

Weibliche Beschneidung

Neoklitoris und Vulvarekonstruktion für verstümmelte Frauen

Die Aufmerksamkeit für Genitalverstümmelung wächst auch hierzulande, nicht zuletzt aufgrund zunehmender Migrationsströme. Mithilfe chirurgischer Maßnahmen kann es gelingen, den versehrten Frauen und Mädchen nicht nur ihr äußeres Genitale, sondern auch ihre Empfindungsfähigkeit wiederzugeben.

Die Zahl der Mädchen und Frauen, deren Genitalien beschnitten und entstellt worden sind, wird laut Unicef weltweit auf 200 Millionen beziffert. Das Beschneiden von Frauen hat in rund 30 Staaten in Afrika und auch in einigen Ländern im Nahen Osten und in Asien nach wie vor Tradition. Laut einer aktuellen Bekanntgabe der Frauenrechtsorganisation Terre des Femmes (TDF) vom 10. Oktober 2019 in Berlin ist von 70 000 betroffenen Frauen hier in Deutschland auszugehen (1).

Man vermute, dass es auch bei Reisen in die Heimat oder in andere europäische Länder wie Frankreich zu Beschneidungen komme, hieß es vonseiten der Organisation. „Beschneidungen von Mädchen, die in Deutschland geboren wurden und

hier leben, können wir nicht ausschließen. Das gibt es“, sagte Hermann Josef Kahl, Sprecher des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte, der dpa im August.

Die Zahl der gefährdeten Minderjährigen in Deutschland wird auf knapp 17 700 geschätzt, fast doppelt so viele wie noch vor 3 Jahren. Dies zeigt, dass auch hierzulande die medizinische und psychologische Betreuung der betroffenen Frauen immer mehr an Bedeutung gewinnt.

Kongress für Intimchirurgie

Auf dem ersten Kongress für Intimchirurgie der International Society of Reconstructive and Aesthetic Intimate Treatment (ISRAIT) in Leipzig war daher auch eine ganze Sitzung der Genitalverstümmelung

oder Female Genital Mutilation (FGM) gewidmet. Dr. Refaat Karim, der als plastischer Chirurg an unterschiedlichen Standorten in den Niederlanden und in Spanien arbeitet, kritisierte angesichts der quantitativen Bedeutung der Problematik, dass man zum Beispiel auf den Seiten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstaunlich wenig Material dazu finde. Auch hierzulande äußerten bereits in einer mehr als 10 Jahre zurückliegenden Befragung 87,4 % der Ärztinnen und Ärzte den Wunsch nach mehr Informationen zum Thema Genitalverstümmelung (2). Seinerzeit gaben von fast 500 Frauenärzten 43 % an, solche Patientinnen bereits betreut zu haben. 27 % dieser Frauen kommen als Schwangere in die Sprechstunde.

Die WHO-Klassifikation teilt die unterschiedlichen Beschneidungsformen in 4 Typen (Tabelle). Bei Typ 1 ist allein die Klitoris betroffen (Klitoridektomie), bei Typ 2 sind auch die kleinen und eventuell die großen Labien involviert (Exzision). Als besonders schwerwiegend gilt die sogenannte Infibulation oder „Pharaonische Beschneidung“, bei der zusätzlich die Vaginalöffnung so eng verschlossen wird, dass nur noch eine kleine Öffnung für Urin und Menstruationsblut verbleibt (Abbildung 1a). Infibulationen machen rund 15 % aller Genitalverstümmelungen aus. Unter Typ 4 werden schließlich alle anderen Praktiken zusammengefasst, die sich nicht unter Typ 1–3 subsumieren lassen, etwa Abschabungen oder Kauterisationen.

Aufgrund der zum Teil umfangreichen Gewebezerrstörung und dem verkleinerten Introitus leiden die Be-

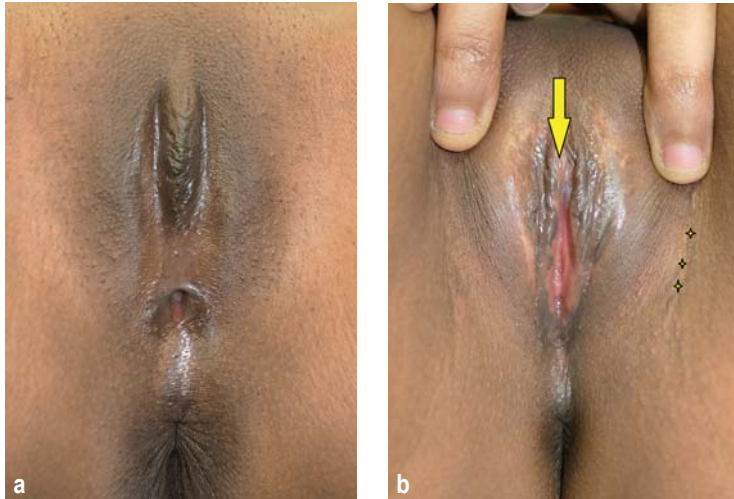
TABELLE

WHO-Klassifikation der weiblichen Genitalverstümmelung („female genital mutilation/cutting“, FGM/C)

Typ I: Teilweise oder vollständige Entfernung der Glans clitoridis und/oder der Vorhaut (Præputium clitoridis)	
Typ Ia	Entfernung des Præputium clitoridis
Typ Ib	Entfernung der Glans clitoridis und des Præputium clitoridis
Typ II: Teilweise oder vollständige Entfernung der Glans clitoridis und zusätzlich der Labia minora, (mit oder ohne Exzision der Labia majora)	
Typ IIa	Entfernung der Labia minora
Typ IIb	Partielle oder komplette Entfernung der Glans clitoridis und der Labia minora
Typ IIc	Partielle oder komplette Entfernung der Glans clitoridis, der Labia minora und der Labia majora
Typ III: Verengung des Introitus vaginae (Infibulation), sodass ein bedeckender, narbiger Hautverschluss herbeigeführt wird (durch Entfernen und Zusammenheften oder -nähen der Labia minora und/oder der Labia majora) – mit oder ohne Entfernung der Glans clitoridis	
Typ IIIa	Entfernen und Zusammennähen der Labia minora
Typ IIIb	Entfernen und Zusammennähen der Labia majora
Typ IV: Alle anderen schädigenden Eingriffe, die die weiblichen Genitalien verletzen und keinem medizinischen Zweck dienen	
Etwa Einstechen, Durchbohren, Einschnneiden, Ausschaben, Ausbrennen, Verätzen oder Dehnen	

a: Infibulation oder „Pharaonische Beschneidung“: Nach Entfernung der äußeren Genitalien und Vernähen bleibt nur eine winzige Öffnung für Urin und Blut.

b: Nach Rekonstruktion entstand eine Neoklitoris (gelber Pfeil), der Scheideneingang ist wieder offen. Die OP-Narben sind kaum noch sichtbar (gelbe Sternchen).



Fotos: PD Dr. med. Dan mon O'Dey

13 cm langen Schwellkörper (Crura clitoridis) vereinen sich zu einem Schaft (Corpora clitoridis), dessen Ende die Glans clitoridis bildet. Die sensible Innervation erfolgt über den N. dorsalis clitoridis aus dem N. pudendus, das Ligamentum suspensorium fixiert die Klitoris an der Symphyse. Das Präputium oder die Vorhaut entsteht aus der Tunica albuginea, die die Corpora und Crura umgibt.

Klitorisnerven reintegrieren

O'Dey verwendet eine gestielte Perforatorlappenplastik mit erhaltener Gefäßversorgung aus der Leistenregion, die auch bei onkogenen Weichteildefekten zur Rekonstruktion der Vulva und des Introitus vaginae verwendbar ist. Die Narben sind kaum sichtbar (Abbildung 1b), die Hautstruktur ähnlich, sodass der spätere Aspekt auch eine ästhetische Einheit gewährleistet. Zusätzlich birgt O'Dey nicht nur den verbliebenen Klitorisstumpf.

Er sorgt über mikrochirurgische Reintegration der Nn. dorsales clitoridis für eine Neurotisierung einer neu geformten Klitoris Spitze. Dieses Verfahren wurde als „neurotizing and molding of the clitoral stump“ (NMCS) von ihm erstmals auf der 46. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC) vorgestellt.

troffenen psychisch und körperlich unter Narbenschmerzen, Schmerzen beim Verkehr, erneuten Gewebeerzehrungen, rezidivierenden Infektionen aufgrund der Abflussbehinderung für das Menstrualblut und den Urin (3). Narben und Keloide können zu Stenoserungen führen. Bei manchen Frauen kommt es infolge einer Verletzung der Harnröhre zu Inkontinenz oder auch zu Fisteln (4). Schmerzen und verminderte Sensibilität führen häufig zu einem unerfüllten Sexualleben.

Retten, was noch zu retten ist

Die Therapie reicht von einer vergleichsweise einfachen Wiedereröffnung (Defibulation), um den Abfluss von Urin und Menstrualblut zu ermöglichen, bis hin zu komplexen plastischen Operationen. Karim verwies auf eine der größten prospektiven Studien mit 2 938 Patientinnen in Frankreich, bei der versucht worden war, das, was von der Klitoris übrig war, wieder freizulegen oder aus den Resten eine Art Neoglans zu bilden. Sie wird dann mit vaginalem Schleimhauttransplantat bedeckt.

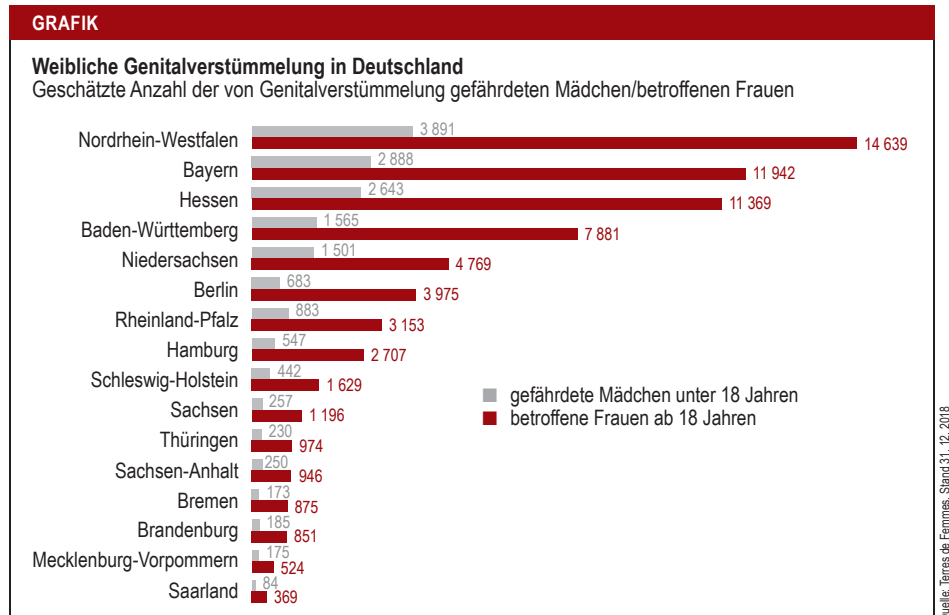
Bei 28 % zeigte sich wieder ein Äquivalent einer normalen Klitoris, bei 24 % war eine Glans sichtbar, bei 6 % tastbar und bei 0,4 % konnte keine Veränderung erzielt werden (5). Hämatome, Nahtdehiszenzen und Fieber wurde bei 5 % der Patientinnen registriert, 4 % mussten kurzfristig erneut stationär aufgenommen werden. Die Hauptkritik an diesem Vorgehen bezog sich auf die geringe Nachverfolgungsrate

von nur 29 % nach einem Jahr. Aber in den Leserbriefen an das Fachjournal wurden seinerzeit auch Zweifel geäußert, ob nach den schwerwiegenden Verstümmelungen überhaupt noch genügend Klitorisgewebe zurückbleibe, um nach solch einer einfachen Freilegung tatsächlich von einer „Rekonstruktion“ sprechen zu können (6).

PD Dr. med. Dan mon O'Dey wählte deshalb einen anderen Weg. Der Chefarzt der Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie am Luisenhospital in Aachen hat die Anatomie der die Schamregion versorgenden Nerven und Gefäße erforscht und eine komplexe Rekonstruktion entwickelt und beschrieben (7–9). Die etwa

Für die Dunkelzifferberechnung

wird die durch Unicef ermittelte Anzahl der Betroffenen im Herkunftsland auf die Anzahl der in Deutschland lebenden Mädchen und Frauen unter Einbezug der Aufenthaltsdauer in Deutschland angewandt.



Dort konnte er von 47 FGM-Patientinnen berichten, die nach dem Eingriff über den Zeitraum von einem Jahr lückenlos nachuntersucht worden sind. Bei der Erhebung zeigte sich, dass die klitorale Empfindung und die Fähigkeit zum Orgasmus bei allen Frauen zurückgekehrt war, wobei die subjektive Empfindungsstärke auf einer Skala von 0–10 (min–max) zwischen 6 (2 %), 8 (74 %) und 10 (24 %) variierte.

Darüber hinaus ist eine größer angelegte Outcome-Studie geplant, die einen 5-Jahres-Zeitraum und Nachuntersuchungsintervalle von durchweg 1 Jahr anvisiert. Hier sollen neben der klitoralen Empfindungskapazität und den funktionellen Vulvaaspekten nach Rekonstruktion auch Vorkommen, Art und Therapie etwaiger Komplikationen erfasst werden.

Nachbeobachtung oft schwierig

Insgesamt hat O'Dey an dem von ihm gegründeten Zentrum für Rekonstruktive Chirurgie weiblicher Geschlechtsmerkmale inzwischen 380 Frauen nach Genitalverstümmelung behandelt. „Diese Rekonstruktion ist insbesondere nach einer gravierenden Beschneidung wie etwa bei Typ 3 eine kurative Maßnahme und medizinisch indiziert“, so der Aachener Chirurg. Die Patientinnen hätten das Recht auf eine bestmögliche anatomische Wiederherstellung. Die Kostenübernahme durch die Krankenkassen ist allerdings nicht garantiert, auch wenn Beschneidung unter ICD-10-DE 2016 Z91.70–74 beziehungsweise N90.8 im Diagnoseschlüssel abbildbar ist.

Dr. med. Massimiliano Brambilla, einer der profiliertesten Intimchirurgen Europas, äußerte nach dem Vortrag O'Deys gleichzeitig Anerkennung und Frustration. Er selbst nehme im Mangiagalli Center in Mailand ähnlich aufwendige Rekonstruktionen vor. Allerdings bewirkten die Migrationsbedingungen, dass viele der Frauen weiterzögen oder an andere Orte verbracht würden, sodass eine Nachbeobachtung kaum möglich sei. Tatsächlich dürfte dies einer der Gründe dafür sein, dass in puncto Therapie der weiblichen Ge-

Verstümmelt – früher und heute

Weibliche Genitalverstümmelung gibt es seit 3 000 Jahren und wurde bereits zur Zeit der Pharaonen praktiziert. In einem Papyrus aus dem Jahr 163 v. Chr. wird explizit erwähnt, dass Mädchen genitalverstümmelt wurden. Auch Galen berichtet über die weibliche Beschneidung in Ägypten. Der byzantinische Arzt Aetios von Amida beschreibt im 6. Jahrhundert n. Chr., dass dies in Ägypten bei jungen Frauen vor der Hochzeit zur Minderung ihres sexuellen Verlangens praktiziert worden ist. Zeugnisse aus der Antike belegen Genitalverstümmelungen auch unter römischen Sklavinnen. Für Europa und Nordamerika gibt es seit dem ausgehenden Mittelalter Hinweise auf die operative Manipulation der äußeren weiblichen Genitalien. Dies wurde mit der Therapie von nervösen Erkrankungen, Hysterie und Masturbation begründet. Die letzte so gerechtfertigte Klitoridektomie wurde in den USA 1953 bei einem 12-jährigen Mädchen durchgeführt.

Heutzutage weisen vor allem afrikanische Länder extrem hohe Beschneidungsraten von 90 % und mehr auf, etwa Ägypten, Somalia, Eritrea, Dschibuti und Sudan im Osten, Guinea und Sierra Leone im Westen. Inzwischen zählen auch Frauen aus Indonesien hierzulande zu den Hauptbetroffenen. In vielen dieser Gesellschaften ist eine Alternative zur Beschneidung für die Frauen nicht denkbar. Sie konstituiert dort einen Teil des Frauseins und rechtfertigt sich in einer komplexen Verquickung von ästhetischen, mythischen, religiösen, ökonomischen und medizinischen Vorstellungen.

Als eine grundlegende Motivation gilt der Wunsch nach Kontrolle und Reduzierung sexuell aktiven Verhaltens der Frau, das der Familienehre schadet. Die Infibulation soll zudem Jungfräulichkeit bis zur Heirat garantieren. Nichtbeschnittene Mädchen riskieren soziale Ausgrenzung, mitunter wird ein höheres Brautgeld für sie bezahlt. Als weitere Gründe gelten im weitesten Sinne medizinisch-hygienische Vorstellungen. Das Fehlen der Klitoris soll Sauberkeit garantieren oder die Fertilität verbessern. Manchen gilt die Klitoris als toxisch, ihre Berührung soll Männer impotent machen.

Beschnitten wird in aller Regel ohne jede Betäubung. Es ist daher extrem schmerzhaft und traumatisierend. Die Letalität des Eingriffes selbst oder der unmittelbaren Folgen (etwa Blutverluste und Infektionen) liegt bei 25 %. Die Verstümmelung wird meist bei Mädchen zwischen 4 und 12 Jahren, aber auch bei älteren Mädchen oder Frauen (unmittelbar vor oder nach der Heirat oder nach der ersten Geburt) vorgenommen. Es kommt vor, dass dem Ehemann oder dessen Mutter die Verstümmelung nicht genügt, sodass vor der Hochzeit weitere schwerwiegende Verletzungen zugefügt werden. Die zahlreichen Aufklärungsinitiativen der vergangenen Jahre haben das Bewusstsein für die Problematik geschärft. Dennoch werden immer mehr jüngere Mädchen und sogar Säuglinge verstümmelt. Diese können sich nicht entziehen oder gegen die eigene Familie vorgehen (1, 2, 15).

nitalverstümmelung die Evidenzlage so dünn ist (10–12). Allerdings sprechen die verfügbaren Daten dafür, dass die chirurgische Rekonstruktion den Frauen Selbstachtung, ein besseres Körperbild und eine Verbesserung des sexuellen Erlebens ermöglichen kann (13).

Beschneiderinnen leiden selbst

Dass dies nur gelinge, wenn die Therapeuten größtmögliche Sensibilität beim Umgang mit den Frauen zeigten, betonte O'Dey nachdrücklich. „Die Beschneidungen werden aufgrund großen Drucks vorgenommen“, erläutert er im Gespräch mit dem *Deutschen Ärzteblatt*. Tradition, Riten, Mythen und archaische Konventionen zwingen die Familien dazu, sich den Beschneidungen zu beugen. In manchen Regionen hängt in den Vorstellungen der Menschen die Sicherheit der Familie, die Heiratsfähigkeit der Frau und die Gesundheit der Kinder davon ab. „Diejenigen, die Kinder oder junge Frauen beschneiden, leiden oft selbst darunter“, weiß O'Dey. Eine von ihnen habe ihm berichtet, dass sie irgendwann das Schreien der Mädchen nicht mehr ausgehalten habe.

Die Bundesärztekammer hat eigene Empfehlungen zum Umgang mit diesen Patientinnen herausgebracht (14). Darin wird nicht nur festgehalten, dass dies gemäß § 226 a des Strafgesetzbuches eine Straftat darstellt. Auch die Einwilligung ist nichtig, da eine solche Tat gegen die guten Sitten verstößt. Straftat sind auch sogenannte „Fernbeschneidungen“ im Ausland. Wer mit Mädchen oder Frauen zu diesem Zweck in sein Herkunftsland reist, dem droht seit 2016 der Entzug des Passes (15). Ärzte können bei entsprechenden Anhaltspunkten eine Entbindung von der Schweigepflicht veranlassen. Nach einer Geburt soll nach Einreißen der Narben, einem Dammriss oder -schnitt kein Genitalverschluss mehr erfolgen. Wenn die Patientin das trotz Aufklärung verlangt, muss der Arzt dies ablehnen. *Dr. med. Martina Lenzen-Schulte*

Literatur im Internet:
www.aerzteblatt.de/lit4619
oder über QR-Code.



Zusatzmaterial Heft 46/2019, zu:

Weibliche Beschneidung

Neoklitoris und Vulvarekonstruktion für verstümmelte Frauen

Die Aufmerksamkeit für Genitalverstümmelung wächst auch hierzulande, nicht zuletzt aufgrund zunehmender Migrationsströme. Mithilfe chirurgischer Maßnahmen kann es gelingen, den versehrten Frauen und Mädchen nicht nur ihr äußeres Genitale, sondern auch ihre Empfindungsfähigkeit wiederzugeben.

Literatur

1. Terre des Femmes: Genitalverstümmelung auch in Deutschland bekämpfen. Deutsches Ärzteblatt News vom 11.10.2019. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/sw/Genitalverst%FCmmelung?nid=106610> (last accessed on 23 October 2019).
2. Gruber F, Kulik K, Binder U: Studie zu weiblicher Genitalverstümmelung, 2005. <https://www.frauenrechte.de/images/downloads/fgm/EU-Studie-FGM.pdf> (last accessed on 23 October 2019).
3. O'Dey DM: Complex reconstruction of the vulva following female genital mutilation/cutting. *Urologe A* 2017; 56 (10): 1298–301.
4. Karim RB, Dekker JJ: Rekonstruktive Chirurgie nach genitaler Mutilation – Schritt für Schritt. *Frauenheilkunde up2date* 2017; 11: 399–403.
5. Foldès P, Cuzin B, Andro A: Reconstructive Surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study. *Lancet* 2012; 380: 134–41.
6. Creighton S, Bewley S: Letter. *Lancet* 2012; 380: 1468–9.
7. O'Dey DM: Vulvar Reconstruction following Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) and Other Acquired Deformities, 1. Aufl. Heidelberg: Springer 2019.
8. O'Dey DM: Anatomische Rekonstruktion nach weiblicher Genitalbeschneidung. *J Ästhet Chir* 2018; 11: 180–4.
9. O'Dey DM, Bozkurt A, Pallua N: The anterior Obturator Artery Perforator (aOAP) flap: surgical anatomy and application of a method for vulvar reconstruction. *Gynecol Oncol* 2010; 119: 526–30.
10. Abdulcadir J, Rodriguez MI, Say I: A systematic review of the evidence on clitoral reconstruction after female genital mutilation/cutting. *Int J Gynaecol Obstet* 2015; 129 (2): 93–7.
11. 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 Gynaecol Obstet* 2016; 132 (2): 174–8.
12. Ezebialu I, Okafo O, Oringanje C, et al.: Surgical and nonsurgical interventions for vulvar and clitoral pain in girls and women living with female genital mutilation: A systematic review. *Int J Gynaecol Obstet* 2017; 136 (Suppl 1): 34–7.
13. Seifeldin A: Genital Reconstructive Surgery after Female Genital Mutilation. *Obstetrics and Gynecology International* 2016; 4 (6): 00129.
14. Bundesärztekammer: Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung. Stand April 2016. https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Empfehlungen/2016-04_Empfehlungen-zum-Umgang-mit-Patientinnen-nach-weiblicher-Genitalverstuemmung.pdf (last accessed on 7 November 2019).
15. pro familia: pro familia medizin. der familienplanungsbrief. Informationen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit für Beratung und Therapie. Nr. 2. Dezember 2017, S. 12. <https://www.profamilia.de/medizin/uebersicht-medizinischer-newsletter.html> (last accessed on 7 November 2019).