

# Umgang mit weiblicher Beschneidung

## Aufklärung und Defibulation

Nach Angaben der WHO sind weltweit zwischen 85 und 115 Millionen Mädchen und Frauen beschnitten. Die Weltgesundheitsorganisation geht davon aus, daß jedes Jahr zwei Millionen Mädchen im Alter zwischen 4 und 12 Jahren hinzukommen. In weiten Teilen Afrikas ist die Frauenbeschneidung oder FMG (female genitale mutilation = weibliche Genitalverstümmelung) ein Begriff, den auch die WHO verwendet – ein Routineeingriff, der von Muslimen, Christen und Anhängern von Naturreligionen gleichermaßen vorgenommen wird.

Mit Rasierklingen, Glasscherben und anderen scharfen Gegenständen führen auf dem Land meist ältere, erfahrene Frauen, sogenannte Beschneidungsspezialistinnen, die Prozedur ohne Anästhesie und Antibiotika aus. Die Praxis ist vorislamisch und vorchristlich, legitimiert wird sie durch kulturelle Tradition, Mythen von der Unreinheit der weiblichen Genitalien oder Initiationsrituale. Obwohl der Koran die Frauenbeschneidung weder vorschreibt noch verbietet, gilt sie in manchen Formen des afrikanischen Volksislams als religiöses Gebot. Ganz gleich, welche Gründe für die weibliche Genitalverstümmelung angegeben werden: einig sind sich die praktizierenden Gruppen darin, daß ein Mädchen nur dann heiraten kann, wenn es „anständig“ beschnitten ist.

### Verständnisvoll argumentieren

Durch zunehmende Migration werden immer häufiger westliche Ärztinnen und Ärzte mit Frauen konfrontiert, die in ihrer Kindheit beschnitten wurden. Viele Mädchen, die im westlichen Ausland leben, werden von der Familie zur Beschneidung in die jeweiligen Heimatländer geschickt. Hilfsorganisationen und Initiativen wie TERRE DES FEM-

MES, (I)NTAKT oder daFi (Deutsch-Afrikanische Frauen Initiative) in Berlin gehen davon aus, daß auch in Deutschland – ähnlich wie in England oder Frankreich – Mädchen beschnitten werden. Die Fälle treten allerdings so gut wie nie ans Tageslicht, weil der Eingriff in den Migrationsländern als schwerer Verstoß gegen die Menschenrechte gilt und in Deutschland nach §§ 223 ff des Strafgesetzbuches verboten ist. Zudem verstößt das Vorgehen gegen die ärztliche Berufsordnung. Aus Scham und Angst sprechen weder Mütter noch betroffene Kinder über ihre Beschneidung. Erst bei Patientinnen und Gebärenden tritt sie zutage.

Westliche Gynäkologinnen, Gynäkologen und Hausärzte machen die Erfahrung, daß ein großer Teil der Frauen den besonderen Zustand der eigenen Genitalien für selbstverständlich erachtet und auch deshalb die Beschneidung der eigenen Tochter nicht ablehnt. Die Präventionsarbeit muß daher behutsam erfolgen und die Aufklärung über gesundheitliche Folgen der „female genital mutilation“ in den Vordergrund stellen. Mit Bedacht und Verständnis sollte man versuchen, die Mütter im Gespräch so zu führen und zu informieren, daß sie nicht mehr bereit sind, ihren Töchtern den Eingriff zuzumuten.

### 4 Typen der Beschneidung

Um kompetent beraten zu können, müssen sich behandelnde Ärztinnen und Ärzte Kenntnisse über die kulturellen Hintergründe, aber auch über die anatomischen Auswirkungen der „female genital mutilation“ verschaffen. Auf dieser Grundlage können sie ihre Patientinnen über Operationen (Defibulationen) informieren, bei denen das ursprüngliche Aussehen der Genitalien rekonstruiert wird. Meist lassen sich dadurch körperliche Beschwerden be-

heben; außerdem ist die Defibulation für eine ungehinderte Geburt erforderlich.

Die WHO unterscheidet 4 Typen der „female genital mutilation“:

**Typ 1:** Exzision des Präputium clitoridis mit oder ohne Exzision eines Teils oder der ganzen Klitoris.

**Typ 2:** Exzision von Klitoris und Präputium zusammen mit einem Teil der kleinen Labien oder den kleinen Labien in toto.

**Typ 3:** Die extremste Form der Frauenbeschneidung, Infibulation genannt: Exzision eines Teils bzw. der ganzen externen Genitale mit Vernäherung der Wundränder, so daß nur eine winzige Öffnung zur Scheide hin offen bleibt. Neben Klitoris mit Präputium und den kleinen Labien werden auch die medialen Anteile der großen Labien entfernt.

**Typ 4:** Er bezeichnet verschiedene Formen und Variationen der Beschneidung, die nicht näher zu klassifizieren sind.

Am weitesten – das heißt bei ca. 80 % der Betroffenen – sind die Typen 1 und 2 verbreitet. 15 % der Mädchen und Frauen fallen der Infibulation zum Opfer. Eine frauenärztliche Untersuchung, die generell bei beschnittenen Frauen erschwert sein kann, erweist sich bei infibulierten Frauen, die noch keinen oder nur selten Geschlechtsverkehr hatten, oft als unmöglich. Wenn Frauen allerdings schon seit längerer Zeit verheiratet sind oder geboren haben, gibt es bei der Untersuchung üblicherweise keine Schwierigkeiten mehr.

### Prävention durch Information

Während unmittelbar nach einer Beschneidung akute Komplikationen wie Schock, Blutungen und Infektionen auftreten können – auch von Todesfällen wird berichtet – gehören, neben möglichen psychischen Problemen, Schwierigkeiten beim Urinieren, bei

der Menstruation und beim Geschlechtsverkehr zu den Spätfolgen. Die Situation - Schmerz beim Geschlechtsverkehr - ist verinnerlicht. Vor allem die Geburt stellt für beschnittene Frauen ein großes gesundheitliches Risiko dar, da die Infibulation mit einem fast vollständigen Verschluss der Vagina verbunden ist.

Vor einem chirurgischen Eingriff ist ein intensives Informationsgespräch notwendig. Die infibulierten Patientinnen müssen darüber aufgeklärt werden, daß der natürliche Zustand vor der Beschneidung durch keine Operation wieder herzustellen ist. Allerdings soll die behandelnde Ärztin oder der Arzt hervorheben, daß durch die Defibulation ein freier Zugang zur Vagina und Urethra geschaffen werden kann, wodurch in der Regel nicht nur ein schmerzfreier Geschlechtsverkehr, sondern auch eine ungehinderte Geburt möglich wird. Das Gespräch eignet sich

darüber hinaus gut dafür, präventiv gegen Beschneidung zu wirken, indem man darauf hinweist, daß der Eingriff keine Vorteile sondern nur medizinische Probleme mit sich bringt. Möglicherweise wird sich die Patientin dann gegen eine Beschneidung der eigenen Tochter entscheiden.

#### Mittelweg oder vollständige Rekonstruktion?

J. Pok Lundquist und U. Haller vom Departement für Frauenheilkunde des Universitätsspitals Bern sprechen sich bei der Defibulation für „einen guten Mittelweg“ aus. Dabei werden zwei neue „kleine Labien“ aus dem Restgewebe nach Infibulation, mit Vernähen der Defibulationswunde ventral des Orefizium externum urethrae zur Klitorisgegend hin, gebildet. Gerade weil viele Frauen ihr Beschnittensein als normal empfinden, solle die normale Anatomie der Vulva nur dann vollstän-

dig rekonstruiert werden, wenn die betroffene Frau dem zustimme. Am Northwick Park Hospital in West London wurde 1993 eine Klinik für beschnittene Frauen eingerichtet. Der Gynäkologe Harry Gordon berichtet, daß dort bei den Defibulationen in den meisten Fällen die normale Anatomie – mit besonderer Berücksichtigung der Klitoris, wenn diese trotz Beschneidung noch erhalten ist – wieder hergestellt werde. Gordon bezeichnet es als erstrebenswert, die Operation in allen Fällen vor einer Entbindung durchzuführen.

Katja Möhrle

#### Literatur:

C. Beck-Karrer: Soziokulturelle Aspekte der „Frauenbeschneidung“ gynäkol. prax. 25, 311-315 (2001) Hans Marseille Verlag GmbH München

Harry Gordon: Female Genital Mutilation, The Diplomat, volume 5, number 2, June 1998

J. Pok Lundquist und U. Haller: Medizinische Aspekte der rituellen „Frauenbeschneidung“, Hans Marseille Verlag GmbH München

## Wer war 's ?

Daß Habilitationsschrift „Die cytoarchitektonische Kortexgliederung der Halbaffen“ seine von der Berliner Medizinischen Fakultät als ungeeignet zurückgewiesen wurde, veranlaßte den Leiter der Nervenheilanstalt Alexanderbad im Fichtelgebirge, Dr. Oskar Vogt, zu der Bemerkung, die Fakultät habe damit „eine untildbare Schuld“ auf sich geladen. Vogt war von der wissenschaftlichen Begabung des Gesuchten überzeugt und attestierte ihm sowohl einen „tiefen Drang nach Erkenntnis“ als auch die „selbstlose Hingabe an die dazu erforderliche Arbeit“. Die Entscheidung des jungen Arztes, sich der Neurologie und Psychiatrie zuzuwenden, ging auf die Begegnung mit Vogt zurück.

Seinen ursprünglichen Plan, sich als praktischer Arzt im Schwarzwald niederzulassen, hatte der 1868 als Sohn eines Landwirts Geborene ohnehin schon kurz nach der Approbation aufgegeben und sich zu ärztlicher Weiterbildung an den Universitäten Lausanne und München begeben. In der bayerischen Landeshauptstadt war er Volontär an der Kinderabteilung des Reisingerianums und besuchte psychiatrische Vorlesungen



von Professor Grashey. Während eines Aufenthaltes im Fichtelgebirge, wo er eine schwere Diphtherie auskurieren wollte, lernte der Gesuchte Vogt kennen und wurde sein Assistent.

In Berlin hörte er 1896/97 klinische Vorlesungen über Psychiatrie, Neurologie, Hirnanatomie und Experimentalpsychologie, arbeitete und promovierte am pathologischen Institut in Leipzig, bevor er ab 1898 an verschiedenen öffentlichen Kliniken und Anstalten arbeitete. So auch bis 1901 an der Städtischen Irrenanstalt zu Frankfurt a.M. unter Professor Ernst Sioli. Im dortigen mikroskopischen Laboratorium motivierte ihn Professor Alois Alzheimer zur anatomischen Forschung in der Psychiatrie. 1901 folgte er dem Ruf Oskar Vogts in dessen 1898 in Berlin gegründetes Neuro-biologisches Institut. Während seiner fast zehnjährigen Forschungstätigkeit in dem Institut verfaßte er sein Hauptwerk „Vergleichende Lokalisationslehre der Großhirnrinde“. Seine Karten zur Struktur des Gehirns fanden Eingang in die ärztliche Ausbildung.

Katja Möhrle