

Helen Starke

Dr. med.

Weibliche Genitalbeschneidung in Europa – eine medizinethische Reflexion zur Entwicklung eines medizinischen Leitlinienkompendiums

Fach/Einrichtung: Geschichte der Medizin

Doktormutter: Prof. Dr. Monika Bobbert

Die Prävalenz von Frauen und Mädchen in Deutschland, die beschnitten oder von FGC bedroht sind, hat durch die Flüchtlingskrise 2015 deutlich zugenommen.¹ Die Akteure des Gesundheitssystems müssen Verantwortung bei der Prävention von FGC und FGC-bedingten Komplikationen übernehmen. Bis heute existiert jedoch keine nationale medizinische Leitlinie, die sich ausführlich und praxisnah mit der weiblichen Genitalbeschneidung beschäftigt. Es mangelt aktuell insbesondere an konkreten Empfehlungen zur Vermittlung von Kultursensitivität während der medizinischen Betreuung und zum praktischen Umgang mit Kindeswohlgefährdung ebenso wie an ausgearbeiteten spezifischen Materialien wie einer FGC-spezifischen Aufklärung, Anamnese, Betreuungsscheckliste und FGC-spezifischen Untersuchungsbedingungen in zeitsparender Form wie Flow-Charts² und Tabellen. Der Anspruch der vorliegenden Arbeit besteht darin, diese Lücken durch ein unmittelbar verständliches und praktikables Leitlinienkompendium zur medizinischen Betreuung und Behandlung betroffener und gefährdeter Frauen und Mädchen zu füllen. Als grundlegend hierfür erwiesen sich die intensive Auseinandersetzung mit den Erklärungsmustern und gesundheitlichen Komplikationen von FGC sowie die umfassende Wissensvertiefung und Zusammenfassung der national anerkannten rechtlichen, berufs- und medizinethischen Voraussetzungen zum Thema FGC.

Bei der Erarbeitung des Forschungsstandes zur weiblichen Genitalbeschneidung wurde ersichtlich, dass zur Etablierung von Kultursensitivität³ in den Betreuungs- und

¹ Vgl. Nestlinger et al. (2017).

² Flow- Charts werden insbesondere in Großbritannien verwendet.

³ Kultursensitivität im medizinischen Kontext wird durch die Wahrnehmung, Erfragung und Berücksichtigung kultureller Normen und Werte in der medizinischen Behandlung und Betreuung praktisch realisiert. Aus diesem Grund wurde in Kapitel zwei und sechs eine wissenschaftlich-theoretische Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen „Motiven“ der weiblichen Genitalbeschneidung vorgenommen. Im Leitlinienkompendium wurden die Ergebnisse der wissenschaftlichen Auseinandersetzung zur Entwicklung von Gesprächs- und Aufklärungsinhalten über FGC genutzt. Zusätzlich wurde die Erfragung und Berücksichtigung von Wünschen und Tabus bei Untersuchungen, Schwangerschaftsvorsorge, Geburt und Operationen - soweit medizinisch möglich - in das Leitlinienkompendium übernommen. Darüber hinaus wurde auf eine Kontaktliste für Ärzte und betroffene Frauen und Mädchen verwiesen, die schnelle und professionelle Hilfe bei FGC erfahrenen Ansprechpartnern ermöglicht. Diese wurde um Dolmetscherleistungen und migrationspezifische Beratungs- und Hilfsangebote erweitert.

Behandlungsempfehlungen ein Verständnis über die Erklärungsmuster von FGC gewonnen werden musste. Aus diesem Grund wurde in Kapitel eins, fußend auf den Arbeiten von Janne Mende und Janna Graf, eine wissenschaftlich-theoretische Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen „Motiven“ der weiblichen Genital-beschneidung vorgenommen.⁴ Es wurde herausgearbeitet, dass die am häufigsten genannten Erklärungsmuster⁵ sowohl identitätsstiftende als auch diskriminierende Momente beinhalten, die einerseits ein Zusammengehörigkeitsgefühl in praktizierenden Gemeinschaften erzeugen und andererseits zu existentieller Stigmatisierung und Benachteiligung von nicht praktizierenden Frauen und Familien führen. Besonders intensiv wurde das Erklärungsmuster „Religion“ unter Zuhilfenahme der Magisterarbeit „Gelehrtenkonferenz in Kairo zum Thema „Weibliche Genitalbeschneidung im Islam“ von Dörthe Engels erarbeitet und entkräftet.⁶

Im Rahmen der Literaturrecherche und einer differenzierten Analyse der herangezogenen Literatur wurde außerdem deutlich, dass die gesundheitlichen Komplikationen nach Genitalbeschneidung in den gesichteten Leitlinien und Veröffentlichungen zumeist unkritisch als wissenschaftlich erwiesene Konsequenzen von FGC dargestellt werden. Den zugrundeliegenden Studien mangelt es größtenteils an guter methodischer Qualität. Dies ist besonders bedeutsam, da die Kritik an FGC zumeist unter Verweis auf die potentiellen gesundheitlichen Komplikationen geübt wird. Daher lag der Fokus in Kapitel drei auch darauf, die Schwierigkeiten bei der Erhebung und methodenkritischen Auswertung von Daten zu FGC-Komplikationen zu erörtern und einen möglichst realistischen Überblick über die potentiellen Komplikationen zu geben. In diesem Zusammenhang wurden die FGC-Komplikationen, nach ausführlicher Darstellung der Studienqualität, anhand der aktuellen „reviews“ von Rigmor C. Berg et. al. erläutert. Es bleibt jedoch kritisch festzuhalten, dass Berg und seine Kollegen ebenfalls lediglich die bereits existierenden Studiendaten auswerten konnten und die Ergebnisse dementsprechend einzuordnen sind. Mit dem Kapitel konnte letztlich ein signifikanter, wenn auch begrenzter Einblick in die Herausforderungen wissenschaftlichen Arbeitens speziell in Bezug auf FGC vermittelt werden. Das Desiderat qualifizierter wissenschaftlicher Studien und Arbeiten über die gesundheitlichen Komplikationen der weiblichen Genitalbeschneidung muss an dieser Stelle nochmals hervorgehoben werden.

⁴ Vgl. Mende (2011) und Graf (2013).

⁵ Vgl. Kapitel 2.5 Erklärungsmuster weiblicher Genitalbeschneidung: Tradition, Religion, soziale Akzeptanz, Erhöhung der Erfolgsaussichten für eine Hochzeit, Erhaltung der Jungfräulichkeit, Hygiene, Bekämpfung von Promiskuität, Erhöhung der Fruchtbarkeit, Zum Gefallen des Ehemannes, Zur Erhaltung der Gesundheit.

⁶ Vgl. Engels (2008).

Die ausführliche Darstellung der nationalen Gesetzeslage, die Ausarbeitung der „risikoabhängigen Interventionsschemata bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung durch drohende oder erfolgte weibliche Genitalbeschneidung für Ärzte“ sowie die medizinethischen Exkurse zur männlichen Genitalbeschneidung und zu weiblichen Schönheitsoperationen wurden im Rahmen der Dissertation neu erarbeitet. Ein neues Strafgesetz „§226a StGB Verstümmelung weiblicher Genitalien“ wurde erst 2016 erlassen und muss sich noch hinsichtlich seiner Praktikabilität beweisen. Unklar ist, inwiefern es in der Zukunft von betroffenen Mädchen oder Stellvertretern (Jugendamt) angewendet und Anzeige gegen Täter und Mittäter (die eigenen Eltern) erstattet wird. Vom Gesetzgeber wurde vermutlich insbesondere auf eine abschreckende Wirkung abgezielt.

Diskussionswürdig bleibt ob eine Typ I, und, je nach Ausmaß, eine Typ IV Beschneidung⁷ rechtlich wie eine deutlich invasivere Genitalbeschneidung (z.B. Infibulation) gewertet und bestraft werden sollten, wie es aktuell im Gesetz vorgesehen ist und durch die Gesetzesbegründung gerechtfertigt wird.⁸ Das „risikoabhängige Interventionsschema bei Kindeswohlgefährdung durch drohende oder erfolgte Beschneidung für ÄrztInnen“ wurde in Kapitel vier von der Autorin der vorliegenden Arbeit neu entwickelt.⁹ Das Schema verbindet praktische, am FGC-Risikoassessment¹⁰ orientierte Handlungsempfehlungen für ÄrztInnen mit den juristischen Vorgaben des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz „§4 KKG Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz“. Hierdurch wird eine interdisziplinäre Verantwortungsübernahme von Ärzten und Jugendhilfe für bedrohte bzw. betroffene Mädchen ausgewiesen, die sich in der Praxis umsetzen lässt. Im medizinethischen Exkurs zur differierenden gesetzlichen Einordnung von männlicher und weiblicher Genitalbeschneidung¹¹ konnte ein normativer Maßstab (Eingriffsmotivation, -intensivität, und -schaden)¹² erarbeitet werden, der die differierende Hierarchisierung von elterlichen Grundrechten¹³ und kindlichen Grundrechten¹⁴ durch die Gesetzgebung nachvollziehbar macht. Allerdings muss festgehalten werden, dass in den letzten Jahren neue Studienergebnisse zu den gesundheitlichen Komplikationen nach männlicher Zircumzision

⁷ In Großbritannien werden auch genitale Piercings als Typ IV Beschneidung klassifiziert. Vgl. Low-Beer and Creighton (2015).

⁸ Vgl. Kapitel 4.3 §226a StGB Straftatbestand „Verstümmelung weiblicher Genitale“ in Deutschland und Gesetzesbegründung Deutsche Bundesregierung (2016).

⁹ Entwicklung in Anlehnung an die „Interventionskette beim Verdacht der drohenden Kindeswohlgefährdung- Medizinisches Personal“ der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration der Stadt Hamburg. Vgl. Hamburger runder Tisch gegen Genitalverstümmelung der Stadt Hamburg (2015).

¹⁰ FGC-Risikoassessments: Fragebögen, die Ärzte zur Einschätzung der Gefahr einer drohenden Genitalbeschneidung oder FGC-abhängiger gesundheitlicher Komplikationen (nach erfolgter Genitalbeschneidung) bei Frauen, Mädchen und weiblichen Verwandten (Töchter, Schwestern, Nichten) dienen. Vgl. Kapitel 7.4.1.4.

¹¹ Vgl. Kapitel 4.5 Exkurs: Rechtliche und medizinethische Abgrenzung der weiblichen von der männlichen Genitalbeschneidung.

¹² Vgl. Sotiriadis (2014).

¹³ Das Grundrecht der Eltern auf Freiheit der Religion (Artikel 4 GG) und auf Pflege und Erziehung der Kinder (Artikel 6 GG).

¹⁴ Das Grundrecht des Jungen auf Menschenwürde (Artikel 1 GG), auf freie Entfaltung der Persönlichkeit und körperliche Unversehrtheit (Artikel 2 GG) und auf Gleichberechtigung und Nicht-Diskriminierung (Artikel 3 GG), auf Glaubens- Gewissens- und Religionsfreiheit (Artikel 4 GG).

veröffentlicht wurden, die in Zukunft eine verschärfte Diskussion des §1631d BGB, also der Beschneidung des männlichen Kindes begründen könnten. Auch die differierende rechtliche und medizinethische Einordnung von weiblicher Genitalbeschneidung und weiblichen genitalen Schönheitsoperationen wurde anhand der genannten Maßstäbe im zugehörigen Exkurs erläutert. Eine weibliche genitale Schönheitsoperation darf nach Aufklärung und „unter Beachtung der aktuellen Regeln der ärztlichen Kunst“ durchgeführt werden, wenn sich ihre Eingriffsmotivation deutlich von der einer weiblichen Genitalbeschneidung unterscheidet. Die Eingriffsmotivation beruht jedoch in beiden Fällen zumeist auf der Erfüllung gesellschaftlicher bzw. gemeinschaftlicher Idealvorstellungen (optisch, kulturell), die durch unterschiedlich geartete Sanktionen erzwungen werden. Im Unterschied zu den genitalen Schönheitsoperationen sind die Sanktionen im Falle der FGC jedoch eindeutig existentieller Natur und repräsentieren ein tief verwurzeltes Abhängigkeitsverhältnis der Frauen gegenüber den Männern und Gemeinschaften. Aus diesem Grund darf keine Medikalisierung der weiblichen Genitalbeschneidung erfolgen, kann aber die Indikation zur weiblichen genitalen Schönheitsoperation in Deutschland gestellt werden.¹⁵ Die Operation soll laut Leitlinie des „Royal College of Obstetricians and Gynaecologists“ allerdings nur durchgeführt werden, wenn sie für die Wiederherstellung oder Erhaltung der körperlichen und geistigen Gesundheit der Frau unbedingt erforderlich ist.¹⁶

Von der Bundesärztekammer wurde im April 2016 eine „Empfehlung zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung“ veröffentlicht, in der die berufseigene moralische Position gegenüber FGC verdeutlicht wird.¹⁷ Die Empfehlungen basieren neben nationalrechtlichen Vorgaben auf den Regeln und Prinzipien der Berufsausübung aus der Berufsordnung für Ärzte.¹⁸ So sind die Ärzte und Ärztinnen im Rahmen ihrer medizinischen Tätigkeit nicht nur zur Einhaltung der relevanten deutschen Gesetze, sondern insbesondere auch gegenüber ihrem Berufsethos verpflichtet. Aus diesem Grund wurden die ärztlichen Regeln und Prinzipien der Berufsausübung in Kapitel fünf in Bezug auf die weibliche Genitalbeschneidung veranschaulicht.¹⁹ Als Vertrauens- und Respektsperson genießen

¹⁵ Die American Academy of Pediatrics diskutiert die potentiellen Vorteile eines medikalisierten Ersatzrituals „Nicking of the clitoral prepuce“: Das Ersatzritual würde unter sterilen Bedingungen durchgeführt, die Mädchen würden nicht mehr in das Heimatland zur Durchführung einer FGC wesentlich invasiveren Ausmaßes gebracht, eine Annäherung zwischen praktizierenden Gemeinschaften und medizinischem Fachpersonal durch Achtung kultureller Bräuche wäre möglich und könnte zum endgültigen Verzicht auf FGC führen. Vgl. Committee of the Bioethics (2010) S.1092.

¹⁶ Vgl. Low-Beer and Creighton (2015).

¹⁷ Vgl. Bundesärztekammer (2016).

¹⁸ Vgl. Berufsordnung für Ärzte der Bundesärztekammer (2015).

¹⁹ Beispiele für Regeln und Prinzipien aus der Berufsordnung: Es gilt das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, sowie Leiden zu lindern (§1). Zu den ärztlichen Berufspflichten gehört, dass Ärzte keine Grundsätze (Traditionen, religiöse Gebote) anerkennen dürfen, die mit den genannten Aufgaben nicht vereinbar sind oder deren Befolgung sie nicht verantworten können. Sie dürfen nicht das Interesse Dritter (Beispielweise Eltern, Ehemann) über das Wohl der PatientInnen stellen (§2; (1) und (2)). In den Behandlungsgrundsätzen und Verhaltensregeln steht: „Jede medizinische Behandlung hat unter Wahrung der Menschenwürde und unter Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte der Patientinnen und Patienten, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts, zu erfolgen.“ (§7; (1)).

Ärztinnen und Ärzte zumeist ein hohes Ansehen bei MigrantInnen. Die Erläuterung der berufsethischen Handlungsprinzipien und gesundheitlichen Komplikationen nach FGC können im Rahmen der FGC spezifischen Aufklärung dazu beitragen, Verständnis der praktizierenden Frauen und Männern für die ärztliche Ablehnung einer medikalisierten FGC oder Reinfibulation zu entwickeln.

Im Rahmen der Auseinandersetzung mit der weiblichen Genitalbeschneidung stellte sich durchgängig die Frage, mit welchem Maßstab die Praxis kritisch hinterfragt werden darf. In der zugehörigen wissenschaftlichen Diskussion wird immer wieder der Begriff des Kulturrelativismus laut: „Ein kulturübergreifender, einheitlicher Maßstab verkenne den situativen Kontext kultureller Handlungen.“²⁰ In Ablehnung von Menschenrechts-Garantien wird argumentiert, dass insbesondere ein in der politischen Vergangenheit westlicher Länder begründeter Maßstab nicht zur Diskussion fremdländischer Kulturen herangezogen werden kann. Unwidersprochen bleibt jedoch, dass durch den Kontakt von Menschen mit unterschiedlichen kulturellen Werten und Normen sowie daraus resultierenden Handlungen Gespräche notwendig werden, die einen verständnis- und respektvollen (kultursensiblen) Umgang miteinander ermöglichen und auf die Achtung grundlegender Menschenrechte hinwirken. Kultursensibilität kann aber nicht mit vorbehaltloser Akzeptanz zuvor vielleicht unbekannter, gleichwohl aus ethischer und rechtlicher Sicht gut begründeter Normen und Werte gleichgesetzt werden. Vielmehr wird Kultursensibilität und Respekt vor Menschen aus anderen Ländern durch das erfragende Erkennen und Berücksichtigen kultureller Unterschiede im täglichen Leben explizit. Diese Berücksichtigung muss jedoch vereinbar sein mit den grundlegenden Werten und Normen, die wiederum durch die nationalen Gesetze und ratifizierten Menschenrechtsinstrumente ersichtlich und praktisch umgesetzt werden.

In Kapitel sechs wurden die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (AEMR)²¹ sowie aus ihr hervorgegangene Menschenrechtsdokumente zur Auseinandersetzung mit der weiblichen Genitalbeschneidung und ihren Erklärungsmustern angewandt. Kultursensibilität erreicht die AEMR in ihrer internationalen völkerrechtlichen Anerkennung als normativer Maßstab, durch ihre weltweite Vorbildfunktion für den Entwurf eigener regionaler

²⁰ „Der Kulturrelativismus legt Wert auf die Koexistenz von Kulturen, die als gleichwertig angesehen werden sollen. Demnach sollten Kulturen nicht im qualitativen Vergleich zueinander stehen oder bewertet werden, da immer der jeweilige situative und kulturelle Kontext betrachtet werden sollte, um Verhaltens- und Denkweisen sowie Normen und Werte einer anderen Kultur zu verstehen. Ein großer Kritikpunkt ergibt sich dadurch, dass der Kulturrelativismus kein universelles Wertesystem anerkennt, da dies bedeuten würde, dass einzelne kulturelle Standpunkte nicht berücksichtigt werden würden. Somit kann von einem kulturrelativistischen Standpunkt auch das Paradigma der Menschenrechte nicht vertreten werden.“ Vgl. Interkulturelle Kompetenz und interkulturelle Trainings (2017) und Graf Vitzthum (2007) S. 17 ff.

²¹ Die AEMR und aus ihr hervorgegangene Menschenrechtsinstrumente werden in Kapitel fünf angewendet: Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (AEMR), Internationaler Pakt über bürgerliche und politische Rechte (ICCPR), internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (ICESCR), Übereinkommen über die Rechte des Kindes (CRC) und Übereinkommen über die Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW).

Menschenrechtsinstrumente²² und die Umsetzung des Selbstbestimmungsrechtes der Völker in den aus ihr hervorgegangenen Internationalen Pakten. Darüberhinaus wurden die zugehörigen „General Comments“²³ der verantwortlichen UN- Menschenrechtsfachkomitees²⁴ zur inhaltlichen Interpretation der jeweiligen Menschenrechtsartikel in der vorliegenden Arbeit herangezogen. Die Inhalte der „General Comments“ werden durch die von den Vereinten Nationen berufenen, legitimierten sowie repräsentativ nach Weltregionen besetzten Fachausschüsse in multikulturellen Diskussionen zur Interpretation der Menschenrechte formuliert.²⁵ Mit der Anwendung der „General Comments“ als praktische Umsetzungsvorgaben der spezifischen Menschenrechtsartikel wurde somit auf eine überregional gültige sowie kultursensible Interpretation der Menschenrechtsartikel abgezielt. Die speziell auf die FGC bezogene Interpretation und Ausdifferenzierung grundlegender Menschenrechtsnormen leistete die Autorin der vorliegenden Arbeit. Hierdurch wurden Aussagen zu den Erklärungsmustern der weiblichen Genitalbeschneidung gewonnen, die von ÄrztInnen im Rahmen der FGC-spezifischen Anamnese und FGC-spezifischen Aufklärung genutzt werden können, um durch existierendes Hintergrundwissen Veränderung und Umdenken der Frauen und Familien zu erreichen. So kann den gemeinschaftsabhängigen Motiven für FGC mit Kenntnis und Verständnis für ihren kulturellen Hintergrund begegnet werden, ohne von den normativen Vorgaben abzuweichen. Zusätzlich konnten aus der medizinethischen Diskussion präventive Maßnahmen für die medizinische Betreuung und Behandlung betroffener bzw. bedrohter Frauen und Mädchen formuliert werden, die in den Empfehlungen für ein Leitlinienkompendium umgesetzt wurden.

Im ersten Teil des Leitlinienkompendiums wurden die wesentlichen theoretischen Kenntnisse zur weiblichen Genitalbeschneidung teilweise tabellarisch²⁶ zusammengefasst, um eine schnelle und unkomplizierte Wissensvermittlung für anwendende Ärztinnen und Ärzte zu ermöglichen. Für die Formulierung der Betreuungs- und Behandlungsempfehlungen im praktischen Teil des Leitlinienkompendiums wurden die Aussagen der „best practice“

²² Beispiele: Die Afrikanische Charta der Menschenrechte und Rechte der Völker, die Arabische Charta der Menschenrechte, Erklärung der Menschenrechte im Islam (Hauptdurchführungsgebiete der weiblichen Genitalbeschneidung).

²³ „General Comments“: Praktische Umsetzungsvorgaben der spezifischen Menschenrechtsartikel, die von den Menschenrechtsfachkomitees, bzw. UN-Vertragsorganen oder Treaty Bodies formuliert werden.

²⁴ Menschenrechtsfachkomitees: Fachausschüsse (Treaty Bodies auch UN-Vertragsorgane genannt) der Vereinten Nationen, die von den jeweiligen Vertragsstaaten berufen werden und repräsentativ nach Weltregionen besetzt sind. Sie überprüfen die (Vertrags-) Staatenberichte über die nationale Umsetzung der rechtlichen Inhalte der Menschenrechtsdokumente. Darüber hinaus formulieren sie die „General Comments“.

²⁵ Aufgrund der multikulturellen Diskussion der Menschenrechtsartikel innerhalb der Komitees ist von einer kultursensiblen Interpretation und der Formulierung kultursensibler praktischer Umsetzungsvorgaben auszugehen. Heiner Bielefeldt, Philosophie der Menschenrechte, S 18: „Anders verhält es sich mit einer ‚kritischen Vermittlung‘ zwischen den Menschenrechten und verschiedenen kulturellen Traditionen, durch die deutlich werden könnte, dass Menschenrechte durchaus an die humanen Anliegen unterschiedlicher kultureller und religiöser Traditionen anschließen können. Durch den Aufweis, dass Menschen aus unterschiedlichen kulturellen und religiösen Traditionen in Menschenrechten auch normative Leitideen ihrer Traditionen in moderne Gestalt wiedererkennen können.“

²⁶ Die relevanten nationalen Gesetze und ihre Anwendung sowie die Aussagen und Maßnahmen zur weiblichen Genitalbeschneidung aus der medizinethischen Diskussion werden beispielsweise tabellarisch wiedergegeben.

Leitlinien²⁷, der WHO-Guidelines und FIDE AG e.V.,²⁸ der Leitlinien der Deutschen Ärztekammer und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie die Empfehlungen des Artikels „Medizin für Menschen aus fernen Ländern und Kulturen“ geprüft, zusammengefasst und um wichtige Bestandteile erweitert.²⁹ Die nötigen medizinischen und ethisch-theoretischen Voraussetzungen wurden in den vorausgegangenen Kapiteln eins bis sechs der vorliegenden Arbeit entwickelt. Die im Leitlinienkompendium zusammengefassten Empfehlungen sind als Expertenkonsens zu verstehen, der auf ihrer übereinstimmenden Wiedergabe in den genannten Leitlinien beruht. Die Empfehlungen wurden auf ihre Vereinbarkeit mit der nationalen Gesetzgebung, dem medizinischen Berufsethos und den in der medizinethischen Diskussion entwickelten Aussagen und Maßnahmen zur weiblichen Genitalbeschneidung geprüft. Zur Gewährleistung eines kultursensiblen Kontaktes zwischen Arzt bzw. Ärztin und Patientin wurden die Erklärungsmuster und ihre medizinethische Bewertung im theoretischen Teil des Kompendiums komprimiert für Ärzte dargestellt. Im praktischen Teil wurden diese Vorkenntnisse aufgegriffen, um den Ärztinnen und Ärzten zu einer einfühlsamen Gesprächsführung über die individuellen Motive der weiblichen Genitalbeschneidung zu verhelfen und um in der FGC-spezifischen Aufklärung auf diese Erklärungsmuster und mögliche Alternativen zur Beschneidung eingehen zu können. Charakteristisch für die praktizierenden Gemeinschaften ist, dass ein immenser „Beschneidungsdruck“ ausgeübt wird. Häufig fordern auch die Großmütter in praktizierenden Familien den Fortbestand von Traditionen maßgeblich ein. Dieser kulturellen Besonderheit wurde durch den Einbezug der beteiligten Familienangehörigen und Gemeinschaften in die Empfehlungen zur Aufklärungsarbeit Rechnung getragen.³⁰ Zusätzlich wurde ein besonderer Fokus auf die Erfragung und Beachtung von kulturellen Tabus und Wünschen im Rahmen der Empfehlungen zur Anamnese, Untersuchung, Behandlung, Geburt und Schwangerschaftsvorsorge gelegt.

Die Empfehlungen wurden zu *facharztübergreifenden* praktischen Grundkenntnissen und *fachartspezifischen* praktischen Grundkenntnissen zusammengefasst und nach ihrer

²⁷ Vgl. Marti (2013) Leitlinienempfehlungen der Schweiz sowie Großbritannien.

²⁸ Die Arbeitsgemeinschaft F.I.D.E. e.V. ist ein Zusammenschluss von ÄrztInnen, die über berufliche Erfahrungen im Bereich von Gynäkologie und Geburtshilfe unter einfachen Bedingungen also z.B. in Entwicklungsländern verfügen, und ein gemeinsames Engagement für die gesundheitliche Situation der Frau, insbesondere in der „Dritten Welt“ betreiben.

²⁹ Vgl. Peters et al. (2015), Marti (2013), Hohlfeld et al. (2005), Jäger and Hohlfeld (2009), Low-Beer and Creighton (2015), Utz-Billing et al. (2011), FIDE e.V. (2006), World Health Organization (2016b), Bundesärztekammer (2016).

³⁰ Mit Aufklärungsmaßnahmen ist die Aushändigung von Infobroschüren, von informierenden Briefen über die Notwendigkeit einer Defibulation bzw. Eröffnung des Narbengewebes und das Verbot eines erneuten Verschlusses an die Familienangehörigen und Gemeinschaften gemeint. Ebenfalls besteht die Möglichkeit des Allgemeinmediziners durch Kontakt mit der gesamten Familie und Mitgliedern der Gemeinschaft, das innerfamiliäre bzw. gemeinschaftliche Gespräch über FGC (auch mittels Informationsbroschüren, Stellungnahmen zur Notwendigkeit einer „Eröffnung“ von Narbengewebe, zum Verbot der Refibulation) zu fördern und anzuleiten. Dies entspricht dem sogenannten „community based approach“ der Aufklärungsarbeit, der bei FGC empfohlen wird. Vgl. Marti (2013).

präventiven Funktion aufgegliedert. Dazu wurden die Betreuungs- und Behandlungsempfehlungen für die Fachbereiche Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Allgemeinmedizin, Plastische Chirurgie und Psychologie in primärpräventive Empfehlungen (Empfehlungen zur Verhinderung einer FGC), sekundärpräventive Empfehlungen (Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie von FGC-Komplikationen) und tertiärpräventive Empfehlungen (Rezidivprophylaxe von FGC-Komplikationen und Rehabilitationsmaßnahmen nach FGC) zusammengefasst. Im Rahmen der *facharztübergreifenden* praktischen Grundkenntnisse wurden drei FGC-spezifische Flow-Charts neu entworfen: die FGC-spezifische Präventions- und Betreuungsanleitung,³¹ der FGC-spezifische Schwangerschaftsvorsorgeplan³² und das risikoabhängige Interventionsschema beim Verdacht auf Kindeswohlgefährdung (durch drohende oder erfolgte Beschneidung) für Ärzte³³. Die FGC-spezifischen Risikoassessments³⁴ zur Gefährdungsbeurteilung einer drohenden Beschneidung oder drohender FGC-Komplikationen nach erfolgter Beschneidung bei der Patientin und weiblichen Verwandten (Töchter, Nichten) wurden übersetzt und ergänzt. Die Checklisten für die FGC-spezifische medizinische Betreuung, die FGC-spezifische Anamnese sowie die FGC-spezifische Aufklärung wurden für das Leitlinienkompendium neu entwickelt. Das Leitlinienkompendium ermöglicht Ärztinnen und Ärzten, schon beim ersten Kontakt mit Frauen und Mädchen aus Prävalenzländern eine umfassende kultursensible medizinische Betreuung und Behandlung zu gewährleisten und eine Kindeswohlgefährdung durch FGC abzuwenden. Es konnten entscheidende theoretische und praktische Wissenslücken über die kultursensible Betreuung und Behandlung von FGC bedrohten oder betroffenen Frauen und Mädchen geschlossen werden.

Zugleich wurden andere Wissenslücken ersichtlich. Nicht vollständig geklärt werden konnten beispielsweise die finanzielle Vergütung der medizinischen Versorgung von betroffenen oder bedrohten Patientinnen sowie die Finanzierung ärztlicher Leistungen wie Defibulation, genitaler Rekonstruktion und gesundheitlicher Rehabilitation.³⁵ Zusätzlich ergab sich in diesem Zusammenhang die Frage, wie das Problem der Sprachbarriere gelöst werden soll,

³¹ Vgl. Kapitel 7.4.1.2 Die FGC-spezifische Präventions- und Betreuungsanleitung.

³² Vgl. Kapitel 7.4.1.2 Die FGC-spezifische Präventions- und Betreuungsanleitung und Kapitel 7.4.2.1.1.4 Der FGC-spezifische Schwangerschaftsvorsorgeplan. Beide wurden in Anlehnung an den „FGM Safeguarding Pathway“ und den „Plan of care for women with FGM in pregnancy“ aus dem FGM Safeguarding and Risk Assessment und der FGC-Behandlungsleitlinie des Department of Health United Kingdom entworfen. Vgl. Department of Health (2017), Low-Beer and Creighton (2015).

³³ Das risikoabhängige Interventionsschema beim Verdacht auf Kindeswohlgefährdung (durch drohende oder erfolgte Beschneidung) für Ärzte wurde in Anlehnung an die „Interventionskette beim Verdacht der drohenden Kindeswohlgefährdung- Medizinisches Personal“ der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration der Stadt Hamburg entwickelt. Vgl. Hamburger runder Tisch gegen Genitalverstümmelung der Stadt Hamburg (2015).

³⁴ Die als Vorlage dienenden „Safeguarding risk assessments“ entstammen ebenfalls dem FGM Safeguarding and Risk Assessment des Department of Health United Kingdom. Vgl. Department of Health (2017).

³⁵ Zumeist sind die Frauen und Mädchen Asylsuchende, deren medizinische Versorgung nach dem Asylgesetz geregelt ist. Vgl. Kapitel 7.4.1.1 Besonderheiten bei der Betreuung von durch FGC bedrohten und betroffenen Frauen und Mädchen.

wenn Dolmetscherleistungen nicht von den Kostenträgern übernommen werden, Familienangehörige und Mitglieder der Gemeinschaft aber nicht als Übersetzer in Frage kommen. Ebenso bleibt unklar, wie mit der absoluten Ablehnung einer gynäkologischen Untersuchung von Mädchen aus Prävalenzländern beim Pädiater sowie Kinder- und Jugendgynäkologen umgegangen werden soll.

Letztendlich bleibt festzuhalten, dass bei der Betreuung und Behandlung von bedrohten Frauen und Mädchen großes Feingefühl gefragt ist, das nicht durch Flow-Charts, Tabellen und Checklisten ersetzt werden kann. Den Frauen und Familien mit Respekt zu begegnen und trotzdem zum richtigen Zeitpunkt zu intervenieren, Verbindlichkeit zu schaffen, ohne zu diskriminieren oder Arztwechsel zu provozieren, sind extrem hohe Herausforderungen für alle involvierten Ärztinnen und Ärzte. Die Verantwortung zu erkennen und zu teilen, auch interdisziplinär, ist ein wichtiges Qualitäts- und Sicherheitsmerkmal bei der Betreuung bedrohter Frauen und Mädchen. Hierzu können das kollegiale Gespräch sowie der Einbezug des Jugendamtes nützlich sein. Ein enormes präventives Potential besteht, neben der Schwangerschafts- und pädiatrischen Vorsorge, in der Einführung einer äußeren genitalen Untersuchung im Rahmen der bundesrechtlich vorgeschriebenen Gesundheitsuntersuchung nach § 62 AsylVfG, die beispielsweise in Bayern innerhalb von drei Tagen nach Registrierung in einer Erstaufnahmeeinrichtung erfolgen muss.³⁶ Zu diskutieren bleibt in diesem Zusammenhang jedoch die Gefahr einer potentiellen (Re-) Traumatisierung der Asylsuchenden nach Flucht und eventuell bereits erfolgter FGC. Dem Wunsch der Ärzte nach Weiterbildung innerhalb der Facharztausbildung bzw. spezifischer Fortbildung sowie der Ausbildung und Berufung speziell verantwortlicher Ärzte innerhalb einer Abteilung für FGC-Fragen und -Behandlung in Ballungszentren (FGC-Kompetenzzentren) sollte nachgekommen werden.³⁷ Die Implementierung einer Gesundheits-erziehung zum Thema FGC, beispielweise in den Beratungsstellen für Familie und Gesundheit sowie Migration, im Rahmen der Jugendhilfemaßnahmen und im Sexualkundeunterricht bleibt unvermeidlich, wenn es um die Prävention der FGC geht.³⁸

³⁶ Eine zusätzliche äußere genitale Untersuchung im Rahmen der Einschulungsuntersuchung wäre denkbar.

³⁷ Vgl. Nestlinger et al. (2017), Low-Beer and Creighton (2015).

³⁸ Vgl. Kapitel 6.4.4 Menschenrecht eines Jeden auf ein Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit und World Health Organization (2016a).