

Familienplanungs- *RUNDBRIEF*

Ausgabe Dezember 2011 Nr. 4

Inhalt

Impressum	2
Betreuung von Frauen mit Genitalbeschneidung	3
Die gerichtliche Praxis bei der Beurteilung von Genitalverstümmelung als Asylgrund	10
Rechtslage in Deutschland	14
Hinweise	
- Aktuelle Bewertung der HPV-Impfung	17
- Stellungnahme zu Rechtsfragen bei der Behandlung Minderjähriger	18
- Pille danach: US-Gesundheitsministerium verhindert Aufhebung der Altersbegrenzung für den rezeptfreien Zugang	19

Impressum: © 2011
Herausgeber: pro familia-Bundesverband
Redaktion: Helga Seyler, Frauenärztin, Hamburg
Dr. med. Ines Thonke, Frankfurt am Main
Anschrift: pro familia-Bundesverband
Stresemannallee 3
60596 Frankfurt am Main
E-Mail: rundbrief@profamilia.de
Internet: www.profamilia.de/Angebot/Publikationen/Familienplanungsrundbrief

Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Betreuung von Frauen mit Genitalbeschneidung¹

Helga Seyler

In Deutschland wie in anderen europäischen Ländern leben viele Frauen, die aus Ländern zugewandert sind, in denen Genitalverstümmelung noch häufig durchgeführt wird.

Nach Schätzungen der Menschenrechtsorganisation Terre des Femmes leben in Deutschland ca. 18.000 Frauen und Mädchen, die von einer Genitalbeschneidung betroffen sind, sowie 5.000 bis 6.000 Mädchen, die gefährdet sind, beschnitten zu werden.

In den letzten Jahren erfuhr das Thema zunehmende Aufmerksamkeit in den Medien und der breiten Öffentlichkeit. Neben Menschenrechtsorganisationen wie Terre des Femmes oder FORWARD², die sich schon viele Jahre lang für die Abschaffung dieser Praktik engagieren, gibt es neue Organisationen, die sich medienwirksam mit dem Thema beschäftigen.

Auch ärztliche Fachgesellschaften haben das Thema Genitalverstümmelung aufgegriffen. Die Bundesärztekammer hat Empfehlungen für den Umgang mit betroffenen Frauen erarbeitet (Bundesärztekammer 2006). Der Berufsverband der Frauenärzte informiert die GynäkologInnen in Fachbeiträgen. Staatliche Stellen sehen zunehmenden Handlungsbedarf, insbesondere sollen in Deutschland lebende Mädchen effektiver vor einer Genitalverstümmelung geschützt werden. Diskutiert werden rechtliche Regelungen und die Erweiterung der Möglichkeiten von Behörden, in einzelnen Fällen schützend eingreifen zu können. (siehe Beitrag S. 14).

Der Umgang mit dem Thema ist nicht einfach und enthält viel Konfliktpotential. Viele Berichte über Genitalverstümmelung zeichnen diese Praktik sehr drastisch als „barbarischen Brauch“, der massives Leiden und dauerhafte gesundheitliche Beeinträchtigungen der betroffenen Frauen und Mädchen bedeutet. Diese Darstellung soll schockieren, Empörung und Abscheu wecken und

damit die Bereitschaft zum Engagement gegen Genitalverstümmelung erhöhen.

Die dadurch geweckten Emotionen erschweren jedoch den sensiblen und unvoreingenommenen Umgang mit den betroffenen Frauen und Mädchen. Viele dieser Frauen erleben den Umgang mit Genitalbeschneidungen in westlichen Ländern als verletzend und diskriminierend. Sie fühlen sich durch unangemessene emotionale Reaktionen zum Beispiel von FrauenärztInnen und Hebammen sowie die Fokussierung der Aufmerksamkeit auf die Genitalbeschneidung stigmatisiert. Einige vermeiden daher den Besuch bei FrauenärztInnen.

Konflikte und Widersprüche bestehen zwischen einer respektvollen und offenen Haltung gegenüber anderen Kulturen und ihren Werten und einer klaren Verurteilung von Praktiken, welche die Integrität von Frauen massiv verletzen.

Dieser Beitrag legt den Schwerpunkt auf die Bedürfnisse betroffener Frauen. Auf der Grundlage aktueller Daten wird dargestellt, welche gesundheitlichen Probleme sie haben können und wie ÄrztInnen und BeraterInnen auf ihre speziellen Bedürfnisse eingehen können.

Probleme der verschiedenen Bezeichnungen

Die Konflikte im Umgang mit dem Thema drücken sich auch in Kontroversen um eine angemessene Bezeichnung aus. Der Begriff Genitalverstümmelung betont die Grausamkeit und irreversible Beeinträchtigung. Er soll aufrütteln und ist für politische Aktivitäten zur Abschaffung dieser Praktik geeignet. Viele betroffene Frauen empfinden ihn aber als diskriminierend und stigmatisierend und bevorzugen für sich den Begriff Genitalbeschneidung.

In vielen englischsprachigen Texten wird inzwischen eine Kombination der beiden Begriffe verwendet mit der Abkürzung FGM/C (female genital mutilation/cutting). Außerdem findet der Begriff Circumcision als neutraler Begriff Verwendung. Es wird aber kritisiert, dass dieser Begriff die weibliche Genitalbeschneidung mit der weit weniger eingreifenden männlichen Beschneidung gleichsetzt.

Da es keine Bezeichnung gibt, die allen Aspekten des Themas angemessen erscheint, werden in diesem Text je nach Kontext unterschiedliche Bezeichnungen verwendet.

¹ Zur Problematik der Bezeichnungen siehe 2. Abschnitt dieses Aufsatzes S. 3 f.

² Foundation for Women's Health, Research and Development.

Für die Form der Genitalbeschneidung wird in diesem Beitrag die von der WHO erstellte Einteilung in Typen I-IV verwendet. Typ I umfasst die Entfernung der Klitoris oder von Teilen der Klitoris und der Vorhaut der Klitoris. Typ II bezeichnet die Entfernung der Klitoris mit teilweiser oder vollständiger Entfernung der inneren Schamlippen. Typ III (Infibulation) umfasst die Entfernung der inneren und von Teilen der äußeren Schamlippen und den Verschluss der Wunde bis auf eine kleine Öffnung. Unter Typ IV werden verschiedene Formen von Beschneidung oder Verletzung der weiblichen Genitalien zusammengefasst, die nicht den Typen I-III entsprechen.

Erfahrungen aus der Praxis

Im Familienplanungszentrum Hamburg werden pro Jahr etwa 300 Frauen aus afrikanischen Ländern gynäkologisch betreut. Etwa ein Viertel dieser Frauen hatte eine Genitalbeschneidung. Da die Frauen überwiegend aus westafrikanischen Ländern kommen, handelt es sich fast ausschließlich um Beschneidungen nach WHO-Typ I und II³.

Dabei ist es die absolute Ausnahme, dass eine Frau von sich aus die Genitalbeschneidung oder Probleme damit anspricht. In wenigen Fällen ist die Beschneidung Anlass des Besuchs, weil eine Frau oder ein Mädchen für das Asylverfahren ein Attest über die vorhandene FGM/C braucht und von der Anwältin oder betreuenden Einrichtung vorgestellt wird.

Die überwiegende Mehrzahl der Frauen kommt mit anderen Anliegen, wie zum Beispiel Schwangerenvorsorge, Verhütung, Kinderwunsch oder gynäkologischen Beschwerden. Die Genitalbeschneidung ist dann ein „Nebenbefund“ bei der gynäkologischen Untersuchung. Wenn die Frauen auf die Beschneidung angesprochen werden, verstehen die meisten zunächst nicht, wovon die Rede ist. Einige verstehen nach weiteren Erklärungen, was gemeint ist. Sie äußern aber auch bei weiterem Nachfragen keine Probleme mit der Beschneidung oder Gesprächsbedarf. Bei anderen Frauen wird deutlich, dass sie sich nicht darüber bewusst sind, beschnitten zu sein.

Wenige – meist bereits gut in Deutschland integrierte – Frauen gehen auf das Thema ein. Fast immer betonen sie, dass sie verurteilen, was mit

ihnen passiert ist, und dass sie befürworten, dass diese Praktik in ihrer Heimat abgeschafft wird.

Die Erfahrungen im Familienplanungszentrum machen deutlich, dass die Frauen, die zur gynäkologischen Betreuung kommen, zwar eine Vielzahl an Problemen und Anliegen haben, für die sie Unterstützung suchen. Aber die Genitalbeschneidung ist meist kein Problem für sie. Die wiederholten Versuche, die Frauen darauf anzusprechen, scheinen in diesem Kontext eher dem Bedürfnis der Frauenärztin als dem der Patientin zu entsprechen.

Gesundheitliche Probleme

Die gesundheitlichen Probleme, die durch Genitalverstümmelungen verursacht werden können, werden in zahlreichen Berichten beschrieben⁴. Erst in den letzten Jahren wurde auch in Studien untersucht, wie häufig einzelne Probleme bei beschnittenen im Vergleich zu unbeschnittenen Frauen auftreten. Trotz der inzwischen wachsenden Zahl von Studien fehlen allerdings verlässliche Daten und die Ergebnisse sind widersprüchlich. Ein Übersichtsartikel von 2005 wertet die veröffentlichten Studien aus (Obermeyer 2005).

Die Häufigkeit von unmittelbar auftretenden Komplikationen wie Blutungen, Infektionen und Harnverhalt ist schwer zu ermitteln, da die meisten Genitalbeschneidungen fernab von gesundheitlicher Versorgung und medizinischer Dokumentation stattfinden. Daher gibt es kaum verlässliche Daten dazu.

Viele Studien beschäftigen sich mit Langzeitfolgen für die reproduktive Gesundheit der Frauen. In den meisten dieser Studien fehlen jedoch geeignete Kontrollgruppen, daher ist es nicht klar, welchen Einfluss die Beschneidung auf die gesundheitlichen Probleme hat und welche Rolle andere Faktoren wie Armut, ungesunde Lebensbedingungen und schlechte gesundheitliche Versorgung spielen.

Negative Auswirkungen auf Fruchtbarkeit, Schwangerschaften und Geburten sind hauptsächlich durch Typ III-Beschneidungen zu erwarten, die nach Schätzungen bei 15 % der beschnittenen Frauen vorliegen. Eine große Studie der WHO von 2006 untersuchte den Einfluss verschiedener Typen von FGM/C auf Geburtskomplikationen in 28 Geburtskliniken in sechs afrikanischen Ländern mit hohen Raten an

³ Nach Schätzungen der WHO liegt weltweit bei 80 % der Frauen eine FGM/C Typ I und II vor, bei 15 % Typ III und bei 5 % Typ IV. WHO 2001.

⁴ Zur ausführlichen Darstellung siehe FPR 3/2007.

FGM/C (WHO 2006). Dabei wurde ein erhöhtes Risiko für Komplikationen⁵ bei Frauen mit FGM/C Typ II und besonders Typ III gefunden.

Ob solche Komplikationen auch bei optimaler gesundheitlicher Versorgung häufiger auftreten, wird kontrovers diskutiert. Allerdings ist klar, dass Hebammen und FrauenärztInnen spezielle Kenntnisse und Erfahrung für die Betreuung von Frauen mit FGM/C brauchen.

Psychische Belastung durch Genitalbeschneidung

In vielen Berichten westlicher AutorInnen werden neben den körperlichen auch dramatische psychische Folgen von FGM/C beschrieben. Die Praktik führe sehr häufig zu posttraumatischen Belastungsstörungen und zu einem Vertrauensverlust gegenüber nahen Familienmitgliedern. Die betroffenen Frauen würden dauerhaft unter den schweren psychischen Folgen leiden. Es gibt aber nur wenige zuverlässige Daten dazu.

Eine Serie von Interviews mit jeweils 23 Frauen mit und ohne Genitalbeschneidung im Senegal legt eine hohe Rate von schweren psychischen Folgen und posttraumatischen Belastungsstörungen nahe (Behrendt 2005). 18 der an der Studie beteiligten Frauen hatten schwerwiegende psychische Störungen, die auf das Erleben und die Erinnerung der Beschneidung zurückgeführt wurden. In der Vergleichsgruppe hatte nur eine Frau psychische Störungen.

Eine weitere Studie kommt zu anderen Ergebnissen (Asefaw 2007). In dieser Studie wurden ca. 400 Frauen interviewt, von denen der größere Teil im Heimatland Eritrea lebte, etwa 60 Frauen waren nach Deutschland migriert⁶. Die Autorin stellte fest, dass Frauen in ihrer soziokulturellen Umgebung selten psychische Störungen aufgrund der FGM/C hatten. Dort ist es die Norm, beschnitten zu sein. Die Beschneidung sichert den Frauen soziale Anerkennung und ihre weibliche Identität. Auch die Frauen, die sich an die Beschneidung erinnerten, berichteten zwar von großen Schmerzen und teilweise von anschließenden schwerwiegenden gesundheitlichen

Problemen, zeigten aber keine Symptome einer schwerwiegenden psychischen Traumatisierung.

Dagegen berichteten die nach Deutschland migrierten Frauen, dass sich ihre Einstellung zur eigenen Beschneidung verändert hätte und sie hier psychische Probleme damit bekommen hätten. Die Stigmatisierung von FGM/C als grausame und rechtswidrige Praktik und der betroffenen Frauen als verstümmelte Opfer bringe sie in Konflikte und erzeuge ambivalente Gefühle. Sie fühlten sich nun deswegen als Frauen unvollständig und beschädigt. Während im Herkunftsland die Beschneidung ihre soziale Anerkennung und Integration sicherte, führt sie hier zu einer Stigmatisierung als „exotisch“ und als Opfer von Gewalt. Im Herkunftsland seien sie stolz darauf gewesen, beschnitten zu sein, in Deutschland schämten sie sich dafür.

Viele der Frauen berichteten auch, dass sie Besuche bei FrauenärztInnen vermeiden, weil sie deren mitleidige oder bestürzte Reaktionen verletzend fänden, aber auch die fehlende Fachkompetenz im Management von Problemen mit der Beschneidung fürchteten.

In einer Studie mit nach Italien migrierten Frauen berichtete die Mehrzahl der Frauen ebenfalls, dass die Beschneidung für sie im Herkunftsland mit positiven Gefühlen wie Stolz und Anerkennung verbunden war, dass sich die Einstellung dazu aber nach der Migration verändert habe (Catania 2007).

Die Autorin der oben beschriebenen Studie aus dem Senegal diskutiert als möglichen Faktor für die hohe Rate an psychischen Störungen bei den von ihr interviewten Frauen, dass im Senegal Genitalbeschneidungen nur noch selten durchgeführt würden und keine breite gesellschaftliche Akzeptanz mehr hätten. Zum Beispiel wird in den Schulen über negative Auswirkungen von FGM informiert. Diese Frauen hatten möglicherweise das Bewusstsein und Gefühl, dass ihre Beschneidung in der Gesellschaft nicht mehr akzeptiert ist.

Sexuelle Probleme

Die Auswirkungen von FGM/C auf das sexuelle Erleben werden in vielen Berichten als sehr schwerwiegend geschildert. Oft wird von einer kompletten Unfähigkeit zu sexueller Erregung und Orgasmus ausgegangen und von häufigen Schmerzen bei sexueller Aktivität. Es erscheint naheliegend, dass nach einer Entfernung der

⁵ Dammschnitt, Kaiserschnitt-Geburt, verstärkte Nachblutung, längerer Krankenhausaufenthalt, Totgeburt oder perinataler Todesfall

⁶ Inhalte und Ergebnisse dieser Dissertation sind auch als Buch veröffentlicht: Asefaw F. Weibliche Genitalbeschneidung. Hintergründe, gesundheitliche Folgen und nachhaltige Prävention. U. Helmer-Verlag, Königstein/Taunus 2008

Klitoris und der Schamlippen, den aus westlicher Sicht wichtigsten Körperteilen für sexuelle Erregung und Orgasmus, diese nicht mehr empfunden werden können.

Über viele Jahre gab es jedoch kaum Daten, die diese Beurteilung stützten. Untersuchungen zu einem so sensiblen und kulturell geprägten Thema sind besonders schwierig, wie die Literaturübersicht von Obermeyer zeigt (Obermeyer 2005). Wenn sexuelle Funktionen erfragt werden, müssen die Fragen an das Konzept von Sexualität und die Begriffe der befragten Frauen adaptiert werden. In vielen Studien werden dazu keine Angaben gemacht, so dass unklar ist, wie die Fragen von den Frauen verstanden wurden. Außerdem besteht das Problem, geeignete Kontrollgruppen nicht beschnittener Frauen aus dem gleichen gesellschaftlichen Kontext zu finden. Daher ist oft nicht klar, ob die erhobenen Befunde durch die Genitalbeschneidung verursacht sind, oder ob andere Faktoren, zum Beispiel psychosoziale Belastungen wie Armut oder geringe sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung eine Rolle spielen.

Studien, bei denen beschnittene mit nicht beschnittenen Frauen verglichen wurden, zeigten widersprüchliche Ergebnisse (Obermeyer 2005). Einigen Studien zeigten keine Unterschiede bei sexuellen Funktionen (Catania 2007, Okonofua 2002), in anderen wurden Beeinträchtigungen bei Frauen mit FGM gefunden (Alisibani 2010).

Beim Vergleich zwischen unterschiedlichen Formen der Beschneidung zeigten einzelne Studien, dass Frauen mit einer FGM/C Typ III häufiger Beeinträchtigungen des sexuellen Erlebens hatten als Frauen mit einer FGM/C Typ II (Asefaw 2007). Insbesondere Schmerzen beim Geschlechtsverkehr wurden in dieser Studie von Frauen mit einer FGM/C Typ III häufig angegeben (44 % der Frauen mit Typ III, 38 % der Frauen mit Typ II).

Zwei aktuelle Studien zeigten jedoch insgesamt deutlich geringere Beeinträchtigungen des sexuellen Erlebens als allgemein angenommen wird (Asefaw 2007, Catania 2007). In diesen Studien wurde große Aufmerksamkeit darauf verwendet, dass die Befragung zum sexuellen Erleben in einer geschützten Atmosphäre und in der Sprache der Frauen stattfand und dass dabei Begriffe verwendet wurden, die den Befragten vertraut sind. Daher scheinen die Ergebnisse aussagekräftig zu sein.

Die Mehrheit der Frauen mit unterschiedlichen Formen der FGM/C (auch mit Typ III) gab in die-

sen Studien an, regelmäßig Orgasmen zu erleben und keine Beeinträchtigungen der sexuellen Befriedigung zu empfinden. Etwa 90 % der Frauen in den Studien von Catania gaben an, regelmäßige Orgasmen (immer oder häufig) zu erleben, und die überwiegende Mehrzahl fühlte sich im sexuellen Erleben nicht beeinträchtigt. In der Studie von Asefaw wurde nach Orgasmusproblemen gefragt: 21 % der Frauen mit FGM/C Typ III und 15 % der Frauen mit Typ II berichteten von Schwierigkeiten mit dem Orgasmus.

Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Abläufe bei sexueller Erregung und dem Orgasmuserleben sehr vielfältig sind und das Vorhandensein einer Klitoris (bzw. der Spitze der Klitoris) keine notwendige Voraussetzung dafür ist. Es gibt auch große individuelle Unterschiede in der Form und dem Ausmaß der Beschneidung. Zum Beispiel fanden sich bei Korrekturoperationen unter einer Narbe bei vielen Frauen große Teile oder sogar eine völlig intakte Klitoris (Gordon 2007, Krause 2011, Nour 2006, Foldes 2006).

Auch in Bezug auf das sexuelle Erleben scheint die Einbindung in eine Kultur, in der Beschneidung positiv bewertet wird, vor Problemen zu schützen. Umgekehrt kann nach der Migration eine Veränderung der Wahrnehmung der eigenen Genitalien als verstümmelt zu psychisch bedingten sexuellen Funktionsstörungen führen. Catania fand, dass jüngere, im Westen aufgewachsene Frauen mit Genitalbeschneidung mehr sexuelle Probleme und Orgasmusprobleme berichteten, als Frauen, die in höherem Alter migriert waren (Catania 2007).

Diese Ergebnisse haben entscheidende Konsequenzen für den Umgang mit beschnittenen Frauen, die sexuelle Probleme äußern. Es ist wichtig, individuell und differenziert nach Funktionen und Beeinträchtigungen zu fragen und alle psychischen Aspekte in die Beratung einzubeziehen. Die Genitalbeschneidung darf nicht vorschnell und vereinfachend als alleinige und unbehandelbare Ursache der Funktionsstörung angesehen werden. Auch eine psychische Traumatisierung durch die Beschneidung sollte nicht selbstverständlich angenommen werden. Stattdessen sollten die Frauen befragt werden, ob und wie sie das Erlebnis erinnern und wie sie es verarbeitet haben⁷. Außerdem erscheint es wichtig, die Einflüsse der gesellschaftlichen Bewertung

⁷ In vielen Kulturen wird die Beschneidung im Kleinkindalter durchgeführt und die betroffenen Frauen haben keine Erinnerung daran.

von FGM/C im Gastland auf psychische und sexuelle Beeinträchtigungen zu beachten.

Es wird im Einzelfall oft nicht möglich sein, den Anteil von körperlichen und psychischen Faktoren an sexuellen Störungen bei diesen Frauen zu beurteilen. Die psychischen Faktoren sind jedoch einer therapeutischen Bearbeitung zugänglich.

Das heißt, dass auch Frauen mit FGM/C bei Bedarf eine angemessene und kompetente Sexualaufklärung und Sexualtherapie angeboten werden sollte.

Dabei muss jedoch ein negativer Einfluss von unkorrekten Vorannahmen über die Sexualität von beschnittenen Frauen beachtet werden. Insbesondere bei jungen Frauen und Mädchen sollten die Auswirkungen von negativen Zuschreibungen wie einer dauerhaften kompletten Zerstörung der sexuellen Erlebniszfähigkeit durch die Genitalbeschneidung beachtet werden. Diese kann für die betroffenen Frauen gravierende psychische Folgen haben.

Nutzen von operativen Korrekturen

Es gibt unterschiedliche operative Verfahren zur Korrektur von Genitalbeschneidungen. Ob eine Frau von einer Operation profitiert, muss im Einzelfall sehr sorgfältig abgewogen werden.

Relativ eindeutig ist der Nutzen einer Korrektur bei Frauen mit einer FGM/C Typ III, bei denen der Ausgang der Harnröhre und der Vagina stark eingeeengt ist und Beschwerden beim Wasserlassen, bei der Menstruation oder Schmerzen beim Geschlechtsverkehr bestehen. Diese Beschwerden können durch eine Defibulation beseitigt oder deutlich gebessert werden. Dabei wird die Narbe so weit geöffnet, dass der Ausgang der Harnröhre und der Eingang der Vagina frei liegen. Die zu erwartenden Veränderungen müssen mit der Frau bzw. dem Paar ausführlich besprochen werden und die Frau muss diesen Eingriff wünschen. Eine sehr differenzierte und ausführliche Diskussion der Bedeutung und Konsequenzen der Defibulation findet sich bei Abdulcadir⁸ (Abdulcadir 2011).

In Bezug auf die Sexualität wurde in einer Fallserie mit 18 Frauen beschrieben, dass sich nach der Defibulation Schmerzen beim Geschlechtsverkehr bei allen Frauen deutlich gebessert hatten, in geringerem Maße auch die Libido, die

sexuelle Erregung und die Zufriedenheit. Auf das Orgasmuserleben hatte die Defibulation keinen Einfluss⁹ (Krause 2011). Auch in einer weiteren Fallserie mit 32 Frauen wurden Schmerzen beim Geschlechtsverkehr bei den meisten Frauen beseitigt und die Frauen sowie ihre Partner gaben eine Verbesserung ihres Sexuallebens an (Nour 2006).

Bei einer FGM/C Typ II kann eine Korrektur Schmerzen beim Geschlechtsverkehr bessern, wenn Narben den Eingang der Vagina verengen. Es muss aber sorgfältig bei einer Untersuchung geprüft werden, ob die Narben tatsächlich die Ursache für die Schmerzen sind. Oft ist das nicht eindeutig und die Frauen müssen darüber aufgeklärt werden, dass durch den Eingriff nicht alle Schmerzen zuverlässig beseitigt werden können.

Außer Operationen zur Beseitigung von schmerzhaften Einengungen und Narben werden auch Eingriffe angeboten, bei denen eine „Rekonstruktion der Klitoris“ vorgenommen wird. Dabei wird die Narbe der Beschneidung geöffnet und es werden darunter liegende Reste der Klitoris bzw. des Klitorisschafts freigelegt (Foldes 2006). Bei diesen Eingriffen wird nicht selten unter der Narbe eine intakte Klitoris gefunden.

In einer Veröffentlichung wurden die Ergebnisse von etwa 450 dieser Eingriffe ausgewertet. Die Frauen, die sich für diesen Eingriff entschieden hatten, gaben als häufigsten Grund dafür den Wunsch an, ein „normal aussehendes“ Genitale mit sichtbarer Klitoris zu haben. Daher erscheint es wichtig, darüber aufzuklären, dass durch den Eingriff keine Wiederherstellung eines intakten Genitales möglich ist.

Das kosmetische Ergebnis wurde bei der Nachuntersuchung von den Chirurgen selbst beurteilt. Dies wurde damit begründet, dass die Frauen selbst keine realistischen Vorstellungen vom (unterschiedlichen) Aussehen der Klitoris hätten und die Ergebnisse der operativen Rekonstruktion doch sehr anders aussähen als eine intakte Klitoris.

Ob die Eingriffe zu einer Verbesserung der sexuellen Funktion führten, ist aus den Daten nicht eindeutig abzuleiten. Der Studienautor berichtete, dass die Befragung zur sexuellen Funktion durch Verständigungsschwierigkeiten geprägt war. Die Frauen hätten mit ihren eigenen Worten über ihr sexuelles Erleben berichtet und der Studienautor

⁸ Dieser sehr informative Artikel ist frei im Internet verfügbar [online unter: <http://www.smw.ch/content/smw-2011-13137/>].

⁹ Die Daten zum sexuellen Erleben wurden mit einem standardisierten Fragebogen erhoben und es ist nicht ganz klar, ob und wie die Fragen verstanden wurden.

teilte die Aussagen bestimmten Kategorien zu¹⁰. Diese wurden nicht genauer definiert. Außerdem wurden bei der Voruntersuchung andere Kategorien verwendet als bei der Nachuntersuchung.

Immerhin gaben nach der Operation 43 % der Frauen an, dass sie manchmal einen Orgasmus erlebten bzw. eine „normale klitorale Sexualität“ hätten, während vor dem Eingriff weniger als 3 % der Frauen von Orgasmen berichteten. Der Studienautor geht von einer Verbesserung der sexuellen Funktion durch den Eingriff bei 75 % der Frauen aus.

Defibulation und Refibulation bei Geburten

Vor einer Geburt ist eine ausreichende Öffnung der Infibulation nötig, um eine vaginale Geburt zu ermöglichen. Aus Unsicherheit im Umgang mit Geburten bei beschnittenen Frauen und um die Problematik des Wunsches nach einer Refibulation zu vermeiden, wird in vielen Kliniken immer noch eine Kaiserschnitt-Entbindung bei Frauen mit einer Infibulation und sogar bei Frauen mit FGM/C Typ II durchgeführt. Dieses Vorgehen führt zu unangemessenen gesundheitlichen Risiken.

Für den optimalen Zeitpunkt der Öffnung der Infibulation (Defibulation) – bereits während der Schwangerschaft oder erst bei der Geburt – gibt es unterschiedliche Empfehlungen. Beide Zeitpunkte haben Vor- und Nachteile (auch dazu sei auf die ausführlicher Darstellung bei Abdulcadir 2011 verwiesen). Weitere Studien müssen klären, welcher Zeitpunkt in Bezug auf die Zufriedenheit der Frauen und die Häufigkeit von Komplikationen am günstigsten ist. Zum jetzigen Zeitpunkt sollte das Vorgehen individuell mit den Frauen geklärt werden.

Große Unsicherheiten bestehen bei den ÄrztInnen in der Geburtshilfe im Umgang mit dem Wunsch der Frauen bzw. von deren Partner, im Anschluss an die Geburt die Wunde wieder komplett zu verschließen. In den Empfehlungen der Bundesärztekammer wird dazu ausgeführt, dass eine Refibulation nur so weit durchgeführt werden darf, dass der Abfluss von Urin und Menstrualblut nicht behindert wird und keine Schwierigkeiten beim Geschlechtsverkehr entstehen. „Verlangen Frauen mit Infibulation nach erfolgter Aufklärung

¹⁰ Diese Kategorien waren: kleine Verbesserung der klitoralen Funktion, tatsächliche Verbesserung der klitoralen Funktion ohne Orgasmus, manchmal klitoraler Orgasmus, normale klitorale Sexualität.

die Wiederherstellung des körperlichen Zustandes wie vor der Geburt, muss der Arzt die Behandlung dann ablehnen, wenn diese erkennbar zu einer gesundheitlichen Gefährdung der Frau führen würde, da dies ebenso wie eine Infibulation eine gefährliche Körperverletzung darstellt. Der Arzt ist verpflichtet, die bestehenden Wunden so zu versorgen, dass keine gesundheitliche Beeinträchtigung der Frau entsteht. Ziel der Behandlung ist die Wiederherstellung des körperlichen und seelischen Wohlbefindens der Frau.“ (Bundesärztekammer 2006).

Asefaw berichtet in ihrer Studie von Frauen, die sich extrem unwohl damit fühlten, dass die Ärzte sie nach der Geburt „offen gelassen“ haben (Asefaw 2007). Sie fordert Respekt und Verständnis für die Wünsche der Frauen nach Refibulation und verweist auf die Rechtmäßigkeit der Durchführung von kosmetischen Genitaleingriffen bzw. Eingriffen zur Geschlechtsangleichung bei Transsexuellen. Eine klare Empfehlung für den Umgang mit dem Wunsch nach Refibulation gibt sie jedoch nicht.

Abdulcadir setzt sich in ihrer Veröffentlichung ebenfalls differenziert mit diesem Wunsch der Frauen auseinander. Sie plädiert für einen verständnisvollen Umgang mit diesem Wunsch auch deswegen, weil Frauen oft nach einer Geburt ins Heimatland reisen, um eine ihren Bedürfnissen entsprechende Refibulation durchführen zu lassen (Abdulcadir 2011).

In Einzelfällen kann es eine Herausforderung sein, einen guten Kompromiss zwischen den Wünschen der Frau/des Paares und den Pflichten der ÄrztIn zu finden.

Strategien zur Abschaffung von FGM/C

Beim Engagement dafür, dass die Praktik der FGM/C beendet wird, müssen die gesellschaftlichen und soziokulturellen Zusammenhänge und die komplexe Bedeutung der Praktik berücksichtigt werden. Die Aktivitäten sind nur erfolgreich, wenn sich die Communities selbst für eine Abschaffung einsetzen. Daher ist es notwendig, zunächst die Haltung der Gemeinden und deren Bedürfnisse zu klären, um dann deren Initiativen unterstützen zu können.

Eine Studie des Kinderhilfswerks Plan International (Behrendt 2011) untersuchte das Wissen über FGM/C und die Haltung dazu in afrikanischen Communities in Hamburg. Es wurden etwa 1100 Männer und 700 Frauen aus 26 Herkunftsländern

ländern, in denen FGM/C praktiziert wird, befragt. 40 % der Befragten gaben an, dass in ihren eigenen Familien FGM/C praktiziert wird. Ein Viertel der Frauen gab an, dass sie selbst beschnitten seien, 8 % machten dazu keine Angaben.

70 % der Befragten aus FGM/C-praktizierenden Familien sahen verschiedene Vorteile der Genitalbeschneidung (Soziale Akzeptanz, Heiratsfähigkeit), zwei Drittel nannte einen oder mehrere Nachteile. 70 % der Befragten wussten, dass FGM/C in Deutschland strafbar ist. Die überwiegende Mehrheit der Befragten (70 % aus praktizierenden Familien, 93 % aus nicht praktizierenden Familien) sprach sich für die Abschaffung von FGM/C aus, eine kleine Minderheit (7 % bzw. 0,7 %) für die Beibehaltung. Die übrigen wollten sich nicht eindeutig äußern.

Aus den Ergebnissen der Studie wurden Empfehlungen für das weitere Vorgehen abgeleitet.

Ein wesentliches Anliegen ist das Verhindern von weiteren Beschneidungen bei den hier lebenden Töchtern von praktizierenden Familien. Nach den Ergebnissen der Plan-Studie werden diese Mädchen meist während eines Urlaubs im Heimatland beschnitten. Es ist zwar nicht völlig ausgeschlossen, dass auch in Deutschland Beschneidungen vorgenommen werden, dies scheint aber die Ausnahme zu sein.

Die Studie zeigte auch, dass das Risiko für Töchter, die in Deutschland geboren wurden, gering ist, insbesondere wenn die Eltern gut integriert sind und/oder einen hohen Bildungsstand haben. Die Studie identifizierte insgesamt 13 bedrohte Mädchen bei den teilnehmenden Familien. Für diese wurden Maßnahmen zur weiteren Beobachtung initiiert.

Der Schwerpunkt der Maßnahmen zur Abschaffung von FGM/C sollte nach Empfehlungen der Plan-Studie darauf liegen, dass sich in den Communities die Haltung zu FGM/C ändert. Dazu wurden in der Studie Vorschläge der Befragten gesammelt. Diese benannten wichtige Akteure, die einbezogen werden sollten, wie MitarbeiterInnen im Gesundheits- und Sozialbereich, die mit MigrantInnen arbeiten, afrikanische Unternehmer, VertreterInnen von MigrantInneneinrichtungen, afrikanische Frauen- und Kulturgruppen sowie religiöse Führer.

Da die Beschneidung den Frauen die soziale Anerkennung in der Gemeinschaft sichert, stehen die einzelnen Familien unter sozialem Druck, ihre Töchter beschneiden zu lassen. Insbesondere, wenn für die Zukunft eine Rückkehr geplant ist,

besteht die Angst vor sozialer Ausgrenzung in der Heimat. Deshalb ist es aus Sicht der AfrikanerInnen nicht ausreichend, Druck auf die einzelnen Familien auszuüben. Stattdessen muss sich die Haltung der gesamten Gemeinschaft gegenüber der Praktik verändern und die Akzeptanz gegenüber unbeschnittenen Frauen zunehmen.

In der Studie wurden praktizierende Communities identifiziert, an die sich Maßnahmen zur Veränderung bevorzugt richten sollten, sowie Communities, in denen Genitalbeschneidung keine Rolle spielt. Mögliche Aktivitäten sollten unter der Leitung der Communities geplant und durchgeführt werden. Deutsche Organisationen und Einrichtungen sollten dabei fachlich und finanziell unterstützend tätig sein.

Literatur

Abdulcadir J, Margairaz C, et al. Care of women with female genital mutilation/cutting. *Swiss medical weekly* 2011; 140: w13137

Alsibiani SA, Rouzi AA. Sexual function in women with female genital mutilation. *Fertil Steril* 2010; 93: 722–4

Asefaw F. Weibliche Genitalbeschneidung, FGC. Eine Feldstudie unter besonderer Berücksichtigung der Hintergründe sowie der gesundheitlichen und psychosexuellen Folgen für Betroffene und Partner in Eritrea und Deutschland. Humboldt-Universität Berlin, Fachbereich Humanmedizin 2007

Behrendt A. Listening to African voices. Female genital mutilation/cutting among immigrants in Hamburg: Knowledge, attitudes and practice. Plan International Deutschland 2011

Behrendt A, Moritz S. Posttraumatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1000–2

Bundesärztekammer. Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung (female genital mutilation). *Deutsches Ärzteblatt* 2006; 103: A 285–7

Catania L, Abdulcadir OH, et al. Pleasure and orgasm in women with female genital mutilation/cutting (FGM/C). *J Sex Med* 2007; 4: 1666–78

Gordon H, Comerasamy H, et al. Female genital mutilation: Experience in a west London clinic.

Journal of obstetrics and gynaecology 2007; 27: 416–9

Foldes P, Louis-Sylvestre C. Résultats de la réparation chirurgicale du clitoris après mutilation sexuelle: 453 cas. Results of surgical clitoral repair after ritual excision: 453 cases. Gynécologie, Obstétrique & Fertilité 2006; 34: 1137–41

Krause E, Brandner S, et al. Out of Eastern Africa: Defibulation and sexual function in women with female genital mutilation. J Sex Med 2011; 8: 1420–5

Nour NM, Michels KB, et al. Defibulation to treat female genital cutting: Effect on symptoms and sexual function. Obstet Gynecol 2006; 108: 55–60

Obermeyer CM. The consequences of female circumcision for health and sexuality: An update on the evidence. Culture, health & sexuality 2005; 7: 443–61

Okonofua F, Larsen U, et al. The association between female genital cutting and correlates of sexual and gynaecological morbidity in Edo State, Nigeria. BJOG 2002; 109: 1089–1096

WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome. Female genital mutilation and obstetric outcome: Who collaborative prospective study in six African countries. Lancet 2006; 367: 1835–41

WHO. Female genital mutilation: The prevention and the management of the health complications: Policy guidelines for nurses and midwives. 2001

Die gerichtliche Praxis bei der Beurteilung von Genitalverstümmelung als Asylgrund

„...in der Hauptstadt dürfte nach Abschiebung Schutz zu finden sein...“

Gabriela Lünsmann

Die Angst vor Genitalverstümmelung ist in einer zunehmenden Zahl von Fällen die Ursache für Flucht von Mädchen, Frauen und Familien mit ihren Töchtern. Die Erfolgsaussichten der Asylanträge der Betroffenen sind in den europäischen Staaten sehr unterschiedlich. In Deutschland hat sich ihre Situation seit Einführung des Zuwanderungsgesetzes im Jahre 2005 zwar verbessert, aber noch immer scheitern viele berechtigte Schutzbegehren.

Die Basis frauenspezifischer Fluchtgründe: internationale Dokumente und Diskussion

Vereinte Nationen

Genitalverstümmelung oder Female Genital Mutilation (FGM) wurde 1993 zum ersten Mal in einem internationalen Dokument, der „Erklärung über die Beseitigung der Gewalt gegen Frauen“, durch die Vollversammlung der Vereinten Nationen als Gewalt gegen Frauen bezeichnet und verurteilt. Die Aktionsplattform der 4. Weltfrauenkonferenz 1995 ging noch weiter, indem sie FGM als Menschenrechtsverletzung definierte und ihre Bekämpfung verlangte.

Genfer Flüchtlingskonvention

In Europa gibt es bisher kein einheitliches Asylrecht. Die Genfer Flüchtlingskonvention (GFK) des UN-Hochkommissariats für Flüchtlinge aus dem Jahre 1951 stellt jedoch die gemeinsame Linie des Asylrechts der einzelnen Staaten dar. Für die Frage, ob Genitalverstümmelung einen Asylgrund darstellt, ist vor allem die in der GFK enthaltene Flüchtlingsdefinition entscheidend. Diese verlangt als Verfolgung eine schwerwiegende Verletzung grundlegender Menschenrechte, die an ein asylrelevantes Merkmal anknüpfen muss; diese Merkmale sind die politische Überzeugung, die Rasse, die Religion, die Volkszugehörigkeit oder die Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe.

Das Merkmal „Geschlecht“ wird in der Genfer Flüchtlingskonvention nicht explizit genannt. Dies überrascht nicht, da im Jahre 1951 die Sensibilität für frauenspezifische Verfolgung nur wenig ausgeprägt war. International wurde erst mit dem Bekanntwerden der Massenvergewaltigungen und der sexuellen Folter vieler Flüchtlingsfrauen aus Bosnien und Herzegowina dem Thema frauenspezifischer Fluchtgründe mehr Beachtung

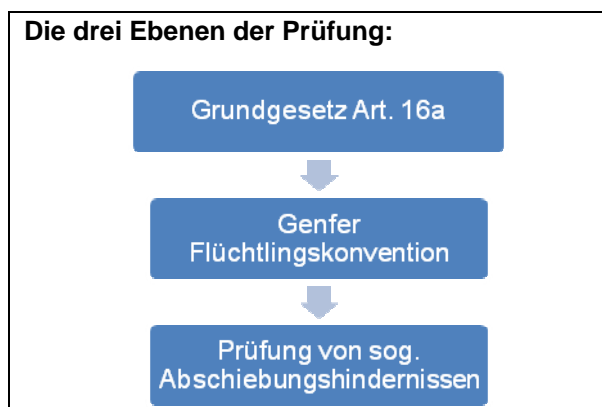
geschenkt. Inzwischen besteht Einigkeit darüber, dass geschlechtsspezifische Verfolgung in der Genfer Flüchtlingskonvention Berücksichtigung finden kann, da das „Geschlecht“ dem Merkmal der „sozialen Gruppe“ zuzuordnen ist.

Europäisches Parlament

Im Herbst 2001 verabschiedete das Europäische Parlament eine entsprechende Entschließung, die Genitalverstümmelung ausdrücklich als einen Grundrechtsverstoß und als Akt der Gewalt verurteilt.

Asylverfahren in Deutschland

In Deutschland sind bei zahlreichen Gerichten Asylverfahren wegen drohender Genitalverstümmelung von Betroffenen aus der Elfenbeinküste, dem Sudan, aus Nigeria, Togo, Guinea, Ghana, Somalia, Eritrea, Uganda, Kamerun, Sierra Leone, Äthiopien und Ägypten anhängig. Die Asylanträge werden von dem zuständigen Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) meist abgelehnt, so dass regelmäßig verwaltungsgerichtliche Entscheidungen erforderlich werden.



Im deutschen Asylrecht erfolgt die Prüfung der Gewährung von Schutz und damit von dauerhaftem Bleiberecht auf drei Ebenen. Zunächst wird festgestellt, ob eine Anerkennung als asylberechtigt gemäß Art. 16a Grundgesetz (GG)¹¹ erfolgen kann; dies ist die stärkste denkbare Rechtsposition, die mit einer Vielzahl von sozialen Rechten versehen ist. Ist dies nicht der Fall, wird das Vorliegen der Flüchtlingseigenschaft im Sinne der Genfer Flüchtlingskonvention geprüft; auch diese Anerkennung sichert den Betroffenen eine dauerhafte Aufenthaltsperspektive. Wenn diese beiden Voraussetzungen nicht erfüllt sind, erfolgt im

dritten Schritt sodann die Prüfung von sog. Abschiebungshindernissen. Diese können festgestellt werden, wenn zwar keine politische Verfolgung vorliegt, aber die Rückkehr in das Heimatland dennoch mit einer Gefahr verbunden wäre. Diese rechtliche Feststellung ist nur mit einer schwachen, widerruflichen Rechtsposition verbunden, die nicht ausschließt, dass die Betroffenen zu einem späteren Zeitpunkt zur Rückkehr in ihr Heimatland gezwungen werden können.

Bis zum Inkrafttreten des Zuwanderungsgesetzes im Jahre 2005 lag ein wesentlicher Grund für die ablehnenden Entscheidungen darin, dass das Asyl- und Flüchtlingsrecht grundsätzlich nur für diejenigen Schutz vorsah, die vor einer Verfolgung durch den Staat flohen. Im Hinblick auf sexualisierte Gewalt gegen Frauen, darunter FGM, bezweifelten die Gerichte, dass diese Gewalt vom Staat ausging oder der Staat zumindest mitverantwortlich war, weil er den betroffenen Frauen keinen Schutz gewährte. Lange herrschte die Auffassung, es handele sich bei Gewalt gegen Frauen um eine „Privatsache“. Die Erkenntnis, dass sexuelle Übergriffe aber als typisches und oft systematisches Mittel der Kriegsführung, Terrorisierung und Verfolgung von Frauen eingesetzt werden, hat sich erst langsam durchgesetzt.

Mangelnde Berücksichtigung frauenspezifischer Fluchtgründe

In Deutschland hat 1996 erstmals das Verwaltungsgericht Magdeburg einer Frau von der Elfenbeinküste eine Anerkennung als Asylberechtigte nach Artikel 16a GG zugesprochen. Das Gericht hielt eine gegen den Willen der Betroffenen durchgeführte Beschneidung für einen „asylrechtlich erheblichen Eingriff in die physische und psychische Integrität, [...] bei dem die Betroffene unter Missachtung ihres Selbstbestimmungsrechtes zum bloßen Objekt erniedrigt werde.“

Viele andere Gerichte mochten sich dieser weitgehenden Rechtsprechung nicht anschließen und stellten nur die weniger weitgehenden Abschiebungshindernisse fest.

Genitalverstümmelung ist politische Verfolgung

Ablehnende Gerichtsentscheidungen verkennen dabei, dass einer Genitalverstümmelung die Qualität einer politischen Verfolgungsmaßnahme zukommt. Indem nämlich gegen den Willen der

¹¹ Artikel 16a: (1) Politisch Verfolgte genießen Asylrecht. Weitere Ausführungen (2)–(5) im Internet [online unter: <http://dejure.org/gesetze/GG/16a.html>].

Frauen eine irreparable Verstümmelung ihrer Geschlechtsorgane vorgenommen wird, werden sie gezielt verfolgt – in Anknüpfung an das asyl-rehabilitierende Merkmal „Geschlecht“ bzw. in Anlehnung an die Zugehörigkeit zur sozialen Gruppe der „nicht beschnittenen Frauen“. Dabei kommt es entgegen der Auffassung einiger Gerichte nicht darauf an, dass FGM aus Sicht der Beschneiderinnen und der Verwandten zum Wohl des Mädchens durchgeführt wird. Die Frage, ob eine Verfolgungsmaßnahme vorliegt, beurteilt sich nach herrschender Rechtsprechung ausschließlich anhand objektiver Kriterien. Die subjektiven Motive des Verfolgers hingegen sind unerheblich. Eine genitale Verstümmelung, die in der Regel auf Wunsch der Eltern von Beschneiderinnen – das heißt von Privatpersonen – durchgeführt wird, stellt dennoch eine politische Verfolgung dar. Entgegen der Feststellungen einiger Gerichte sind in vorliegenden Fällen nämlich die Voraussetzungen gegeben, die eine Verantwortlichkeit des Staates begründen: Für das Vorliegen mittelbarer Verfolgung kommt es darauf an, ob der Staat den Betroffenen mit den ihm zur Verfügung stehenden Mitteln schützt. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts besteht eine Verantwortlichkeit des Staates auch dann, wenn der Staat zum Schutz nicht willens oder nicht in der Lage ist.

Dies war beispielsweise im Staat Elfenbeinküste der Fall. Dort bestand Ende der 1990er Jahre zwar eine Strafbarkeit der Genitalverstümmelung und der Staat verfügte auch über eine staatliche Ordnung sowie die zum Schutze der Betroffenen gebotenen Mittel, wie zum Beispiel Strafverfolgung und Polizeigewalt, war jedoch in der Praxis nicht schutzwillig. Der Staat unterließ den Einsatz dieser Mittel, indem die Polizei denjenigen Frauen, die sich mit dem konkreten Anliegen des Schutzes vor Verstümmelung an sie wandten, keine Hilfe gewährte. Die staatliche Verantwortung besteht hierbei gerade im Nichtgebrauch der staatlichen Machtmittel zum Schutze des Lebens, der Gesundheit und der Rechte der verfolgten Frauen.

Das Zuwanderungsgesetz von 2005

Mit dem Inkrafttreten des neuen Zuwanderungsgesetzes am 1. Januar 2005 hat sich die Rechtslage zugunsten der betroffenen Frauen nach jahrelangem Engagement von Frauen- und flüchtlingspolitischen Organisationen schließlich verbessert. Das neue Recht räumt – zumindest theoretisch – die Möglichkeit ein, Schutz vor

Übergriffen nichtstaatlicher Akteure beim Schutz vor geschlechtsspezifischer Verfolgung zu gewähren. „Mädchen und Frauen, denen bei der Rückkehr in ihre Heimat eine Genitalverstümmelung droht, können dies als eigenständigen Asylgrund aufgrund geschlechtsspezifischer Verfolgung geltend machen“, so bestätigte es der Bundestag im Juni 2008 noch einmal in seinem Beschluss zur „Wirksamen Bekämpfung der Genitalverstümmelung von Mädchen und Frauen“. Das neue Zuwanderungsgesetz enthält in § 60 Aufenthaltsgesetz Regelungen für den Schutz bei nichtstaatlicher Verfolgung.

Anhörung und Beurteilung der Glaubwürdigkeit der Betroffenen

Das Problem der Glaubhaftmachung der geschlechtsspezifischen Verfolgung bleibt aber bestehen. Da asylrelevante Verfolgungsergebnisse häufig nicht bewiesen werden können, kommt der Glaubwürdigkeit der Antragstellerin eine besondere Bedeutung zu. Glaubhaftmachung erfordert, dass die Betroffenen ihre Gewalterfahrungen detailliert darstellen und das Erlebte bei mehrfachen Anhörungen vor Behörden und Gerichten identisch schildern müssen. Dies ist bei einer erlebten Genitalverstümmelung oft unmöglich. Überlebende einer Genitalverstümmelung leiden laut WHO oft unter einer posttraumatischen Belastungsstörung, in deren Folge sie den Behörden die erlebte Genitalverstümmelung verschweigen oder diese erst später schildern, nachdem sie Hilfe durch Beratung oder Behandlung erhalten haben. So haben verschiedene Verwaltungsgerichte auch noch aktuell entschieden, dass betroffenen Frauen u. a. aus Nigeria, Eritrea und Sierra Leone wegen fehlender Glaubwürdigkeit kein Schutz zu gewähren sei. Fliehen die Frauen vor drohender Genitalverstümmelung in der Zukunft, ist der Beweis einer hohen Wahrscheinlichkeit sehr schwer zu führen.

In der Praxis bleibt die Situation daher schwierig: Die Chancen für Frauen auf Anerkennung als Asylberechtigte oder Flüchtlinge sind häufig zudem durch die Anhörungssituation im Verfahren beeinträchtigt. Viele Frauen haben im Rahmen des Anerkennungsverfahrens nicht die Möglichkeit, umfassend und detailliert von ihrem Schicksal zu berichten, etwa weil männliche Behördenmitarbeiter und Dolmetscher an der Anhörung beteiligt sind und die Frauen aus Angst und Scham nicht über die Verfolgung sprechen können. Um diesem Missstand zu begegnen, erließ das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge

(BAMF) Ende der 1990er Jahre eine interne Weisung, die vorsieht, dass betroffene Frauen, wenn möglich, von Mitarbeiterinnen des Bundesamtes angehört werden sollen. In der Praxis wird diese Richtlinie jedoch überwiegend nur angewendet, wenn dies durch eine Verfahrensbevollmächtigte oder einen nach dem Verwaltungsverfahrensgesetz zulässigen Beistand – etwa in Person einer Sozialarbeiterin – eingefordert wird. Dies bedeutet leider, dass diese Verbesserung in der Regel lediglich anwaltlich vertretenen Frauen zugutekommt, die nur einen sehr geringen Prozentsatz aller Asylbewerberinnen stellen.

Inländische Fluchtalternative

Darüber hinaus sieht die Rechtsprechung vor, dass ein Bleiberecht nur gewährt wird, wenn den Betroffenen in ihrem Heimatland keine Schutzmöglichkeiten offenstehen: Hierfür wird u. a. darauf abgestellt, ob das Herkunftsland Genitalverstümmelung gesetzlich verbietet. Dabei wird häufig verkannt, dass selbst bei einem staatlichen Verbot noch nicht garantiert ist, dass das in der Hauptstadt beschlossene Gesetz die Mädchen in den Dörfern wirklich schützt.

Zudem wird ein dauerhaftes Aufenthaltsrecht nur dann gewährt, wenn die betroffene Frau nach Auffassung des Gerichts auch nicht in anderen Landesteilen ihres Herkunftslandes, etwa in der Hauptstadt, Schutz finden kann. Diese als sogenannte „inländische Fluchtalternative“ bezeichnete vermeintliche Möglichkeit führt für eine Vielzahl von Frauen, die von drohender Genitalverstümmelung bedroht sind zu einer Ablehnung ihres Asylantrages. Es gibt immer wieder ablehnende Entscheidungen von Gerichten, die die Auffassung vertreten, dass bereits staatliche Aufklärungskampagnen gegen FGM im Herkunftsstaat das Schutzbedürfnis entfallen ließen und schon kleinste Nichtregierungsorganisationen, welche sich gegen FGM engagieren, ausreichenden Schutz für die Frauen bieten könnten. Dies entspricht in keiner Weise den tatsächlichen Verhältnissen in den Herkunftsländern, wo politisches Engagement gegen Genitalverstümmelung häufig von kleinen Zusammenschlüssen weniger Frauen getragen wird, die nicht über Strukturen und finanzielle Ressourcen verfügen, welche betroffenen Frauen faktisch Schutz bieten könnten. Einrichtungen wie Frauenschutzhäuser, die den oft noch minderjährigen Mädchen und Frauen eine tatsächliche „Fluchtalternative“ bieten könnten, gibt es in keinem der von FGM betroffenen Staaten. So haben u. a. die Verwaltungsge-

richte in Düsseldorf, Aachen und München mit dieser höchst fragwürdigen Argumentation in den vergangenen Jahren immer wieder betroffenen Frauen aus Kamerun, Nigeria, Uganda oder Äthiopien die Zuerkennung eines Aufenthaltsrechts verweigert.

Die Realität der betroffenen Frauen, die durch Abschiebung in die Hauptstädte ihrer Heimatländer zurückgebracht werden, sieht häufig so aus, dass ihnen ohne das soziale Netz ihrer Familien in den Slums der Millionenstädte nur ein Leben unterhalb des Existenzminimums bleibt, wobei das Überleben nicht selten nur durch Prostitution gesichert werden kann.

Lichtblicke – positive Gerichtsentscheidungen

Es gibt jedoch auch eine Reihe von Gerichtsentscheidungen, u. a. der Verwaltungsgerichte in Hamburg, Regensburg, München, Stuttgart und Köln, die in konsequenter Anwendung der Genfer Flüchtlingskonvention und der neuen aufenthaltsrechtlichen Vorschriften von 2005 Frauen aus Guinea, Ghana, Nigeria, Elfenbeinküste und anderen Ländern Schutz vor drohender Genitalverstümmelung gewährt haben. In Anbetracht der irreversiblen Gesundheitsschädigung und der lebensbedrohlichen Folgen von FGM bleibt zu fordern, dass Mädchen und Frauen mindestens Abschiebungsschutz erhalten, sofern nur die geringste Möglichkeit der Genitalverstümmelung besteht.

Im Ergebnis zeigt auch das Zuwanderungsgesetz von 2005 durchaus Wirkung: Während von frauenspezifischer Verfolgung betroffenen Frauen in den Jahren vor seinem Inkrafttreten meist lediglich eine Duldung erteilt worden war, ist die Zahl der Zuerkennung einer Flüchtlingseigenschaft wegen geschlechtsspezifischer Verfolgung von 56 Fällen im Jahre 2005 auf immerhin 460 Anerkennungen im Jahre 2010 gestiegen.

Die Autorin ist Rechtsanwältin in Hamburg und seit 1995 im Migrationsrecht tätig (Kanzlei Menschen und Rechte, www.menschenundrechte.de)

Rechtslage in Deutschland

Weibliche Genitalverstümmelung (Englisch: Female Genital Mutilation, kurz: FGM) ist nicht nur in 28 afrikanischen Ländern, im Süden der Arabischen Halbinsel und in Teilen Asiens verbreitet, sondern durch Migration auch zunehmend Thema in Europa. Nach Schätzungen von TERRE DES FEMMES leben in Deutschland mehr als 20.000 bereits von FGM betroffene Frauen. Über 5.000 Mädchen sind dem Risiko ausgesetzt, entweder heimlich hierzulande oder in den Ferien im Heimatland der Eltern genital verstümmelt zu werden.

Strafrecht

In Deutschland stellt FGM bislang keinen eigenen Straftatbestand dar, ist jedoch als Straftat gegen die körperliche Unversehrtheit nach den §§ 223 ff. StGB strafbar. Wer eine Genitalverstümmelung vornimmt, an einer solchen teilnimmt, zu ihr anstiftet oder sie duldet, macht sich der Körperverletzung strafbar und kann mit einer Geldstrafe oder Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren verurteilt werden. Da die Verstümmelung meist mit einem Messer oder einem anderen gefährlichen Werkzeug im Sinne des § 224 Absatz I Nr. 2 mit weiteren Beteiligten gemeinschaftlich im Sinne des § 224 Absatz I Nr. 4 oder anhand einer das Leben gefährdeten Behandlung im Sinne des § 224 Absatz 1 Nr. 5 StGB, vorgenommen wird, liegt der Straftatbestand der gefährlichen Körperverletzung vor. Das Strafmaß diesbezüglich liegt bei einer Freiheitsstrafe zwischen sechs Monaten und zehn Jahren. Eine schwere Körperverletzung nach § 226 StGB liegt vor, wenn die Verletzung zum Beispiel den Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit zur Folge hat oder eine dauerhafte erhebliche Entstellung gegeben ist, wobei noch keine gefestigte Rechtsprechung dazu vorliegt, ob die Genitalverstümmelung auch eine Entstellung im Sinne des § 226 Absatz I Nr. 3 StGB darstellt. Für den Tatbestand der schweren Körperverletzung sieht das StGB eine Freiheitsstrafe von einem bis zu zehn Jahren vor.

Die Einwilligung des Mädchens in die Durchführung der eigenen Genitalverstümmelung hat keine rechtfertigende Wirkung im Sinne § 228 StGB, ebenso wenig wie die Einwilligung der Eltern. ÄrztInnen, die gebeten werden, eine Genitalver-

stümmelung vorzunehmen, müssen diese ablehnen, da die Praxis in Deutschland gegen die guten Sitten verstößt. Bei einem Verstoß müssen ÄrztInnen mit berufs- und strafrechtlichen Konsequenzen rechnen.

Änderung der Verjährungsfrist: Außerdem kann Genitalverstümmelung unter Misshandlung Schutzbefohlener (§ 225 StGB) fallen. Seit dem 1.10.2009 beginnt die zehnjährige Verjährungsfrist bei Misshandlung Schutzbefohlener erst mit dem Erreichen des 18. Lebensjahrs. Damit wird verhindert, dass die Tat u.U. verjährt ist, bis die Opfer volljährig sind. Betroffene haben nun die Möglichkeit, bis zu ihrem 28. Lebensjahr Anzeige zu erstatten.

Straftaten gegen die körperliche Unversehrtheit im Kontext FGM (StGB)

- § 223 Körperverletzung
- § 224 Gefährliche Körperverletzung
- § 225 Mißhandlung von Schutzbefohlenen
- § 226 Schwere Körperverletzung
- § 228 Einwilligung

Die gegenwärtig gültige Rechtslage in Deutschland ermöglicht es nicht generell, sondern nur in bestimmten Fällen, auch eine außerhalb von Deutschland durchgeführte Genitalverstümmelung nach deutschem Strafrecht zu ahnden. Das sogenannte passive Personalitätsprinzip nach § 7 Absatz 1 StGB kommt nach geltendem Recht dann zur Anwendung, wenn es sich bei dem im Ausland beschnittenen Mädchen um eine deutsche Staatsangehörige handelt und in dem Land, in dem die Genitalverstümmelung durchgeführt wurde, ein Gesetz gegen FGM besteht.

Fürsorgepflicht der Eltern: Eltern, die eine im Ausland begangene Genitalverstümmelung nicht verhindern, können sich der Verletzung der Fürsorgepflicht nach § 171 StGB strafbar machen. Strafraumen ist eine Geldstrafe oder Haftstrafe von bis zu drei Jahren.

Sowohl die gefährliche Körperverletzung als auch die Verletzung der Fürsorgepflicht sind Delikte, die von der Staatsanwaltschaft verfolgt werden müssen, auch wenn andere Personen als die Betroffenen selbst Anzeige erstatten.

Bisherige Ermittlungsverfahren zum Thema FGM in Deutschland mussten aus Mangel an Beweisen eingestellt werden, daher gibt es in Deutschland im Gegensatz zu Frankreich und anderen

europäischen Ländern bislang keine rechtskräftigen Verurteilungen.

TERRE DES FEMMES fordert, dass weibliche Genitalverstümmelung explizit als eigener Straftatbestand ins StGB aufgenommen wird. Dies ermöglicht es, FGM in den Katalog der Auslandstaten gegen inländische Rechtsgüter aufzunehmen, um auch im Ausland durchgeführte Genitalverstümmelungen zu ahnden wenn es sich um ein in Deutschland lebendes Mädchen handelt – und zwar unabhängig von ihrer Staatsangehörigkeit.

Familienrecht

Erhärtet sich der Verdacht, dass Erziehungsberichtigte eine Genitalverstümmelung zum Beispiel während eines Ferienaufenthalts im Ausland planen, kann ihnen das Aufenthaltsbestimmungsrecht über die Tochter entzogen werden.

Zwischen 2004 und 2009 gab es etwa zehn familienrechtliche Verfahren, die bekannt geworden sind. Da es nie eine hundertprozentige Gewissheit bei der Entscheidungsfindung geben kann, muss eine Güterabwägung zum Wohl des Kindes stattfinden. Es gilt, die konkrete Gefahr für ein Kind einzuschätzen, wobei man sich auf die Schwere einer möglicherweise erfolgenden Verletzung und auf den Grad der Wahrscheinlichkeit dieser Verletzung beruft.

Prävention

In der Regel sind die gefährdeten Mädchen in einem Alter (0–12 Jahre), in dem ihnen weder die drohende Gefahr bewusst ist noch sie in der Lage sind, sich Hilfe suchend an Dritte zu wenden. Sie sind darauf angewiesen, dass andere Personen, wie zum Beispiel ErzieherInnen, LehrerInnen, SozialarbeiterInnen und medizinisches Personal, Maßnahmen zu ihrem Schutz ergreifen.

Anzeichen für eine mögliche Gefährdung sind:

- Mädchen, die mindestens einen Elternteil aus einem FGM-Verbreitungsland haben (siehe Verbreitungskarte). Dabei spielt die ethnische Zugehörigkeit eine entscheidende Rolle, denn oft praktizieren nicht alle Ethnien in einem Land FGM.
- Ferien im Heimatland der Eltern oder Großeltern, in welchem FGM praktiziert wird, können

ein hohes Risiko bedeuten, besonders wenn Mädchen unbegleitet reisen sollen.

Wenn Mädchen von einem speziellen Fest, das für sie organisiert wird, erzählen, kann dies ein konkreter Hinweis sein.

- Eine akute Gefährdung besteht, wenn Mädchen von geplanten Beschneidungen sprechen oder diese andeuten oder wenn sich ihre Eltern für FGM aussprechen.

Es geht beim Thema FGM nicht darum, MigrantInnen aus vorwiegend afrikanischen Ländern unter Generalverdacht zu stellen, ihre Familien zu belasten oder gar rassistische Vorurteile zu schüren. Im Fokus steht der wirksame Schutz gefährdeter Mädchen.

Für diese Situation gibt es kein Patentrezept. Das Vorgehen sollte entsprechend der Dringlichkeit ausgerichtet sein. In jedem Fall sollte so sensibel wie möglich mit der Situation umgegangen werden, damit die Betroffenen oder die Familie sich nicht verschließen. Man sollte immer im Bewusstsein behalten, dass Eltern, die ihre Tochter beschneiden lassen wollen, sich der Folgen der Praxis häufig nicht bewusst sind und/oder unter starkem gesellschaftlichem Druck stehen.

In jedem Fall ist es hilfreich, mit einer auf FGM spezialisierten Organisation in Verbindung zu treten. Eine Liste mit Kontaktadressen findet sich auf www.frauenrechte.de unter „Genitalverstümmelung“. Dort arbeiten BeraterInnen, die im Umgang mit Betroffenen Erfahrung haben. Sollte sich nach einem Gespräch mit den Eltern der Verdacht erhärten, dass ihre Tochter gefährdet ist, ist das zuständige Jugendamt zu informieren. Auch in diesem Fall ist es ratsam, eine Kontaktstelle wie TERRE DES FEMMES über diesen Schritt zu informieren, so dass dem Jugendamt Informationsmaterial bezüglich FGM geschickt werden kann.

Hinweise zur Gesprächsführung

Wenn Sie ein Gespräch mit Betroffenen oder Eltern eines möglicherweise gefährdeten Mädchens führen, sollten Sie Folgendes beachten:

Verwenden Sie den Ausdruck „weibliche Beschneidung“ anstelle von „Genitalverstümmelung“. Viele Betroffene sind traumatisiert und möchten nicht als „verstümmelt“ bezeichnet werden. Diese Wortwahl könnte einem positiven Gesprächsverlauf im Wege stehen.

Informieren Sie sich umfassend, denn nur dann kann ein Gespräch über das Thema aktiv geführt

werden. TERRE DES FEMMES lässt Ihnen gerne Hintergrundinformationen zu FGM und zur Situation in einzelnen Verbreitungsländern zukommen.

Zeigen Sie Respekt vor der Person und Sensibilität im Gespräch. Dennoch sollten Sie Ihren eigenen, ablehnenden Standpunkt gegenüber Genitalverstümmelung klar zum Ausdruck bringen.

Nicht in allen afrikanischen Ländern werden Mädchen und Frauen beschnitten, d. h. nicht alle Frauen mit afrikanischem Hintergrund sind betroffen. Hüten Sie sich vor Pauschalurteilen. Aussagen wie „Barbarei“ im Zusammenhang mit FGM schüren rassistische Vorurteile und sind im Gespräch kontraproduktiv. Informieren Sie sich differenziert über das Thema weibliche Genitalverstümmelung und fragen Sie sensibel nach.

Seien Sie im Gespräch auf Gegenargumente gefasst, auf die Sie reagieren müssen. Dies setzt genaue Hintergrundinformationen voraus.

Erwarten Sie keine schnellen Siege. Signalisieren Sie weitere Gesprächsbereitschaft und geben Sie Informationsmaterialien weiter, zum Beispiel die TERRE DES FEMMES-Präventionsbroschüre „Wir schützen unsere Töchter“. Über www.frauenrechte.de ist sie in Deutsch, Englisch, Französisch, Arabisch, Kiswaheli und Somali kostenlos erhältlich.

Darüber hinaus setzt sich TERRE DES FEMMES zum Schutz gefährdeter Mädchen für folgende Maßnahmen ein:

- Dass ÄrztInnen, Hebammen, LehrerInnen, ErzieherInnen und weitere wichtige Berufsgruppen in ihrer Aus- und Weiterbildung zum Thema sensibilisiert werden.
- Dass alle Kinder in Deutschland – egal welcher Herkunft und welchen Geschlechts – an den ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen. So können nicht nur Fälle weiblicher Genitalverstümmelung, sondern auch sexueller Missbrauch eher entdeckt werden.
- Dass ÄrztInnen es melden müssen, wenn sie feststellen, dass ein Mädchen bereits an den Genitalien verstümmelt wurde. Dann ist zu klären, ob das Mädchen medizinische und psychotherapeutische Unterstützung braucht. Außerdem sind dann jüngere Schwestern und Cousinen extrem gefährdet und müssen wirksam geschützt werden. In anderen europäischen Ländern gibt es bereits eine Meldepflicht.

- Dass es einen Nationalen Aktionsplan der Bundesregierung (zusammen mit Betroffenen und Nichtregierungsorganisationen erarbeitet) zum Schutz von Mädchen gibt, damit die Zuständigkeiten zwischen verschiedenen Stellen wie Jugendämtern, ÄrztInnen, Polizei etc. eindeutig geklärt ist und diese Berufsgruppen zum Thema geschult werden. Norwegen, Österreich und Irland haben bereits Nationale Aktionspläne erarbeitet.

Kontaktadressen:

www.frauenrechte.de ⇒ Genitalverstümmelung

Literatur:

Behrendt, A. Listening to African voices. Female genital mutilation/cutting among immigrants in Hamburg: Knowledge, attitudes and practice, 2011

Deutsches Komitee für Unicef e.V. in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Frauenärzte e.V. und TERRE DES FEMMES e.V. (Hg.). Schnitte in Körper und Seele. Eine Umfrage zur Situation beschnittener Frauen in Deutschland, 2005

Student V. Weibliche Genitalverstümmelung – ein Thema auch in KiTas. Präventiv einschreiten für gefährdete Mädchen, in: Rieder-Aigner H (Hg.). Zukunfts-Handbuch Kindertageseinrichtungen. Bildung und Soziales 2010: 1–10

TERRE DES FEMMES e.V. (Hg.). Schnitt in die Seele. Weibliche Genitalverstümmelung. Eine fundamentale Menschenrechtsverletzung. 2003

Wüstenberg D. Genitalverstümmelung und familienrechtliche Rechtsprechung. ZKJ Kindschaftsrecht und Jugendhilfe 2008; 10: 411–415

Wüstenberg D. Genitalverstümmelung – und die weitere familienrechtliche Rechtsprechung. ZKJ Kindschaftsrecht und Jugendhilfe 2009; 12: 484–487

Wüstenberg D. Genitalverstümmelung und staatliches Handeln zum Schutz abstrakt Bedrohter. Recht und Politik 2010; 2: 111–117

Wüstenberg D., Öffentlich-rechtliche Mitteilungsrechte und –pflichten der Ärzte zum Schutz vor weiblicher Genitalverstümmelung? Gesundheits-Recht 2010; 10: 529–534

Hinweise

Aktuelle Bewertung der HPV-Impfung¹²

Während die allgemeinen Medien der HPV-Impfung inzwischen nur noch wenig Aufmerksamkeit schenken, geht die Diskussion in der Fachöffentlichkeit weiter. Dabei geht es um die Veröffentlichung neuer Ergebnisse zur Wirksamkeit der Impfung. Außerdem streben die Hersteller eine Ausweitung der Anwendung der Impfung auf ältere Frauen und auf Männer an.

Das arznei-telegramm (a-t), eine monatlich erscheinende unabhängige Information für ÄrztInnen und ApothekerInnen, bewertet in der Novemberausgabe 2011 die aktuelle Datenlage zur HPV-Impfung mit Cervarix® und Gardasil®.

Bereits 2009 hat die a-t-Redaktion zur Datenlage Stellung bezogen und kam damals zu dem Schluss, dass die Studien, auf deren Ergebnissen die Bewertung der Wirksamkeit der HPV-Impfung basiert, gravierende methodische Probleme aufweisen. Außerdem ist die Auswertung und der Vergleich der Ergebnisse erschwert, da zahlreiche Untergruppen gebildet und die Ergebnisse für unterschiedliche Endpunkte angegeben wurden. Zudem werden die Ergebnisse meist in Relativprozent angegeben, was ohne absolute Erkrankungszahlen zu einer groben Überschätzung des Nutzens der Impfung führt. Bei der Angabe in Relativprozent wird lediglich ein Quotient aus der Rate der erkrankten Frauen mit bzw. ohne Impfung gebildet, ohne die absolute Zahl der Erkrankten zu nennen. Das Beispiel im übernächsten Abschnitt macht den Unterschied deutlich. Von den geimpften Frauen entwickelten 0,6 % eine Zellveränderung, von den nicht geimpften 2,0 %. In Relativprozent angegeben entspricht das einer Reduktion von 70 %, in absoluten Zahlen beträgt der Rückgang 1,4 %.

Die Ergebnisse für Cervarix® wurden folgendermaßen zusammengefasst: In der Gesamtgruppe der Studienteilnehmerinnen, die Frauen mit und ohne eingangs bestehende HPV-Infektionen umfasste, sank die Rate der durch die HPV-Typen 16 und 18 verursachten, schwerwiegenden Zellveränderungen am Gebärmutterhals (CIN 2 und 3¹³) um 53 %. Bezogen auf die ge-

samte Zahl an CIN 2 und 3 (verursacht durch alle Virustypen) sank die Rate um 30 %.

Eine Untergruppe, die der Zielgruppe junger Mädchen vor dem ersten Geschlechtsverkehr möglichst nahekommen sollte, waren Frauen, die bei Studienbeginn HPV 16- und 18-negativ waren. In dieser Untergruppe reduzierte Cervarix® die Rate an schwerwiegenden Zellveränderungen um 70 % (in Absolutprozent um 1,4 %, nämlich von 2,0 % auf 0,6 %, s. 2. Absatz).

Bei Gardasil® fielen die Ergebnisse noch ernüchternder aus: In der Gesamtgruppe der Studienteilnehmerinnen sank die Rate der CIN 2 und 3, die durch HPV 16 und 18 verursacht waren, um 51 %. Die Zahl der schwerwiegenden Zellveränderungen, die durch alle Virustypen verursacht waren, sank um 18,4 %. In einer HPV-negativen Untergruppe wurde die Gesamtrate schwerwiegender Zellveränderungen um 42,7 % reduziert.

Gefordert wurde damals ein unabhängig von den Herstellern durchgeführter Vergleich der beiden Impfstoffe, bei dem das für die Frauen wichtigste Ergebnis, die Rate von schwerwiegenden Zellveränderungen insgesamt, untersucht wird.

Aktuelle Bewertung

Auch auf der Basis weiterer veröffentlichter Daten schätzen die Autoren des a-t den Nutzen der Impfung als nicht geklärt ein. Auch die tatsächliche Dauer des Impfschutzes ist unklar.

In einer aktuellen Studie aus Australien wurde die Wirksamkeit der Impfung bei der Anwendung im Alltag untersucht. Dort werden Mädchen seit 2007 in der Schule geimpft, daher sind die Impfraten dort sehr hoch. Bei den bis 17-jährigen Mädchen konnte nun ein Rückgang von schwerwiegenden Zellveränderungen im Vergleich zu der Zeit vor der Impfung beobachtet werden. Bei den 18 bis 20-jährigen wurde der Rückgang allerdings nicht beobachtet. Daher gibt es Zweifel, ob der Rückgang tatsächlich durch die Impfung bedingt ist oder andere Ursachen hat.

auf der Auswertung von Zellastrichen beruht, bezieht sich die Einstufung der CIN auf die Untersuchung von Gewebeproben. Die Zellveränderungen können sich auch ohne Behandlung zurückbilden. Bei CIN 1 und 2 geschieht das häufig, aber auch CIN 3 können sich manchmal zurückbilden oder bleiben bestehen, ohne sich zu Krebs weiterzuentwickeln.

CIN 1 : (leichte Dysplasie)

CIN 2 : (mäßige Dysplasie)

CIN 3 : (schwere Dysplasie/Carcinoma in situ).

12 auch FPR4/2006, 17–19 und FPR 2/2007, 14–15.

13 CIN: Cervikale Intraepitheliale Neoplasien: Zellveränderungen am Gebärmutterhals, sog. Dysplasien, die einer Krebserkrankung vorausgehen. Während die Pap-Einteilung

Impfung bei älteren Frauen

Seit August 2010 ist der Vierfach-Impfstoff Gardasil® (gegen HPV 6, 11, 16 und 18) in Deutschland auch für Frauen der Altersgruppe bis 45 Jahren zugelassen. Die Impfung bei dieser Zielgruppe kann zwar andauernde Infektionen mit diesen HPV-Typen verhindern. Die Studienergebnisse zeigten jedoch keinen signifikanten Rückgang von CIN 2 und 3 bei den geimpften Frauen. In den USA musste der Hersteller auf Veranlassung der US-Zulassungsbehörde FDA in der Produktinformation ausdrücklich auf den fehlenden Nutzen in dieser Altersgruppe hinweisen. Konsequenterweise erfolgte auch keine Zulassung für diese Zielgruppe.

In Deutschland werden diese Ergebnisse in der Fachinformation nicht erwähnt. Dort wird allerdings darauf hingewiesen, dass die Anwendung der Impfung entsprechend der aktuellen Impfeempfehlungen der Ständigen Impfkommision am Robert Koch-Institut (STIKO) erfolgen soll. Darin wird die Impfung für Mädchen im Alter von 12–17 Jahren empfohlen.

Impfung von jungen Männern

Bewertet wurde aktuell auch der Nutzen für die Impfung von Jungen. Die Impfung mit Gardasil® senkt bei diesen die Rate an Genitalwarzen deutlich, um etwa 65 %. Ob durch die Impfung Vorstufen von Peniskarzinomen (PIN) verhindert werden können, lässt sich durch die Studie nicht klären, da diese Veränderungen sehr selten sind.

Auch zu der Frage, ob durch die Impfung von Jungen Mädchen und Frauen geschützt werden können, gibt es keine Daten. Zwar verhindert die Impfung andauernde Infektionen, allerdings können kurzzeitige Infektionen trotzdem auftreten. Daher könnten auch geimpfte Jungen die Infektion auf Mädchen übertragen.

In der Studie wurde auch eine Untergruppe von schwulen Männern gebildet (MSM)¹⁴, um die Auswirkung der Impfung auf Krebsvorstufen im Anus (AIN) zu untersuchen, die bei MSM häufiger auftreten. Die Impfung konnte das Auftreten von AIN 2 und 3, die durch HPV 16 und 18 verursacht waren, um 54 % reduzieren. Die Gesamtzahl von AIN 2 und 3 (verursacht durch alle Virustypen) wurde nicht signifikant reduziert. Diese Informationen fehlen ebenfalls in der deutschen Fachinformation.

¹⁴ 14 Männer, die im Jahr vor Studienbeginn Sex mit Männern hatten.

In der Studie gab es außerdem sehr enge Einschlusskriterien (max. 5 Sexualpartner in der Vergangenheit, keine HIV-Infektion, keine Genitalwarzen in der Vorgeschichte). Daher wird bezweifelt, ob die Studienergebnisse auf die Gesamtgruppe von Schwulen bzw. MSM übertragbar sind.

In Deutschland gibt es bisher keine Empfehlung der STIKO zur Impfung von jungen Männern. Daher ist eine Kostenübernahme der Krankenkassen unwahrscheinlich. In den USA dagegen hat sich das zuständige Gremium für die Impfung von Jungen im Alter von 12 bis 13 Jahren ausgesprochen. Als Gründe werden der Nachweis der Krebsprävention für Jungen und die niedrigen Impfraten bei Mädchen angegeben. Durch die Impfung von Jungen erhofft man sich eine geringere HPV-Übertragungsrate auf Mädchen.

Quellen:

Neue Daten zu HPV-Impfstoffen (Cervarix, Gardasil). *arznei-telegramm* 2009; 40,8: 70–73

HPV-Impfung (Cervarix, Gardasil): Aktueller Kenntnisstand. *arznei-telegramm* 2011; 42, 11: 95–97

Stellungnahme zu Rechtsfragen bei der Behandlung Minderjähriger

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Arbeitsgemeinschaft

Medizinrecht (AG MedR)

Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) hat ihre 2003 erstellte Stellungnahme zu Rechtsfragen bei der Behandlung von Minderjährigen aktualisiert. Sie trägt damit dem Umstand Rechnung, dass FrauenärztInnen in zunehmendem Maß mit der Behandlung minderjähriger Patientinnen befasst sind und dabei unterschiedliche rechtliche Fragen auftreten können. Die Stellungnahme soll helfen, Fehler im Umgang mit Jugendlichen und deren Eltern sowie juristische Folgen zu vermeiden.

Da es zu vielen dieser Fragen keine oder nur eine uneinheitliche Rechtsprechung gibt, sind die gegebenen Informationen als Hinweise und Entscheidungshilfen für den Frauenarzt/die Frauenärztin in Klinik und Praxis zu verstehen. Es geht dabei in einem allgemeinen Teil um folgende Aspekte:

- Behandlungsvertrag (Geschäftsfähigkeit)
- Abschluss des Behandlungsvertrags durch gesetzliche Vertreter
- Wirksamkeit des Behandlungsvertrags bei Abschluss mit Minderjähriger
- Einwilligung in den Eingriff und Einwilligungsfähigkeit der Minderjährigen
- Meinungsstand zur Einwilligungsfähigkeit
- Kriterien zur Feststellung der Einwilligungsfähigkeit und Dokumentation
- Vetorecht bei relativ indizierten Eingriffen
- Einwilligung der Eltern oder sonstiger gesetzlicher Vertreter
- Meinungsverschiedenheiten der Eltern
- Therapieverweigerung durch beide Eltern
- Therapieverweigerung durch die nicht einwilligungsfähige Patientin
- Schweigepflicht gegenüber dem gesetzlichen Vertreter

Der zweite Teil geht auf einzelne Behandlungssituationen ein und befasst sich mit folgenden Themen:

- Das Kind im Mutterleib
- Verschreibung von Kontrazeptiva
- Impfungen
- Sterilisation
- Schwangerschaftsabbruch
- Gynäkologische Operationen
- Plastisch-ästhetische Operationen
- Geschlechtsumwandelnde Operationen

Die 13-seitige „Stellungnahme zu Rechtsfragen bei der Behandlung Minderjähriger“ ist online im pdf-Format verfügbar.

Link:

http://www.dggg.de/fileadmin/public_docs/Leitlinien/4-1-1-minderjaehrige-2011.pdf

Pille danach: US-Gesundheitsministerium verhindert Aufhebung der Altersbegrenzung für den rezeptfreien Zugang

In den USA ist die Pille danach seit 2009 rezeptfrei zugelassen.¹⁵ Dieser Zugang wurde unter der Regierung Bush gegen starken politischen Widerstand erkämpft, nach öffentlicher Aufforderung von mehr als 60 medizinischen Fachgesellschaften und einer Klage vor Gericht (siehe auch FPR-Ausgaben 3/2004, 3/2005, 1/2006, 3/2006). Dabei wurde jedoch eine Altersbegrenzung gesetzt. Erst ab 17 Jahren ist die Pille danach rezeptfrei erhältlich, jüngere Mädchen brauchen weiterhin ein Rezept.

Nun hat die US-Zulassungsbehörde FDA auf Antrag des Herstellers für das Präparat „Plan B One Step“ erneut die Aufhebung dieser Beschränkung geprüft. Das in der FDA zuständige „Center for Drug Evaluation and Research“ kam nach umfassender und sorgfältiger Prüfung in einem standardisierten wissenschaftlichen Evaluations- und Bewertungsprozess zu dem Schluss, dass die rezeptfreie Vergabe auch an Mädchen unter 17 Jahren sicher und wirksam ist.

Die FDA schreibt in ihrer Stellungnahme dazu, dass jüngere Mädchen die Anwendungsinformationen gut verstehen und dafür keine ärztliche Konsultation benötigen. Die Mädchen betrachten die Pille danach nicht als Routine-Verhütung und wissen, dass sie nicht vor sexuell übertragbaren Infektionen schützt. Die FDA betont, dass die durchgeführte Nutzen-/Risikobewertung wissenschaftlich gut abgesichert ist.

Aufgrund dieser Einschätzung kommt die FDA zu dem Schluss, dass es eine „hinreichende, sinnvolle, gut belegte und wissenschaftlich gestützte Evidenz“¹⁶ für die Sicherheit und Wirksamkeit des rezeptfreien Zugangs zur Pille danach gibt. Sie sollte ohne Altersbegrenzung für alle Mädchen und Frauen im reproduktiven Alter ohne Rezeptpflicht zugelassen werden.

Die Gesundheitsministerin hat der Zulassungsbehörde diese Änderung der Zulassung unter sagt. In einer Stellungnahme begründet sie diesen in den USA einmaligen Eingriff in die Entscheidungen der FDA mit signifikanten kognitiven und Verhaltensunterschieden zwischen älteren und jüngeren Jugendlichen, die relevant für die

¹⁵ Rezeptfreiheit gilt nur für das Präparat mit Levonorgestrel. Für das Präparat mit Ulipristal besteht generelle Rezeptpflicht.
¹⁶ Zitat der FDA-Kommissarin K. Hamburg: „...adequate, reasonable, well-approved and science-based“.

Frage der rezeptfreien Verfügbarkeit seien. Diese seien bei der Bewertung nicht berücksichtigt worden.

Die Menschenrechtsorganisation Center for Reproductive Rights und externe ExpertInnen bewerten diese ungewöhnliche Entscheidung als politisch motiviert.

Quellen:

Stellungnahme der U.S. Gesundheitsministerin Kathleen Sebelius vom 7. Dezember 2011:

US Department of Health and Human Services: A Statement by U.S. Department of Health and Human Services Secretary Kathleen Sebelius:

Online unter:

<http://www.hhs.gov/news/press/2011pres/12/20111207a.html>

Erklärung der FDA-Kommissarin Margaret Hamburg vom 7. Dezember 2011:

U.S. Food and Drug Administration (FDA): Statement from FDA Commissioner Margaret Hamburg, M.D. on Plan B One-Step [online unter: <http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/ucm282805.htm>]

Deutsches Ärzteblatt, 8.12.2011: Pille danach: US-Regierung pfeift FDA zurück [online unter:

http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/48363/Pille-danach--US-Regierung-pfeift-FDA-zur_ck.htm]