

Kampf gegen weibliche Genitalverstümmelung im In- und Ausland

STELLUNGNAHME der AG FIDE zur Antwort der Bundesregierung vom 11.7.2001 auf die Große Anfrage der Fraktion der SPD und Fraktion Bündnis 90 / Die Grünen, Bundestagsdrucksache 14/6682 (neu)

C. Zerm, Herdecke; C. Hoestermann, Unna; J. Wacker, Bruchsal; J. Volz, Mannheim

In der aktuellen politischen Diskussion ist durch die Große Anfrage an die Bundesregierung zu deren Aktivitäten im Kampf gegen die weibliche Genitalverstümmelung ein Thema behandelt worden, das uns Frauenärzte besonders interessieren sollte. Da für unsere Arbeitsgemeinschaft die Förderung der „Internationalen Frauengesundheit“ im Mittelpunkt steht, möchten wir in diesem Artikel kurz die Antwort der Bundesregierung referieren.

Die schrittweise Überwindung der FGM (**F**emale **G**enital **M**utilation) weltweit ist ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung des Gesundheitszustandes von Millionen Frauen. Daher begrüßt die AG FIDE die Aktivitäten der Bundesregierung, die diese in einer ausführlichen Antwort des Auswärtigen Amtes vom 11.7.2001 auf eine Große Anfrage hin dargestellt hat (18). Die Bundesregierung unterstützt demzufolge Maßnahmen gegen FGM sowohl im internationalen Rahmen indirekt als auch im Rahmen bilateraler Zusammenarbeit direkt. International werden im Rahmen der UN Aktivitäten der WHO, der UNICEF sowie der UNFPA finanziell unterstützt, ferner setzt sich die Bundesregierung auf großen internationalen Versammlungen für die Achtung der Menschenrechte ein, so z.B. bei den UN-Sondergeneralversammlungen zum Thema Weltbevölkerung im Juni/Juli 1999 („Kairo + 5“), zur Situation der Frauen in der Welt im Juni 2000 in New York („Frauen 2000“; „Peking + 5“) und zum Thema „Kinder“ im September 2001.

Auch im bilateralen Rahmen wird bei der Auswahl derjenigen Länder, mit denen intensiver entwicklungspolitisch zusammengearbeitet werden soll, neben anderen Kriterien vermehrt die Beachtung von Menschenrechtsfragen berücksichtigt. Verständlicherweise handelt es sich hierbei besonders um Länder mit reformorientierten Regierungen. Die Bundesregierung stützt sich vor allem auf die Berichte ihrer Botschaften vor Ort.

Maßnahmen und Zielgruppen

Für die Jahre 1999 bis 2002 sind 5,8 Millionen DM für die „Förderung von Initiativen zur Überwindung der FGM“ bereitgestellt worden, wobei besonders Maßnahmen in West- und Ostafrika unterstützt werden. Leitgedanke ist dabei die Einbeziehung der Zivilgesellschaft und die Berücksichtigung des gesellschaftlich-kulturellen Umfeldes. Daher richtet sich die Zusammenarbeit neben den staatlichen Institutionen auch an Nichtregierungsorganisationen (NGO's) sowie an überregionale Netzwerke. Zielgruppen sind existente und potentielle Opfer, Eltern, Männer, Frauengruppen, Lehrer, Gesundheitspersonal und nicht zuletzt die Beschneiderinnen selbst sowie religiöse und administrative Autoritäten vor Ort.

Zielgruppen in Deutschland sind Migrantinnen, das psychologische und medizinische Personal (im Text nicht näher definiert), das Personal in Ausländerbehörden und in Länderbehörden. Die Bundesregierung richtet ihre Öffentlichkeitsarbeit im Wesentlichen an Multiplikatoren und stellt darüber hinaus eine gut zusammengefaßte Information als Broschüre des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend („Genitale Verstümmelung bei Mädchen und Frauen“) allen Interessierten zur Verfügung. Sie verweist ferner auf die Entschließung des 99. Deutschen Ärztetages 1996, mit der FGM ausdrücklich als „unzulässig und berufsrechtlich zu ahnden“ qualifiziert wurde. Im Bericht der

Bundesregierung nicht ausdrücklich erwähnt ist der medizinische Nachwuchs, d.h. die medizinischen Fakultäten und Fachgesellschaften als Adressaten, ferner Juristen und Justizangestellte. Diese beiden Berufsbereiche kommen naturgemäß neben den Ausländerbehörden im besonderen Maße mit der FGM-Problematik in Berührung.

Als Indiz für das gewachsene Bewußtsein von der Tragweite der FGM ist zu begrüßen, daß das Strafmaß in diesem Zusammenhang deutlich heraufgesetzt worden ist. Allerdings ist die vollendete Tat sowie die Beihilfe dazu nur das letzte Glied in einer Kette, die mit sehr viel Information, behutsamer Aufklärung, Erziehung und sozialer Veränderung zu tun hat. In dieser Beziehung besteht auch in Deutschland noch ein erheblicher Nachholbedarf an sachgemäßer Information, insbesondere auch über den soziokulturellen Kontext.

Spezifische Beratung

Die Einrichtung spezifischer FGM-Beratungsstellen ist Ländersache. Letztlich noch ungeklärt ist die Frage, ob solche spezifischen Beratungsstellen tatsächlich frequentiert würden oder ob nicht kompetente, allgemeine Beratungsstellen für Migrantinnen geeigneter wären, mit der erforderlichen Feingefühligkeit auch für Fragen im Zusammenhang mit FGM zur Verfügung zu stehen. Die Bundesregierung ist übereinstimmend mit den Bundesländern der Auffassung, daß aufgrund der immer noch starken Tabuisierung und der hohen persönlichen Hemmschwelle eine primär spezifische Beratung kaum angenommen werden würde.

Neue gesetzliche Regelungen

Als wichtige Neuerungen sind herauszustellen, daß **erstens** nunmehr bereits im Vorfeld der Asylantragsstellung die Betroffene um Kontakt mit einer „speziell geschulten Entscheiderin“ sowie selbstverständlich mit einer Dolmetscherin bitten kann, dies im Gegensatz zu früher, wo eine solche Bitte erst bei Antragsstellung selber vorgetragen werden konnte; dabei sollte die Kontaktperson jeweils ebenfalls eine Frau sein.

Zweitens ist die allgemeine Verwaltungsvorschrift zu §53 Abs. 4+6 AuslG im Juni 2000 dahingehend geändert worden, daß nun auch die *drohende* FGM ein Abschiebungshindernis darstellt. Ein bisher noch nicht eindeutig zugunsten der verfolgten Frauen geklärtes rechtliches Problem stellt hierbei der Ursprung der Verfolgung dar. Häufig wird FGM als fortdauernde kulturelle Praxis noch weiter vorgenommen, obwohl die betreffenden Staaten dies nicht mehr unterstützen oder gar unter Strafe gestellt haben. Wenn insofern eine staatliche Verfolgung nicht mehr vorliegt, sondern nur noch eine nichtstaatliche, geschlechtsspezifische Verfolgung, fällt diese formalrechtlich nicht unter den Wortlaut des Grundgesetzes Artikel 16a Abs. 1, der den Asylschutz lediglich bei *staatlicher Verfolgung* vorsieht. Selbst Juristen argumentieren inzwischen jedoch zunehmend, daß im Falle FGM die Auslegung des Artikels 16a nicht weiter so „abstrakt staatstheoretisch....“ bleiben darf (18, S. 12).

Es bedarf also noch weiterhin umfassender, bewußtseinsbildender Aktivitäten auf den unterschiedlichsten professionellen und öffentlichkeitswirksamen Ebenen, um den Maßnahmen zur Überwindung der FGM national und international wirksam und nachhaltig zum Erfolg zu verhelfen. Im Zuge der zunehmenden europaweiten Harmonisierung sollte die Einbeziehung geschlechtsspezifischer Verfolgung (staatlicher *und* nichtstaatlicher Herkunft) als Asylgrund von vornherein auch europaweit rechtlich verankert werden.

Konzepte für die Zukunft

Abschließend verweist die Bundesregierung darauf, daß ein „gemeinsames Konzept für die Information, Beratung und Schutz von Migrantinnen“ aller einschlägiger Stellen noch nicht erarbeitet ist. Ein solches Konzept sollte nicht nur zwischen der Bundesregierung und den Ländern mit den zuständigen Verwaltungen und Fachberatungsstellen, sondern auch unter Einbeziehung von Nichtregierungsorganisationen wie z.B. Terre des Femmes, Intact, Deutsch- Afrikanische Fraueninitiative u.v.a.m. sowie wissenschaftlicher Arbeitsgemeinschaften wie der FIDE erstellt werden.

Im Anschluß daran oder bereits parallel dazu wäre eine ständige Qualitätsentwicklungsarbeit in allen relevanten Bereichen wünschenswert: In Behörden, Beratungsstellen, Krankenhäuser, Justiz, Universitäten und Schulen sowie nicht zuletzt auch als qualifizierte Berichterstattung in den Medien.

WHO-Klassifikation

Zur komprimierten Information folgt hier noch die WHO-Klassifikation der FGM sowie einige wichtige medizinische Früh- und Spätkomplikationen, die, neben der gravierenden psychischen Traumatisierung mit all ihren Folgen, von erheblicher Bedeutung für den Gesundheitszustand der weiblichen Bevölkerung in den betreffenden Ländern sind (1, 2, 3, 4...).

Die WHO unterscheidet 4 Typen von FGM:

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 die Excision eines Teiles bzw. des gesamten externen Genitale mit Vernähen der Wundränder, so daß eine winzige Öffnung zur Vagina hin offen bleibt, welche den Abfluß von Urin und Menstruationssekret erlaubt. Dabei werden außer Klitoris mit Praeputium und den kleinen Labien auch die medialen Anteile der großen Labien entfernt und die Wundränder dann vereinigt (bis auf eine bleistift- bzw. schilfrohrdünne Öffnung, worauf das Wort „Fibula“ (= Schilfrohr) in „Infibulation“ hinweist).

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

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 1. Lebensjahrsiebt.

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 Dysmenorrhoen,

aszendierende 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.

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.

FGM in Veranstaltungen der AG FIDE

Die AG FIDE möchte mit dieser Stellungnahme zu einer weiteren Intensivierung der Bewußtseinsbildung und des Kenntnisstandes innerhalb unseres Fachgebietes, darüber hinaus aber auch bei allen Verantwortungsträgern, und in einer breiten Öffentlichkeit beitragen.

Das Thema FGM wird auch Schwerpunktthema der wissenschaftlichen Sitzung der AG FIDE im Rahmen des diesjährigen 54. Kongresses der DGGG vom 10.-14.09.2002 in Düsseldorf sowie auf der diesjährigen 9. Jahrestagung der AG FIDE vom 1.-3. November 2002 in Herdecke sein. Interessierte Fachkolleginnen und -kollegen und andere, in der Entwicklungszusammenarbeit bzw. Frauengesundheit tätige Kolleginnen und Kollegen sind hierzu herzlich eingeladen.

Literatur:

1. WHO. Female Genital Mutilation: 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. Medizinische Aspekte der rituellen „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: Self-reported validity, social determinants and secular decline 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 zum Problem der Beschneidung der Frau Frauenarzt 37 (1996)Nr.10: 1460-1464
13. Dehne, K; Wacker, J. et al.: Female Genital Mutilation in the North of Burkina Faso curare 20 (1997) 2: 221-242

