

Zum Umgang mit „kulturellen Fragen“ in der klinischen Ethik am Beispiel der Hymenrekonstruktion

Verina Wild

Online publiziert: 19. Oktober 2012
© Springer-Verlag 2012

Zusammenfassung Dieser Beitrag diskutiert „kulturelle Fragen“ in klinischer Ethik am Beispiel der Hymenrekonstruktion. Zunächst werden drei grundsätzliche Argumente genannt: 1) Wenn „kultur-sensitive“ Themen in klinischer Ethik explizit als solche diskutiert werden, kann das zu einem essentialistischen Verständnis von Kultur beitragen. Stattdessen wird in diesem Beitrag für ein dynamisches Verständnis von Kultur argumentiert und für eine grundsätzlich kontextsensitive, pluralistische klinische Ethik. 2) Klinische Ethik fokussiert häufig auf die individuelle Arzt-Patienten-Beziehung. Public Health Ethik und Globale Bioethik sind dagegen eher mit den strukturellen Bedingungen von Gesundheit und Gesundheitsversorgung befasst. Der Beitrag argumentiert für eine systematischere Verknüpfung dieser verschiedenen Ebenen. 3) „Migration“ als bioethisches Thema wird häufig unter „Kultur“ subsumiert. Doch diese beiden Themen sind nicht koextensiv, stattdessen umfassen beide Bereiche jeweils unterschiedliche Fragestellungen. Insbesondere im Bereich von „Migration“ bestehen in der Bioethik noch Forschungslücken. Auf diesen Ausgangsüberlegungen aufbauend wird die Hymenrekonstruktion aus ethischer Sicht diskutiert und dafür argumentiert, sie nur als ultima ratio durchzuführen. Zugleich sollte über die Unmöglichkeit eines Jungfräulichkeitsnachweises aufgeklärt werden. Es bleibt eine Herausforderung, „kultursensitive“ Gesundheitsversorgung zu leisten, dabei jedoch ein essentialistisches Kulturverständnis und Stereotypisierung zu vermeiden. Dieser Beitrag argumentiert für eine grundsätzliche Kontextsensitivität in einer globalisierten, heterogenen Welt, in der die Verbindung zwischen individuellem Handeln und strukturellen Gegebenheiten bewusst wird.

Schlüsselwörter Hymenrekonstruktion · Migration · Kultur · Kontextsensitivität

Dr. med. V. Wild (✉)
Institut für Biomedizinische Ethik, Universität Zürich,
Pestalozzistr. 24, 8032 Zürich, Schweiz
E-Mail: wild@ethik.uzh.ch

How to deal with “cultural questions” in clinical ethics. The example of hymen reconstruction

Abstract *Definition of the problem* This paper illustrates a critical discussion of culture-related issues in clinical ethics with the example of hymen reconstruction. *Arguments* (1) To specifically discuss “culture-sensitive” issues in clinical ethics might perpetuate an essentialist understanding of culture. Instead this paper argues for a dynamic understanding of culture and generally context-sensitive, pluralist clinical ethics; (2) clinical ethics mainly focuses on the individual patient-physician relationship and public health ethics and global health ethics concentrate more on structural dimensions of health and health care. However, the interconnections should be acknowledged more systematically; (3) “migration” is often subsumed under “culture” as a bioethical issue. But the topics are not coextensive, instead both areas involve specific bioethical questions. More bioethical research is needed especially in the area of migration. On the basis of these three general aspects the paper discusses hymen reconstruction. It is argued that by performing the operation the physicians might perpetuate structural injustice and false anatomic beliefs, but that in some individual cases the operation can help prevent significant harm for the woman. *Conclusion* There has been an increasing awareness for “cultural” issues in health care and bioethics. It will be an ongoing challenge to perform “culture sensitive” health care without falling prey of essentialist othering and stereotyping. This paper argues for a general context sensitivity in a diverse, globalized world, where the connection of the individual health care to the structural circumstances are recognized. This understanding lays the ground for the argumentation of the specific case of hymen reconstruction.

Keywords Hymen reconstruction · Migration · Culture · Context sensitivity

Einleitung

Im Zusammenhang mit Globalisierung¹ und der damit einhergehenden wissenschaftlichen Aufmerksamkeit für ihre Auswirkungen, haben die Themen „Migration“ und „Kultur“ auch in der deutschsprachigen Medizinethik einen beachtlichen Auftrieb erlebt. So hat der Deutsche Ethikrat 2010 dem Thema mit seiner Jahrestagung „Migration und Gesundheit: Kulturelle Vielfalt als Herausforderung für die medizinische Versorgung“ einen prominenten Platz eingeräumt [15]. Über die letzten Jahre sind zahlreiche Publikationen zum Thema erschienen [35, 41], und erst kürzlich wurde die Arbeitsgruppe in der Akademie für Ethik in der Medizin „Interkulturalität in der medizinischen Praxis“ ins Leben gerufen [3].

Eines der Beispiele für einen konkreten medizinischen Problemfall, der mit Migration und Kultur in Zusammenhang gebracht wird, ist die in letzter Zeit zunehmend thematisierte operative Hymenrekonstruktion.² Dieser Beitrag diskutiert zwei Fragen: Welche medizinischen Werkzeuge stehen zur Verfügung, um das Problem der Hymenrekonstruktion zu diskutieren? Wie ist die Hymenrekonstruktion aus ethischer Sicht zu bewerten?

¹ Globalisierung ist ein kontrovers diskutierter Begriff. Ich verstehe darunter unter anderem „a process whereby various forms of human activity are increasingly traversing the world and connecting people in differing parts of the world more densely and more quickly than in previous times“ ([21], S. 2).

² Rekonstruktion des Hymens = Hymenorrhaphie = „Revirginisierung“. In der Literatur werden unterschiedliche Bezeichnungen verwendet, u. a. auch die einen größeren Eingriff suggerierende Hymenoplastik.

In einem *ersten Schritt* werden die Operation der Hymenrekonstruktion und, sofern ohne belastbare Daten möglich, ihre Hintergründe erläutert.

In einem *zweiten Schritt* werden drei grundlegende Aspekte zu „Kultur und Migration“ in der Medizinethik kritisiert: 1) Das Verständnis von „kultursensitiver“ klinischer Ethik, 2) das aktuell praktizierte Nebeneinander von klinischer Ethik, Public Health Ethik und globaler Ethik und 3) die thematische Abgrenzung von Kultur und Migration im Feld der Medizinethik.

Nach der Klärung dieser grundsätzlichen Überlegungen wird im *dritten Schritt* eine ethische Bewertung der Hymenrekonstruktion vorgenommen, bevor der Beitrag mit einem Fazit schließt.

Die Hymenrekonstruktion

Die Hymenrekonstruktion ist eine gynäkologische Operation, bei der die Schleimhaut am Vaginaleingang so vernäht wird, dass es beim nächsten Geschlechtsverkehr mit möglichst großer Wahrscheinlichkeit zu einer Blutung kommt. Es gibt keine medizinische Indikation für den Eingriff, sondern die Operation erfolgt auf den Wunsch der Patientin. Der Preis für die Operation bewegt sich laut Anzeigen im Internet zwischen 120 und 4.000 €. Teils wird Lokalanästhesie, teils Vollnarkose empfohlen. Es gibt keinen gängigen Operationsstandard, auch fehlen fundierte Evidenzen zu Risiken oder Komplikationen. Technische Details des Eingriffs werden in der medizinischen Fachliteratur nur vereinzelt erwähnt [37, 39]. In der internationalen Literatur wird jedoch zunehmend die ethische Relevanz der Thematik betont [12, 45]. Die Hymenrekonstruktion wird im arabischen Raum recht ausführlich unter anderem von religiösen Führern diskutiert. In diesem Zusammenhang ist auf den Beitrag islamwissenschaftlicher Arbeiten zum Thema hinzuweisen. So untersucht etwa Thomas Eich in arabischer Sprache verfasste Texte und Erklärungen zur Hymenrekonstruktion und macht diese Dokumente der nicht arabisch-kundigen Leserin durch Übersetzung in das Deutsche und Englische zugänglich [16].

Zum Hintergrund der Operation

Der fälschliche Glaube daran, dass Jungfräulichkeit durch ein intaktes Hymen und eine Blutung bei der Defloration bewiesen werden kann, lässt sich historisch weit zurückverfolgen. Schon aus dem Mittelalter gibt es Überlieferungen, wie Frauen versuchten, eine Blutung und somit ihre Jungfräulichkeit vorzutäuschen [13]. Es existiert umfangreiche Literatur zum Thema Jungfräulichkeit, wobei der Kontext der patriarchalen Machtstrukturen und die erwartete Subordination der Frauen häufig deutlich herausgestellt werden [11, 33]. Die Hymenrekonstruktion ist in diesem historisch verwurzelten Kontext von ungleichen Machtverhältnissen der Geschlechter zu sehen.³

Es gibt heutzutage keine belastbaren quantitativen Daten darüber, welche und wie viele Frauen eine Hymenrekonstruktion wünschen. Allein durch die Präsenz des Themas in diversen Internetforen, in zahlreichen Onlinewerbanzeigen von chirurgischen Praxen und durch

³ Grundsätzlich spielt Jungfräulichkeit vor der Ehe in verschiedenen kulturellen und insbesondere religiös geprägten Kontexten in allen Teilen der Welt eine wichtige Rolle. Dieser Artikel bezieht sich jedoch tendenziell auf islamische Kontexte, da es in Deutschland Hinweise darauf gibt, dass es v. a. Frauen mit muslimischem Hintergrund sind, die eine Hymenrekonstruktion erbitten ([46] und zahlreiche mündliche Konversationen oder Korrespondenzen der Autorin mit Gynäkologinnen und Gynäkologen in Deutschland).

die zunehmende Erwähnung in der Fachliteratur muss jedoch davon ausgegangen werden, dass die Operation ein relevantes und aktuelles Thema ist.

Anekdotisch wird als ein Grund für die Hymenrekonstruktion angegeben, manche Frauen möchten ihrem Ehemann oder Partner – gewissermaßen als „Valentinsgeschenk“ oder „zweite Flitterwochen“ – eine Freude bereiten [34, 43].

Weit häufiger sind jedoch Hinweise darauf zu finden, dass Frauen mit konservativem, streng religiösem Hintergrund, wie etwa einem christlichen, jüdischen, islamischen oder hinduistischen, eine Hymenrekonstruktion erwägen [40, 48]. Für die jeweiligen Frauen oder ihre Familien ist es von großer Bedeutung, in der Hochzeitsnacht durch ein blutendes Hymen die Jungfräulichkeit zu „beweisen“. Der soziale Druck, jungfräulich in die Ehe zu gehen, kann ernste Folgen für die psychische Gesundheit junger Frauen bedeuten: Depression, Einsamkeit, Identitätskonflikte und sogar Suizidalität können in diesem Zusammenhang auftreten [7, 20]. Im schlimmsten Fall wird die Operation vorgenommen, um sich vor einem „Ehrenmord“ zu schützen [25].

In liberalen Ländern wird die Operation häufig im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen diskutiert. Dabei geht es insbesondere um die Frage, wie Ärztinnen kompetent auf die kulturspezifischen Wünsche der Frauen reagieren sollen [18, 31].

Drei Kritikpunkte am medizinethischen Umgang mit kulturellen Fragen

Ogleich erkannt wurde, dass die Operation heutzutage auch in liberalen, westeuropäischen Ländern ein Bestandteil chirurgischer Praxis ist, wird kritisiert, dass es an Richtlinien für einen angemessenen Umgang mit Frauen mangelt, die „at the health care level in a multicultural society“ um eine Hymenrekonstruktion bitten ([18], S. 44).

Welche ethischen Werkzeuge stehen nun zur Verfügung, um das Problem der Hymenrekonstruktion zu diskutieren und ggf. Richtlinien für einen angemessenen Umgang zu erarbeiten?

Zunächst scheint, dass damit die Domäne der *klinischen Ethik* angesprochen ist: Wie soll sich eine Ärztin verhalten, die um eine Hymenrekonstruktion gebeten wird? Das Repertoire der klinischen Ethik bietet klassischerweise den prinzipienethischen Ansatz [6]. In aller Kürze könnte man argumentieren, die Patientin wünsche die Behandlung (Autonomie). Es handele sich um einen minimalen Eingriff (Nicht-Schaden), der größeren Schaden abwenden kann (Wohltun). Sofern die Patientin finanziell für den ästhetischen Wunscheingriff aufkomme und nicht andere dafür belastet werden (Gerechtigkeit), sei also an der Durchführung nichts auszusetzen. Doch kann hier wirklich von einer – für medizinische Eingriffe notwendigen – *autonomen* Entscheidung der Patientin ausgegangen werden, wenn diese bspw. in einem kulturellen Umfeld des Patriarchats lebt und Entscheidungen womöglich unter Zwang trifft?⁴ Auf der Suche nach weiteren hilfreichen Ansätzen werden wir im Bereich der „kulturellen Kompetenz“ und der „kulturübergreifenden Bioethik“ fündig.

„Kulturelle Kompetenz“ wird in der Gesundheitsversorgung als notwendig für den Umgang mit einem kulturell vielfältigen Umfeld – wie es mittlerweile in vielen Einwanderungsländern Standard ist – erachtet. Ausgehend von den Pflegewissenschaften in den 1950er Jahren (insbesondere ist hier der Ansatz von Leininger zu nennen [29]), wurden mittlerweile auch für Ärztinnen und Ärzte Leitlinien für kulturelle Kompetenz entwickelt

⁴ Die Aspekte des Nicht-Schadens, des Wohltuns und der Gerechtigkeit könnten ebenfalls weiter problematisiert werden, darauf wird hier jedoch verzichtet.

[1]. Kulturelle Kompetenz wird als ein „*set of skills*“ angesehen, anhand dessen die Achtsamkeit des Gesundheitspersonals geschult werden soll [8, 36].

Zwar hat auch die Aneignung solcher *skills* eine ethische Dimension, denn die patientengerechte Versorgung hat dabei den zentralen Stellenwert. Doch ersetzt ein *set of skills* nicht die ethische Reflexion als solche. Mit dieser setzt sich v. a. die „kulturübergreifende Bioethik“⁵ auseinander. Diese grundsätzliche Debatte geht zwar über den konkreten Bezugsbereich der klinischen Ethik hinaus, liefert aber wichtige ethische Argumente für den konkreten Einzelfall. Ein paradigmatisches Beispiel für die Debatte ist, ob weibliche Genitalbeschneidung auf der Basis einer universalen Moral abgelehnt werden sollte oder aus partikularistischen Gründen zu rechtfertigen ist [23, 28]. Es wird versucht, die Spannung zwischen Universalismus und Partikularismus, also zwischen einer umfassenden allgemeingültigen Moral und der Anerkennung spezifischer, unterschiedlicher Moralvorstellungen, differenziert zu lösen [9, 19, 32].

Doch bevor eine konkrete Diskussion der Hymenrekonstruktion angezeigt ist, werden drei Hintergrundaspekte zum medizinethischen Umgang mit „kulturellen“ Fragen kritisch diskutiert: 1) Der Sonderstatus „interkultureller Fragen“ in der klinischen Ethik, 2) die bisher nur unzureichende Vernetzung der individuellen „Mikroebene“ mit dem umfassenderen Gesamtbild. Ein weiterer grundsätzlicher Punkt betrifft 3) die problematische Klassifizierung von Kultur und Migration als medizinethisch relevantes Thema.

Die Überlegungen stellen gegenwärtige Theorien oder Ansätze nicht grundsätzlich in Frage, vielmehr geht es darum, Nuancen pointierter zu setzen oder explizit zu machen.

Plädoyer für eine kontextsensitive, pluralistische klinische Ethik

Die Diskussion allgemeiner klinisch ethischer Fälle, wie etwa die Frage nach Therapieabbruch oder Einwilligungsfähigkeit, verläuft i. d. R. nicht betont kultursensitiv. Stattdessen scheinen „interkulturelle Fragen“ im klinischen Alltag zumindest im deutschsprachigen Raum den Status einer Sonderkategorie zu haben. Diskussionen zu kulturübergreifenden Fragen werden v. a. in der praxisnahen klinischen Ethik häufig dann geführt, wenn es um moralische Fragen im Zusammenhang mit Zugehörigen anderer Nationen, anderer Religionen oder anderer Ethnien geht (z. B. als die der behandelnden Ärztin) [5, 22, 27]. Wenn aber Konflikte „intra-kulturell“, also innerhalb des „eigenen Kulturkreises“ – auch im klinisch-ethischen Kontext sogar noch immer explizit als „Leitkultur“ bezeichnet ([24], S. 71) – auftreten, beruft sich die medizinethische Diskussion klassischerweise auf die „vier Prinzipien“, auf tugendethische Ansätze oder Care Ethics, nicht aber explizit auf kulturübergreifende Argumente.

Nun bedarf es kaum noch der Erwähnung, dass Kultur zumindest im akademischen Milieu nicht mehr essentialistisch betrachtet, sondern u. a. angesichts der Globalisierung und Diversifizierung von vielen als dynamisch, konstruktivistisch, wandelbar und prozesshaft verstanden wird [26, 42]. Manche stellen die Frage, in wie weit kulturalistische Argumente überhaupt tragen [17], oder negieren den Kulturbegriff gänzlich.

Ich schließe mich in meinen Überlegungen Scheffler an, der Kultur nicht negiert, sondern als „a web of formal and informal practices, customs, institutions, traditions, norms, rituals, values, and beliefs“ versteht ([42], S. 119). Er fügt jedoch an, die Annahme, jedes Individuum lasse sich einer einzigen, konkret definierbaren Kultur zuordnen, sei schlicht falsch,

⁵ Weitere terminologische Varianten sind transkulturelle Bioethik, kultursensitive Bioethik, kultursensible Bioethik, interkulturelle Bioethik.

stattdessen sei gerade durch Migration bedingt Kultur einem ständigen Wandel unterlegen. Wandel sei sogar die Bedingung für das Fortbestehen von Kultur.

Wie ist aber insbesondere mit Blick auf die klinische Ethik ein solch dynamisches Verständnis von Kultur mit der Sprache von „Interkulturalität“ oder „kulturübergreifend“ vereinbar? Zwei Szenarien sind denkbar. Entweder wird eine *kultursensitive* klinische Ethik als solche weiter ausdifferenziert; oder aber die Stärken eines dynamischen Verständnisses von Kultur werden als grundsätzlicher Erkenntnisgewinn besser in die allgemeine klinische Ethik und auch Bioethik insgesamt integriert.

Im ersteren Fall – bei weiterer Differenzierung – könnte schlimmstenfalls, und obwohl viele das Gegenteil erreichen wollen, der Eindruck entstehen, insbesondere im klinisch ethischen Kontext für „die Anderen“ eine „andere Art“ von ethischer Argumentation zu benötigen. Bei einem explizit so benannten kultursensitiven Vorgehen kann genau das eintreten, was vermieden werden soll: Die unangemessene Engführung auf lediglich *kulturbedingte*, vermeintlich essentielle Konflikte, Stereotypisierung „anderer Kulturkreise“ und „othering“ [14]. Bei einem fehlenden Verständnis für die Dynamik von Kultur könnte übersehen werden, dass die allgemeine klinische Ethik ihrerseits selbst eine kulturübergreifende Ethik ist und sein sollte: Der deutsche Großindustrielle hat – gemäß eines nicht an Nationen oder Ethnien orientierten Kulturverständnisses – offenkundig eine andere Kultur als der – ebenfalls deutsche – Obdachlose, und beide haben wiederum eine andere Kultur als die – ebenfalls deutsche – jugendliche Raverin. Genauso wie eine Ärztin die kontextuellen Gegebenheiten einer jungen Migrantin in dritter Generation verstehen muss, die um eine Hymenrekonstruktion bittet, muss eine Ärztin kompetent berücksichtigen können, mit welchen kulturellen Vorannahmen eine jugendliche nicht-migrierte Raverin in ihrer Praxis erscheint. Ansonsten wird in beiden Fällen die medizinische Behandlung nicht den Umständen angemessen sein.

Im zweiten Fall, bei einem dynamischen Verständnis von Kultur, könnte gleichzeitig *sowohl* beim Zusammentreffen verschiedener Ethnien oder Nationen in einem Krankenhaus der Eindruck eines stereotypisierenden „othering“ vermieden werden *als auch* in der allgemeinen klinischen Ethik mehr Kultursensitivität erreicht werden.

Es ist also in Zeiten der zunehmenden Diversität und damit einhergehend eines dynamisch zu verstehenden Kulturbegriffs angemessen, eine allgemein gültige kenntnisreiche Kontextsensitivität in den Vordergrund zu stellen und faktische Diversität bzw. Pluralismus von Wertvorstellungen als Ausgangspunkt anzuerkennen, anstatt eine explizit kultursensitive klinische Ethik zu fördern.

Strukturelle Verantwortung der individuellen Ärztin

Klinische Ethik beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit der Arzt-Patienten-Beziehung und den ethischen Problemen isolierter Aspekte der medizinischen Praxis. In den medizinischen Curricula geht es ebenfalls v. a. um diesen klinischen Bereich, um angehende Medizinerinnen für Entscheidungen auf der „Mikroebene“ auszubilden, etwa ob eine bestimmte Therapie abgebrochen werden darf oder nicht.

Dass sich die Bioethik auch strukturellen Rahmenbedingungen aus einer gesellschaftlichen Perspektive verpflichtet fühlt, ist eine relativ neue Entwicklung. So ist Public Health Ethik im deutschsprachigen Raum als akademische Disziplin gerade erst im Entstehen [10, 44]. Dabei werden so wichtige Themenbereiche wie soziale Determinanten von Gesundheit, Prävention oder Ausgestaltung des Gesundheitswesens angesprochen.

Auch die globale Dimension in der Bioethik wird unter dem Stichwort Global Health Ethik in den letzten Jahren zunehmend thematisiert [38]. In diesem Bereich geht es etwa um

globale Ungleichheiten in Bezug auf Infektionserkrankungen, um fragliche Ausbeutung bei Medikamentenstudien von Industriestaaten in Entwicklungsländern oder um Gerechtigkeit in der Pandemieplanung.

Bisher wird stillschweigend eine *Bereichstrennung* von klinischer Ethik, Public Health Ethik und Global Health Ethik praktiziert. Thematische Abgrenzung ist für die Weiterentwicklung von Wissenschaft gut und verständlich. Doch angesichts der Erkenntnisse, dass gesellschaftliche Bedingungen für die Gesundheit von zentraler Bedeutung sind und dass unsere Welt zunehmend globalisiert und vernetzt ist, was wiederum Auswirkungen auf individuelles Handeln hat [49], erweist es sich als schwierig, klinische Ethik und ärztliches Ethos auf einer scheinbar abgrenzbaren Mikroebene zu verorten. Ein stärker vernetzender Blick ist unverzichtbar, der anerkennt, dass individuelles ärztliches Handeln immer im Kontext von größeren Zusammenhängen gesellschaftlicher Bedingungen, wie z. B. struktureller Ungleichheit, und globaler Entwicklungen steht.

Innerhalb der Medizinethik wird derzeit noch in geringem Maße diskutiert, welche moralische Verantwortung individuelle Ärztinnen (nicht nur Institutionen) hinsichtlich gesellschaftlicher und globaler Entwicklungen haben. Doch schon dem Genfer Ärztgeplöbnis liegt eine Haltung zugrunde, die über das individuelle Geschehen hinausgeht, wenn es heißt, ärztlich Praktizierende haben ihr „Leben in den Dienst der Menschlichkeit“ zu stellen. Solch ein genuin kosmopolitischer Grundgedanke als Basis des ärztlichen Ethos müsste die individuelle Ärztin veranlassen, auch zu gesellschaftlichen oder globalen Bedingungen von Gesundheit eine Position zu beziehen und dementsprechend zu handeln. Eine Ärztin kann als individuelle Akteurin nun sicherlich nicht bspw. historisch verwurzelte Geschlechterungerechtigkeiten beseitigen. Doch ist es unter den Bedingungen der globalisierten Gegenwart notwendig, die strukturelle, also gesellschaftliche und globale Dimension des ärztlichen Handelns stärker als bisher zu beachten und den eigenen Handlungsspielraum z. B. gegenüber struktureller Ungerechtigkeit auszuloten.

Migration als Thema der Bioethik

Migration und Kultur werden in der Medizinethik häufig in einem Atemzug erwähnt und verschmelzen somit zu einem Feld, wobei üblicherweise Kultur und damit zusammenhängende Herausforderungen in den Vordergrund der ethischen Debatten rücken. Kulturelle Vielfalt wird häufig mit Migration erklärt. Damit ist das Thema der Migration vielfach bereits abgeschlossen.

Doch ist die untergeordnete Bedeutung von Migration als Mitursache von „Kulturkonflikten“ problematisch. Werden solche Konflikte weiterhin automatisch mit Migration verknüpft, so trägt das eher zur Verfestigung eines essentialistischen Kulturbegriffes bei. „Kulturkonflikte“ können selbstverständlich unabhängig von Migration auftreten. Zudem ist das Thema „Migration“ auch als ein eigener Themenbereich der Bioethik zu verstehen. Er ist nicht koextensiv, also inhaltsgleich, zur „Kultur“, da er wesentlich andere Aspekte als das Thema „Kultur“ umfasst, so etwa die Gesundheit von Asylbewerbern oder den Zugang undokumentierter Migrantinnen zur Gesundheitsversorgung. Derzeit werden migrationsethische Fragen im Kontext von Gesundheit und Gesundheitsversorgung nur vereinzelt diskutiert [47, 50]. Es hat bisher weder eine bioethische Aufarbeitung des reichen Datenmaterials zu Migration und Gesundheit/Krankheit stattgefunden, noch gibt es eine konzeptuelle Debatte über geeignete bioethische Theoriemodelle. Hier besteht in der Forschung dringender Nachholbedarf.

Ethische Diskussion der Hymenrekonstruktion

Der Rahmen, innerhalb dessen die Hymenrekonstruktion im Folgenden diskutiert wird, ist nun gesteckt: Die ärztliche Handlung wird auf der Basis eines dynamischen Kulturverständnisses und einer pluralistischen, kontextsensitiven klinischen Ethik diskutiert. Des Weiteren wird die Verknüpfung zwischen individuellem Handeln und strukturellen Gegebenheiten explizit gemacht. Aus definitorischer Sicht ist nun zudem klar, dass es sich bei der Hymenrekonstruktion vielleicht um ein Phänomen handelt, welches durch Migration häufiger auch im deutschsprachigen Raum anzutreffen ist, es jedoch kein migrationspezifisches ethisches Problem ist.

Es ist für eine ethische Bewertung aufschlussreich, zwei denkbare Fallkonstellationen miteinander zu vergleichen: Eine Frau türkischen Hintergrundes wünscht sich die Hymenrekonstruktion gemeinsam mit ihrem Partner, weil es beiden wünschenswert erscheint, in der Hochzeitsnacht eine „Entjungferung“ gemeinsam zu erleben. Es gibt im ärztlichen Gespräch mit der Patientin keinerlei Hinweise darauf, dass dieser Wunsch unter Zwang entstanden ist. Im zweiten Fall schildert eine andere Frau türkischen Hintergrundes der Ärztin schon im Erstkontakt, dass die Operation unter allen Umständen geheim gehalten werden müsse. Falls der Eingriff bekannt würde oder falls sie in der bevorstehenden Hochzeitsnacht nicht bluten würde, würde sie womöglich sterben.

Zunächst ist festzuhalten, dass für beide Frauen das Bluten in der Hochzeitsnacht wichtig ist. Wird die Situation auf der Grundlage eines dynamischen Kulturbegriffes angesehen, werden voreilige Stereotype eines „türkischen Kulturkreises“ vermieden, stattdessen steht die konkrete Überzeugung der individuellen Frauen im Mittelpunkt. Eine pluralistische, nicht essentialistische Haltung schließt natürlich das Einholen von Wissen über Konsequenzen von Geschlechtsverkehr vor der Ehe im strenggläubigen islamischen Kulturkreis nicht aus. Im Gegenteil, eine solche Haltung fordert gerade dazu auf, sich mit dem jeweiligen, individuellen Kontext auseinander zu setzen. Doch dienen diese womöglich kulturell bedingten Aspekte lediglich als ein Baustein zur bestmöglichen Information über die Situation der Frau. Bezogen auf die geschilderten Fälle spielt das Wissen über Strenggläubigkeit im Islam für die erste Frau kaum eine Rolle, und dennoch besteht weiterhin ein ethischer Konflikt, wie wir im Folgenden sehen werden. Im zweiten Fall spielt dieses Wissen jedoch möglicherweise eine zentrale Rolle, weil damit die Bedrohlichkeit der Situation und die Notwendigkeit, Hilfe anzubieten, erst angemessen eingeordnet werden können.

Versucht die Ärztin, auch die strukturellen Aspekte zu berücksichtigen – die ebenfalls für eine umfassend verstandene Kontextsensitivität von Bedeutung sind –, so können zwei Probleme identifiziert werden, die mit der Operation einhergehen:

Erstens liegen der Hymenrekonstruktion *gesellschaftlich* weit verbreitete anatomische Fehlannahmen zugrunde: Bereits erfolgter Geschlechtsverkehr führt nicht immer zu nachweisbaren Veränderungen des Hymens und gewisse Veränderungen wie Furchen oder Kerben des Hymens sind auch bei Mädchen nachweisbar, die keinen Geschlechtsverkehr hatten [2]. Da das Hymen je nach Beschaffenheit beim ersten Geschlechtsverkehr keine Rissverletzungen zeigen muss, kommt es auch oftmals nicht zu einer Blutung. Studien geben Hinweise darauf, dass es nur bei weniger als 50% der Frauen zu einer Blutung beim ersten Geschlechtsverkehr kommt [4]. Die Operation ist also aus anatomischer Sicht nicht plausibel.

Zweitens muss davon ausgegangen werden, dass zumindest bei der zweiten Frau dem Entscheid für eine Hymenrekonstruktion eine ernstzunehmende Druck- oder Zwangssituation zugrunde liegt. Diese Zwangssituation ist auf *strukturell* und historisch verankerte Geschlechterungerechtigkeit zurückzuführen. So wird bspw. nur von Frauen ein „Beweis“

der Jungfräulichkeit erwartet – notfalls unter Gewaltandrohung –, von Männern jedoch nicht. Die psychische Belastungssituation, die damit einhergehen kann, muss in jedem Fall ernst genommen werden, und das Angebot eines Beratungsgespräches wäre daher indiziert.

Aus dieser Problemkonstellation ergibt sich der eigentliche ethische Konflikt, der im Falle der zweiten Frau besonders brisant wird: Mit der individuellen Hymenrekonstruktion wird eine Operation vorgenommen, die sowohl mögliche strukturelle Zwangsstrukturen für die Frau als auch die anatomischen Fehlannahmen – die ihrerseits wiederum zu den Zwangsstrukturen beitragen – perpetuiert. Ärztinnen und Ärzte machen sich also bei der Hymenrekonstruktion, wenn auch ungewollt, zu „Komplizen“ eines *strukturellen* Problems, welches für manche Individuen massives Leid verursacht. Die Komplizenschaft der Ärzte ähnelt dabei derer, die bspw. im Fall von Operationen von abstehenden Ohren entsteht. Little argumentiert, Ärztinnen und Ärzte machten sich dabei zu Komplizen suspekter Normen des Aussehens („suspect norms of appearance“ ([30], S. 163)), denn die Durchführung derartiger Operationen würde noch stärkeren gesellschaftlichen Druck auf diejenigen bewirken, die sich (noch) nicht haben operieren lassen. Der Fall der Hymenrekonstruktion ist jedoch brisanter. So geht es bei einigen Fällen von Hymenrekonstruktion nicht allein um eine ästhetische Bewertung, sondern um eine tradierte, patriarchalische Geschlechterungerechtigkeit, die womöglich lebensbedrohliche Konsequenzen haben kann. Ärztinnen und Ärzte werden durch die Ausführung der (anatomisch unplausiblen) Hymenrekonstruktion zu Komplizen dieses historisch-strukturellen Problems.

Und dennoch – es sind genau diese *strukturellen* Gründe, die auf einer *individuellen* Ebene gleichzeitig *für* das Angebot der Hymenrekonstruktion sprechen und zwar besonders für die Frau, die unter Druck steht, wie im zweiten Beispielfall. Gerade weil es sich womöglich um eine lebensbedrohliche Situation handelt, ist Hilfe in Not für einzelne Frauen notwendig. Mit einem vergleichsweise unproblematischen Eingriff kann weit größerer Schaden verhindert werden.

Insgesamt ist also nicht nur medizinisches Know-how, sondern auch, oder sogar v. a., Verständnis für die Gesamtsituation auf der individuellen und auf der strukturellen Ebene nötig. Fühlt sich die Ärztin nicht nur der einzelnen Patientin gegenüber verantwortlich, sondern versteht sie, dass ihr Handeln auch strukturelle Gegebenheiten beeinflusst, so gilt es, einen Kompromiss zwischen der individuellen und der strukturellen Ebene zu finden.

Ein solcher Kompromiss lässt es nicht zu, dass die Hymenrekonstruktion unkritisch durchgeführt wird, und dabei womöglich aus der Notlage der Frauen hoher Profit generiert wird. Solange davon ausgegangen werden muss, dass einige Hymenrekonstruktionen unter Todesangst der betroffenen Frau erbeten werden, sollte grundsätzlich versucht werden, die Operation zu vermeiden, aber gleichzeitig die Frau nicht zu gefährden. So sollten alle Frauen zunächst bestmöglich über die anatomischen Fakten aufgeklärt werden. Schon dieses Wissen kann einer Frau Gründe, Mut oder Kraft geben, sich gegen eine Hymenrekonstruktion zu entscheiden. Der nächste Schritt wäre eine Aufklärung über Alternativen zur Operation, wie etwa das Absetzen der oralen Kontrazeptiva kurz vor der Hochzeitsnacht oder andere Tipps, die eine Blutung (oder scheinbare Blutung) sicherstellen können. Stellt sich jedoch absolut kein Spielraum für die Frau dar, so sollte der Kampf gegen den Mythos der Jungfräulichkeit sicherlich nicht auf ihrem Rücken ausgetragen werden. Erst als *ultima ratio* sollte die Operation erwogen werden, die dann jedoch wenn möglich in schonender Form (nicht unter Vollnarkose) und zu einem fairen Preis angeboten werden sollte.

Fazit

In diesem Beitrag wurde erarbeitet, dass im klinisch ethischen Kontext ein betont dynamischer Kulturbegriff einem betont kultursensitiven Vorgehen vorzuziehen ist. Kultursensitivität auf der Basis eines dynamischen Kulturbegriffs würde damit in einer globalisierten, pluralistischen Welt zu einem essentiellen Element allgemeiner Medizinethik, anstatt Gefahr zu laufen, nur im Falle von Konflikten zwischen Ethnien oder Nationen zum Einsatz zu kommen. Zudem wurde die Relevanz struktureller Gegebenheiten auch für das individuelle Handeln von Ärztinnen und Ärzten betont. Außerdem wurde erläutert, dass Kultur und Migration keine als koextensiv zu verstehenden Bereiche der Bioethik sind, sondern jeweils spezielle Forschungsfragen beinhalten.

Diese grundsätzlichen Überlegungen wurden am Beispiel der Hymenrekonstruktion angewandt. Dabei wurde deutlich, dass Ärztinnen eine Verantwortung gegenüber den strukturellen Bedingungen (in diesem Falle historisch gewachsener patriarchalischer Strukturen) tragen, die eine Hymenrekonstruktion überhaupt notwendig werden lassen. Ohne kultur-essentialistischen Stereotypen Vorschub zu leisten, muss doch der psychosoziale Kontext – zu dem auch Migrationshintergrund oder Religiosität gehören – der individuellen Frauen berücksichtigt werden. Es wurde dafür plädiert, die Hymenrekonstruktion im Einzelfall nur als *ultima ratio* durchzuführen.

Danksagung Die Arbeit an diesem Beitrag wurde z. T. von der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAWM) finanziert. Ich danke den anonymen Gutachtern für überaus wertvolle Kommentare. Weiterhin danke ich meinen Forschungspartnerinnen Nikola Biller-Andorno, Hinda Poulin und Salome Schaerer für die Zusammenarbeit, sowie Christiane Tennhardt, Jutta Pliefke, Meryem Schouler-Ocak und Jan-Christoph Heilinger für die zahlreichen Diskussionen zu diesem Thema.

Interessenkonflikt Die Autorin gibt an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Literatur

1. AAMC Association of American Medical Colleges (2005) Cultural competence education. <http://www.paeonline.org/index.php?ht=a/GetDocumentAction/i/73944>. Zugegriffen: 1. Dez. 2011
2. Adams JA, Botash AS, Kellogg N (2004) Differences in hymenal morphology between adolescent girls with and without a history of consensual sexual intercourse. *Arch Pediatr Adolesc Med* 158:280–285
3. AEM (2011) Arbeitsgruppe Interkulturalität in der medizinischen Praxis. Tätigkeitsbericht. Tim Peters und Tatjana Grützmann. <http://www.aem-online.de/downloadfiles/hd7umr4v8cb5ejs0410nkbor22/Bericht%20AG%20Interkulturalitaet.pdf>. Zugegriffen: 1. Dez. 2011
4. Amy J (2008) Certificates of virginity and reconstruction of the hymen. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 13:111–113
5. Anonymus (2010) Fall: Palliativmedizin im interkulturellen Kontext. 21. Januar 2010. *Ethik Med* 22:49–50. doi:10.1007/s00481-009-0052-5
6. Beauchamp T, Childress J (2009) Principles of biomedical ethics, 6. Aufl. Oxford University Press, New York
7. Bekker M, Rademakers J, Mouthaan I, De Neef M, Huisman W, Van Zandvoort H et al (1996) Reconstructing hymens or constructing sexual inequality? Service provision to Islamic young women coping with the demand to be a virgin. *J Community Appl Soc* 6:329–334
8. Betancourt JR (2004) Cultural competence – marginal or mainstream movement? *N Engl J Med* 351:953–955
9. Biller-Andorno N, Schaber P, Schulz-Baldes A (2008) Gibt es eine universale Bioethik? Mentis, Paderborn
10. Buyx A, Huster S (Hrsg) (2010) Ethische Aspekte von Public Health. *Ethik Med* 22:175–299
11. Carpenter LM (2002) Gender and the meaning and experience of virginity loss in the contemporary United States. *Gen Soc* 16:345–365

12. Cook RJ, Dickens BM (2009) Hymen reconstruction: ethical and legal issues. *Int J Gynecol Obstet* 107:266–269
13. Coyne Kelly K (2000) *Performing virginity and testing chastity in the Middle Ages*. Routledge, London
14. Daramsi S (2011) Moving beyond the limits of cultural competency training. *Med Educ* 45:764–766
15. Deutscher Ethikrat (2010) *Jahrestagung: Migration und Gesundheit. Kulturelle Vielfalt als Herausforderung für die medizinische Versorgung*, Berlin, 20.5.2010. <http://www.ethikrat.org/veranstaltungen/jahrestagungen/migration-und-gesundheit>. Zugegriffen: 1. Dez. 2011
16. Eich T (2010) A tiny membrane defending ‚us‘ against ‚them‘: Arabic Internet debate about hymenorraphy in Sunni Islamic law. *Cul Health Sex* 12:755–769
17. Eich T, Hoffmann TS (2006) *Kulturübergreifende Bioethik. Zwischen globaler Herausforderung und regionaler Perspektive*. Verlag Karl Alber, Freiburg
18. Essén B, Blomkvist A, Helström L, Johnsdotter S (2010) The experience and responses of Swedish health professionals to patients requesting virginity restoration (hymen repair). *Reprod Health Matters* 18:38–46
19. Gbadegesin S (2009) Culture and bioethics. In: Kuhse H, Singer P (Hrsg) *A companion to bioethics*, 2nd edn. Wiley, Sussex, S24–35
20. Gürsoy E, Vural G (2003) Nurses’ and Midwives’ views on approaches to hymen examination. *Nurs Ethics* 10:485–496
21. Hudson W, Slaughter S (2007) *Globalisation and citizenship: the transnational challenge*. Routledge, Abingdon
22. Ilklich I (2008) Die kultursensible und kultursensitive Patientenverfügung in einer wertpluralen Gesellschaft am Beispiel muslimischer Patienten. *Ethik Med* 20:221–229
23. James SA (1994) Reconciling international human rights and cultural relativism: the case of female circumcision. *Bioethics* 8:1–26
24. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ (2006) *Klinische Ethik: Eine praktische Hilfe zur ethischen Entscheidungsfindung*. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln-Lövenich
25. Kandela P (1996) Egypt’s trade in hymen repair. *Lancet* 347:1615
26. Kettner M (2008) *Kulturreflexion und die Grammatik kultureller Begriffe*. In: Baecker D, Kettner M, Rustemeyer D (Hrsg) *Über Kultur. Theorie und Praxis der Kulturreflexion*. transcript, Bielefeld
27. Körtner UHJ (2006) *Lebensanfang und Lebensende in den Weltreligionen: Beiträge zu einer interkulturellen Medizinethik*. Neukirchener, Neukirchen-Vluyn
28. Lane SD, Rubinstein RA (1996) Judging the other. Responding to traditional female genital surgeries. *Hastings Cent Rep* 26:31–40
29. Leininger M (1991) *Culture care diversity & universality: a theory of nursing*. National League for Nursing Press, New York
30. Little MO (1998) Cosmetic surgery, suspect norms, and complicity. In: Parens E (Hrsg) *Enhancing human traits: conceptual complexities and ethical implications*. Georgetown University Press, Washington DC
31. Logmans A, Verhoeff A, Raap RB, Creighton F, Lent M van (1998) Should doctors reconstruct the vaginal introitus of adolescent girls to mimic the virginal state? Who wants the procedure and why. *Br Med J* 316:459
32. Macklin R (1999) *Against relativism: cultural diversity and the search for ethical universals in medicine*. Oxford University Press, New York
33. Mernissi F (1982) Virginity and patriarchy. *Women Stud Int Forum* 5:183–191
34. Miomedia (2009) *Wiederherstellung des Jungfernhäutchens*. <http://www.portal-der-frauen.de/frauen-gesundheit/behandlungen/aesthetische-chirurgie/wiederherstellung-jungfernhaeutenchen/wiederherstellung-jungfernhaeutenchen.html>. Zugegriffen: 1. Dez. 2011
35. Myser C (2011) *Bioethics around the globe*. Oxford University Press, New York
36. Nuñez AE (2000) Transforming cultural competence into cross-cultural efficacy in women’s health education. *Acad Med* 75:1071–1080
37. Ou MC, Lin CC, Pang CC, Ou D (2008) A cerclage method for hymenoplasty. *Taiwan J Obstet Gynecol* 47:355–356
38. Pogge T, Horton K (2008) *Global ethics: seminal essays*. Paragon House, St. Paul Minnesota
39. Prakash V (2009) Hymenoplasty – how to do. *Indian J Surg* 71:221–223
40. Roberts H (2006) Reconstructing virginity in Guatemala. *Lancet* 367:1227–1228
41. Roetz H (1994) Cross-cultural issues in bioethics. The example of human cloning. Rodopi, Amsterdam
42. Scheffler S (2007) Immigration and the significance of culture. *Philos Public Affairs* 35:93–125
43. Sciolino E, Mekhennan S (2008) In Europe debate over islam and virginity. *New York Times* 11.06.2008. http://www.nytimes.com/2008/06/11/world/europe/11virgin.html?_r=1&ref=todayspaper&oref=slogin. Zugegriffen: 1. Dez. 2011

44. Strech D, Marckmann G (2010) *Public Health Ethik*. Lit, Berlin
45. Usta I (2000) Hymenorrhaphy: what happens behind the gynaecologist's closed door? *J Med Ethics* 26:217–218
46. Wild V, Tennhardt C, Pliefke J (2012) Hymenrekonstruktion: Fallbeispiele, ethische Diskussion und Handlungsempfehlungen. *Frauenarzt* 53:521–525
47. Wild V (2012) Asylum seekers and public health ethics. In: Strech D, Hirschberg I, Marckmann G (Hrsg) *Ethics in public health and health policy. Concepts, methods, case studies*. Springer International, Heidelberg (im Druck)
48. Wild V, Neuhaus Bühler R, Poulin H, Brockes C, Schmidt-Weitmann S, Biller-Andorno N (2010) Anfragen an Online-Ärzte über die Möglichkeit einer operativen Rekonstruktion des Hymens: Datenerhebung am Universitätsspital Zürich und am Kinderspital Zürich. *Praxis* 99:1631–1637
49. Young IM (2006) Responsibility and global justice: a social connection model. *Soc Philos Policy* 23:102–130
50. Zion D (2004) Caring for detained asylum seekers, human rights and bioethics. *Aust N Z J Public Health* 28:510–512