



Genitalverstümmelung an Mädchen und Frauen –

Hintergründe und Hilfestellung
für professionell Pflegende

Stark für
die Pflege



DBfK

Deutscher Berufsverband
für Pflegeberufe



Herausgeber
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) e.V.
Bundesgeschäftsstelle
Am Salzufer 6
10587 Berlin
Telefon: + 49 30-2 19 15 70
Telefax: + 49 30-21 91 57 77
E-Mail: dbfk@dbfk.de
Internet: www.dbfk.de
V.i.S.d.P. DBfK.Bundesverband e.V.
Alle Rechte vorbehalten
© 2008

Autorinnen
Dr. Andrea Kuckert, Amsterdam School of Health Professions
Angelina Sagawe, Hebammenschule Kiel
Andrea Weskamm, DBfK–Bundesverband Berlin
Prof. Dr. Andrea Zielke-Nadkarni, Fachhochschule Münster, Fachbereich Pflege

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	4
Einleitung (Andrea Weskamm)	5
1 Frauenverstümmelung (Andrea Kuckert, Angelina Sagawe).....	6
2 Verbreitung und Klassifikation (Andrea Kuckert, Angelina Sagawe)	8
3 Hintergründe der Genitalverstümmelung (Andrea Kuckert, Angelina Sagawe)	11
3.1 Genitalverstümmelung in Europa.....	12
3.2 Gründe für die Durchführung der Genitalverstümmelung	13
4 Folgen der Genitalverstümmelung (Andrea Zielke-Nadkarni)	14
4.1 Langfristige körperliche Folgen.....	15
4.2 Langfristige psychische Folgen.....	16
4.3 Langfristige psychosexuelle Folgen	17
4.4 Langfristige psychosoziale Folgen	17
5 Umgang mit betroffenen Frauen im pflegerischen Alltag (Andrea Zielke-Nadkarni)	18
5.1 Defibulation	20
6 Schwangerschaft und Geburt (Angelina Sagawe, Andrea Weskamm)	25
7 Umgang mit den eigenen Gefühlen (Andrea Weskamm).....	28
8 Schlussbemerkung (Andrea Weskamm).....	30
Literaturhinweise und Internetseiten.....	31

Vorwort

Die Anzahl der Frauen mit Genitalverstümmelung nimmt infolge von Migration und Globalisierung auch in Deutschland zu. Weltweit sind über 130 Millionen Mädchen und Frauen an den Genitalien verstümmelt, und laut einer Unicef-Studie von 2005 kommen jährlich drei Millionen dazu. Unabhängig davon, welche Variante dieses Rituals gewählt wird: weibliche Genitalverstümmelung (FGM¹) gilt in Deutschland und Europa als Menschenrechtsverletzung und bedeutet neben einer schweren seelischen Traumatisierung durch den Vorgang selbst ein Leben mit multiplen chronischen Langzeitfolgen. Die betroffenen Frauen benötigen einfühlsame Hilfe, die ihre persönliche Lebenssituation, ihre Geschichte und ihre Perspektiven berücksichtigt und ihrem kulturellen Selbstverständnis entspricht.

Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass Patientinnen mit FGM nicht immer eine adäquate Versorgung erhalten. Die vorliegende Informationsschrift soll dazu beitragen, eine kompetente pflegerische, medizinische, soziale und psychologische Versorgung der betroffenen Frauen sicher zu stellen. Im Interesse der Frauen und der gefährdeten Mädchen mögen die Pflegenden die Chance ergreifen und im Rahmen des Möglichen einen Beitrag zu kompetenter Versorgung der Betroffenen und Prävention dieses gefährlichen Rituals zu leisten.

Dr. Andrea Kuckert-Pander und Prof. Dr. Andrea Zielke-Nadkarni als Mitglieder der Expertengruppe ‚Kultursensible Pflege‘ im DBfK sowie Angelina Sagawe als Hebamme haben das Thema FGM aufgegriffen und ihre Expertise zur Verfügung gestellt. Für das große Engagement bei der Erarbeitung dieser Broschüre möchte ich mich ganz herzlich bei den Autorinnen bedanken. Zudem ermuntert der DBfK die LeserInnen, das Gespräch sowohl mit den Frauen, als auch innerhalb der Berufsgruppe zu führen und damit der immer noch bestehenden Tabuisierung von FGM entgegen zu wirken.

Andrea Weskamm
Referentin DBfK Bundesverband
Berlin, im Januar 2008

¹ Female Genital Mutilation ist der international übliche Ausdruck für weibliche Genitalverstümmelung.

Einleitung

Als sich die 23-jährige Tsehay aus Äthiopien mit akuten Unterleibsbeschwerden in der Notfallaufnahme eines großen deutschen Krankenhauses meldet, ist die aufnehmende Pflegefachkraft entsetzt. Beim Versuch, einen Blasenkatheder zu legen, findet sie keinen Eingang, der Ausgang der Harnröhre ist durch vernarbtes Gewebe verlegt, das Katheterisieren unmöglich. Die hinzu gerufene Kollegin weiß auch keinen Rat. Sowohl die Patientin als auch die beiden Pflegekräfte sind von der Situation überfordert, die Patientin durch die Reaktion des Personals erschreckt und verunsichert. Sie kennt es nicht anders, denn sie wurde als Kleinkind beschnitten und bis auf eine winzige Öffnung zugenäht.

Zunehmend werden auch in Deutschland Pflegende mit afrikanischen Frauen konfrontiert, die in unterschiedlichem Ausmaß eine Verstümmelung der Genitalien erlitten haben. Jedoch sind die Erfahrungen und das Wissen der Pflegenden² zu diesem Thema häufig noch gering, da sie in ihrem Berufsleben bisher so gut wie nie Kontakt zu Mädchen und Frauen mit genitaler Verstümmelung hatten. In der Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege wird das Thema selten oder nur am Rande thematisiert.

Daher entstehen im Umgang mit den Frauen viele Fragen:

„Wie gehe ich auf die Patientin zu“?

„Woran erkenne ich, dass die Frau beschnitten wurde“?

„Welche Begriffe verwende ich, ohne dass es zu zusätzlichen Kränkungen kommt“?

„Mit welchen Komplikationen ist zu rechnen“?

„Welche kompetenten Dienste sollten informiert werden, wenn die Frau nach der Geburt eines Mädchens nach Hause entlassen wird, um die Gefahr einer weiteren Beschneidung abzuwenden“?

Mit diesen und anderen Fragen sind Pflegekräfte – vor allem in Großstädten – konfrontiert.

Wissen über Vorkommen und Formen von FGM, die Symptome und assoziierten Komplikationen sowie die soziokulturellen Hintergründe ist die entscheidende Voraussetzung, um Probleme und Bedürfnisse dieser Patientengruppe zu erfassen.

² Zur besseren Lesbarkeit wird für die Personen und Gruppen die männliche Bezeichnung verwendet; selbstverständlich sind Frauen und Männer gleichermaßen angesprochen.

Darüber hinaus ist ein sensibler und bewusster Umgang seitens des medizinischen und pflegerischen Personals dringend geboten. Pflegekräfte fungieren bei medizinischen Problemen häufig als erste Ansprechpartner und können durch einen vertrauensbildenden Umgang mit den betroffenen Frauen Hürden gegenüber der Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen beseitigen. Denn gerade der mehrdimensionale Blickwinkel der Pflege erfasst die Lebenssituationen der Frauen sowie ihre sozialen Zusammenhänge und unterstützt potenzielle Bewältigungsstrategien. Neben einer Förderung der Gesundheit und der Verhütung von Krankheiten umfasst Pflege auch die Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse der Menschen und die Förderung einer sicheren Umgebung³.

Lebenssituationen
und soziale Zusammenhänge erfassen

1 Frauenverstümmelung

Fathma aus dem Sudan:

„Ich stamme aus einem ziemlich üblen Dorf im Westen, wo sie alles wegkratzen. Es wird nicht einmal mehr ein Stück Haut zum Zunähen übrig gelassen, und sie binden dir 40 Tage die Beine zusammen, bis sich eine Narbe bildet. Es bleibt nichts übrig, mit dem du fühlen kannst. Wenn dein Mann zu dir kommt, ist es dasselbe, als käme er mit einem Stock in ein Stück Leder.(...) Meine Tochter ist jetzt neun Jahre alt, und die Mädchen in ihrem Alter sind hier (Sudan) bereits beschnitten. Hier macht man das gewöhnlich im Alter von fünf bei ihnen. Ich habe zwei meiner Kinder in den Vereinigten Staaten geboren und ich weiß, es wäre grausam und sinnlos, ihr das anzutun. Es gibt nicht einen einzigen guten Grund dafür, gleichgültig, was man hier versucht uns einzureden. Alle versuchen mich zu überreden, ich müsste es bei meiner Tochter machen lassen, und sie erzählen mir, dass sie sonst niemanden zum Heiraten finden wird, aber ich sage ihnen: Das macht mir nichts aus. Lasst sie erst einmal alt genug sein zu entscheiden, was sie selbst für sich will. In einem Jahr will ich für sie ein Fest geben und so tun, als ob ich sie beschneiden lasse. Ich werde ihr neue Kleider kaufen, ihre Hände mit Henna bemalen und die Hebamme rufen, genau wie ich es tun würde, wenn ich sie beschneiden ließe. Dann bezahle ich die Hebamme dafür, dass sie gar nichts macht, und erzähle jedem, dass es geschehen ist. Dann werden alle zufrieden sein und mich in Ruhe lassen. Niemand wird ihr die Kleider ausziehen und nachsehen“ (Lightfoot-Klein 1993, S.163).

³ Vgl. auch konsensierte Übersetzung der Definition des International Council of Nurses unter http://de.wikipedia.org/wiki/International_Council_of_Nurses

Die Frauenbeschneidung, im Englischen mit dem Begriff *Female Circumcision* (FC) beschrieben, wird noch heute in vielen vornehmlich afrikanischen Ländern praktiziert. Der im gleichen Kontext verwendete Begriff der Frauenverstümmelung, *Female Genital Mutilation* (FGM) geht auf die Initiative afrikanischer Aktivistinnen zurück, die darauf hinwiesen, dass die bei den Frauen praktizierte Beschneidung in keiner Weise mit der an den Männern (der Entfernung der Vorhaut) zu vergleichen ist (Boyle 2002). Im wissenschaftlichen Diskurs hat sich der Begriff der FGM sicherlich weitestgehend durchgesetzt (Gemeda 2000; Hulverscheidt 2000; Okroi 2000; Terres de Femmes 2003). Gleichwohl wird von Frauen berichtet, die in ihrer täglichen Aufklärungsarbeit den Begriff der *circumcision* (Beschneidung) bevorzugen, da es im direkten Umgang mit den Betroffenen nicht üblich sei, diese als verstümmelt zu bezeichnen. Dies könnte als entwürdigend wahrgenommen werden (Richter & Schnüll 2003).

Von Beschneidung
und nicht von
Genitalverstümmelung
sprechen

Die AutorInnen des vorliegenden Beitrages haben sich für den Begriff der Frauenverstümmelung (FGM) entschieden, um auf die weitreichenden physischen, psychischen, seelischen und letztendlich auch gesellschaftlichen Konsequenzen hinzuweisen, die mit diesem Eingriff einhergehen. So herrscht in verschiedenen Ländern durchaus die Vorstellung, dass Mädchen, die nicht beschnitten werden, nicht als vollwertiges Mitglied ihrer Gesellschaft angesehen werden (Okroi 2000). Ächtung und wirtschaftliche Probleme sind nur zwei Folgen, auf die hier hingewiesen werden soll. Bevor auf die Ursachen dieser seit Jahrhunderten praktizierten Frauenverstümmelung eingegangen wird, werden im folgenden Abschnitt zunächst Verbreitung und Formen der FGM besprochen.

2 Verbreitung und Klassifikation

Weltweit gibt es circa 138 bis 170 Millionen betroffene Frauen und Mädchen und ihre Zahl ist steigend. Es wird geschätzt, dass jedes Jahr drei Millionen Mädchen in einer Altersspanne von wenigen Lebenstagen bis zum 18. Lebensjahr hinzukommen. In Deutschland leben heute ca. 19.000 beschnittene Frauen und Mädchen, wobei die Dunkelziffer sicher höher ist.

Ungefähr 6.000 Mädchen werden von Terre des Femmes als gefährdet eingestuft (Terre des Femmes 2007).

In einem breiten Gürtel (siehe Abb.1) von der westlichen bis zur östlichen Küste Afrikas (28 Länder), dem Jemen, Irak und Teilen Indonesiens und Malaysias werden Mädchen und Frauen in unterschiedlichen Formen beschnitten. In einigen Ländern wie Ägypten, Eritrea, Djibuti, Guinea, Mali, Somalia, Sierra Leone liegt nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation WHO die Beschneidungsrate der Mädchen bei annähernd 100 %!

Ca 30.000 beschnittene und bedrohte Mädchen und Frauen in Deutschland

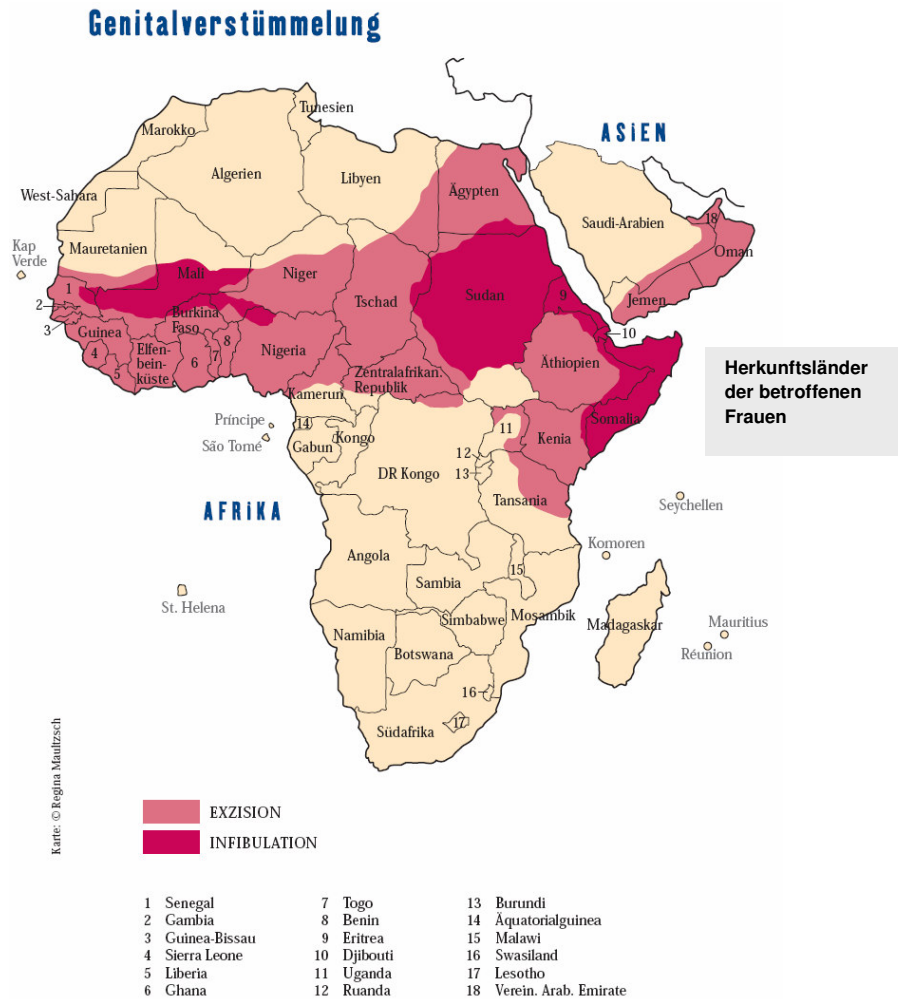
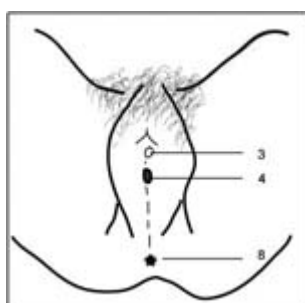
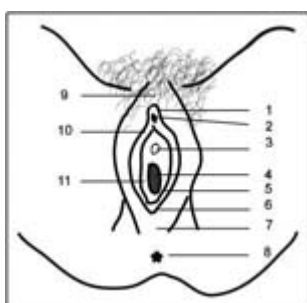


Abbildung 1: Verbreitung der Frauenbeschneidung
Quelle: Regina Maultzsch, TERRE DES FEMMES

Laut WHO umfasst die weibliche Genitalverstümmelung „alle Verfahren, die die teilweise oder vollständige Entfernung der weiblichen äußeren Genitalien oder deren Verletzung zum Ziel haben, sei es aus kulturellen oder anderen, nicht-therapeutischen Gründen“ (Gruber 2005, S. 3).

Dabei muss in diesem Zusammenhang auf die unterschiedlichen Formen der Verstümmelung des weiblichen Genitalbereichs hingewiesen werden. Die von der WHO formulierte Einteilung beruht auf dem Grad und Ausmaß der durchgeführten Beschneidung. Während es sich bei der Sunna (WHO Klassifikation) um die teilweise oder ganze Entfernung der Klitoris handelt (Abb. 2), werden bei der pharaonischen Beschneidung alle äußeren weiblichen Geschlechtsorgane entfernt und beide Seiten der Vulva miteinander vernäht. Eine kleine erbsenformgroße Öffnung dient gleichzeitig dem Abfluss von Urin und Menstruationsblut.



1. Klitorisvorhaut
2. Klitoris
3. Harnröhre
4. Vaginalöffnung
5. Hymen
6. Bartholinsche Drüsen
7. Damm
8. Anus
9. Venusberg
10. große Schamlippen
11. kleine Schamlippen

Abbildung 2. weibliche Geschlechtsorgane

Die WHO-Klassifikation (WHO 2007) unterscheidet folgende Typen:

- Typ I: „Sunna“⁴ Exzision der Klitorisvorhaut mit oder ohne Exzision eines Teiles oder der ganzen Klitoris.
- Typ II: „Exzision“ Entfernen der Klitoris und Vorhaut zusammen mit einem Teil der kleinen Schamlippen oder auch die gesamte Entfernung derselben.
- Typ III: „Infibulation“, extremste Form der FGM, auch „pharaonische“ oder „sudanesische Beschneidung“, bezeichnet das Entfernen eines Teils oder der gesamten äußeren Genitalien und das anschließende Vernähen/Verengen der Vaginalöffnung, die komplette Entfernung der Klitoris und der Labia minora sowie der Innenseiten der Labia majora. Die beiden Seiten der Vulva werden anschließend mit Dornen, Seide oder Tierdarm so zusammengenäht, dass sie, wenn die verbleibende Haut der Labia majora heilt, eine Brücke aus Narbengewebe über der Vagina bilden. Eine kleine Öffnung für den Abfluss von Urin und Menstruationsblut wird durch das Einführen eines Fremdkörpers gewährleistet.

⁴ Arab.: Tradition

Typ IV: Bezeichnet die verschiedensten Formen bzw. Variationen der FGM, welche nicht näher klassifiziert werden können. Darunter fallen: Einritzen, Durchbohren oder Einschneiden von Klitoris und/oder Schamlippen etc. Auch Beschneidungsformen, die nicht unter die Typen I bis III fallen, werden dem Typ IV zugerechnet.

(Gruber 2005, WHO 2007, Nehberg 2006)

Die Grenzen zwischen den einzelnen Typen sind fließend und können je nach Gebiet und Tradition sehr von einander abweichen. So wird zum Beispiel in einigen Ländern zwischen einer milden und einer modifizierten Sunna unterschieden. Bei der erst genannten Form handelt es sich um ein Einritzen der Vorhaut der Klitoris, bei der modifizierten Sunna kommt es zu der vollständigen Entfernung der Klitoris.

Formen der weiblichen Genitalverstümmelung

Die Prozedur der weiblichen Genitalverstümmelung wird meistens von Hebammen (im Sudan als „*dayas*“ bezeichnet, älteren erfahrenen aber unausgebildeten Frauen), von herumreisenden Zigeunerinnen, Wahrsagerinnen und im Norden Nigerias von Barbieren durchgeführt. Die Beschneidung findet unter unhygienischen Bedingungen im Elternhaus des Mädchens oder an bestimmten dafür vorgesehenen Plätzen statt. Die Beschneidungsinstrumente werden nach dem Eingriff nur unzureichend oder überhaupt nicht gesäubert. Ein spezielles Beschneidungsmesser, wie es im Sudan zu finden ist, wird häufig ein „Leben lang“ von seiner Besitzerin gebraucht. Im Hinblick auf die hohe Durchseuchungsrate von Aids und Hepatitis C in afrikanischen Ländern bedeutet dies ein zusätzliches Risiko für die Beschnittene. Nur wenige besser Gestellte können es sich finanziell erlauben, ihr Kind unter sterilen Bedingungen und Narkose beschneiden zu lassen. Zwar ist das weniger traumatisch für die Betroffene, birgt aber auch die Gefahr, dass mehr Gewebe abgenommen wird, weil das Kind/die Frau keine Abwehrreaktionen unter der Narkose zeigt (Lightfoot-Klein 1993, S.53).

Eine Medikalisierung von FGM, (die Verlagerung der Prozedur in Ambulanzen oder Krankenhäuser) ist – laut WHO – grundsätzlich abzulehnen, da jegliche Form der FGM als schwere Menschenrechtsverletzung zu werten ist. Nirgendwo auf der Welt dürfen sich Angehörige der im Gesundheitswesen tätigen Berufe zur Durchführung solcher Praktiken hergeben oder missbrauchen lassen (Zerm 2006).

Die Instrumente, die für die Genitalverstümmelung benutzt werden, sind von mannigfaltiger Art und je nach Region und Vorliebe der Beschneiderin/des Beschneiders unterschiedlich.

Folgende Angaben ließen sich in der Literatur finden (Okroi 2001, S. 35):

- Messer,
- Rasierklingen,
- Glasscherben,
- scharfe Deckel von Metalldosen.
- lange Fingernägel (im Sudan) und anderes.
- In Ausnahmefällen: chirurgische Scheren und Klemmen sowie Catgut zum Verschließen des Operationsgebietes.

3 Hintergründe der Genitalverstümmelung

Die Angaben zur frühen historischen Entwicklungsgeschichte der weiblichen Genitalverstümmelung sind allgemein gehalten und wenig mit belegbaren Fakten zu untermauern. Durch Carsten Niebuhr (1733 bis 1815) wurden erstmals mittels einer Zeichnung, die er zu Händen des Philologen Christian Gottlob Heye (1729 bis 1812) schickte, seines Zeichens Leiter der Göttinger Universitätsbibliothek, operative Eingriffe im Genitalbereich von Frauen und Männer in der Epoche des Alt-Ägypten dokumentiert (Hulverscheidt 2002, S. 74 ff.). Der dort damals vorherrschende Glaube entstand durch das Erscheinungsbild des weiblichen und männlichen Genitale. Die Alt-Ägypter glaubten an die Doppelgeschlechtlichkeit eines unbeschnittenen Intimbereichs. Infolgedessen entfernten sie bei der Frau die Klitoris sowie die kleinen Schamlippen und beim Mann die Vorhaut. Im siebten bis achten Jahrhundert nach Christus wurde Ägypten von den Muslimen erobert (Terre des Femmes 2003, S. 26 ff.). Die Eroberer übernahmen den Ritus und gaben ihn auf ihren Eroberungszügen entlang der afrikanischen Küste an die dort lebende Bevölkerung weiter. Durch weitere Eroberungszüge anderer ethnischer Rassen und Flüchtlingszüge verbreitete sich FGM auch nach Amerika und Europa (Terre des Femmes 2003, S.26).

Doppelgeschlechtlichkeit als Motiv für Beschneidung

3.1 Genitalverstümmelung in Europa

Belegt ist die Praxis des englischen Arztes Isac Baker Brown (1812 bis 1873), der die Klitorisbeschneidung zur Vorbeugung der Masturbation in mehr als 1000 Fällen durchführte. Im Jahr 1867 wurde Brown von der englischen Ärztesgesellschaft für Geburtshilfe als „Quacksalber“ abgeurteilt und ausgeschlossen. Zeitnah mit diesem „Ausschluss“ und den vorangegangenen Diskussionen wurde die Klitorisbeschneidung als Behandlungsmethode aus England verbannt (Lightfoot-Klein 1992, S. 214). In den Vereinigten Staaten wurden bis 1935 aus verschiedenen Gründen unterschiedliche Arten von Beschneidungen durchgeführt. Zum Beispiel wurde bis 1880 neben der einfachen Klitorisbeschneidung auch eine kombinierte Klitoris-Eierstock-Entfernung durchgeführt. Von allen praktizierten Beschneidungsmethoden versprach sich das medizinische Establishment die Heilung von Homosexualität, der allgemeinen Aversion gegen Männer, Hypersexualität, Hysterie und Nervosität, die Vorbeugung von Masturbation, Epilepsie, Katalepsie, Melancholie und sogar Kleptomane (Lightfoot-Klein 1992, S. 215).

Genitalverstümmelung als Allheilmittel gegen Masturbation, Homosexualität und Hysterie

Auch deutsche Ärzte griffen zwischen 1815 und 1915 aus denselben Gründen zu dieser „Heilungsmethode“. Ein namhafter „Betreiber“ der Klitoridektomie und der Kastration bei Frauen war Alfred Hegar (1830 bis 1914), der Begründer der operativen Gynäkologie in Deutschland (Hulverscheidt 2002, S.128 ff.). 28 belegte Fälle der Klitoridektomie an Mädchen und Frauen im Alter von neun Lebensmonaten bis zum 47. Lebensjahr sind im deutschsprachigen Raum bekannt (Hulverscheidt 2002, S. 106). Der letzte in Deutschland, durch das ARD-Magazin „Report Mainz“, bekannt gewordene Fall ereignete sich im Jahre 1999: Ein aus Ägypten stammender, in Berlin praktizierender Gynäkologe bot einem vermeintlichen Vater die Beschneidung der Tochter für 610 Euro an (Gruber 2005, S.10).

Genitalverstümmelung in Deutschland

Die Anzahl der europäischen Frauen, denen die Klitoris entfernt wurde, ist sicherlich nicht mit der aus den afrikanischen Ländern vergleichbar. Es gibt keine Schätzungen, wie viele Frauen in den letzten Jahrhunderten im europäischen Raum beschnitten wurden. Die einzelnen bekannt gewordenen Patientenfälle sind von Medizinern festgehalten und berücksichtigen auch nicht die Perspektive der Patientinnen. Ihre Sichtweise auf die Beschneidung bleibt im Verborgenen. Dem gegenüber stehen mittlerweile zahlreiche ethnographische Studien, die sich mit dem Phänomen der Frauenverstümmelung in verschiedenen afrikanischen Ländern eingehender be-

schäftigt haben (Boyle 2002; Gameda 2000; Lightfoot-Klein 1993; Okroi 2000). Sie versuchen vor allem der Frage nachzugehen, welche Gründe bei den Müttern in den afrikanischen Ländern beziehungsweise im Migrationsland eine Rolle spielen, ihre Töchter beschneiden zu lassen.

3.2 Gründe für die Durchführung der Genitalverstümmelung

Die Gründe sind von Land zu Land und von Ethnie⁵ zu Ethnie unterschiedlich und unabhängig von der jeweiligen Religionszugehörigkeit:

- Soziale Absicherung des Mädchens / der Frau durch die Heirat; ein unbeschnessenes Mädchen ist auf dem Heiratsmarkt „nicht vermittelbar“. Auch kann eine Erbschaft in einigen Teilen Afrikas nur von beschnessenen Frauen angenommen werden.
- Steigerung der Fruchtbarkeit; für die soziale Stellung der Frau in der Gesellschaft ist es unabdingbar, Kinder zu gebären, vornehmlich männlichen Geschlechts. Die Ursachen für Kinderlosigkeit werden immer der Frau zugeschrieben, was für sie soziale und gesellschaftliche Ächtung bedeutet.
- Religiöse Gründe; ein großer Teil der afrikanischen Bevölkerung sind Analphabeten, daher werden die Inhalte des Korans mündlich weiter gegeben und sind von der Meinung des herrschenden Imams gefärbt. Korrekt ist, dass der Brauch der weiblichen Genitalverstümmelung vom Koran nicht vorgegeben, aber auch nicht explizit verboten wird.
- Hygienische Gründe; dieses ist gerade im Sudan ein häufig angeführter Grund, da die Sudanesen viel Wert auf ihre Sexualhygiene legen.
- Unkenntnis und das Denken in mythologischen Sagenwelten, in denen die Klitoris im Verdacht steht, Impotenz zu verursachen und Empfängnis zu verhüten.
- Entstehung eines verengten Introitus; da hierdurch das Sexualempfinden des Mannes gesteigert und seine „Manneskraft“ angeregt wird.
- Zum Schutz vor Masturbation, Promiskuität, zur Vorbeugung der Labienhypertrophie; zur Erleichterung bei der Geburt, zur Verhinderung von Unmoral und Gewährleistung der Jungfräulichkeit, denn daran hängt die gesamte Ehre

Im Vordergrund
steht die soziale
Absicherung des
Mädchens

⁵ griech. éthnos, Volk als Abstammungsgemeinschaft bzw. Gruppe von Menschen, die durch verschiedene gemeinsame Eigenschaften wie Sprache, Kultur, Tradition, Religion, Gebräuche etc. verbunden sind.

des Familienstammes (Gruber 2005, Lightfoot-Klein 2003, Terre des Femmes 2003).

Es wird in diesem Kontext auch von „Massenbeschneidungen“ berichtet, die nicht nur auf Traditionen beruhen und soziale Hintergründe haben, sondern auch von Politikern und ihren Angehörigen organisiert und finanziert werden. 2002 ließ z.B. die Ehefrau des amtierenden Präsidenten von Sierra Leone Ahmad Tejan Kabbah die Beschneidung von 400 Mädchen in einem Vorort Freetowns als „Fest der Massen“ inszenieren. Sie versprach sich durch die Massenbeschneidung im Gegenzug Wählerstimmen von den Angehörigen für ihren Ehemann, der erneut um das Präsidentenamt kandidierte (Nehberg 2006, S. 353 ff.).

4 Folgen der Genitalverstümmelung

Die Genitalverstümmelung zeitigt vielfältigste akute und langfristige, oft irreversible Folgen, von denen hier nur die wichtigsten aufgeführt werden können. Sie variieren abhängig von der Art der Verstümmelung und der Vorgehensweise.

Die WHO geht davon aus, dass etwa 10 % der beschnittenen Mädchen / Frauen an einer akuten Komplikationsproblematik versterben. Etwa 25 % der FGM Betroffenen erliegen langfristigen Komplikationen (Gruber 2005, S. 12). Zusätzlich beeinflusst werden die Zahlen von dem allgemeinen Gesundheitszustand der Betroffenen, von der fachmännischen und hygienischen Durchführung sowie den örtlichen Bedingungen und dem Ausmaß der Beschneidung (Gruber 2005, S. 12).

Zunächst seien die **akuten Folgen** genannt:

- großer Blutverlust (Hämorrhagie); da Klitoris und innere Schamlippen von zahlreichen Arterien versorgt werden, können Schockzustände sowie Blutarmut (Anämie) hervorgerufen werden und letal enden;
- starke Schmerzen; die äußeren weiblichen Genitalien sind sehr sensibel und extrem schmerzempfindlich, insbesondere bei Amputationen ohne Anästhesie
- Kreislaufkollaps, starker Blutverlust (Hämorrhagie), septischer Schock

Unvorstellbare
Schmerzen,
Blutverlust und
Schock

- Wundstarrkrampf (Tetanus), Entzündungen, Abszesse, Hepatitis, HIV infolge unsteriler Bedingungen oder der Nutzung desselben Instruments für mehrere Mädchen
- Verletzungen an Arterien, Harnröhre, Blase, After; Frakturen
- psychisches Akut-Trauma, extreme Angstzustände, Schlafstörungen
- Tod durch Früh- oder Spätfolgen (www.bundesaerztekammer.de 2007; www.wadinet.de 2007; www.geburtskanal.de 2007; Schweizerische Gesellschaft 2005).

Bei den **langfristigen Folgen** soll zwischen körperlichen, psychischen und psychosexuellen und psychosozialen Auswirkungen differenziert werden.

4.1 Langfristige körperliche Folgen

Eine allgemein eingeschränkte Lebensqualität infolge der Genitalverstümmelung geht einher mit

- Beschwerden beim Wasserlassen und bei der Menstruation, z.B. durch Stauungen von Menstruationsblut in der Bauchhöhle; Rückenschmerzen;
- rezidivierenden Harnröhren-, Blasen- und Beckenentzündungen, die zu Sterilität, Zysten und Abszessen an der Vulva führen können;
- Infektionen: das Risiko einer HIV/AIDS-Infektion steigt, da sich die Frauen beim Geschlechtsverkehr häufig vaginale Risse und Mikroverletzungen zuziehen,
- Vernarbungen, u.U. mit Abszessbildung; in der Hochzeitsnacht öffnet häufig der Ehemann den vernarbten Scheideneingang mit Hilfe eines Messers.
- Auch unter der Geburt muss die Frau aufgeschnitten (defibuliert) werden, weil sich das unelastische, vernarbte Gewebe nicht mehr dehnt. Dabei kommt es nicht selten zu Verletzungen von Mutter und Kind. Diese Prozedur müssen die Frauen bei jeder Geburt erneut durchstehen, da sie danach wieder zugenäht werden, um dann vom Ehemann ein weiteres Mal geöffnet zu werden (WHO 1996);
- Fistelbildungen, die zu Inkontinenz und aufgrund des Fäkalgeruchs zum Ausstoß der Frau aus der sozialen Gemeinschaft führen,
- Vaginalstenosen, Infertilität / Sterilität durch Stauungen des Menstruationsblutes;

Langfristig
chronische
Schmerzen,
Entzündungen und
andere Folgekom-
plikationen

- Perinealrisse, postpartale Hämorrhagie; insgesamt: komplizierte, schmerzhafte und unnatürlich verlängerte Geburten mit erhöhtem Todesrisiko für Mutter und Kind;
- erschwertes Gehen aufgrund der Schmerzen und weil u. U. nach dem Eingriff die Beine der Mädchen wochenlang zusammengebunden wurden (www.geburtskanal.de 2007; www.bundesaerztekammer.de 2007; www.wadinet.de 2007; www.intact-ev.de 2007; Schweizerische Gesellschaft 2005).

4.2 Langfristige psychische Folgen

Die Genitalverstümmelung ist als schwerwiegendes Trauma zu werten, das mit einem **Vertrauensverlust** in die Bezugspersonen einhergeht, welche die Beschneidung arrangierten, die Mädchen an die Beschneiderin übergaben und sie vielleicht auch noch festhielten. Darüber hinaus müssen die Mädchen die belastenden Nachwirkungen der Beschneidung - bis hin zu Todesfällen - an ihren Schwestern, Cousinen und Freundinnen erleben. Sie alle werden von ihren engsten Bezugs- und Vertrauenspersonen einer traumatischen Gewalterfahrung ausgesetzt. Eine Genitalverstümmelung verletzt daher ihr Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl (Schweizerische Gesellschaft 2005). Folgen dieser schrecklichen Erfahrung können Schlaf- und Essstörungen, Verhaltensstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, Depressionen, Neurosen, extreme Angstzustände und Suizid sein. Dabei sind die psychischen Folgen sehr viel weniger offensichtlich, und ihr Zusammenhang mit einer früheren Genitalverstümmelung wird häufig nicht erkannt. Zudem können die Frauen nicht offen darüber sprechen, weil FGM ein Tabuthema darstellt (www.geburtskanal.de 2007; www.bundesaerztekammer.de 2007; www.wadinet.de 2007). Die Betroffenen berichten von Panikattacken, die Frauen beim Anblick von Gegenständen erleiden, die sie an die Beschneidungsprozedur erinnern. Diese Erinnerungen können auch Alpträume und Schlaflosigkeit auslösen. In manchen Fällen ist das Trauma so übermächtig, dass die Betroffenen das Ereignis nicht nur verdrängen, sondern abspalten (Dissoziation) und sich dann nicht mehr an die Genitalverstümmelung erinnern. (Schweizerische Gesellschaft 2005, Behrendt & Moritz 2005).

Zusammenhang zwischen akuten Erkrankungen / Störungen und einer früheren Beschneidung wird häufig nicht erkannt

4.3 Langfristige psychosexuelle Folgen

Die Verstümmelung der äußeren weiblichen Genitalien stellt eine irreparable Schädigung der psychosexuellen und funktionellen Ganzheit von Frauen dar. In der Ehe zeigt sie sich u.U. in einer Einschränkung der sexuellen Erlebnisfähigkeit der Frauen in Form von Frigidität, Verlust der Orgasmusfähigkeit und in Partnerschaftskonflikten. Obwohl mit dem Verlust der Klitoris eine eindeutige Einschränkung sexuellen Empfindens gegeben ist, sind verallgemeinernde Aussagen nicht möglich, da es auch betroffene infibulierte Frauen gibt, die orgasmusfähig sind und Befriedigung erlangen, weil sexuelle Erfüllung von vielen Faktoren abhängt. Allerdings ist es vielen Frauen aufgrund ihrer schmerzhaften Erfahrungen oft unmöglich, Sexualität lustvoll zu erleben, zumal diese oft mit neuen Schmerzen verbunden ist. Eine über die Sexualität gestützte liebevolle Beziehung ist kaum noch möglich (Apareunie / Dyspareunie⁶). Sexualität wird so zu einer geforderten Dienstleistung für den Ehemann. Aber auch dieser leidet unter den Folgen von FGM, da das Narbengewebe hart und nicht dehnbar und somit das Eindringen schwierig ist (Vaginalstenose). Hinzu kommt, dass der Ehemann in vielen Gesellschaften seine Potenz öffentlich unter Beweis stellen muss (Schweizerische Gesellschaft 2005). Damit die Vaginalöffnung nicht wieder zuwächst, ist gerade in der Anfangszeit der Ehe häufiger Sexualverkehr notwendig. Für die Frauen bedeutet daher Sexualität vielfach vor allem Schmerzen. Es gibt deshalb Paare, die zum Analverkehr übergehen, wodurch sich jedoch das Risiko einer HIV-Infektion für die Frau erhöht (Schweizerische Gesellschaft 2005).

Das positive Erleben von Sexualität wird durch FGM erschwert

Geschlechtsverkehr häufig unter Schmerzen

4.4 Langfristige psychosoziale Folgen

Die körperlichen Folgen haben meist Auswirkungen auf das soziale Leben der Betroffenen: Krankheiten, starke Menstruationsschmerzen sowie Miktionsstörungen sind Gründe dafür, dass betroffene Schülerinnen dem Unterricht fernbleiben. Die psychischen Belastungen können zu einem starken Leistungsabfall in der Schule führen, weshalb die Mädchen ihre Schulausbildung nicht beenden. Damit erhöht sich ihre Abhängigkeit vom Ehemann und zugleich werden ihre Chancen auf eine ökonomische Eigenständigkeit deutlich geschmälert. (Schweizerische Gesellschaft 2005)

Psychische Belastungen und Folgekomplikationen erschweren den Zugang zu Bildung

⁶ Dyspareunie bedeutet im ursprünglichen Wortsinn; „das Nichtzusammenpassen in der Ehe“, in diesem Zusammenhang bezieht sich die Dyspareunie auf den Beischlaf (Kohabitation) als schmerzhaften Vorgang für die Frau. Es ist die häufigste angegebene Spätfolge von FGM besonders bei Betroffenen mit dem Typ III Zirkumzision als Folge eines engen und rigiden Introitus (Gruber, 2005, S. 12 ff., Okroi, 2001, S. 64 ff.).

In den meisten Gesellschaften, in denen Beschneidungen stattfinden, haben die Familienältesten entscheidenden Einfluss auf das Leben der jüngeren Mitglieder, insbesondere der Mädchen und jungen Frauen. Häufig wird von den Frauen und Männern der älteren Generation entschieden, dass ein Mädchen beschnitten wird und wen es zu heiraten hat. Dabei spielt der von den Familien ausgehandelte Brautpreis eine nicht unerhebliche Rolle. Ist ein Mädchen nicht beschnitten, so kann es sein, dass sie nicht als vollwertiges, heiratsfähiges Mitglied der Gemeinschaft gilt, da ihre Initiation nicht vollzogen wurde (Schweizerische Gesellschaft 2005).

In vielen Religionen werden Krankheit und Tod als schicksalhaft betrachtet, auf die der Mensch keinen Einfluss hat und mit denen er sich abfinden muss. Diese Haltung beeinflusst die Wahrnehmung eigener Handlungsmöglichkeiten in Gesundheitsfragen. Krankheitszustände werden folglich u.U. schicksalsergeben hingenommen (Zielke-Nadkarni 2006). Die Geburt gilt als Teil der weiblichen Natur und man erwartet, dass Frauen sie ohne viel Aufhebens hinnehmen. Künstliche Eingriffe wie eine Deinfibulation⁷ oder ein Kaiserschnitt können das Selbstwertgefühl von Frauen daher mindern und auch von ihrem sozialen Umfeld mit Herabsetzung geahndet werden.

5 Umgang mit betroffenen Frauen im pflegerischen Alltag

Pflegende benötigen zunächst einmal ein **Bewusstsein** für FGM und die damit verbundenen Probleme, wenn sie Mädchen und Frauen aus West-, Mittel- und Ostafrika betreuen. Dies betrifft die zahlreichen, schwerwiegenden körperlichen, seelischen, psychosexuellen und sozialen Komplikationen, über die Pflegende sich informieren müssen, wenn sie den Betroffenen wirksam helfen möchten. Unser Wissen bestimmt unsere Möglichkeiten. Hinzu kommt die Notwendigkeit, zunächst vom eigenen kulturellen Hintergrund abzusehen und den Versuch zu machen, die soziokulturellen Zusammenhänge der Beschneidung zu verstehen. Dies bestimmt die Möglichkeiten der Patientinnen, Hilfe in Anspruch zu nehmen, entscheidend mit. Damit einher geht die Notwendigkeit, sich mit den eigenen Gefühlen zu diesem schwierigen Thema im

Verständnis und Wissen Seitens des medizinischen Personals sind wichtig

⁷ Deinfibulation oder Defibulation bedeutet die Wiedereröffnung der infibulierten Vaginalöffnung. Dies ist oft nötig, um den Geschlechtsverkehr zu ermöglichen oder die Geburt eines Kindes.

Vorhinein auseinanderzusetzen und einen möglichst vorurteilsarmen Standpunkt zu entwickeln. Hierzu gehört auch die Verwendung einer Terminologie, die für die Patientinnen akzeptabel ist und die Praktiken nicht verurteilt. Denn die meisten Frauen würden davon ausgehen, dass ihre Mütter und weiblichen Angehörigen sie nicht verstümmeln, sondern ihre Chancen für eine gute Heirat und finanzielle Absicherung erhöhen wollten. Da die Bezeichnungen für FGM unterschiedlich sind, muss vorsichtig abgeklärt werden, welche die jeweilige Frau verwendet und versteht, damit sie sich wohl fühlt (Gilbert 1997).

Patientinnen mit genitaler Verstümmelung bedürfen der besonderen pflegerischen Betreuung und Beratung, die umfassend sein und auch psychosoziale Faktoren mit einbeziehen sollte. Grundsätzlich gilt es zunächst eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen, wofür man sich Zeit nehmen muss, da – wie bei uns auch – der Intim- und Sexualbereich tabuisiert ist. Die Wünsche der Frau nach Einbeziehung des Ehemannes oder anderer Familienmitglieder ist zu erfragen und zu respektieren.

In Ländern, in denen es keine staatliche Versorgung gibt, ist die Familie die einzig verlässliche Ressource. Nicht Individualität, sondern die Unterordnung unter die Belange der Familie garantieren Schutz und Unterstützung. Ein Erstgespräch wird erleichtert, wenn der Frau vor der Erhebung der Pflegeanamnese schon Informationen zur Einrichtung, zum Verlauf des Gesprächs und der anstehenden Untersuchung gegeben werden.

Informationen über
das Krankenhaus
und die Untersu-
chungen im Rahmen
des Erstgesprächs

5.1 Defibulation

Die Defibulation bezeichnet das Eröffnen der Infibulation (Beschneidung). Indikation für eine Defibulation sind u. a. schwere Dysmenorrhoe, Schwierigkeiten beim Wasserlassen, rezidivierende Infektionen, Dyspareunie oder eine anstehende Geburt.

Defibulation kann
Vorteile bieten

Ältere MigrantInnen oder Mädchen / Frauen, die noch nicht sehr lange in Deutschland leben, haben oft nur eine minimale oder keine Schulbildung. Sie haben daher keine an den Naturwissenschaften orientierten Vorstellungen von der anatomischen und physiologischen Beschaffenheit ihres Körpers und benötigen entsprechende Informationen. Was normal ist, bestimmt die Lebenserfahrung der Frauen und das Umfeld. Die auftretenden gesundheitlichen Probleme der Mädchen/Frauen werden häufig nicht im Zusammenhang von FGM gesehen. Daher sollte den Frauen, orientiert an ihren Wünschen und Bedürfnissen, sowohl die normale Anatomie und Physiologie der Geschlechtsorgane erläutert werden (Zeichnungen sind besser als Fotos) als auch die mit der Beschneidung verbundenen Veränderungen. Nachvollziehbare, anschauliche Informationen sind Voraussetzung, um die Gründe für eine Defibulation und/oder für eine Geburt ohne anschließende Reinfibulation⁸ plausibel zu machen.

Die Umstände der Beschneidung sind bei den Frauen sehr unterschiedlich. FARREP (2007) betont daher die Wichtigkeit der mit der Defibulation verbundenen körperlichen Veränderungen, wie z.B.:

- beim Wasserlassen: schnellerer, stärkerer Fluss, geräuschvoller, weniger schmerzvoll;
- bei der Menstruation: Blutverlust erscheint höher, weniger schmerzhaft, Klumpenbildung;
- beim Geschlechtsverkehr: weniger schmerzhaft und starr;
- das Aussehen der Geschlechtsorgane: deutlich verändert;
- die vaginale Schleimabsonderung: verstärkt
(<http://www.thewomens.org.au>).

Die mit der
Defibulation verbundenen
körperlichen
Veränderungen
ausführlich erklären

⁸ Re-Infibulation (erneute Infibulation): nach der Geburt wird die Vagina, die für die Geburt defibuliert wurde, in vielen Fällen erneut infibuliert. Die Reinfibulation wird kontrovers diskutiert, einerseits auf Verlangen der Frau/des Partners durchgeführt, da die Infibulation einen Teil der Identität ausmacht und die Treue des Partners garantiert. Andererseits ist festzuhalten, dass es keinerlei medizinische Indikation dafür gibt und dass das vorsätzliche Zuziehen der Schamlippen auf eine Enge, die den Geschlechtsverkehr erschwert, nicht zu akzeptieren ist.

Manche Frauen haben Angst, ihre Genitalien zu berühren, sich zu infizieren oder zu verletzen. Diesen Ängsten auf die Spur zu kommen und den Frauen zu vermitteln, wie sie sich selbst versorgen können, ist Teil der **Pflegeberatung**. Da die Diskussion einer Deinfibulation emotionale und psychische Folgen zeitigen kann, müssen sich Pflegende auf eine sensible Unterstützung vorbereiten.

Aufgaben der
Pflegeberatung

Der Einsatz von (möglichst gleichgeschlechtlichen) **Dolmetschern** ist dringend geboten, nicht nur um eine Pflegeanamnese durchzuführen, sondern auch um eine kultursensible Pflege anbieten zu können. Gegenüber der Patientin sollte der Begriff „Beschneidung“ verwendet werden (s.o.).

Beschneidung oder
Verstümmelung –
nach Situation den
angemessenen
Begriff wählen

Da Migranten als Personen ganzheitlich wahrgenommen werden möchten, ist die Befragung zu chirurgischen Eingriffen im Intimbereich in eine umfassende **Pflegeanamnese** einzubetten, sodass dies nicht als herausragendes Thema isoliert im Raum steht. Das erleichtert es Pflegenden auch, die Beschneidung anzusprechen und eröffnet Möglichkeiten der Informationsweitergabe zur Gesundheitsförderung, zur Deinfibulation (ohne einem Arztgespräch vorzugreifen) und zur Aufhebung der Beschwerden beim Wasserlassen und bei der Menstruation. Das Gespräch zeigt auch den Bedarf der Frau an Gesundheitserziehung und Beratung auf. Die betroffenen Frauen erhalten die Gelegenheit, Fragen und Probleme anzusprechen.

Oberstes Pflegeziel muss sein, eine Retraumatisierung zu vermeiden sowie die Mädchen/Frauen bei der Selbstpflege nach Operationen zur Behebung der Blut- und Urinabflussbehinderungen und der Wiederherstellung der Kohabitationsfähigkeit zu unterstützen.

Dem Tabu entsprechend, ist jedoch bei einem solchen Gespräch auch mit Schwierigkeiten zu rechnen. - Pflegenden bietet es die Chance, im Vor- und Nachhinein ihr Vorgehen und mögliche Wissenslücken zu reflektieren (Gilbert 1997; FARREP 2007). Ein gelungenes Gespräch gibt den Frauen Vertrauen in die Kompetenz der Pflegenden, sie und ihre Bedürfnisse zu verstehen und entsprechend zu handeln (<http://www.thewomens.org.au>).

Hilfreiche Fragen innerhalb einer umfassenden Pflegeanamnese können lauten:

Zur Kommunikation

Sprachliche Verständigung: Ist die sprachliche Verständigung ausreichend möglich?
Wird ein Dolmetscherdienst benötigt?

Kognitive Situation: Sind Patientin und Familie in der Lage, Informationen angemessen aufzunehmen? Welche zusätzlichen Hilfen sind ggf. erforderlich?

Berührung: Welche Form der fördernden Berührung ist für diese Patientin sinnvoll und erträglich (soziokulturelle Tabus erfragen/beachten) (Zielke-Nadkarni 2003)?

Pflegeanamnese

Zu ausgewählten AEDL⁹

Ausscheiden: Welche individuellen und soziokulturellen Eigenheiten sind mit dieser Körperfunktion verbunden und wie können sie berücksichtigt werden?

Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten: Welche Unterstützung benötigt die Patientin für die Behebung der Blut- und Urinabflussbehinderungen und der Wiederherstellung der Kohabitationsfähigkeit oder die Vorbereitung auf eine Schwangerschaft?

Für eine sichere Umgebung sorgen: Wie kann verhindert werden, dass ein (neugeborenes) Mädchen in Deutschland beschnitten wird?

Soziale Bereiche des Lebens sichern: Wie kann gesichert werden, dass ein nicht beschnittenes Mädchen sein soziales Ansehen nicht verliert?

Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen: Wie kann der Patientin geholfen werden, die traumatische Erfahrung der Beschneidung zu verarbeiten? Was müssen Pflegende im Umgang mit der Patientin beachten, um eine Retraumatisierung zu verhindern?

Retraumatisierung
verhindern

Zu migrationstypischen Belastungserfahrungen/zur Biografie der Patientin

Lebensstationen: Welche für die Pflege wichtigen Lebensstationen hat die Patientin durchlaufen?

Soziokultureller Kontext: Welche individuellen und soziokulturellen Ess- und Schlaf-, Kleidungs- und Selbstpflegegewohnheiten bestehen? Wie lassen sie sich in den Pflegeplan integrieren? Welche Rituale sollten wie beachtet werden?

⁹ **AEDL** ist die Abkürzung für **A**ktivitäten und **e**xistenzielle **E**xperimente **d**es **L**ebens. Es handelt sich hierbei um ein konzeptionelles Modell der Pflege von Monika Krohwinkel 1993.

Werte und Überzeugungen: Welche Werthaltungen und Normen sind zentral für das Gesundheits- und Pflegeverhalten der Patientin und ihrer persönlichen Bezugspersonen? Wie wirken sich Religion und Lebensweise auf die Gesundheit der Familie aus? Welche besonderen Umgangsformen werden innerhalb der Familie gepflegt?
Tabubereiche: z.B. Intimbereich, Sexualität: von wem und wie möchte die Patientin bei Pflegemaßnahmen im Intimbereich versorgt werden (Zielke-Nadkarni 2003)?

Gewohnheiten,
Werthaltungen und
Normen der Patientin
respektieren

Zu Erwartungen der Patientin/ihrer persönlichen Bezugspersonen

Beziehungen: Welche Personen gehören zum engeren und weiteren sozialen Netz der Patientin? Wer trifft Entscheidungen für sie oder muss zumindest miteinbezogen werden? Welche konkrete sonstige Unterstützung benötigen die Patientin/ihre persönlichen Bezugspersonen, welche erwarten sie?

Rollen: Wird die Patientin von ihren persönlichen Bezugspersonen adäquat unterstützt? Sind sie mit der Situation überfordert?

Krankheitserfahrungen: Welche Erkrankungen (auch psychische) in der Familie stehen mit der der Patientin in Verbindung? Wie haben sie sich ausgewirkt (Zielke-Nadkarni 2003)?

Die Rolle der Familie

Pflegende fragen sich vielleicht, wer von wem und wie zu FGM befragt werden sollte. Die Befragung von betroffenen Migrantinnen durch FARREP (2007) sowie deren eigene Literaturstudie ergab, dass die Frauen wünschen, dass ihr Zustand dem Fachpersonal, insbesondere im Kontext einer Schwangerschaft und Geburt, bekannt ist.

Über die Pflegeanamnese hinaus sollten Pflegende aktiv werden, damit alle notwendigen Untersuchungen/Befragungen einmal und nicht in mehrfachen Durchgängen erfolgen. Ist z.B. eine Defibulation indiziert, so sollte dies frühzeitig thematisiert werden und zum günstigsten Zeitpunkt erfolgen. Dies bedeutet, Gespräche mit den zuständigen Ärzten zu führen, z.B. dem Anästhesisten, der eine geeignete Anästhesieform wählen sollte, um keine Erinnerungen an die Beschneidung zu provozieren. Vor jeder Maßnahme muss die Frau und ggf. die entsprechende Bezugsperson über Gründe und Verfahren informiert werden.

Hier bedarf es eines guten Fingerspitzengefühls, um einerseits ausreichende und verständliche Informationen bereit zu stellen, andererseits aber keine unnötigen Ängste zu schüren, wenn es um Nebenwirkungen oder Komplikationen geht, da die Frauen naturgemäß sehr viel Angst vor allem haben, was ihnen erneut Schmerzen bereiten könnte¹⁰. Angstbesetzt ist auch die Wundversorgung nach einer Deinfibulation, weshalb auch hier genaue Aufklärung über das Procedere, einfühlsames Vorgehen, Geduld und Zeit vordringlich sind.

Pflegefachkräfte bewegen sich insbesondere im Kontakt mit Migrantinnen auf einem Drahtseil zwischen eigener Fachkompetenz, die es zugunsten der Patientin einzusetzen gilt, und der Anerkennung des Selbstbestimmungsrechts und Expertentums der Frau für sich und ihre Gesundheit. Dabei ist die Möglichkeit der aktiven Mitarbeit und Mitbestimmung der Patientin und ihrer Familie zwingende Voraussetzung für eine erfolgreiche kultursensible Pflege. Zudem fördert sie die Identifikation mit den Pflegezielen, die Selbstpflegekompetenz und das Selbstwertgefühl der Frau.

Zuhören will gelernt sein

Da FGM einen Initiationsritus darstellt, der die Mädchen in die Gemeinschaft der Frauen einführt und heiratsfähig macht, ist im Rahmen einer **Beratung**, insbesondere schwangerer Frauen, die Information wichtig, dass es in vielen Ländern, in denen Beschneidungen bislang durchgeführt wurden, inzwischen alternative Initiationsriten gibt, die denselben Zweck erfüllen. Denn häufig werden Mädchen schon als Babys beschnitten. Eine Beratung muss auch die o. g. Folgewirkungen ansprechen, also umfassend aufklären, wenn sie erfolgreich sein soll. Da die Betroffenen das Thema u.U. nicht direkt ansprechen, sondern z.B. über unbestimmte Befindlichkeitsstörungen, Kopf-, Rücken- und Unterleibsschmerzen klagen (Schweizerische Gesellschaft 2005), sollten solche Beschwerden als Alarmsignal gewertet werden und eine entsprechende Befunderhebung auslösen.

Beratung auch zur Prävention von FGM

Neben der Erläuterung der gesundheitlichen Schädigungen durch FGM müssen bei der Beratung auch die Vorteile einer Defibulation veranschaulicht werden: sie erleichtert das Entleeren der Blase, den Abfluss des Menstruationsbluts und den Geschlechtsverkehr und reduziert das Infektionsrisiko im Urogenitalbereich. Zysten, Abszesse und Fisteln können operativ entfernt werden, Krankheitszustände, die

¹⁰ Hilfreiche Handlungsanleitungen hat das Royal Womens Hospital für FGM betroffene Frauen erarbeitet unter <http://www.thewomens.org.au>

nicht nur gesundheitliche Probleme mit sich bringen, sondern wegen des intensiven Fäkalgeruchs auch soziale Isolation für die Betroffenen bedeuten (Okroi 2001, S. 81 ff.).

Was können Pflegende tun?

- Hilfreich ist es, wenn sich interessierte Pflegefachkräfte zu FGM fortbilden. Dabei sollte über die reine Informationsvermittlung hinaus eine Auseinandersetzung mit der Kultur der Migrantinnen erfolgen und die eigene Haltung dazu überdacht werden.
- In allen Abteilungen/Stationen sollten versierte Pflegefachkräfte als Ansprechpartner bei der Aufnahme und Behandlung einer genitalverstümmelten Frau hinzu gezogen werden. Diese sorgen für eine Betreuung, die den kulturellen Hintergrund der Frau respektiert, reagieren einfühlsam und suchen mit der Frau zusammen eine Lösung im Konfliktfall/Problemfall.
- Die Dokumentation aller Befunde, Informationen und Absprachen (z.B. zur chirurgischen Versorgung nach einer Geburt) erfolgt sehr genau, um doppelte Untersuchungen oder Befragungen zu vermeiden und künftige Komplikationen (z.B. beim Katheterisieren) zu antizipieren.
- Im Falle der Geburt eines Mädchens führen sie mit den Eltern ein präventives Gespräch und verweisen bei Bedarf an Kinderarzt, Hebamme, Selbsthilfestellen o.ä. weiter.

Hilfestellung für
Pflegerinnen

6 Schwangerschaft und Geburt

Je nach Grad der Verstümmelung kommt es während der Schwangerschaft und unter der Geburt zu Komplikationen. Durch die verbliebene Öffnung im vaginalen Bereich ist es häufig unmöglich, vaginale Untersuchungen vorzunehmen. Das Katheterisieren ist im Bedarfsfall erschwert oder überhaupt nicht möglich (Gruber 2005, S. 15 ff.).

Aus Angst vor der Entbindung durch die verengte Vaginalöffnung ernähren sich manche Schwangere nicht ausreichend, damit das Kind bis zum Ende der Schwangerschaft nicht seine volle mögliche Größe erhält (Schweizerische Gesellschaft 2005). Das bedeutet, dass auch die Gesundheit des Babys infolge der FGM gefährdet ist.

Höhere
Geburtsrisiken

Durch die erhärtete und kaum dehnbare Zirkumzisionsnarbe im Vaginalbereich kann der herunter tretende kindliche Kopf den Geburtskanal nicht angemessen weiten. Die Folge ist ein verlangsamter und äußerst schmerzhafter Geburtsverlauf und – bei Nicht-Eröffnung des Narbengewebes – ein unkontrollierbares Einreißen des Gewebes mit Verletzungen von Gefäßen und der Harnröhre sowie irreversiblen Schädigungen der Nerven. Auch für das Kind ist der verlängerte Geburtsverlauf durch den entstehenden Sauerstoffmangel sehr gefährlich (Gruber 2005, S. 15, Okroi 2001, S. 80).

Von FGM betroffene Schwangere befürchten insbesondere:

- inadäquate Reaktionen der Pflegenden, Ärzte und Hebammen,
- Schmerzen bei gynäkologische Untersuchungen,
- einen in Unkenntnis des Defibulationsverfahrens durchgeführten Kaiserschnitt; Schmerzen während und nach der Geburt (Schweizerische Gesellschaft 2005).

Im Verlauf der Schwangerschaft sollte die Frau über die Notwendigkeit einer Defibulation vor oder unter der Geburt informiert werden. Im Allgemeinen wird die Defibulation in der zweiten Phase der Geburt unter Periduralanästhesie oder lokaler Anästhesie empfohlen, um der Frau den Eingriff in der Schwangerschaft zu ersparen. Bei komplett infibulierten Frauen empfiehlt sich u.U. eine Defibulation im Laufe der Schwangerschaft, um den Verlauf der Geburt günstig zu beeinflussen und das Risiko eines Kaiserschnitts zu minimieren.

Schwangerschaft,
Geburt und
Defibulation

Unter Umständen ist bei Mehrgebärenden durch die erhöhte Anzahl an De- und Reinfibulationen nicht mehr ausreichend Gewebe zum Verschließen der Wunde vorhanden (Gruber 2005, S. 15). Durch die hygienischen Umgebungsbedingungen erkranken die Frauen in ihren Heimatländern im Wochenbett häufig an Infektionen im Narbenbereich. Die Liegedauer wird erheblich verlängert, und ihre körperliche Mobilität wie auch ihre Aktivität sind für Wochen eingeschränkt. Auch bei einer Entbindung im westlichen Kulturkreis sollten eine verlängerte Erholungsphase und ein erhöhter Schmerzmittelbedarf berücksichtigt werden.

Vor allen bei jungen und ängstlichen Gebärenden kann nach dem Eröffnen des vernarbten Vaginalgewebes eine sekundäre Wehenschwäche folgen. Es lässt sich vermuten, dass der Grund in der fehlenden Schmerzbetäubung liegt. Aber auch das

erneute Aufschneiden sowie der hohe Blutverlust können sich auf die Frauen retraumatisierend auswirken.

Die Frage der Defibulation und des Vorgehens nach der Geburt sollte bereits zu einem frühen Zeitpunkt der Schwangerschaft unter Hinzuziehung des Partners thematisiert werden. Eine Konfrontation erst im Kreißsaal ist bei dieser wichtigen Frage viel zu spät.

Die Defibulation ist vergleichbar mit einer Episiotomie (anterior sowie lateral), allerdings sollte die Defibulation früh genug durchgeführt werden, um den Geburtsverlauf und das Coming-out des Kindes positiv zu beeinflussen.

Um eine Geburt gut planen zu können, müssen Geburtshelfer, Anästhesisten, Hebammen und Pflegekräfte der Wochenstation kooperativ zusammenarbeiten. Die Komplexität von FGM und die große Angst der Frauen vor der Geburt sowie die Erfordernis einer besonderen Schmerzbehandlung nach der Geburt machen ein interdisziplinäres Handeln nötig (Nybro 2003). Genaue Absprachen unter Einbeziehung der Frau und ihres Partners müssen hinsichtlich einer Rekonstruktion des Orificium vulvae erfolgen.

Die Reinfibulation soll nur soweit durchgeführt werden, dass keine medizinischen Probleme (Harnabflussstörungen, Abflussstörungen des Menstruationsblutes, Apareunie und Dyspareunie, Infektionen) provoziert werden. Die mit einer größeren Öffnung der Vulva verbundenen körperlichen Veränderungen (siehe Kap. 5.1) sind der Frau und ihrem Partner genau zu beschreiben. Die Männer befürworten eine Reinfibulation viel seltener als angenommen werden könnte (Schweizerische Gesellschaft 2005). Anfragen nach der Rekonstruktion eines verengten Orificium vulvae soll nicht nachgekommen werden, vielmehr sollten die möglichen Probleme und Komplikationen aufgezeigt werden (Schweizer Gesellschaft 2005). Dies gilt auch im Hinblick auf kommende Geburten, die vielleicht ohne medizinische Hilfe im Heimatland stattfinden werden (Nybro 2003).

Für und Wider
Reinfibulation

Nachsorge nach der Geburt

Spätestens bei der Entlassung aus der Klinik sollte der Patientin – wenn nicht bereits geschehen – eine in FGM versierte Hebamme für die Wochenbettbetreuung vermittelt werden. Im Rahmen der normalen häuslichen Wochenbettbetreuung kann die Patientin Fragen zu ihrer veränderten Anatomie und Physiologie stellen. Die übliche ärztliche Nachsorgeuntersuchung sollte zu einem früheren Zeitpunkt als gewöhnlich stattfinden. Neben den üblichen Gesprächsthemen muss hier die Gelegenheit ergriffen werden, ein Präventionsgespräch im Fall der Geburt eines Mädchens zu führen. Während der Schwangerschaft und des Wochenbettes sind die Frauen motiviert, den Ritus der weiblichen Beschneidung zu überdenken, da sie sich den Konsequenzen der eigenen Beschneidung stellen müssen. Die Paare sind in dieser wichtigen Phase der Familienbildung besonders aufnahmebereit für Empfehlungen hinsichtlich des Wohlergehens des Kindes. Dort kann also eine Beratung fruchtbar sein, Voraussetzung ist jedoch, dass Pflegende für FGM sensibilisiert sind und behutsam und sachlich Informationen über die anatomischen und physiologischen Zusammenhänge vermitteln können. Trotzdem sollten die Eltern und die anderen Familienangehörigen (z.B. die Großmutter) nach ihrer Absicht/Neigung zu FGM befragt werden.

Prävention:
Paare gleich nach
der Geburt beraten

Anders als z.B. Frankreich, Großbritannien oder Norwegen hat Deutschland keine FGM-spezifischen Gesetze; FGM ist strafbar, weil es den Tatbestand der Körperverletzung (§§ 223 ff. StGB) erfüllt. Dies gilt auch, wenn der Eingriff auf Verlangen der Patientin ausgeführt wird. Die Einführung eines FGM-spezifischen Straftatbestandes wird seit längerem diskutiert und würde mit größerer Eindeutigkeit die Wichtigkeit der Strafverfolgung dieser Art der Kindesmisshandlung unterstreichen. Zudem würde es auch die Verfolgung von Auslandstatbeständen möglich machen, da Familien ihre Töchter zur Beschneidung ins Ausland bringen können und das deutsche Strafrecht hier nicht ausreichend Schutz für gefährdete Mädchen bietet (Zerm 2006).

Eltern aufklären,
dass FGM in
Deutschland bestraft
wird

7 Umgang mit den eigenen Gefühlen

Im Umgang mit betroffenen Frauen sind Pflegekräfte den eigenen oft widerstreitenden Gefühlen ausgesetzt. Mitleid, Entsetzen und Erschrecken mischen sich mit Abscheu und Wut. Familienmitglieder – insbesondere männliche – werden misstrauisch beäugt und vielleicht verdächtigt, FGM zu billigen und zu unterstützen. Aufgrund

einer hohen Tabuisierung von Sexualität und FGM in afrikanischen Gesellschaften wird FGM von den Frauen selber häufig nicht als Problem wahrgenommen. Die „normale Ansicht“ weiblicher Genitalien ist ihnen unbekannt; zudem wird die Verstümmelung häufig in früher Kindheit vollzogen und im Unterbewusstsein abgespalten. Auch ist es nicht selbstverständlich, dass man „es erkennt“, d.h. manche Formen der weiblichen Genitalverstümmelung sind infolge der Schambehaarung und einer „milden“ Form der Beschneidung bei Pflegebedürftigkeit gar nicht ersichtlich. Im Rahmen einer kultursensiblen Pflege sollten die Frauen mit Respekt, Einfühlungsvermögen und Sensibilität behandelt werden. Das medizinische Personal sollte als bedeutender Ansprechpartner empathisch auf die Patientin eingehen, sowohl im medizinischen als auch im zwischenmenschlichen Bereich.

**Pflegekräfte und
Hebammen als
Ansprechpartner für
betroffene Frauen**

Oberstes Gebot lautet, die Fassung zu bewahren, auch bei schockierenden Anblicken, und immer die Patientin als Frau mit ihren spezifischen Problemen in den Mittelpunkt der Beratung zu stellen. Bemerkungen, Ratschläge – auch wenn sie in guter Absicht geäußert werden – Mimik und/oder Körpersprache des Personals kann aus Sicht der Frau abwertend und damit zusätzlich stigmatisierend wirken.

Neben der erneuten seelischen Verletzung der Frau wird damit die Chance auf eine fruchtbare Auseinandersetzung mit FGM vergeben, die ihr selber sowie ihren Töchtern zugute kommen könnte (Richter, 2003). Um der eigenen Unsicherheit zu begegnen, ist es ratsam, sich einige Sätze zurechtzulegen, die den Einstieg in ein Gespräch vereinfachen. Diese Sätze könnten z. B. lauten:

- „Ich habe gehört, dass in ihrem Heimatland die Frauen manchmal beschnitten werden. Ist das bei Ihnen auch der Fall?“
- „Haben Sie jemals unter Infektionen im Urintrakt oder Schwierigkeiten beim Urinieren oder schmerzhaften Perioden gelitten?“

Anschließend könnte eine Erklärung erfolgen, dass dieses langfristige Komplikationen einer Infibulation sind.

Zur Aufklärung über die schädlichen Auswirkungen von FGM wurden in zahlreichen Einwanderungsländern offizielle **Guidelines**¹¹ erarbeitet, die Hintergrundinformationen und Empfehlungen für Gespräche mit betroffenen Patientinnen in den soziokulturellen Kontext einbetten. In Einrichtungen, in denen öfter beschnittene Mädchen/Frauen behandelt werden oder entbinden, sollte mehrsprachiges Informationsmaterial zum Thema Beschneidung ausliegen. Von TERRE DES FEMMES steht kostenlos die in sechs Sprachen¹² erhältliche Aufklärungsbroschüre „Wir schützen unsere Töchter“ zur Verfügung¹³.

8 Schlussbemerkung

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Pflegende mit Expertise im Bereich FGM die medizinisch-pflegerische Situation von betroffenen Frauen maßgeblich verbessern können. Die Begegnung mit anderen Kulturen findet in Einrichtungen des Gesundheitswesens täglich statt. Daher haben Pflegende die Chance, zu informieren und dem kulturellen Selbstverständnis entsprechend Hilfe anzubieten. Auf der Basis einer vertrauensvollen Beziehung können Alternativen aufgezeigt und der Kontakt zu Selbsthilfegruppen kann hergestellt werden, immer abhängig von den Wünschen der Betroffenen.

FGM sollte fest in die Ausbildungspläne zur Gesundheits- und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege integriert sowie an den pflegerischen und medizinischen Fakultäten gelehrt werden.

Nur wenn Frauen vermehrt Zugang zu Bildung bekommen und für ihren Lebensunterhalt nicht auf eine Heirat angewiesen sind, und Beschneiderinnen eine Perspektive eröffnet wird, ihren Lebensunterhalt anderweitig zu verdienen, wird diesem Ritual entgegen gewirkt.

Langfristig wird auf diesem Weg die Tabuisierung und die Ausweitung von FGM eingedämmt.

¹¹ Unter www.frauenrechte.de sind diese Guidelines online verfügbar oder sie können über TERRE DES FEMMES bezogen und den Frauen bekannt gemacht werden.

¹² Deutsch, Englisch, Französisch, Arabisch, Kiswahili, Somali

¹³ <http://www.terre-des-femmes.de/>

Damit diese Broschüre wirkungsvoll ist, hoffen die Autorinnen, dass sie gelesen und gelebt wird. Wir möchten damit einen Anstoß für Veränderungen auf unterschiedlichen Ebenen geben. Die Broschüre ist nicht als abgeschlossenes, endgültiges oder vollständiges Werk zu sehen. Viele Informationen sind von anderen Hilfsorganisationen aufgearbeitet und verbreitet worden – etliches ist im Internet abrufbar. Für die Pflegenden ist es jedoch die erste Broschüre, die die besonderen Rahmenbedingungen im Kontext der Pflege berücksichtigt und daher wünschen wir uns, dass die Empfehlungen in die konzeptionelle Arbeit in den Krankenhäusern Eingang finden.

Literaturhinweise und Internetseiten

- Afrol news:** www.afrol.com (05.06.2007).
- Behrendt, A. und Steffen, M.** (2005): Posttraumatic Stress Disorder and Memory Problems After Female Genital Mutilation, in: American Journal of Psychiatry, 2005, 162, 1000-1002. Bundesärztekammer, <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.47.3207> [17.5.07].
- Boyle, E.** (2002): Female Genital Cutting. Cultural Conflict in the Global Community. London: The John Hopkins University Press.
- Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GmbH**
<http://www.gtz.de/de/weltweit/afrika/regionale-themen/10035.htm> [17.5.07].
- Internationale Aktion gegen die Beschneidung von Mädchen und Frauen,**
<http://www.intact-ev.de/verstuemmelung.html> [17.5.07].
- Family and Reproductive Rights Education Program (FARREP), FARREP-Projekt**
Bildungsprogramm am Royal Women's Hospital, Australien, The Royal Woman's Hospital
<http://www.thewomens.org.au> [17.5.07]
Kontaktemail: farrep.program@rwh.org.au [22.5.2007].
- Gilbert, E.** (Hrsg.), (1997): Female genital Mutilation, Information for Australian Health Professional. East Melb. Vic. The Royal Australian College of Obstetricians and Gynaecologists.
- Geburtskanal:** <http://www.geburtskanal.de>
- Gemeda, H.T.** (2000): A Study of Female Genital Mutilation and Reproductive Health – The Case of Arsi Oromo, Ethiopia. Unveröffentlichte Dissertation, University of Göttingen. Göttingen.
- Gruber, F.; Kulik, K.; Binder, U.** (2005): Studie zu weiblichen Genitalverstümmelung (FGM =Female Genital Mutilation). Im Auftrag von: Feleknas, Uca, Mitglied des Europäischen Parlaments, ASP 06 G 361. Brüssel.
- Hermann, C.** (2000). (HG.).Das Recht auf Weiblichkeit. Hoffnung im Kampf gegen die Genitalverstümmelung. Bonn: Dietz.
- Hulverscheidt, M.** (2002). Weibliche Genitalverstümmelung: Diskussion und Praxis in der Medizin während des 19. Jahrhunderts im deutschsprachigen Raum. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
- Krohwinkel, M.** (Hrsg.) (1993): Der pflegerische Beitrag zur Gesundheit in Forschung und Praxis. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.
- Lightfoot-Klein, H.** (1993): Das grausame Ritual. Sexuelle Verstümmelung afrikanischer Frauen. Frankfurt: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Lightfoot-Klein, H.** (2002): Weibliche Genitalverstümmelung. Diskussion und Praxis in der Medizin während des 19. Jahrhunderts im deutschsprachigen Raum. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
- Nehberg, R., Weber, A.** (2006): Karawane der Hoffnung. München: Piper Verlag GmbH.
- Nybro, Lisbet,** (2003): Als Hebamme helfen, in: Deutsche Hebammenzeitschrift, 05/2003, S. 15-17.
- Okroi, E.** (2000): Weibliche Genitalverstümmelung im Sudan. Dissertation.
- Richter, G.; Schnüll, P.** (2003): Einleitung. In: Terre des Femmes (Hrsg.). Schnitt in die Seele. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
- Richter, Grit** (2003): Kommentar: Fassung bewahren! In: Deutsche Hebammenzeitschrift 5/2003, S.17.
- Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe** (Hrsg.) (2005): Guideline: Patientinnen mit genitaler Beschneidung: Schweizerische Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegefachkräfte, Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, o. O.
- Terre des Femmes** (Hrsg.) (2003): Schnitt in die Seele. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
- Terre des Femmes, Unicef** (Hrsg.) (2005): Schnitte in Körper und Seele. Eine Umfrage zur Situation beschnittener Mädchen und Frauen in Deutschland, Köln.
- Terre des Femmes** (2007). (Hrsg.). Unterrichtsmappe Weibliche Genitalverstümmelung. Tübingen: Gulde-Druck.

Weibliche Genitalverstümmelung im Irak

<http://www.wadinet.de/projekte/frauen/fgm/studie.htm> [17.5.07].

World Health Organisation http://www.who.int/topics/female_genital_mutilation/en/ [17.5.07].

World Health Organization (Ed.), Female Genital Mutilation: Information Kit, Department of Women's Health, Health Systems and Community Health, Geneva, 1996.

WHO: Progressiv sexual and reproductive health research. 2006.

(<http://www.who.int/reproductive-health/hrp/progress/72.pdf>) [26.5.07].

WHO: World Health Organization. www.who.org (13.06.2007).

Zappi, Sylvia, (2004) : Excision: L'Académie de médecine demande le remboursement de l'intervention de réparation.,In: Le Monde, 12.06.2004.

Zielke-Nadkarni, A. (2003): Individualpflege als Herausforderung in multikulturellen Pflegesituationen. Huber, Bern.

Zielke-Nadkarni, A. (2006): Pflegehandeln personenbezogen ausrichten. Themenbereich 5: Analyse und Vorschläge für den Unterricht. Reihe: Werkstattbücher zu Pflege heute. Hrsg. v. Angelika Warmbrunn. Elsevier München 2006.

Weitere Informationen:

- AI – FGM Information and Global Campaign to Stop FGM (<http://www.amnesty.org/ailib/intcam/femgen/fgm1.htm>)
- Aktion "Nein zu Beschneidung von Mädchen" (<http://www.friedensband.de/beschneidung/index.htm>)
- Amnesty International – Sektion Deutschland zu FGM (<http://www.frauenmensenrechte.de/FGM.htm>)
- Amnesty International FGM Package (<http://www.amnesty.org/ailib/intcam/femgen/fgm1.htm>)
- DAFI e.V.: Aufklärung statt Verurteilung (<http://www.dafi-berlin.org>)
- Deutsche Stiftung Weltbevölkerung - Genitalverstümmelung (http://www.weltbevoelkerung.de/kopf2/themenpark/b_tp_fgm.html)
- Dirie, Waris, Wüstenblume, Knauer Taschenbuch Verlag, 2007, München.
- Terre des Femmes (Hg.), Schnitt in die Seele, Weibliche Genitalverstümmelung- eine fundamentale Menschenrechtsverletzung, Mabuse-Verlag, 2003, Frankfurt am Main
- Eiman Okroi: Weibliche Genitalverstümmelung im Sudan. akademos Wissenschaftsverlag. 2001
- FGM Networking Project (<http://www.fgmnetwork.org>)
- Deutsches Fachbuch, (<http://www.deutschesfachbuch.de/info/detail.php?isbn=3934410294>)
- Österreichische Plattform gegen weibliche Genitalverstümmelung (<http://www.stopfgm.net>)
- TABU e.V. (<http://www.verein-tabu.de>)
- United Nations Population Fund (<http://www.unfpa.org>)
- World Health Organization (Ed.), A Systematic Review of the Health Complications of Female Genital Mutilation including Sequelae in Childbirth, Department of Women's Health, Family and Community Health, Geneva, 2000.
- World Health Organization (Ed.), Female Genital Mutilation. Integrating the Prevention and the Management of the Health Complications into the curricula of nursing and midwifery. A Teacher's Guide, Department of Gender and Women's Health, Department of Reproductive Health and Research, Family and Community Health, Geneva, 2001.
- World Health Organization (Ed.), Female Genital Mutilation: Information Kit, Department of Women's Health, Health Systems and Community Health, Geneva, 1996.
- Zerm, C., Weibliche Genitale Beschneidung - Umgang mit Betroffenen und Prävention - Empfehlungen für Angehörige des Gesundheitswesens und weitere potentiell involvierte Berufsgruppen. Publiziert von: AG Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit Tropengynäkologie – AG FIDE e.V.Sektion der DGGG (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe)