

# Münchener | Ärztliche Anzeigen

Herausgegeben vom Ärztlichen Kreis- und Bezirksverband  
München Körperschaft des öffentlichen Rechts

HERAUSGEBER: DR. MED. GERT W. SCHMIDT



Weibliche Genitalverstümmelung:  
Schutz und Hilfe

3

AUS DEM INHALT	
Mehr Auszubildende für Münchner Praxen!	6
Angemerkt: Sind Frauen die besseren Ärzte?	7
Neues aus Münchner Kliniken	9
Veranstaltungskalender	12

AKBV  
Ärztlicher Kreis-  
und Bezirksverband München

## ZUM THEMA

# Schutz und Hilfe für Mädchen und Frauen

## Interview zur Genitalverstümmelung bei Münchner Migrantinnen

Jedes Jahr macht die UN am 6. Februar beim „International Day of Zero Tolerance for Female Genital Mutilation“, auf die Praxis der weiblichen Genitalverstümmelung (FGM) aufmerksam. Dass dies auch München betrifft, erläuterte *[Name]* von der Fachstelle „Frau & Gesundheit“ am Referat für Gesundheit und Umwelt der Stadt München in einem Interview mit den MÄA.



*[Name]* arbeitet seit 1. April 2016 als Gynäkologin in der Fachstelle „Frau & Gesundheit“ des Referats für Gesundheit und Umwelt. Zuvor war sie sieben Jahre an der Universitätsfrauenklinik Genf tätig. (Foto: RGU)

Was versteht man unter Genitalverstümmelung?

Weibliche Genitalverstümmelung oder FGM (Female Genital Mutilation) beschreibt laut der WHO alle Verfahren, die bei Frauen aus nichtmedizinischen Gründen die teilweise oder vollständige Entfernung der äußeren Genitalien oder deren Verletzung zum Ziel haben. Mittlerweile wird auch in Deutschland oftmals die aus dem Englischen stammende Abkürzung FGM verwendet.

Gibt es unterschiedliche Formen?

Die WHO unterscheidet vier Formen, die aber alle schwerwiegende körperliche und seelische Folgen für Mädchen und Frauen haben können (s. Link zu den Empfehlungen der Bundesärztekammer zum Thema). Die Formen beschreiben ein unterschiedliches Ausmaß der Entfernung von Genitalien. Der Typ I beschreibt die teilweise oder vollständige Entfernung der Klitoris und/oder der Klitorisvorhaut. Beim Typ III hingegen handelt es sich um eine Verengung der Vaginalöffnung durch Entfernung der kleinen und/oder großen Schamlippen, meist mit Entfernung der Klitoris. Durch Zusammenführung der Wundränder bildet sich ein deckender Verschluss, so dass oftmals nur eine wenige Millimeter große Öffnung bleibt. Die Typ III führt meist zu den schlimmsten somatischen Folgen.

Wie einfach ist es, die Diagnose FGM zu stellen?

Die vier Formen werden unterschiedlich leicht erkannt: Wenn zum Beispiel im Kindesalter die Klitorisvorhaut entfernt worden ist, ist dies 20 Jahre später oft nur schwer bei einer Frau zu erkennen, weil das Narbengewebe bis dahin meist gut verhellt ist. Dennoch kann es sein, dass die Entfernung sehr schmerzhaft und traumatisch war und schwerwiegende psychische Folgen für die Frau hatte. Daher ist

es wichtig, dass Ärztinnen und Ärzte von einer FGM wissen.

Inwiefern betrifft dieses Problem auch München?

Meiner Erfahrung nach werden durch die Migration zunehmend Ärztinnen und Ärzte in München mit Mädchen und Frauen konfrontiert, die aus Herkunftsländern mit FGM-Praxis kommen. In den letzten zehn Jahren hat sich die Zahl der in München gemeldeten Frauen und Mädchen aus solchen Herkunftsländern verdoppelt. Waren es 2006 laut Daten des statistischen Amtes in München noch etwa 5.000 Frauen und Mädchen aus FGM-Prävalenzländern, so stieg die Zahl bis 2016 auf etwa 10.000. Auch wenn nicht alle dieser Mädchen und Frauen eine FGM erlitten haben, so steigt doch die Wahrscheinlichkeit für Kolleginnen und Kollegen der ambulanten oder stationären Gynäkologie und Geburtshilfe, mit Betroffenen in Kontakt zu kommen. Aber auch Kolleginnen und Kollegen aus der Pädiatrie können im Rahmen der U-Untersuchungen Mädchen begegnen, die von FGM betroffen oder bedroht sind.

Wie viele Frauen und Mädchen sind von FGM betroffen?

Es gibt dazu leider keine amtlichen Statistiken – weder in Bayern noch in Deutschland. Aber es gibt Schätzungen der Menschenrechtsorganisation Terre des Femmes, die für 2015 von 48.000 betroffenen Frauen und 9.000 bedrohten Mädchen in Deutschland ausgeht. Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege hat im November 2016 diese Zahlen auf Bayern bezogen und rechnet etwa mit 7.800 betroffenen Frauen ab 18 und ca. 1.500 gefährdeten Mädchen unter 18 in Bayern.

Wird FGM Ihres Wissens nach auch in München durchgeführt?

Die Genitalverstümmelung ist bei Mädchen und Frauen in Deutschland strafrechtlich

verboten. Falls eine FGM bei in Deutschland lebenden Mädchen oder jungen Frauen durchgeführt wird, so geschieht dies vor allem während eines Aufenthalts im Herkunftsland. Es gibt zwar in den Medien vereinzelt Berichte darüber, dass Genitalverstümmelung auch in Deutschland praktiziert wird, mir sind in München aber bis jetzt keine Fälle bekannt. Wenn Eltern von Mädchen aus Prävalenzländern von einem geplanten Aufenthalt im Herkunftsland berichten, ist es aber sehr wichtig daran zu denken, dass eine Bedrohung durch FGM bestehen könnte.

Wie können Kinderärztinnen und -ärzte denn eine FGM verhindern? Sie können der Familie doch nicht verbieten, ins Herkunftsland zu reisen?

Er oder sie selbst kann eine Reise ins Herkunftsland natürlich nicht direkt verbieten, aber im Rahmen des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz können Ärztinnen und Ärzte bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung auch ohne eine Schweigepflichtsentbindung das Jugendamt einschalten. Auch in München gibt es beim Jugendamt eine Anlaufstelle, die



Ärztin eine klarere diagnostische und therapeutische Zuordnung treffen. Das wiederum ist wichtig, damit die Behandlung vergütet wird. Zudem könnte man durch die Verwendung besser verstehen, welche Frauen in München von welcher Form der FGM betroffen sind und ob damit Probleme etwa bei der Schwangerschaft verbunden sind. Meiner Meinung nach könnte man dadurch auch die Versorgung der betroffenen Frauen verbessern, zum Beispiel indem Beratungsangebote besser auf die betroffenen Frauen ausgerichtet werden.

*Wie kann ein Baby zur Welt kommen, falls bei der Mutter eine Typ-III-FGM vorliegt?*

Man weiß aus Studien, dass die mütterliche Morbidität und perinatale Mortalität beim Typ III, der sogenannten Infibulation, erhöht ist. In einer großen Studie der WHO wurde gezeigt, dass es bei betroffenen Müttern vermehrt zu postpartalen Hämorrhagien kommt. Protrahierte Austreibungsverläufe treten vermehrt auf, mit einer erhöhten Gefahr der Asphyxie beim Kind, was zu erhöhten Transfers der Neugeborenen auf Kinderstationen führen kann. Doch das bedeutet nicht, dass das Vorliegen einer Typ-III-FGM keine vaginale Geburt zulässt: Oftmals ist eine Defibulation (Öffnung der Infibulation) während der Geburt oder im zweiten Trimester möglich. Diese Möglichkeit muss aber mit der Patientin und ihrem Partner besprochen werden.

*Gibt es danach weniger medizinische Probleme und weniger Probleme bei Schwangerschaft und Geburt?*

In der Regel werden mit der Defibulation nicht nur eine Geburt erleichtert, sondern es können auch bestehende somatische Probleme wie z.B. die Miktion verbessert werden. Es ist aber ein sehr eingehendes Arzt-Patienten-Gespräch erforderlich, um zu vermeiden, dass Frauen nach der Öffnung für das Kind eine Wiederverschließung wünschen, denn diese ist in Deutschland nicht erlaubt. In einigen Herkunftsländern wird während Geburt eröffnet und nach der Geburt wieder verschlossen. Daher ist es wichtig, dies präpartal in einer ruhigen Atmosphäre anzusprechen.

*Angesichts all der Schmerzen und Komplikationen kann man sich kaum vorstellen, dass sich Frauen eine Wiederverschließung wünschen...*

Es kann vorkommen, dass eine Frau eine Re-Infibulation wünscht. Es darf jedoch

nach der Geburt kein Genitalverschluss erfolgen; bei dem medizinische Probleme, wie bereits beschrieben, auftreten können. Es ist daher ein intensiver Arzt-Patienten-Kontakt nötig, um mit den Frauen zu besprechen: Was bedeutet eine Öffnung? Was verändert sich körperlich und vielleicht auch psychisch? Meiner praktischen Erfahrung zufolge kommt der Wunsch nach einer Re-Infibulation sehr selten auf, wenn man bereits während der Schwangerschaft mit der Frau und dem Partner bespricht, was sich durch eine Öffnung ändert. ...

*Was bedeutet die FGM für die Schwangerschaftsvorsorge?*

Die Schwangerschaftsvorsorge kann beim Typ III erschwert sein, weil man unter Umständen keinen vaginalen Ultraschall oder keine vaginale Untersuchung mittels Spekulum durchführen kann. In der frühen Schwangerschaft kann man sich bei ausreichender Indikation zum Beispiel überlegen, ob man einen abdominalen Ultraschall bei gefüllter Blase durchführt oder um Erlaubnis bittet, einen analen Ultraschall zu machen. Die Betreuung von einer Frau mit FGM kann erhöhte Herausforderungen an Ärztinnen und Ärzte stellen. In München gibt es jedoch Kolleginnen und Kollegen, die diese Expertise haben.

*Was sollte ich als Gynäkologe oder Gynäkologin, wenn ich erstmals einer Frau mit einer FGM begegne und mich im Umgang mit der Patientin unsicher fühle?*

Das Wichtigste ist eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung zur betroffenen Frau. Wenn sich die Frau wohl bei mir fühlt, kann ich sie weiter betreuen. Ich könnte zusätzlich bei erfahrenen Kolleginnen oder Kollegen anfragen und die Frau zur Geburt an eine Klinik mit Expertise in diesem Bereich überweisen. Wenn ich in dem Bereich über weniger Expertise verfüge, sollte ich sie eventuell an eine erfahrenere Kollegin oder Kollegen überweisen. Es gibt eine gute Publikation des Münchner Stadtjugendamts (s. Links) zur Verhinderung von Genitalverstümmelung bei Mädchen und Frauen, in der auch Adressen von erfahrenen Ärztinnen und Ärzten zu finden sind.

*Was raten Sie Ärztinnen und Ärzten grundsätzlich im Umgang mit möglicherweise betroffenen Frauen?*

Auch wenn eine Frau aus Ländern mit FGM wegen anderer Probleme zu einem kommt, sollte man die Gelegenheit nutzen, sie auf eine möglicherweise erlittene FGM anzusprechen, weil damit auch somatische und psychische Folgen verbunden sein können. Die Verbindung zur FGM ist den Frauen manchmal nicht bewusst, oder sie trauen sich aufgrund des Tabus nicht, das Thema selbst anzusprechen. Außerdem sollte man für bereits vorhandene Kinder oder zukünftige Schwangerschaften mitdenken. Das erfordert natürlich viel Vertrauen und eine große interkulturelle Sensibilität. Und es erfordert auch eine Überwindung von Sprachbarrieren. Ich muss als Ärztin oder Arzt einschätzen können: Kann ich mich mit der Patientin richtig in einer gemeinsamen Sprache unterhalten, oder ist eventuell jemand dabei, der vertrauensvoll übersetzt? Ist dies nicht der Fall, sollte man die Frau entweder zu jemandem schicken, der sich in ihrer Muttersprache mit ihr verständigen kann, oder man sollte sie nochmals einbestellen, wenn ein entsprechend geschulter Dolmetscherin dabei sein kann.

*Welche Unterstützungsangebote gibt es für betroffene Frauen in München?*

Zum einen gibt es die staatlich anerkannten Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen. Seit Juli 2016 haben wir in München zusätzlich die städtisch geförderte Fachstelle Zwangsheirat/FGM bei der Wüstenrose der IMMA e.V. Diese bietet Beratung, Fortbildung und verschiedene Informationsveranstaltungen sowie Präventionsangebote. Darüber hinaus gibt es unterschiedlich weitere Unterstützungsangebote und Initiativen gegen FGM sowie das „Münchner Netzwerk gegen weibliche Beschneidung“ bei uns hier in München. Die Fachstelle Frau & Gesundheit gibt zudem seit mehr als zehn Jahren einen Rundbrief für Fachkräfte und Interessierte zur Unterstützung von betroffenen Frauen und Mädchen heraus (s. Links). Die aktualisierte Fassung erscheint voraussichtlich im ersten Quartal 2017 und kann dann über die Fachstelle hier bei uns im RGU bezogen werden (s. Kontakte). Dieser Rundbrief listet auch die unterschiedlichen Unterstützungsangebote auf. Bei Fragen dürfen sich Kolleginnen und Kollegen auch gerne an mich wenden.

*Das Gespräch führte*