

Weibliche Genitalverstümmelung – ein aktuelles Thema

Erfahrungen aus der Flüchtlingsambulanz Dresden

K. Hensel

Frauen, die an den Folgen einer Genitalverstümmelung (Femal genital mutilation/cutting, kurz FGM/C) leiden, waren bisher eine Ausnahme in den Dresdner Frauenarztpraxen.

Durch die Einreise vieler Migrantinnen hat sich dies nun deutlich geändert. Aktuell leben 47.000 betroffene Frauen in Deutschland. Laut einer empirischen Studie von INTEGRA 2017 sind das 30 Prozent mehr als 2013. Nach Schätzungen sind zwischen 1.500 und 5.700 in Deutschland lebende Mädchen von Genitalverstümmelung bedroht. Daher möchte ich basierend auf dem im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 3/2006, erschienenen Artikel des Gesprächskreises „Ethik in der Medizin“ und den Empfehlungen der Bundesärztekammer zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung (siehe „Deutsches Ärzteblatt“, Heft 5/2006, S. A-285) noch einmal auf dieses Thema aufmerksam machen.

Weibliche Genitalverstümmelung ist in 28 afrikanischen Ländern südlich der Sahara verbreitet und wird dort seit Jahrtausenden praktiziert (Abb. 1). Als Ursprungsland wird Ägypten gesehen. Dort wurden mumifizierte Frauen von vor 500 Jahren v. C. mit entsprechenden Anzeichen gefunden.

Die WHO bezeichnet als 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, nichttherapeutischen Gründen.

Dazu gibt es folgende Typisierung (Abb. 2):

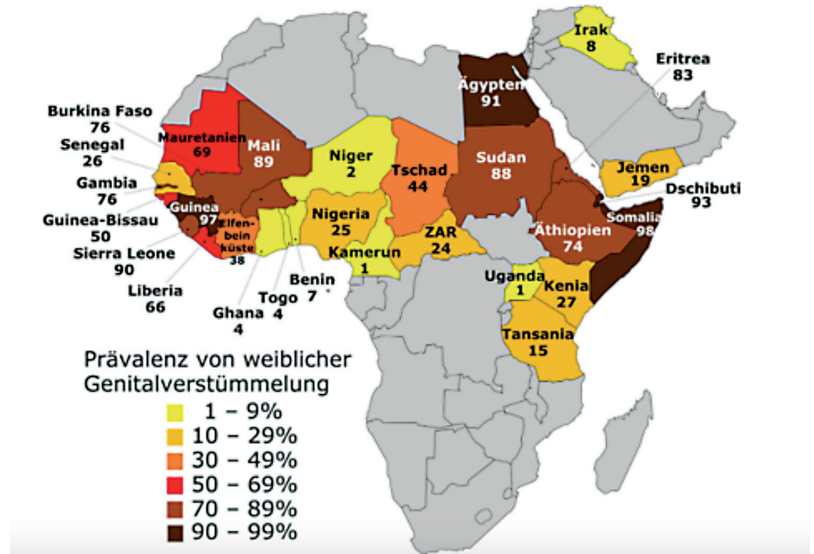


Abb. 1: Prävalenz von FGM in Afrika

© ??

Typ I: Exzision des Praeputium clitoridis mit oder ohne Exzision eines Teiles oder der ganzen Klitoris.

Typ II: Exzision von Klitoris und Praeputium zusammen mit einem Teil der kleinen Labien oder den kleinen Labien in toto.

Typ III: Exzision eines Teils oder der gesamten äußeren Genitalien und anschließendes Vernähen/Verengen der Vaginalöffnung (Infibulation). Infibulation bedeutet die komplette Entfernung der Klitoris und der kleinen Schamlippen, 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 des Mädchens werden manchmal vom Knöchel bis zur Hüfte zusammengebunden, so dass sie mehrere Wochen immobil ist, bis sich Narbengewebe über der Wunde gebildet hat.

Typ IV: Bezeichnet die verschiedensten Formen beziehungsweise

Variationen der FGM, welche nicht näher klassifiziert werden können.

In der Flüchtlingsambulanz Dresden sehen wir Frauen aus mehreren Ländern, in denen FGM praktiziert wird, vor allem aus Somalia, Eritrea, Äthiopien, Ägypten und dem Irak.

Zum Teil sind es unbegleitete Minderjährige, die ihren Betreuerinnen durch erhebliche Dysmenorhoen aufpassen, junge Frauen mit rezidivierenden Harnwegsinfekten oder unklaren Unterbauchschmerzen oder schwangere Frauen. Jedoch ebenso Frauen ohne offensichtliche physische Beschwerden. Je nach Herkunftsland und Tradition ihrer Familien wurden die Mädchen in unterschiedlichem Alter und Ausmaß beschnitten.

Im Irak betrifft es vor allem die im Norden lebenden Kurdinnen. Acht Prozent der 15 bis 49-Jährigen sind entsprechend einem Grad I FGM beschnitten.

In Ägypten ist FGM/C seit 2007 verboten. Dennoch sind 87 Prozent der Mädchen und der Frauen (15 bis 49 Jahre) genitalverstümmelt. Zu 78 Prozent wird der Eingriff hier durch medizinisches Personal nicht staatlicher Krankenhäuser durchgeführt (Medikalisierung), da ein beschnittenes äußeres weibliches Genital zum Schönheitsideal der Frauen gehört.

In Eritrea findet vor allem die Klitoridektomie Typ I der Genitalverstümmelung statt.

83 Prozent der Mädchen und Frauen (15 bis 49 Jahre) sind betroffen. Davon bereits 60 Prozent vor ihrem fünften Geburtstag.

Da FGM und weitere Themen zur Genitalgesundheit tabu sind, wissen die betroffenen Frauen meistens nicht, ob, wann und in welchem Maße die Verstümmelung stattgefunden hat. Nach Grad I FGM ist die Miktion meistens ungestört möglich und die Vagina passierbar. Spontangeburt sollten diesbezüglich ohne Probleme möglich sein.

Somalia gehört zu den Ländern mit der höchsten Rate an FGM. Hier sind 98 Prozent der Mädchen und Frauen zwischen 15 und 49 Jahren genitalverstümmelt. FGM/C markiert in Somalia, Kenia, Äthiopien, Uganda und weiteren Ländern den Übergang von der Kindheit zum Frausein und wird, je nach Wirtschaftslage der Familien, mit einem großen Fest als Initiationsritual gefeiert.

Zu 63 Prozent werden die Mädchen infibuliert (Grad III FGM). Dadurch kommt es zu einer deutlich verzögerten Harnentleerung, was die Frauen häufig dazu veranlasst, wenig zu trinken und damit die erhöhte Prävalenz der Harnwegsinfekte noch steigt. Es kann zu einem verzögerten Abfließen des Menstrualblutes kommen – bis hin zu erheblichen Mengen von angestaumtem Blut in Scheide und Gebärmutter.

Je nach Ausmaß der Infibulation kann die Scheide für den Geschlechtsverkehr und damit auch für gynäkologische und geburtshilfliche Untersuchungen passierbar sein.

Auf Grund des späteren Zeitpunktes der Beschneidung können sich die jungen Frauen an das Ereignis erinnern. Dadurch sind sie verstärkt auch psychisch beeinträchtigt und es kommt häufig zu Retraumatisierungen, flash backs und einem erheblichen Vertrauensverlust, da das Trauma durch die eigenen Mütter oder Großmütter initiiert wurde. Auch nach Infibulation sollte eine Spontangeburt angestrebt werden.

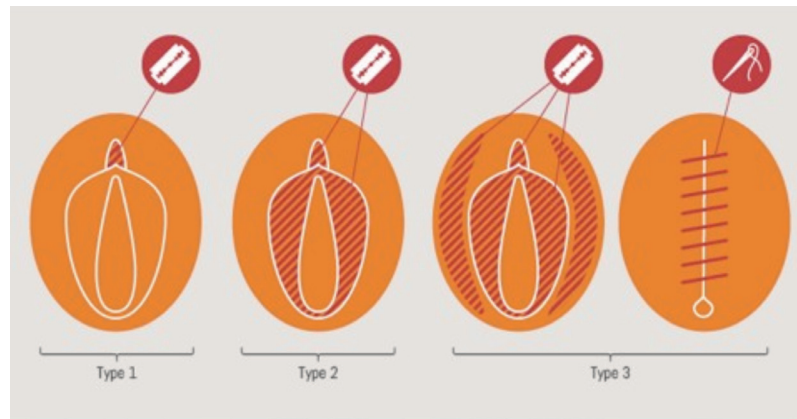


Abb. 2: Grafische Darstellung der FGM-Typisierung

© ??

Dabei ist es wichtig, dass die Narbenspanne unter der Geburt unter ausreichender Analgesie geöffnet wird und die Wundränder chirurgisch versorgt werden (Defibulation). Ein erneuter Verschluss – eine Refibulation – ist in Deutschland und weiteren europäischen Ländern nicht erlaubt, da es keinen medizinischen Grund dafür gibt.

Das Prozedere während der Geburt und insbesondere der für die Frau bis dahin unbekanntem Zustand der Defibulation sollte bereits frühzeitig in der Schwangerschaft sensibel mit dem Paar besprochen werden.

Junge Mädchen mit FGM/C II-III, die noch nicht verheiratet sind oder Frauen, die nach Geburten in ihrem Heimatland refibuliert wurden, können sich auf eigenen Wunsch in Deutschland jederzeit einer korrigierenden Operation unterziehen. Bisher äußerte nur eine junge Frau aus unserer Praxis diesen Wunsch. Klitorisrekonstruktionen werden unmittelbar peripartal nicht empfohlen und sollten nur auf ausdrücklichen Wunsch der Patientin und von diesbezüglich erfahrenen Operateuren durchgeführt werden.

FGM/ C und Dresden

Die Projektgruppe „Desert Flower Dresden“ (AKIFRA e.V.) als Teil des FrauenNetzwerk Dresden hat zwei Schwerpunkte:

1.) Integration der in Dresden lebenden Familien mit betroffenen Frauen und von FGM/C bedrohten Kinder. Damit wollen wir vermeiden helfen,

dass sich Parallelgesellschaften entwickeln, in denen diese Menschenrechtsverletzung weiter traditionsbedingt stattfinden kann. Dafür finden zum Beispiel Familien-Picknicks im Großen Garten statt, als „Marktplatz“ für Bedürfnisse (Sprachangebote für Mütter mit vielen kleinen Kindern, Fahrradfahren lernen, Vermittlung von Grundlagen für handwerkliches Arbeiten zu Hause, wie Kleider nähen oder Schmuck herstellen) – und Angebote von unserer Seite.

Dabei konnten wir eine junge Frau aus Somalia finden, die in ihrem Heimatland Anti-FGM Projekte durchgeführt hat und ab sofort mit uns in Dresden wirksam werden kann.

2.) Öffentlichkeitsarbeit/Schulungen Über die Schulung von Hebammen, Sozialarbeitern, Mitarbeitern im Gesundheitsamt (Schulaufnahme-Untersuchungen), dem Jugendamt und von Pädagogen wollen wir für dieses Thema sensibilisieren. Die Eltern aus den betroffenen Herkunftsländern sollen von jeder Stelle das Signal bekommen, dass FGM/C in Deutschland strafbar ist und ihren Mädchen bis zur Volljährigkeit die Ausreise in ihr Heimatland verwehrt werden kann.

Dafür ist das Thema FGM/C zum Beispiel ab diesem Jahr ein Bestandteil des Studium Generale an der Evangelischen Hochschule.

Nicht zuletzt wollen wir mit diesem Artikel Fachkollegen für dieses Thema sensibilisieren.

In Anlehnung an die Ziele der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie

und Geburtshilfe e.V. (DGGG) und Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG) ist uns dabei Folgendes wichtig:

1. Ein Bewusstsein für das Vorliegen psycho/somatischer Beschwerden von Frauen in deren Herkunftsländern FGM durchgeführt wird und damit ein „Vorbereitet-sein“ auf den Untersuchungsbefund schaffen
2. keine primären Kaiserschnitte auf Grund FGM, keine Refibulationen

3. Thematisierung/Tabubruch von FGM in der Schwangerschaft und Aufklärung über die veränderte Anatomie nach der Geburt
4. Schutz der Mädchen vor FGM (zum Beispiel „Ferienbeschneidungen“ im Heimatland) durch Aufklärung der Familien, Gesundheitsämter und Pädagogen.

Hinweisen möchte ich an dieser Stelle auf eine Fachtagung zum Thema „Medizinische, rechtliche und soziale Aspekte der weiblichen Genitalbeschneidung“.

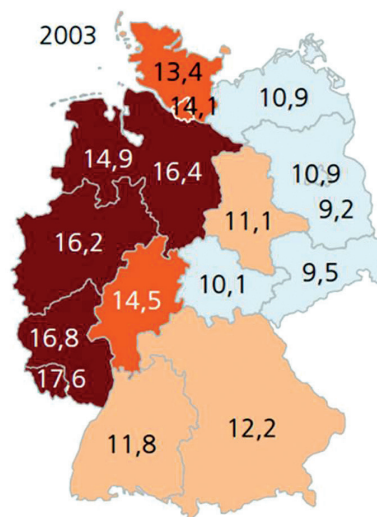
Sie wird von der Gleichstellungsbeauftragten der Stadt Dresden in Zusammenarbeit mit mehreren Arbeitsgruppen veranstaltet und findet am 6. Dezember 2017 im Rathaus der Stadt Dresden statt.

Dr. med. Kristin Hensel
Frauenärztin
Flüchtlingsambulanz Dresden
Fiedlerstraße 25, 01307 Dresden
E-Mail:

Update Infektionsschutz in Klinik und Praxis

Zu dem Artikel von Dr. med. Dr. biol. hum. Katja de With „Antibiotic Stewardship: Rationale Antibiotikaver-sorgung in Krankenhaus und Praxis“ („Ärzteblatt Sachsen“, Heft 8/2017) erreichte uns ein Leserbrief von Prof. Dr. med. habil. Christian Tauchnitz und Prof. Dr. med. habil. Werner Handrick, den wir auszugsweise ver-öffentlichen möchten:

Als Mikrobiologen und Kliniker interessiert uns die Antibiotikaproblematik seit Beginn unserer ärztlichen Tätigkeit. Es war deshalb kein Zufall, dass der damalige Leipziger Bezirksarzt uns 1983 beauftragte, die Federführung einer Arbeitsgruppe zu übernehmen, die die Richtlinien für den rationellen Umgang mit Antibiotika verfasste. Diese wurden dann als Bezirksärztliche Richtlinien jedem Arzt zugänglich gemacht. Sie erschienen in loser Folge bis 1985. Die Auswertung der Ergebnisse übernahm dankenswerterweise die Bezirksapotheken-Inspektion. Sie wurden 1987 gemeinsam publiziert. Zu aller Überraschung hatten die Ärzte der Region die Empfehlungen akzeptiert. Der seit Jahren jährlich um sieben bis neun Prozent steigende Antibiotika-Verbrauch im ambulanten Bereich war erstmalig rückläufig geworden! Die Ostberliner Gesundheitsbehörden erreichten es bis 1989, offenbar per Anweisung, dass die anderen



Bezirke die Leipziger Erfahrungen übernahmen. Das unerwartete Phänomen, man könnte auch von einem kleinen Wunder sprechen, liegt darin, dass die Ärzte in den neuen Bundesländern nach der Wiedervereinigung das neue Ordnungsverhalten beibehielten und es sogar an die nachfolgenden Kollegen weitervermittelten. Dieses auffällige WestOst-Gefälle im Antibiotika-Verbrauch war zunächst wohl gar nicht bemerkt worden. 2001 veröffentlichten die Krankenkassen ihre Daten. Diese wurden durch GERMAP-Daten von 2006 beziehungsweise 2008 eindrucksvoll bestätigt. Im Vergleich zu den westlichen Bundesländern lagen alle neuen Bundesländer unter dem dortigen Durchschnitt. Sachsen kam auf 9,7 DDD (definierte Tagesdosen) pro 1.000 Versicherte, das heißt der Verbrauch lag um ein Drittel unter dem Durchschnitt der westlichen Bundesländer! Eine Studie von 2014

der Betriebskrankenkassen (publiziert 2016) zeigt, dass sich daran kaum etwas geändert hat. Diese Fakten beschäftigten sogar die Tageszeitungen. Als Ursache wurden zunächst die Folgen der sozialistischen Mangelwirtschaft in den neuen Bundesländern verantwortlich gemacht und für die höheren Verbrauchszahlen im Westen die Nähe zu Frankreich und Belgien (Länder mit einem relativ hohen Verbrauch) genannt. Unsere Erklärung der großen regionalen Unterschiede des Antibiotika-Verbrauchs in Deutschland wurde 2009 in einer Fachzeitschrift publiziert.

Bis in die letzten Jahre, man kann schon sagen bis heute, wurden die immer wieder bestätigten Fakten mit dem Kommentar „Ursache unbekannt“ versehen. Ein Zusammenhang mit gezielten ärztlichen Bemühungen aus DDR-Zeiten wurde bisher offiziell nicht akzeptiert. Wir waren natürlich an einer breiteren Auswirkung unserer Bemühungen interessiert. Wir wendeten uns zunächst an das BMG, um Rat und Hilfe anzubieten. Beim zweiten Anlauf erhielten wir von der Parlamentarischen Staatssekretärin Frau Widmann-Mauz den Bescheid, die Bundesrepublik sei mit ihrem guten Mittelplatz im europäischen Vergleich hinsichtlich des Antibiotika-Verbrauchs ganz zufrieden und sehe keinen Handlungsbedarf. Dabei müsste es doch möglich sein, den deutschen Verbrauch auf das Niveau der europäischen Spitzenreiter