

Persönliche PDF-Datei für Jürgen Wacker, Christoph Zerm

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

www.thieme.de

Über die Bedeutung von FGM bei schwangeren Migrantinnen

DOI 10.1055/a-0607-1118

Geburtsh Frauenheilk 2020; 80: 31–34

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kollegen und zur Verwendung auf der privaten Homepage des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Verlag und Copyright:

© 2020 by
Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14
70469 Stuttgart
ISSN 0016-5751

Nachdruck nur
mit Genehmigung
des Verlags



Über die Bedeutung von FGM bei schwangeren Migrantinnen



Die weibliche Genitalverstümmelung (female genital mutilation, FGM) ist definiert als totale oder partielle Exzision des äußeren weiblichen Genitales aus rituellen oder religiösen Gründen. Die sog. Defibulation ist eine *Conditio sine qua non* zur Gewährleistung einer sicheren Schwangerschaft und einer risikoarmen Entbindung. Dieser Beitrag beschreibt Klassifikation, Komplikationen und soziale Probleme der FGM sowie die operative Technik der Defibulation.

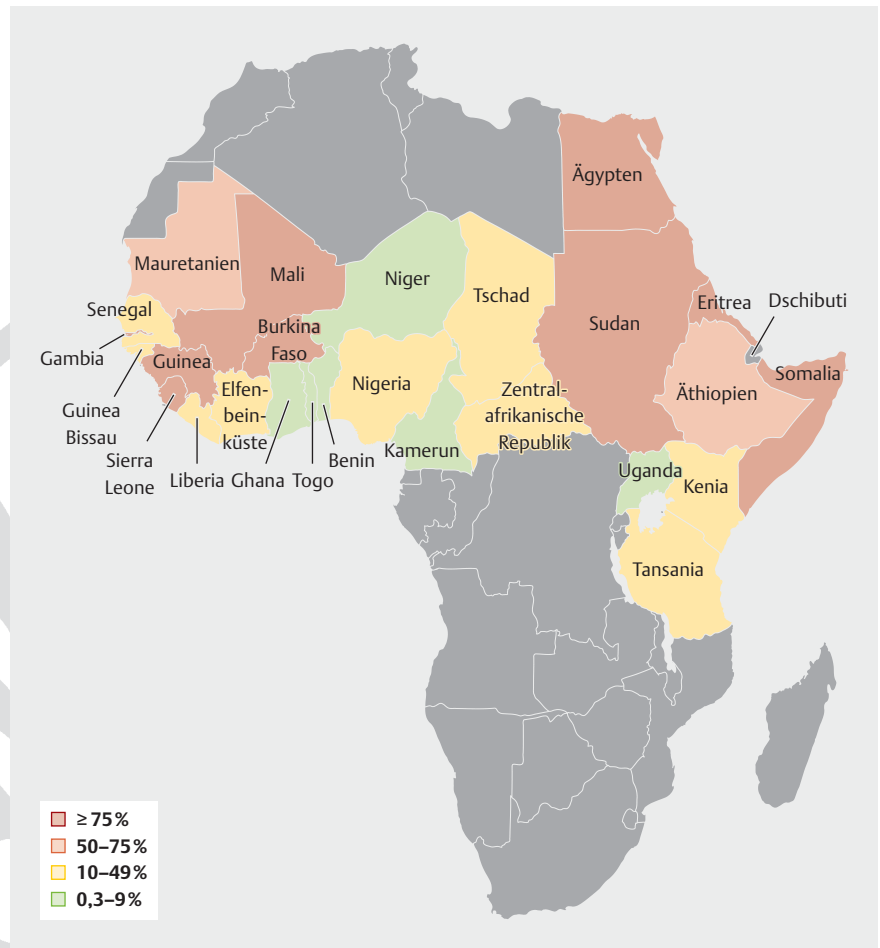
Abkürzungen

BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
FGC	female genital cutting
FGM	female genital mutilation

Häufigkeit

Die Zahlen über die Häufigkeit von Frauen mit weiblicher Genitalverstümmelung (female genital mutilation, FGM) schwanken je nach Autor und Untersuchung. Während O'Dey [1] von Abermillionen schreibt, liegen die Zahlen nach einer UNICEF-Studie von 2016 bei schätzungsweise 200 Millionen Frauen und Mädchen, deren Genitale verstümmelt wurde [2]. Jährlich kommen etwa 3 Millionen Mädchen dazu, das sind mehr als 8000 Opfer täglich. Berücksichtigen muss man, dass die steigende Tendenz auch durch das z. T. starke Bevölkerungswachstum in den Prävalenzländern bedingt ist.

Das Vorkommen von FGM ist von Land zu Land, manchmal sogar innerhalb eines Landes, sehr unterschiedlich. In einigen Ländern ist nur ein kleiner Teil der weiblichen Bevölkerung betroffen, in anderen Ländern wie Sudan, Somalia, Dschibuti, Äthiopien, Ägypten, Mali oder Guinea 80–100% aller Frauen (► **Abb. 1**). Eritrea, das früher ebenfalls eine hohe Prävalenz für FGM aufwies, gilt mittlerweile als Land, in dem durch strenge Maßnahmen der Re-



► **Abb. 1** Verbreitung von FGM in Afrika: Anteil der Mädchen und Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren mit genitaler Verstümmelung (Quelle: Daten von DHS, MICS, Health Issues Survey, Population and Health Survey and RISKESDAS, 2004–2018. Stand Januar 2019, <https://data.unicef.org/resources/fgm-country-profiles/>; Landkarte: WoGi/Adobe Stock).

gierung bedingt FGM inzwischen nicht mehr an jungen Mädchen praktiziert wird. Die Organisation (I)NTACT weist auf große Erfolge im Kampf gegen FGM in der Verminderung der Prävalenz von FGM in Benin und in Burkina Faso hin [3].

Asyl und FGM

Gegenstand dieses Artikels sind die Häufigkeit von FGM und der praktische Umgang mit Problemen von Frauen mit FGM. Bezüglich der Ursache, Erklärung und der

Prävention von FGM verweisen wir auf die folgenden Artikel im anhängenden Literaturverzeichnis [4–17].

Die seit Jahren zunehmende Migrationsbewegung von Süden nach Norden hat dazu geführt, dass auch in Deutschland zunehmend mehr Menschen aus afrikanischen Ursprungsländern leben.

2015 kamen 890 000 Flüchtlinge nach Deutschland. Nach Schätzungen von Terre des Femmes leben derzeit ca. 50 000 Frau-

en mit Beschneidung in der Bundesrepublik Deutschland.

In der täglichen klinischen Praxis ist es wichtig, betroffene Migrantinnen behutsam auf das Problem der eigenen Beschneidung anzusprechen. Vielfach werden Migrantinnen von ehrenamtlichen Helfern, Hilfsorganisationen oder aufgrund einer Aufforderung des BAMF (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge) mit der Frage, ob eine Beschneidung vorliegt, vorgestellt. Häufig sind diese Frauen nicht nur vor einer drohenden Erst- oder Zweitbeschneidung geflohen, sondern im zutreffenden Fall auch, um ihre Töchter vor FGM zu bewahren. Dabei zeigt sich, dass FGM oft Teil einer umfassenderen geschlechtsspezifischen Verfolgung aufgrund der archaisch-patriarchalischen Gesellschaftsverhältnisse in den Herkunftsländern darstellt, wie z. B. Zwangs- und Frühehen (z. T. mit 13-jährigen Mädchen), meist als Dritt- oder Viertfrau von Männern im Alter von deren Vätern, die ein sklavenähnliches Dasein erleiden. Ferner permanente Misshandlungen und Erniedrigungen aller Art sowie weitere Traumata während der Flucht wie Menschenhandel und Zwangsprostitution, systematische Vergewaltigungen usw., im Falle von Somalia noch kombiniert mit der allgegenwärtigen Bedrohung durch die Al-Shabab-Terrormiliz. Solche Mädchen und Frauen sind großenteils bereits von FGM betroffen. Diesen Frauen würde bei Rückkehr in ihr Ursprungsland akute Gefahr für Leib und Leben drohen, denn sie würden von evtl. designierten oder bestehenden Zwangsehemännern und den jeweiligen Familien gnadenlos verfolgt und ggf. auch umgebracht werden. Ähnliche Gefahren würden ihnen durch die Rache der international gut vernetzten Menschenhändlerorganisationen drohen, die Aussteigerinnen gleichermaßen gnadenlos verfolgen.

Seit 2005 ist der Tatbestand der nicht staatlichen, geschlechtsspezifischen, individuellen Verfolgung in das deutsche und europäische Recht aufgenommen worden. Der Einzelfall muss selbstverständlich geprüft und dokumentiert werden. In einer eigenen Sondersprechstunde seit 2005 liegen inzwischen über 400 ausführlich dokumentierte Gutachten vor.

Klassifikation der Beschneidung

ZUSATZINFO

Die 4 Typen von FGM inkl. Subklassifikation 2017 nach WHO [18]

- Typ Ia: partielle oder vollständige Entfernung des Präputiums (Vorhaut)
- Typ Ib: partielle oder vollständige Entfernung der Glans clitoridis bzw. des gesamten sichtbaren Teils der Klitoris
- Typ IIa: partielle oder vollständige Entfernung der Labia minora
- Typ IIb: partielle oder vollständige Entfernung der Klitoris und der Labia minora
- Typ IIc: partielle oder vollständige Entfernung der Klitoris, der Labia minora und der Labia majora
- Typ IIIa: Abdecken (Verschluss) des Introitus durch Abschneiden und Zusammenfügen (der äußeren Wundränder) der Labia minora
- Typ IIIb: Abdecken (Verschluss) des Introitus durch Abschneiden und Zusammenfügen (der äußeren Wundränder) der Labia majora*
- Typ IV: alle anderen schädlichen Prozeduren am weiblichen Genitale aus nicht medizinischen Gründen, die sich nicht der Beschreibung der Typen I–III zuordnen lassen**

Die FGM-Klassifikation in 4 Typen hat seit 2014 auch Eingang in die deutsche ICD-Fassung gefunden. Sie ist gelistet unter Z91.7 (siehe: <http://www.icd-code.de/suche/icd/code/Z91.-.html?sp=Sfgm>).

* (Infibulation). Infibulation bedeutet die komplette Entfernung der Klitoris und der kleinen Schamlippe, ebenso wie die Innenseite der großen Schamlippen. Die beiden Seiten der Vulva werden anschließend mit Dornen, Seide oder Tierdarm so zusammengenäht, dass sie, wenn die verbleibende Haut der großen Schamlippen 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. Die Beine der Mädchen werden manchmal von den Knöcheln bis zur Hüfte zusammengebunden, sodass sie mehrere Wochen immobil sind, bis sich das Narbengewebe über der Wunde gebildet hat.

** wie z. B.: Einritzen, Durchbohren oder Einschneiden von Klitoris oder Schamlippen, das Dehnen von Klitoris oder Schamlippen, das Ausbrennen von Klitoris und umgebendem Gewebe und das Einführen von Kräutern, mit dem Ziel, die Vagina zu verengen.

Weltweit sind 200 Millionen Frauen beschnitten. Die Typen I und II sind am weitesten verbreitet. Weltweit sind etwa 80% der genitalverstümmelten Frauen auf diese Weise beschnitten. Zum Typ III gehören ca. 15% aller von FGM betroffenen Frauen.

Komplikation von FGM

Häufigkeit und Art der akuten Komplikationen sind vom FGM-Typ, den hygienischen Bedingungen, dem Geschick der Beschneiderin sowie vom Widerstand des Opfers abhängig.

- **akute Komplikationen** bei FGM:
 - Infektionen: lokale Infektionen, septischer Schock, HIV-, Hepatitisinfektion usw., Tetanus, Gangrän.
 - Blutung: starker Blutverlust bis zum hämorrhagischen Schock, Anämie.

- Verletzung: Verletzung von Nachbarorganen wie Darmausgang, Harnröhre, Harnblase, Vaginalwand mit der Gefahr einer Fistelbildung, Knochenbrüche.
- Harnwege: Harnverhalt, Dysurie, Ödem der Harnröhre.
- Psychisches Trauma.
- **chronische und Folgekomplikationen:**
 - Leichte bis schwerste Miktionsbehinderungen, daraus resultierend Harnwegsinfektionen mit weiteren Komplikationen bis zur schweren Pyelonephritis.
 - Menstruationsbeschwerden mit Retention von Menstruationsblut.
 - Schwere Dysmenorrhöen, ascendierende Infektionen des inneren Genitales mit sekundärer Sterilität.
 - Schwerste psychische und physische Behinderungen der Vita sexualis –

Für viele vom Typ III betroffene Frauen ist Kohabitation synonym für Erduldung grenzenloser Schmerzen, die jedoch als naturgegeben hingenommen werden, da die wenigsten Betroffenen von der Existenz anderer Lebensformen Kenntnis haben.

- Im Falle einer Schwangerschaft besteht die Gefahr schwerster geburtshilflicher Komplikation mit protrahiertem Geburtsverlauf vor allem in abgelegenen Gegenden ohne ausreichende medizinische Versorgung (vesikovaginale und rektovaginale Fisteln).

Die Defibulation bezeichnet das Eröffnen der Infibulation. Die wichtigsten Indikationen zur Durchführung einer Defibulation mit Einverständnis der Patientin sind:

- Verlangen der Patientin,
- Schwierigkeiten beim Entleeren der Harnblase,
- erschwerten Geschlechtsverkehr,
- Keloidbildung des Narbengewebes,
- erschwerte Diagnostik bei Verdachtsbefund,
- schwere Dysmenorrhö,
- rezidivierende Infektionen,
- Geburt,
- Einschlusszysten.

Im Folgenden werden die operativen Schritte der Defibulation beschrieben.

Die Operation muss in Narkose durchgeführt werden, um eine traumatische Erinnerung an den Akt der Genitalbeschneidung zu vermeiden. Als Methoden empfehlen sich Peridural- oder Leitungsanästhesie bzw. eine kurze Vollnarkose. Bei Regionalanästhesie sollte unter Sedierung operiert werden, um die Möglichkeit einer Re-Traumatisierung zu vermeiden.

Vorgehen in Schwangerschaft und unter der Geburt

Wie unsere Untersuchungen im südlichen Nigeria ergaben, hängt das Ausmaß von Geburtsverletzungen bei Schwangeren mit Zustand nach FGM I und II eher von den Umständen und der Betreuung unter der Geburt als von dem Ausmaß der FGM ab.

Bei Frauen mit Infibulation können weder ein zytologischer Abstrich noch eine vaginale Untersuchung durchgeführt werden. Aufgrund des stark behinderten Urinabflusses (ebenso der Retention des Vaginalsekrets) besteht die Neigung zu einem erhöhten intravaginalen pH-Wert und einem damit verbundenen häufigeren Auftreten von Kolpitis und einem vorzeitigen Blasensprung. Eine verlässliche Kontrolle des Urins z. B. auf das Vorliegen einer Proteinurie usw. ist aus den gleichen Gründen unmöglich. Das Vorliegen einer Infibulation ist keine Indikation zur Sectio caesarea!

In diesem Fall ist die Therapie der Wahl die Defibulation, d. h. die Erweiterung des Introitus vaginae zur Ermöglichung einer vaginalen Entbindung. Die Möglichkeiten und die Vorgehensweise müssen mit der Patientin in verständlicher Weise besprochen werden. Bei Schwangeren kann eine Defibulation in dem stabilen mittleren Trimenon (z. B. zwischen der 20. und 30. Schwangerschaftswoche) durchgeführt werden. Nach erfolgter Defibulation können die Untersuchungen im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge ohne größere Probleme durchgeführt werden.

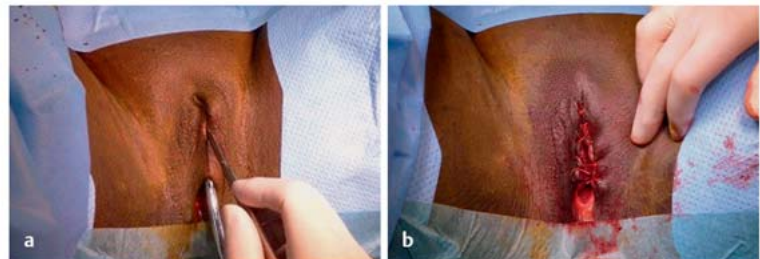
OP-SCHRITTE

Defibulation

- Zu Beginn der Defibulation werden 2 Finger bzw. eine Gefäßklemme unterhalb der Inzisionszone eingeführt.
- Mit der Schere wird in Richtung des Mons pubis bis zur Darstellung der Urethra in Medianebene eröffnet. Dabei ist es wichtig, darauf zu achten, dass die Urethra und die Klitoris, die noch vorhanden sein kann, geschützt werden. Um zu vermeiden, dass die Klitoris hypersensibel auf normale Stimuli reagiert, sollte erwogen werden, ob sie in Einzelfällen nicht vorerst im kranialen Bereich wieder mit Haut bedeckt wird bzw. bleibt.
- Danach wird die Haut der Restvulva wieder mit der Scheidenhaut entsprechend der regulären Anatomie vernäht.
- Die Wundränder werden mit einer überwendlichen Naht oder mittels Einzelknopfnähten (Stich für Stich am Wundrand jeder Seite) mit resorbierbarem Faden der Stärke 3-0 oder 4-0 (z. B. Vicryl rapid) versorgt. Die Schnittführung und das operative Ergebnis sind den ► **Abb. 2** und **3** zu entnehmen.



► **Abb. 2** Präparation der Genu corporis clitoridis (Quelle: Rekonstruktive Chirurgie nach genitaler Mutilation. In: Zeplin P, Hrsg. Rekonstruktive und Ästhetische Intimchirurgie. 1. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2016. doi:10.1055/b-004-132218).



► **Abb. 3** Defibulation – intra- und postoperative Dokumentation. **a** 17-jährige Migrantin aus Somalia mit FGM Typ IIIb (intraoperativ). **b** 17-jährige Migrantin aus Somalia mit FGM Typ IIIb (am Ende der Operation).

Infibulierte Frauen, die nicht bereits zuvor defibuliert wurden, müssen zur Entbindung defibuliert werden. Dies kann zu starken Blutungen führen und sollte deshalb nicht in zu großem Abstand vor Durchtreten des kindlichen Kopfes erfolgen.

Eine Re-Infibulation nach der Geburt ist nach § 226a StGB nicht zulässig bzw. strafbar. Migrantinnen und deren Angehörige sollten vor allem die medizinischen Gründe verstehen, warum dieser Eingriff in Deutschland strafbar ist und deshalb nicht durchgeführt werden kann. Bei allem Verständnis für die soziokulturelle und ethnische Situation muss man einfühlsam und konsequent den eigenen Standpunkt vertreten und verständlich machen.

FAZIT

Die Defibulation infibulierter Frauen ist die Therapie der Wahl zur Sicherung einer problemlosen Schwangerschaftsvorsorge und vaginalen Entbindung. Die Aufklärung zum Gewinnen des Einverständnisses der betroffenen Frauen sollte sehr individuell unter Berücksichtigung der kulturellen und ethnischen Aspekte erfolgen.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnen/Autoren



Jürgen Wacker

Prof. Dr. med., Ärztlicher Direktor der Frauenklinik an der Fürst Stirum Klinik, Bruchsal



Christoph Zerm

Dr. med., Praxis Dr. Zerm, Witten
praxis@dr-zerm.de

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Jürgen Wacker

Frauenklinik
Fürst Stirum Klinik
Gutleutstraße 1–14
76646 Bruchsal
juergen.wacker@rkh-kliniken.de

Literatur

- [1] O'Dey DM. Die komplexe Rekonstruktion der Vulva nach weiblicher Genitalverstümmelung/Genitalbeschneidung. *Urologe* 2017; 10: 1298–1301
- [2] Unicef. Unicef's Data Work on FGM/C. 2016. Online: [http://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD\(2\).pdf](http://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD(2).pdf); Stand: 13.10.2019
- [3] (I)NTACT Int. Aktion gegen die Beschneidung; Saarbrücken. Online: www.intact-ev.de; Stand: 16.09.2019
- [4] Abdallah Z, Jäger C, Schweitzer H et al. Stellungnahme zum Problem der Beschneidung der Frau. *Frauenarzt* 1996; 37: 1460–1464
- [5] Abdulcadir J, Dugerdil A, Yaron M et al. Obstetric care of women with female genital mutilation attending a specialized clinic in a tertiary center. *Int J Gynecol Obstet* 2016; 132: 174–178
- [6] Dehne K, Wacker J, Nadembega J et al. FGM in the North of Burkina Faso. *Curare* 1997; 20: 221–242
- [7] Griaule M. Schwarze Genesis; ein afrikanischer Schöpfungsbericht. Frankfurt a.M.: Suhrkamp; 1980
- [8] Snow RC, Slinger TC, Wacker J et al. Female genital cutting in southern urban and peri-urban Nigeria. *Trop Med Int Health* 2002; 7: 91–100
- [9] Wacker J, Zerm C, Mothes A et al. Schwangerschaft und Geburt nach Genitalbeschneidung. *Gynäkologe* 2008; 9: 735–743
- [10] Wacker J, Hailegiorgis A, Barth A et al. Vesikovaginale Fisteln. *Gynäkologische Praxis* 2009; 33: 679–694
- [11] Wacker J. Isaaks Schwestern. Berlin: Westkreuz; 2011
- [12] Wacker J, Zida A, Sitz C et al. Female Genital Mutilation (FGM) und Female Genital Schistosomiasis (FGS). Bourouwel – traditioneller Glaube oder medizinische Erklärung für ein grausames Ritual? *Geburtsh Frauenheilk* 2013; 73: 299–303
- [13] Wacker J, Barth AM, Kantelhardt E et al. Deutsche Gynäkologen in Afrika: Handfeste Taten statt hohler Worte. *Frauenarzt* 2017; 58: 970–974
- [14] Zerm C, Hoestermann C, Wacker J et al. Kampf gegen die weibliche Genitalverstümmelung im In- und Ausland. *Frauenarzt* 2002; 43: 464–466
- [15] Zerm C. FGM – Medizinische Fachinformation. Aktion Weißes Friedensband; 29.04.2004. Online: <http://www.dr-zerm.de/FGMFachinformation2005.pdf>; Stand: 13.10.2019
- [16] Zerm C. Weibliche Genitale Beschneidung – Umgang mit Betroffenen und Prävention. AG FIDE e.V. der DGGG und integra, Hrsg. 2007. Online: <https://www.frauenrechte.de/unsere-arbeit/themen/weibliche-genitalverstuemmung/informationsquellen/downloads>; Stand: 13.10.2019
- [17] Zerm C. Female Genital Mutilation: Was müssen Kinder- und Jugendärzte über die genitale Beschneidung von Mädchen wissen? – Update 2018. *Pädiatrische Praxis* 2018; 89: 1–13
- [18] WHO. Classification of female genital mutilation. 2007. Sub-divisions 2017. Online: <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/overview/en/>; Stand: 16.09.2019

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0607-1118>
Geburtsh Frauenheilk 2020; 80: 31–34 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York | ISSN 0016-5751