Recht auf Unversehrtheit, Beratung und Versorgung) www.medizinisches-coaching.net/fgm_in_dtschl.html.
- POPULATION REFERENCE BUREAU, FGM Data 2017 www.prb.org/pdf17/FGMC%20Poster%202017.pdf.
- PROBEWEIS www.probeweis.de.
- PRÜTTING D (Hrsg): Medizinrecht Kommentar. 4. Auflage 2016 (3412 Seiten), Luchterhand, ISBN 978-3-472-08662-8.
- REFUSHE (Wegweiser bei Gewalt, Zwang, Sexualität, FGM, Diskriminierung, Zukunftsgestaltung) als App bei Google PlayStore erhältlich.
- SHE DECIDES www.shedecides.com/the-manifesto/.
- UEFGM (United to end FGM) <https://uefgm.org/>.
- ZANZU (Aufklärung in zwölf Sprachen) www.zanzu.de/de/Wahl-der-Sprache

Helmut Jäger, Dr. med., ist Arzt für Frauenheilkunde und blickt beruflich auf ein breites Spektrum des Wirkens im Rahmen der medizinischen Entwicklungshilfe.

Hinter dem Amtshof 17, 27356 Rotenburg
e-mail (BNI Hamburg): jaeger@bnitm.de
e-mail-home: jaeger@medizinisches-coaching.net
www.medizinisches-coaching.net

Forum

Migration • Gesundheit • Integration

herausgegeben von:

Ramazan Salman • Dr. Thomas Hegemann &
Prof. Dr. İlhan Kızıllhan

Begutachtung im interkulturellen Feld. Zur Lage der Migranten und zur Qualität ihrer sozialgerichtlichen und sozialmedizinischen Begutachtung in Deutschland.
J. COLLATZ, W. HACKHAUSEN & R. SALMAN (Hg.)
Band 1 • 267 Seiten • ISBN 978-3-86135-290-7

Interkulturelle Beratung. Grundlagen, Anwendungsbereiche und Kontexte in der psychosozialen und gesundheitlichen Versorgung
THOMAS HEGEMANN & BRITTA LENK-NEUMANN (Hg.)
Band 2 • 197 Seiten • ISBN 978-3-86135-291-4

GERTRUD WAGEMANN

Verständnis fördert Heilung. Der religiöse Hintergrund von Patienten aus unterschiedlichen Kulturen.
Ein Leitfaden für Ärzte, Pflegekräfte, Berater und Betreuer
Band 3 • 123 Seiten • ISBN 978-3-86135-292-1

Sonnenberger Leitlinien.

Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie. Erfahrungen und Konzepte in Deutschland und Europa
WIELANDT MACHLEIDT, RAMAZAN SALMAN & IRIS T. CALLIESS (Hg.)
Band 4 • 302 Seiten • ISBN 978-3-86135-293-8

RAMAZAN SALMAN

Interkulturelle Gesundheitsmediatoren.
Aufbau eines sich langfristig selbsttragenden Systems.
Begleitstudie zum MiMi-Gesundheitsprojekt in Hamburg
Band 5 • 86 Seiten • ISBN 978-3-86135-294-5

JAN İLHAN KIZILHAN

Depresyon ve Psikolojik Ağrılar. Hastalığı Yenmenin Yolları
Depression and somatoforme Schmerzen.
Wege aus der Krankheit
Band 6 • 144 Seiten • in türkischer Sprache
ISBN 978-3-86135-295-2

Gesunde Kinder. Ein Handbuch für die Interkulturelle Gesundheitsförderung in Erziehung, Pädagogik und Beratung
DRK, LANDESVERBAND WESTFALEN-LIPPE E. V.
& ETHNO-MEDIZINISCHEN ZENTRUM E. V.
Band 7 • 192 Seiten • ISBN 978-3-86135-296-9

JAN İLHAN KIZILHAN

Kultursensible Psychotherapie.
Hintergründe, Haltungen und Methodenansätze
Band 8 • 176 Seiten • ISBN 978-3-86135-297-6

JAN İLHAN KIZILHAN

Handbuch zur Behandlung kriegstraumatisierter Frauen.
Transkulturelle Behandlungsmethoden und Techniken am Beispiel der Fraue aus dem Irak
Band 9 • 160 Seiten • ISBN 978-3-86135-329-4

VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung
www.vwb-verlag.com