

Redaktion

K. Frieze, Oberaudorf
G. Gille, Lüneburg
K. Schaudig, Hamburg
A. Schwenkhagen, Hamburg



CrossMark

Seit 2016 in dieser Rubrik erschienen

02/2016

Von Nahrungsmitteln ausgehende
mikrobiologische Risiken in der
Gravidität. Relevanz für Mutter und
Kind

04/2016

Das Wunschkind, das anders ist ...

05/2016

Wie stark nehmen Kinderlosigkeit und
späte Geburten zu?

09/2016

Risikosportarten in der
Schwangerschaft

10/2016

Sinnvolle komplementärmedizinische
Maßnahmen in der gynäkologischen
Onkologie

02/2017

CME: Weil Dünn-Sein Frei-Sein heißt

06/2017

CME: Dermale Veränderungen in der
Genitalregion

07/2017

Das Mikrobiom

09/2017

CME: Ungeplante/ungewollte
Schwangerschaft bei Minderjährigen

10/2017

Infektionen in der Schwangerschaft
außerhalb der Mutterschaftsrichtlinien

03/2018

CME: Frauengesundheit – was nutzen
Apps?

Frauengesundheit in der Praxis

B. Zinka · C. Bormann · M. Graw · I. Ackermann

Institut für Rechtsmedizin der Universität München, München, Deutschland

Morphologische Befunde nach Verstümmelung des weiblichen Genitales

Untersuchungen afrikanischer asylsuchender Frauen und Mädchen

Zusammenfassung

Hintergrund. Die Verstümmelung der äußeren Genitalien von Frauen durch teilweise oder vollständige Entfernung der äußeren anatomischen Strukturen („female genital mutilation“, FGM) wird weltweit in mehr als 30 Ländern praktiziert.

Ziel der Arbeit. Mangels bislang verfügbarer rechtsmedizinischer Fachliteratur sollte durch eine retrospektive Analyse von 153 genitalen Untersuchungsbefunden versucht werden, die Morphologie der verschiedenen FGM-Typen darzustellen und anhand von umfassendem Bildmaterial eine Grundlage für zukünftige Begutachtungen zu schaffen.

Material und Methoden. Von Januar bis August 2017 wurden im Auftrag des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge (BAMF) bei 153 weiblichen Flüchtlingen aus 6 verschiedenen afrikanischen Ländern genitale Untersuchungen zur Hinterfragung einer stattgehabten FGM und ggf. Diagnose eines konkreten FGM-Typs durchgeführt. Im Rahmen der Untersuchungen wurde systematisch das vollständige Vorhandensein von Klitoris, Klitorisvorhaut, kleinen und große Schamlippen sowie Narben und einer evtl. Einengung des Introitus überprüft. Die erhobenen FGM-Befunde wurden gemäß der Klassifikation der World Health Organization (WHO) den FGM-Typen I (Klitoridektomie), II (Exzision), III (Infibulation) oder IV (Sonstige) zugeordnet.

Ergebnisse. Von den untersuchten Frauen und Mädchen ($n = 153$) stammte der Großteil aus Nigeria ($n = 109$) und Somalia ($n = 27$). Es wiesen 52 der untersuchten Personen den Zustand nach FGM auf, darunter 7 Kinder und Jugendliche. In 18 Fällen war eine Klitoridektomie, in 30 Fällen eine Exzision und in 4 Fällen eine Infibulation nachweisbar. Von den 30 Untersuchten mit FGM-Typ II gaben 7 jedoch an, zuvor einer Infibulation und einer entbindungsbedingten Deinfibulation ausgesetzt gewesen zu sein. Narben ließen sich nur selten und in dezenter Ausprägung abgrenzen. **Schlussfolgerung.** Die Entfernung von Klitoris und Klitorisvorhaut ließ sich meist problemlos feststellen, wohingegen die Beurteilung, ob die großen und kleinen Schamlippen vollständig vorhanden sind, Schwierigkeiten bereiten konnte. Dies lag u. a. daran, dass sich in den meisten Fällen erstaunlicherweise keine relevanten Narben abgrenzen ließen. Die Differenzierung zwischen Exzision und Infibulation bei Frauen mit Zustand nach vaginalen Entbindungen war naturgemäß nicht möglich.

Schlüsselwörter

Klitoridektomie · Exzision · Infibulation · Weibliche Genitalverstümmelung · Retrospektive Studie · Rechtsmedizinische Begutachtung

Anatomical findings after female genital mutilation. Investigations of African asylum-seeking women and young girls

Abstract

Background. Female genital mutilation (FGM) by partial or total removal of the external genital organs is carried out in more than 30 countries worldwide.

Objectives. A retrospective analysis of 153 genital investigations was carried out to reveal the morphology of the different types of FGM and provide a basis for future assessments using a comprehensive picture material.

Material and methods. At the request of the Federal Office for Migration and Refugees (BAMF), 153 female refugees from 6 different African countries were subjected to a genital examination for the determination of FGM. We systematically examined whether the clitoris, the prepuce of the clitoris, small and large labia were completely present, if we could find scars and whether the introitus was possibly surgically narrowed. The FGM findings were assigned to FGM types I (clitoridectomy), II (excision), III (infibulation) or IV (other) according to the World Health Organization (WHO) classification.

Results. Of the examined women and girls ($n = 153$) 109 came from Nigeria and 27 from Somalia. Of the examined females 52 had a condition corresponding to FGM, including 7 children and adolescents. Clitoridectomy was seen in 18 cases, excision in 30 cases, infibulation in 4 cases. Of the subjects with FGM type II, seven claimed that they had previously been exposed to infibulation and a delivery-related deinfibulation. Scars could be distinguished only rarely and were only slightly expressed.

Conclusion. The removal of the clitoris and prepuce of the clitoris could usually be easily determined, while the assessment of whether the large and small labia were completely present could be difficult. This was due to the fact that, in most cases, astonishingly no relevant scars could be defined. A differentiation between excision and infibulation in women with conditions after vaginal delivery was not possible.

Keywords

Clitoridectomy · Excision · Infibulation · Female genital mutilation · Retrospective study · Forensic examination

Seit Anfang des Jahres 2017 wurden am Institut für Rechtsmedizin der Universität München im Auftrag des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge (BAMF) 153 genitale Untersuchungen an Mädchen und Frauen durchgeführt, die aus ihren Herkunftsländern geflohen waren. Das BAMF erwünschte Stellungnahmen zur Frage, ob bei den Probandinnen in der Vergangenheit eine Genitalverstümmelung erfolgt war oder nicht, da sie die Flucht vor drohender Genitalverstümmelung als Asylgrund angegeben hatten.

Hintergrund

Der erste Untersuchungsauftrag des BAMF wurde im Januar 2017 bearbeitet. Eine Frau aus Nigeria konsultierte selbst die Rechtsmedizin und berichtete, dass sie bereits vergeblich verschiedene Ärzte um die vom BAMF geforderte Befunderhebung bei ihr und ihrer Tochter gebeten hatte. Dies wurde jedoch von diesen – einschließlich Gynäkologen und Amtsarzt – jeweils abgelehnt, angeblich mangels deren entsprechender Kompetenz und Erfahrung. Daraufhin erfolgten durch das hiesige Institut die Untersuchungen der Frau und ihrer Tochter sowie eine Mitteilung an das BAMF darüber, dass derartige Begutachtungen prinzipiell in der Rechtsmedizin durchgeführt werden können. Ab Mai 2017 erhielten die Autoren des vorliegenden Beitrags dann eine große – und noch anhaltende – Zahl an Begutachtungsanfragen für weibliche Flüchtlinge (wobei mit dem Begriff „Flüchtling“ eine „geflohenene Person“ gemeint ist).

Frauen oder Mädchen, denen bei Rückkehr in ihr Heimatland die Gefahr einer Genitalverstümmelung droht, können nach § 60 des Aufenthaltsgesetz (AufenthG, „Verbot der Abschiebung“) aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu einer „bestimmten sozialen Gruppe“, nämlich dem weiblichen Geschlecht, ein Recht auf Asyl in Deutschland haben, ebenso wie Personen, denen Folter oder inhumane, entwürdigende Behandlung droht. Genitalverstümmelungen bei Frauen werden international als Folter und auch als entwürdigende, inhumane Menschenrechtsverletzung angesehen [7, 10]. Die European Academy of Pediatrics verurteilt die Durchführung einer Genitalverstümmelung aufs Schärfste [4].

Nach Angaben des United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) wurden 2011 in Deutschland 184 Asylanträge von Frauen auf Grundlage einer Genitalverstümmelung entschieden [8].

Ziel dieser Arbeit

In der internationalen (rechts-)medizinischen Fachliteratur finden sich nahezu keine Veröffentlichungen – und insbesondere kein Bildmaterial – zu Genitalverstümmelungen bei Frauen, auf das die rechtsmedizinischen Gutachter zurückgreifen könnten. Recherchierbare Fachinformationen stammen fast ausschließlich von internationalen Menschen- oder Frauenrechtsorganisationen, und nicht von Ärzten, und sind im Hinblick auf die rechtsmedizinisch relevanten körperlichen Befunde meist wenig fundiert.

Im Folgenden werden daher in übersichtlicher Form Hintergründe und Klassifikation, im Wesentlichen jedoch die morphologischen Untersuchungsbefunde von genitalverstümmelten Frauen anschaulich und bildlich dargestellt. Dies soll die Grundlage für entsprechende Begutachtungen liefern. Dazu wurden die bislang erstellten Gutachten zur Fragestellung stattgehabter „female genital mutilation“ (FGM) retrospektiv analysiert.

Eine Auseinandersetzung mit juristischen, d. h. insbesondere straf- und asylrechtlichen Aspekten der Genitalverstümmelung ist im Hinblick auf den vorgegebenen Rahmen dieser Arbeit nicht vorgesehen.

„Female genital mutilation“

Epidemiologie

Weltweit sind nach Schätzungen [9, 11] mehr als 200 Mio. Mädchen und Frauen in mehr als 30 vorwiegend, jedoch nicht ausschließlich afrikanischen Ländern genitalverstümmelt. Die höchsten Prävalenzen unter 15- bis 49-jährigen Frauen finden sich in Somalia (97,9 %), Ägypten (95,8 %),

Droht Frauen in ihrem Heimatland eine Genitalverstümmelung, können sie in Deutschland Recht auf Asyl haben

In der internationalen (rechts-)medizinischen Fachliteratur finden sich kaum Veröffentlichungen zu Genitalverstümmelungen

Eine Frau mit Infibulation erfährt höchstwahrscheinlich auch Deinfibulation sowie Reinfibulation sofern sie in ihrem Herkunftsland verbleibt

Tab. 1 „Female-genital-mutilation“-Klassifizierung. (Nach World Health Organization [11])

Typ	Beschreibung
I	<i>Klitoridektomie</i> Teilweise oder vollständige Entfernung der Klitoris mit oder ohne Entfernung der Klitorisvorhaut oder Entfernung nur der Klitorisvorhaut
I.a	Entfernung der Klitorisvorhaut
I.b	Entfernung der Klitoris mit Klitorisvorhaut
II	<i>Exzision</i> Teilweise oder vollständige Entfernung der Klitoris und/oder der kleinen Schamlippen, mit oder ohne Entfernung der großen Schamlippen
II.a	Entfernung der kleinen Schamlippen
II.b	Teilweise oder vollständige Entfernung der Klitoris und der kleinen Schamlippen
II.c	Teilweise oder vollständige Entfernung der Klitoris, der kleinen und der großen Schamlippen
III	<i>Infibulation</i> Verengung des Scheideneingangs durch mehr oder weniger ausgeprägten Hautverschluss durch Entfernung der kleinen und/oder großen Schamlippen mit oder ohne Entfernung der Klitoris und anschließendes Aneinanderfügen des Gewebes
III.a	Entfernung und anschließendes Aneinanderfügen der kleinen Schamlippen
III.b	Entfernung und anschließendes Aneinanderfügen der großen Schamlippen
IV	<i>Sonstige</i> Andere medizinisch nicht indizierte Eingriffe am äußeren weiblichen Genitale wie z. B. Verätzen, Verbrennen, Durchstechen der Klitoris etc.

Guinea (95,6 %), Sierra Leone (94 %), Dschibuti (93,1 %), Mali (91,6 %) und im Sudan (90 %; [10]).

Definition und Klassifikation

Unter einer FGM versteht man zusammengefasst die teilweise bis vollständige Entfernung oder anderweitige Verletzung des äußeren weiblichen Genitales, ohne dass hierfür eine medizinische Indikation vorläge [11]. Alternativ verwendete Begriffe für derartige Eingriffe sind „weibliche Beschneidung“ („female circumcision“), „female genital cutting“ (FGC) oder der kombinierte Begriff der „female genital mutilation/cutting“ (FGM/C; [10]).

Gemäß der Klassifikation der World Health Organization (WHO; [11]) werden 4 verschiedene FGM-Typen mit mehreren Subtypen unterschieden (■ **Tab. 1**).

Auf eine Infibulation (FGM-Typ III) folgt im Leben der betroffenen Frau regelhaft irgendwann auch eine Deinfibulation, entweder durch die erste Entbindung eines Kindes oder schon vorher durch Geschlechtsverkehr [5]. Eine Deinfibulation kann jedoch beispielsweise bei rezidivierenden Harnwegsinfektionen, Menstruationsstörungen, Dyspareunie oder Sterilität u. U. auch medizinisch indiziert sein [1].

Nach einer Entbindung wird in vielen Fällen bei infibulierten Frauen eine Reinfibulation durch Abschälen der Narbenränder und erneuten Verschluss der Vaginalöffnung vorgenommen, oft auch mehrfach in ihrem Leben [5].

Gründe

In vielen Regionen liegen der FGM traditionelle Aspekte zugrunde, die z. T. sehr fest in der dortigen Gesellschaft verankert und für die Betroffenen unumgänglich sind. Familien, deren Töchter nicht „beschnitten“ sind, riskieren soziale Ausgrenzung und den Ausschluss aus der Gesellschaft [7].

Der Einzelne hat kaum eine Möglichkeit, sich dem zu widersetzen. In Gesellschaften, in denen FGM praktiziert wird, werden grundsätzlich sämtliche dort lebende Mädchen dieser Praxis unterzogen. In vielen afrikanischen Ländern gehört die FGM zum Initiationsritual, das den Übergang vom Kind zur erwachsenen Frau symbolisiert [5]. Dies kann jedoch nicht auf die Regionen zutreffen, in denen Mädchen bereits wenige Tage nach ihrer Geburt genitalverstümmelt werden.

Der Versuch der Sicherstellung der Jungfräulichkeit, z. B. durch Durchführung einer Infibulation, ist in vielen Regionen eine wesentliche Ursache der FGM. Hierdurch werden die Chancen auf eine Heirat erhöht; in einigen Regionen werden für genitalverstümmelte Mädchen höhere sog. Brautpreise bezahlt als für unverstümmelte, sodass auch wirtschaftliche Aspekte eine Rolle spielen [7]. Witwen und geschiedene Frauen durchlaufen oftmals erneut eine Reinfibulation, um wieder als „Jungfrau“ zu gelten und ihre Heiratschancen zu erhöhen [5].

Pseudomedizinische Aspekte, Reinlichkeits- und Hygienevorstellungen sowie medizinische Mythen sind ebenfalls für die Verbreitung der FGM verantwortlich. Die Vorstellung, dass eine beschnittene Vulva hygienischer ist als eine unbeschnittene oder dass der Kontakt (z. B. eines Neugeborenen bei seiner Entbindung) mit der Klitoris der Mutter tödlich enden könne, ist verbreitet [7].

Religiöse Überzeugungen spielen eine eher untergeordnete Rolle, da weder der Islam noch das Christentum eine FGM vorgeben, andererseits die FGM auch von Juden, Animisten und Atheisten praktiziert wird [3, 7].

Durchführung

Die FGM wird typischerweise von „Beschneiderinnen“ durchgeführt. Diese sind im Dorf oft auch als Geburtshelferin, Medizinfrauen, Krankenschwestern etc. tätig und genießen hohes gesellschaftliches Ansehen. Oft handelt es sich um alte Frauen, deren Sehvermögen bereits schlecht ist [5]. Die für den Eingriff verwendeten Werkzeuge sind Scheren, Messer, Rasierklingen, Glasscherben etc. Der Wundverschluss bei der Infibulation erfolgt z. B. mithilfe von Dornen oder Seidenfäden. Anästhetika und Desinfektionsmittel kommen üblicherweise nicht zum Einsatz [3]. In einigen Regionen wird die FGM jedoch auch „medikalisiert“ und von medizinischem Fachpersonal vorgenommen, in Ägypten nach Angaben der WHO sogar bei ca. 77 % der betroffenen Mädchen [2].

Rechtliche Aspekte

In manchen afrikanischen Ländern existieren gesetzliche Verbote der Genitalverstümmelung, deren Durchführung mit Geldbußen bis hin zu lebenslangen Haftstrafen geahndet wird. Oftmals werden diese Gesetze jedoch aufgrund des Widerstands der traditionsbewussten Bevölkerung nicht umgesetzt und die Durchführung der FGM – trotz entsprechender Gesetzesgrundlage – nicht weiter geahndet [3]. In Deutschland trat 2013 § 226a StGB in Kraft („Verstümmelung weiblicher Genitalien“), wonach mit Freiheitsstrafe nicht unter einem Jahr bestraft wird, wer die äußeren Genitalien einer weiblichen Person verstümmelt. Dieses Gesetz ist aus verschiedensten Gründen äußerst umstritten, auf die hier jedoch nicht näher eingegangen werden soll (beispielsweise nachzulesen: Sotiriadis [6]).

Material und Methoden

Durch die Probandinnen selbst oder durch verschiedene Hilfsorganisation wurde ein Untersuchungstermin angefragt. Die Kommunikation mit den Probandinnen erfolgte meist problemlos in englischer, teilweise in deutscher Sprache. Die Probandinnen nahmen oft weite Anreisewege bis zu 100 km auf sich, um nach München zu gelangen. Die den Frauen vom BAMF vorgegebene Frist zur Einholung eines entsprechenden Befunds betrug 2 bis 4 Wochen. Die Frauen wurden im Vorfeld der Untersuchung über die Freiwilligkeit und die Befundweitergabe an das BAMF aufgeklärt und willigten in die Untersuchung und ggf. die Anfertigung von Fotos ein. Sie wiesen sich und ihre Kinder mit einem Ausweisdokument aus, wobei in ihren Ausweisen jeweils nur ein Foto der Mütter, nicht jedoch von ihren Kindern enthalten war. Sie legten auch jeweils das Auftragsschreiben des BAMF vor, aus dem sich ersehen ließ, was sie diesem gegenüber in ihrer Anhörung im Rahmen des Asylverfahrens bezüglich einer FGM angegeben hatten. Üblicherweise lauteten die diesbezüglichen Ausführungen des BAMF ähnlich wie folgt:

Sie haben im Rahmen Ihrer Anhörung angegeben, Sie selbst seien in ihrem Herkunftsland einer Genitalverstümmelung ausgesetzt gewesen, ihr Kind sei bisher nicht einer Genitalverstümmelung unter-

Die Vorstellung, eine beschnittene Vulva sei hygienischer als eine unbeschnittene, ist verbreitet

In manchen afrikanischen Ländern gibt es gesetzliche Verbote der Genitalverstümmelung

Die Kommunikation mit den Probandinnen erfolgte meist problemlos auf Englisch oder Deutsch

zogen worden ... Das Bundesamt benötigt für seine Entscheidung konkrete Angaben zum Vorliegen oder Nichtvorliegen einer Genitalverstümmelung sowie – im Fall der Feststellung einer FGM – zu deren Art. Dies kann nach der bisherigen Sachlage nicht ausreichend beurteilt werden. Auch zum Schutz des Kindes bedarf es daher einer ärztlichen Untersuchung ...

Durchführung der Untersuchungen

Die Untersuchungen wurden durch eine Fachärztin für Rechtsmedizin sowie 2 Assistentinnen in Weiterbildung durchgeführt. Im Vorfeld der ersten Untersuchungen erfolgte eine Einarbeitung in die Theorie der Thematik und Befunde anhand der – allerdings kaum verfügbaren – Fachliteratur. Weitere Fortbildungsmöglichkeiten standen nicht zur Verfügung. Nach einer kurzen Anamneseerhebung wurden erwachsene Frauen auf einem gynäkologischen Stuhl und Kinder auf einer Untersuchungsliege oder dem Wickeltisch untersucht. Im Rahmen der Untersuchung wurde auf eine immer gleiche, systematische Überprüfung des vollständigen Vorhandenseins von Klitorisvorhaut, Klitoris, kleinen Schamlippen, große Schamlippen und evtl. Narbenbildungen geachtet. Soweit eingewilligt, wurde eine Fotodokumentation von FGM-Befunden vorgenommen. So war bei Bedarf eine anschließende ergänzende oder nochmalige Betrachtung der Befunde am PC und ggf. eine Konsultation von Kollegen möglich. Insbesondere die Möglichkeit, die Bilder am PC stark zu vergrößern, erleichterte die Beurteilung von dezenten Narbenbildungen. Die erhobenen Befunde wurden in einem eigens für FGM-Untersuchungen erstellten Untersuchungsbogen dokumentiert und ggf. den FGM-Typen I–IV zugeordnet. Eine Klassifikation in deren Unterarten wurde nicht vorgenommen. Die schriftliche Gutachtenserstattung sowie die Rechnungsstellung erfolgten jeweils direkt an das BAMF in Form eines meist 2- bis 3-seitigen Gutachtens mit kurzer Beschreibung des Untersuchungsbefundes und Klassifikation des FGM-Typs.

Untersuchte Probandinnen

Ab Januar 2017 wurden 67 erwachsene Frauen sowie 86 weibliche Kinder und Jugendliche untersucht, sodass sich bislang eine Gesamtzahl von 153 FGM-Begutachtungen ergab. Es handelte sich in 53 Fällen um Mütter mit ihren bis zu 4 weiblichen Kindern, um 14 Frauen ohne Kinder sowie um 13 Kinder, deren Mütter nicht untersucht werden sollten. Das Alter der Untersuchten betrug zwischen 3 Wochen und 45 Jahren. Die untersuchten Kinder waren größtenteils nicht im Heimatland der Mutter geboren, sondern z. B. in Deutschland oder Italien. Sie wurden jedoch für die im Folgenden präsentierte Auswertung der Befunde ebenfalls dem Herkunftsland der Mutter zugeordnet. Insgesamt wurden somit 109 weibliche Personen aus Nigeria, 27 aus Somalia, 6 aus Eritrea, 6 aus Sierra Leone, 4 aus Äthiopien und eine aus Tansania untersucht.

Ergebnisse

Von den erwachsenen Frauen waren 45, von den 86 untersuchten Kindern und Jugendlichen 7 einer FGM unterzogen worden. Die Betroffenen selbst hatten nur in Einzelfällen genauere Kenntnisse über die Art ihrer FGM. Zum Teil waren sie selbst sehr an den Untersuchungsbefunden interessiert. Einige der Untersuchten gaben an, erst im Alter von mehreren Jahren oder gar als Erwachsene einer FGM oder De- und Reinfibulation unterzogen und konnten sich konkret an den Vorgang und starke Schmerzungen, Blutungen, Infektionen sowie an infolge einer FGM verstorbene Geschwisterkinder und verstorbene eigene Kinder erinnern.

Die Befunde bei den genitalverstümmelten Personen waren in 18 Fällen dem FGM-Typ I zuzuordnen, in 30 Fällen dem FGM-Typ II und in 4 Fällen dem FGM-Typ III. Dem FGM-Typ IV entsprechende Befunde konnten nicht diagnostiziert werden.

Es wurden 7 Frauen untersucht, deren morphologischer Befund zum Untersuchungszeitpunkt dem FGM-Typ II zuzuordnen war. Die Probandinnen gaben jedoch an, dass ihre Scheide ursprünglich „zugenäht“ gewesen sei und sie im Rahmen ihrer Entbindungen deinfibuliert worden seien. Unter der Annahme, dass die Verstümmelung demgemäß ursprünglich dem FGM-Typ III entsprach und erst post partum dem FGM-Typ II, sind insgesamt 11 Frauen mit zumindest

Das Alter der Untersuchten lag zwischen 3 Wochen und 45 Jahren

Einige der Untersuchten konnten sich konkret an den Vorgang und starke Schmerzungen, Blutungen, Infektionen erinnern

Tab. 2 Zusammenfassende Darstellung der bei den untersuchten Probandinnen erhobenen Befunde

	Herkunftsland ^a					
	Nigeria	Somalia	Eritrea	Sierra Leone	Äthiopien	Tansania
Anzahl (n)	109	27	6	6	4	1
Erwachsene Frauen (n)	49	9	3	3	2	1
Mädchen (n)	60	18	3	3	2	0
<i>Erwachsene Frauen (n)</i>						
Ohne FGM	19	0	1	1	0	1
Mit FGM	30	9	2	2	2	0
<i>Mädchen (n)</i>						
Ohne FGM	59	12	3	3	2	0
Mit FGM (n)	1	6	0	0	0	0
<i>Verteilung der FGM-Typen (n)</i>						
I	15	0	1	1	1	0
II	16	11 (davon 7 mit Z.n. Deinfibulation)	1	1	1	–
III	0	4	0	0	0	0
IV	0	0	0	0	0	0

FGM „female genital mutilation“

^aIm Fall von Kindern Herkunftsland der Mutter

ursprünglichem FGM-Typ III, die sämtlich aus Somalia stammten, im Untersuchungskollektiv vertreten. Die erhobenen Befunde sind in der **Tab. 2** zusammengefasst.

In allen Fällen stimmten die Untersuchungsbefunde mit den Angaben überein, die die Probandinnen im Vorfeld gegenüber dem BAMF gemacht hatten (hier wurde nur jeweils angegeben, ob überhaupt eine FGM stattgefunden hatte oder nicht, der FGM-Typ wurde naturgemäß von den Frauen nicht angegeben).

Narbenbildungen ließen sich, trotz offensichtlichen Fehlens auch größerer anatomischer Regionen, nur selten eindeutig abgrenzen und waren dann nur dezent als feine Linien sichtbar. In keinem Fall zeigte sich überschießendes Narbengewebe, hin und wieder fanden sich jedoch Gewebsunregelmäßigkeiten und Verziehungen der Haut.

Exemplarische Darstellung typischer morphologischer Befunde

Im Folgenden werden exemplarisch verschiedene morphologische Varianten der unterschiedlichen FGM-Typen präsentiert, um anderen Gutachtern als Beurteilungsgrundlage zu dienen, da fotografisch dokumentierte FGM-Befunde in der Fachliteratur bislang kaum verfügbar sind.

Die **Abb. 1a–c** zeigt den FGM-Typ I, die **Abb. 2a–c** den FGM-Typ II und die **Abb. 3a–c** den FGM-Typ III. In **Abb. 4a,b** ist der Befund nach angegebener Infibulation (FGM-Typ III) und Zustand nach Entbindungen dargestellt, entsprechend FGM-Typ II.

Diskussion

Die der vorliegenden Arbeit zugrunde liegende retrospektive Auswertung der FGM-Gutachten des Instituts für Rechtsmedizin der Universität München wurde durchgeführt, da sich in den verfügbaren wissenschaftlichen Publikationen zur FGM nahezu keine, insbesondere keine rechtsmedizinische, Fachliteratur finden lässt. Auch Bildmaterial zu den verschiedenen FGM-Befunden ist kaum verfügbar. Allenfalls existieren schematische Skizzen; dies erschwert die rechtsmedizinische Beurteilung, da die Gutachter nicht auf „Referenzbefunde“ zurückgreifen können. Auch auf verlässliche anamnestische Angaben der Probandinnen kann nicht zurückgegriffen werden,

Narben ließen sich selten eindeutig abgrenzen und waren dann nur dezent als feine Linien sichtbar

Fehlendes Bildmaterial zu den verschiedenen FGM-Befunden erschwert die rechtsmedizinische Beurteilung für die Gutachter erheblich

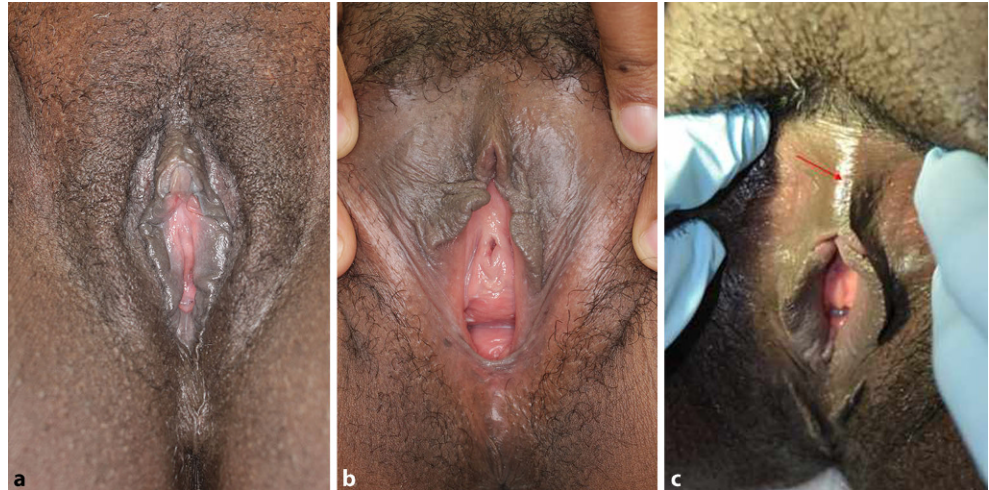


Abb. 1 ▲ FGM-Typ I. **a** Entfernung zumindest eines Anteils der Klitorisvorhaut und der Klitoris. Diese wirkt an der Vorderseite abgeflacht und weist eine zentrale, längs gestellte Einkerbung auf, **b** Entfernung der Klitoris. Die Klitorisvorhaut ist vollständig abgrenzbar, **c** Entfernung der Klitoris und eines Anteils der Klitorisvorhaut mit feiner, längs gestellter Narbenbildung mittig (*Pfeil*)

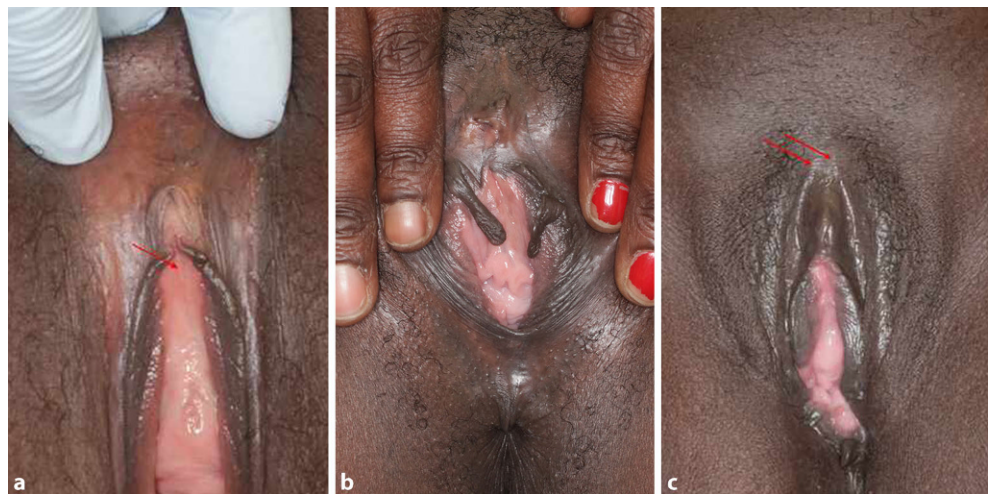


Abb. 2 ▲ FGM-Typ II. **a** Entfernung von Klitoris, Klitorisvorhaut und Teilen der kleinen Schamlippen. Feine, ca. 5 mm lange Narbe von der Klitorisregion in Richtung Introitus ziehend (*Pfeil*), **b** Entfernung der Klitoris, Klitorisvorhaut sowie von Anteilen der kleinen Schamlippen mit verbliebenen lappenartigen Resten, **c** Entfernung der Klitoris, Klitorisvorhaut und von Anteilen der kleinen Schamlippen mit fraglichen Narben beidseits um die Klitorisregion herum (*Pfeile*)

die oftmals selbst nicht einmal wussten, ob sie genitalverstümmelt waren oder nicht, sondern nur berichten konnten, was „man“, d. h. insbesondere ihre eigenen Eltern, ihnen erzählt hatten.

Die Interpretation der Befunde und die Zuteilung zu einem bestimmten FGM-Typ waren nicht immer einfach. Eine Schwierigkeit lag zum einen in dem – unerwarteten – oftmals vollständigen Fehlen von abgrenzbaren Narbenbildungen, obwohl ohne Zweifel anatomische Strukturen fehlten. In keinem einzigen Fall stellte sich auffallendes oder überschüssiges Narbengewebe dar. Auch Nahtnarben ließen sich in keinem Fall auffinden, obwohl ja gerade bei der Infibulation der Introitus „zugenäht“ wird. Nur bei sehr genauer Nachschau konnten in einigen Fällen sehr feine, meist strichförmige Narben abgegrenzt werden. Hin und wieder fielen eher flächenhafte Gewebsunregelmäßigkeiten im Sinne von narbigen Verwachsungen auf. Narbenbildungen als Grundlage für einen Rückschluss auf Verletzungshandlungen heranzuziehen – wie es in der Rechtsmedizin bei anderen Verletzungsarten üblich und praktikabel ist – erwies sich somit als unmöglich.

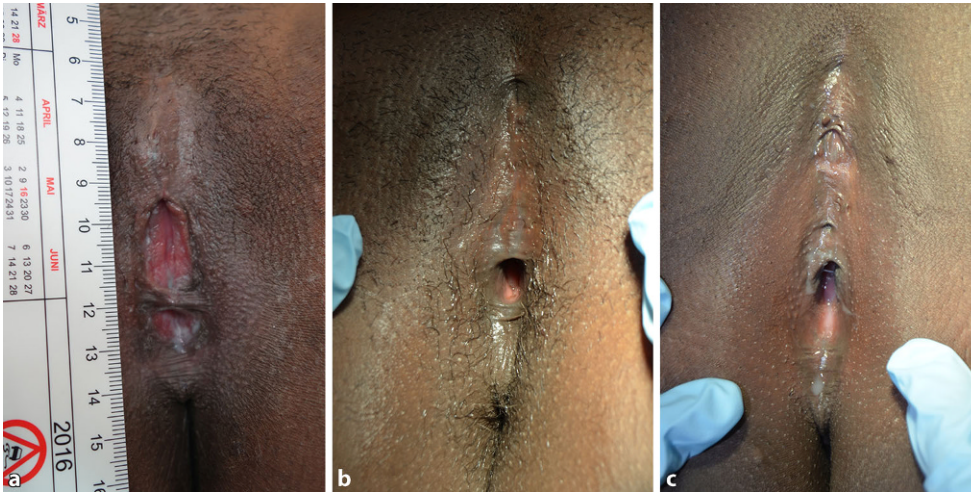


Abb. 3 ▲ FGM-Typ III. a Stegartige Überdeckung des Introitus. Kaum abgrenzbare, dezente Narbenbildungen um den Introitus sowie im Bereich der ursprünglichen Klitorisregion, **b** hochgradige Einengung des Introitus auf einen Durchmesser von ca. 1 cm. Keine sicher abgrenzbaren umschriebenen Narben, jedoch Gewebsunregelmäßigkeiten im Bereich der ursprünglichen Klitorisregion, **c** ausgeprägte narbige Gewebsunregelmäßigkeiten im Bereich zwischen ursprünglicher Klitorisregion und Introitus



Abb. 4 ▲ Befund nach angegebener Infibulation (FGM-Typ III) und Zustand nach Entbindungen, entsprechend FGM-Typ II. a Fehlen der Klitoris und von Anteilen der Klitorisvorhaut; hier eine feine, längs gestellte Narbe abgrenzbar (*Pfeil*). Fehlen der kleinen Schamlippen und von Anteilen der großen Schamlippen. Der Introitus wirkt „tabaksbeutelartig“ gerafft. **b** Klitoris, Klitorisvorhaut, kleine und große Schamlippen fehlen weitgehend. Ausgeprägte narbige Gewebsunregelmäßigkeiten im Bereich der ursprünglichen Klitorisregion sowie beidseits längs gestellt am Introitus

Nachdem die Genitalverstümmelungen wohl in der Mehrzahl unsteril, ohne Verwendung von chirurgischem Besteck, sondern mithilfe von Messern, Glasscherben etc. ohne Anästhesie und Desinfektion durchgeführt werden, erstaunte es, dass die genitalen Befunde in der Mehrzahl der Fälle eher unauffällig erschienen und nur in Einzelfällen ein sofort imponierendes „unruhiges“ Befundbild vorlag. Über die Ursache kann nur spekuliert werden. Möglicherweise ist diese Beobachtung der bekanntermaßen guten Heilungstendenz von Gewebe im Genitalbereich geschuldet, wobei es sich ja zumindest teilweise um Hautverletzungen, nicht aber um – schnell heilende – Schleimhautverletzungen handelte. Möglicherweise waren die Verletzungen auch so gut verheilt, weil die Mehrzahl der Probandinnen bereits im Neugeborenen- oder Säuglingsalter einer FGM unterzogen worden war. Andererseits berichteten aber auch einige Probandinnen davon, erst im Alter von einigen Jahren oder gar als Erwachsene genitalverstümmelt worden zu sein.

Ob die kleinen und großen Schamlippen vollständig vorhanden waren, war schwieriger zu erkennen als bei der Klitoris

Zu beurteilen, ob bei den Frauen und Mädchen überhaupt eine FGM vorlag, war ohne größere Schwierigkeiten möglich

Für die Zuordnung eines Befundbilds zu einem bestimmten FGM-Typ konnte somit nur auf das vollständige oder teilweise Fehlen bestimmter genitaler Strukturen zurückgegriffen werden. Ob Klitoris und Klitorisvorhaut vollständig vorhanden waren, war ohne Schwierigkeiten zu beurteilen. Die Beurteilung, ob die kleinen und großen Schamlippen vollständig vorhanden waren, war – bei nichtabgrenzbaren Narben – wesentlich schwieriger. Auch ist davon auszugehen, dass Manipulationen an der Klitoris, wie Verätzen, Verbrennen oder Durchstechen, die zu der FGM-Kategorisierung in Typ IV führen würden, sich der Nachweisbarkeit wohl weitgehend entziehen dürften, wie es auch von anderen Autoren berichtet wird [2]. Kein Fall konnte einer FGM-Typ IV zugeordnet werden; die Untersuchenden können jedoch nicht beurteilen, ob ein solcher Befund tatsächlich nicht vorlag oder nur nicht nachweisbar war.

Eine genaue Klassifizierung war auch bei den Frauen nicht eindeutig vorzunehmen, die selbst angaben, im Kindesalter sei ihre Scheide zugenäht worden und bei der Entbindung des ersten Kindes habe man diese wiedereröffnen müssen. Sie wiesen nachvollziehbar bei der Begutachtung den FGM-Typ II auf. Ob sie tatsächlich vorher einer Infibulation unterzogen worden waren, ließ sich naturgemäß weder bestätigen noch ausschließen, wenn auch im Hinblick darauf, dass in Somalia die Infibulation weit verbreitet ist, kein begründeter Zweifel an den Angaben bestand.

Bei kritischer Betrachtung der Untersuchungsbefunde kann rückblickend geschlossen werden, dass die Beurteilung, ob bei den Frauen und Mädchen überhaupt eine FGM vorlag oder nicht, ohne größere Schwierigkeiten möglich war, die Differenzierung zwischen FGM-Typ I und II jedoch Schwierigkeiten bereiten konnte. Die oftmals fehlenden Narbenbildungen und die anatomisch variablen Normalbefunde erschwerten insbesondere die Beurteilung der Vollständigkeit der großen und kleinen Schamlippen. Die FGM-Typen III waren problemlos zu erkennen.

Wie sich die Fallzahlen der Begutachtungsaufträge durch das BAMF in der Zukunft entwickeln werden, bleibt abzuwarten. Die rechtsmedizinische Begutachtung steht hier in einem neuen gesellschaftlichen und gesellschaftspolitischen Kontext, der deutlich von dem der sonstigen, vorwiegend strafrechtlich ausgerichteten Begutachtungen abweicht. Auch die Auswirkungen der rechtsmedizinischen Begutachtungen für die Untersuchten können derzeit nicht abgeschätzt werden. Nach Kenntnisstand der Autoren ist eine bereits erfolgte Genitalverstümmelung kein anerkannter Asylgrund, sondern allenfalls eine (noch) nicht erfolgte FGM, da die Betroffenen bei Rückkehr in ihr Heimatland ggf. der Gefahr einer noch durchzuführenden Genitalverstümmelung oder – je nach Herkunftsland – auch der einer Reinfibulation ausgesetzt wären. Die rechtsmedizinische Befunderhebung kann möglicherweise zum Schutz von Mädchen vor Genitalverstümmelungen im Heimatland beitragen, wenn diese als Grundlage dafür dient, dass unverstümmelten Mädchen genau aufgrund dessen Asyl in Deutschland gewährt würde, wohl gemeinsam mit ihren Eltern.

Fazit für die Praxis

Die genaue Beurteilung der oft diskreten Befunde erfordert ein schematisches Vorgehen mit systematischer und schrittweiser Überprüfung der Abgrenzbarkeit und Vollständigkeit von Klitoris, Klitorisvorhaut sowie kleinen und großen Schamlippen bei den Probandinnen. Auf Narbenbildungen hingegen kann die Beurteilung kaum gestützt werden. Die Anfertigung von Lichtbildern zur detaillierten und vergrößerten Betrachtung am PC erscheint hilfreich.

Korrespondenzadresse



PD Dr. B. Zinka
Institut für Rechtsmedizin der Universität München
Nußbaumstr. 26, 80336 München, Deutschland
Bettina.Zinka@med.uni-muenchen.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. B. Zinka, C. Bormann, M. Graw und I. Ackermann geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren. Alle Probandinnen, die über Bildmaterial oder anderweitige Angaben innerhalb des Manuskripts zu identifizieren sind, haben hierzu ihre schriftliche Einwilligung gegeben. Im Fall von nichtmündigen Probandinnen liegt die Einwilligung eines Erziehungsberechtigten oder des gesetzlich bestellten Betreuers vor.

Literatur

1. Bundesärztekammer (2016) Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung (female genital mutilation, Abk.: FGM). http://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Empfehlungen/2016-04_Empfehlungen-zum-Umgang-mit-Patientinnen-nach-weiblicher-Genitalverstuemmung.pdf. Zugegriffen: 15. Nov. 2017
2. Creighton SM, Hodes D (2015) Female genital mutilation: what every paediatrician should know. *Arch Dis Child* 101:267–271
3. Kentenich H, Utz-Billing I (2006) Weibliche Genitalverstümmelung – lebenslanges Leiden. *Dtsch Arztebl* 103(13):A842–A845
4. Sauer PJJ, Neubauer D (2014) Female genital mutilation: a hidden epidemic (statement from the European Academy of Paediatrics). *Eur J Pediatr* 173:237–238
5. Schnüll P (2003) Weibliche Genitalverstümmelung in Afrika. In: Terre des Femmes (Hrsg) *Schnitte in die Seele – weibliche Genitalverstümmelung – eine fundamentale Menschenrechtsverletzung*. Marbuse, Frankfurt a.M., S 23
6. Sotiriadis G (2014) Der neue Straftatbestand der weiblichen Genitalverstümmelung, § 226a StGB: Wirkungen und Nebenwirkungen. *Z Int Strafrechtsdogmat* 7–8/2014:320–339
7. Terre des Femmes (2017) *Weibliche Genitalverstümmelung – Aufklärung, Prävention und Umgang mit Betroffenen*. Terre des Femmes, Berlin
8. UNHCR (2013) Too much pain – Female genital mutilation and asylum in the European Nation: a statistical overview, S 34
9. UNICEF (2016) Female genital mutilation/cutting: a global concern. https://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf. Zugegriffen: 6. Juli 2017
10. WHO (2008) Eliminating female genital mutilation. An interagency statement; OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNIFEM, WHO. World Health Organisation Geneva. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43839/1/9789241596442_eng.pdf. Zugegriffen: 6. Juli 2017
11. WHO (2017) Female genital mutilation. Fact Sheet, updated February 2017, World Health Organisation Geneva. <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>. Zugegriffen: 6. Juli 2017

Hier steht eine Anzeige.

