

4	Hintergrundinformationen
7	Rechtslage
8	Fachkräfte Im Gesundheitswesen
8	Gynäkologische Untersuchung
10	Defibulation
11	Schwangerschaft
12	Reinfibulation
12	Postnatale Nachsorge
12	Weitere Empfehlungen
13	Anhang

Hintergrundinformationen

Definition

Die genitale Verstümmelung von Mädchen und Frauen (Female Genital Mutilation, FGM) umfasst die partielle oder totale Entfernung oder sonstige Verletzung der äusseren weiblichen Genitalien aus kulturellen oder anderen, nicht therapeutischen, Gründen. Einige Autoren ziehen die Bezeichnung «weibliche Beschneidung» (female circumcision) vor. Der Begriff «Beschneidung» ist im Austausch mit betroffenen Frauen zu favorisieren, da er ihnen gegenüber im Gespräch weniger wertend und verletzend ist.

Prävalenz/Inzidenz

Schätzungen der WHO zufolge sind weltweit 138 Millionen Mädchen und Frauen von der weiblichen Genitalverstümmelung betroffen. Man geht von jährlich 2 Millionen neuen Fällen aus; zumeist sind dies Säuglinge, Kleinkinder und junge Mädchen.

Historisches

Der Brauch der genitalen Alteration bei Mädchen und Frauen aus nicht medizinischen Gründen existiert seit über 2000 Jahren. Obwohl häufig religiöse Motive zu seiner Rechtfertigung herangezogen werden, schreibt keine Region FGM vor. Der Brauch ist älter als das Christentum und der Islam (keine Sure im Koran empfiehlt FGM). In den betroffenen Regionen pflegen Muslime, Katholiken, Protestanten, orthodoxe Kopten, Animisten und Atheisten den Brauch.

Neben den religiösen Motiven haben insbesondere sozial und kulturell determinierte Argumente eine grosse Bedeutung. Diese unterscheiden sich von Region zu Region. Die unten aufgeführte Liste gibt einige Beispiele, ist jedoch nicht als vollständig zu betrachten:

- Tradition, Initiationsritus
- Reinheitsgebot
- Ästhetische Gründe
- Bewahrung der Jungfräulichkeit
- Bewahrung der ehelichen Treue
- Hygienische Gründe
- Voraussetzung für die Heiratsfähigkeit
- Förderung der Fruchtbarkeit
- Bewahrung der Familienehre
- Stärkung der Gruppenzugehörigkeit
- Steigerung der sexuelle Befriedigung des Mannes
- Angst vor männlicher Impotenz verursacht durch die Klitoris

- Angst vor einem kontinuierlichen Wachstum der kleinen Schamlippen
- Angst vor einem überdimensionalen Wachstum der Klitoris
- Angst vor dem Tod des Neugeborenen bei Kontakt mit der Klitoris während der Geburt
- Notwendigkeit, die männlichen Züge des neugeborenen Mädchens zu entfernen, damit das Kind in der Zukunft ganz Frau wird

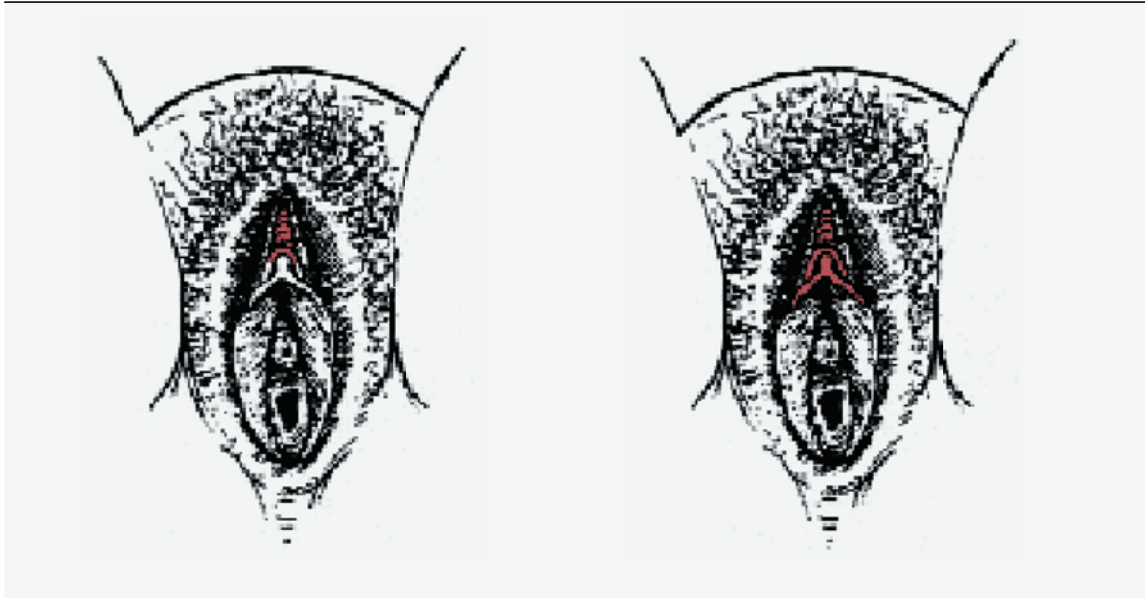
Klassifikation

Gemäss der derzeitigen international gebräuchlichen Klassifikation der WHO werden vier Formen von FGM (Typ I – IV) unterschieden. In der Praxis ist es jedoch nicht immer einfach die verschiedenen Formen von FGM voneinander zu trennen, da Zwischenformen und Variationen existieren. Das Gesundheitspersonal wird zumeist mit der Infibulation (Typ III) konfrontiert. Die Typen I, II und IV bleiben häufig unbemerkt.

- Typ I: «SUNNA»: Exzision der Vorhaut mit der ganzen oder einem Teil der Klitoris
- Typ II: «EXZISION»: Entfernung der Klitoris mit partieller oder totaler Amputation der kleinen Labien
- Typ III: «INFIBULATION» oder «PHARAONISCHE INZISION»: Entfernung der ganzen oder eines Teiles der äusseren Genitalien und Zunähen des Orificium vaginae bis auf eine minimale Öffnung. Im Zusammenhang mit dem Brauch der Infibulation werden die Mädchen häufig mit zusammengebundenen Beinen für Tage oder Wochen immobilisiert.
- Typ IV: Diverse, nicht klassifizierbare Praktiken:
 - Punktion, Piercing, Einschnitt und Einriss der Klitoris
 - Ausziehung, Verlängerung der Klitoris und der kleinen Schamlippen
 - Ausbrennen der Klitoris und/oder der angrenzenden Gewebe
 - Einreissen des Umgebungsgewebes (ANGURYA Schnitte)
 - Einführung ätzender Substanzen oder Kräuter in die Vagina, um diese zu verengen

Die Mehrheit aller Formen von FGM (85%) umfasst die Typen I, II und IV. Die Infibulation macht Schätzungen zufolge 15% aller Fälle aus.

Abbildung 1: FGM Typ I



Exzision der Vorhaut mit oder ohne Exzision der ganzen oder eines Teiles der Klitoris (Quelle: WHO, reproduziert mit Erlaubnis)

Abbildung 2: FGM Typ II



Exzision der Klitoris mit partieller oder totaler Amputation der kleinen Schamlippen (Quelle: WHO, reproduziert mit Erlaubnis)

Geographie

FGM wird überwiegend in 28 afrikanischen Ländern südlich der Sahara und selten in einzelnen Regionen Asiens praktiziert. Der Brauch existiert nicht in Nordafrika abgesehen von Ägypten. Die Formen I und II betreffen insbesondere die folgenden Länder: Benin, Burkina Faso, Demokratische Republik Kongo, Elfenbeinküste, Eritrea, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Indonesien, Jemen, Kamerun, Kenia, Liberia, Malaysia, Mali, Mauretanien, Niger, Nigeria, Senegal, Sierra Leone, Tansania, Togo, Tschad, Uganda und die Zentralafrikanische Republik.

Die Infibulation (Typ III) wird in Ägypten, Äthiopien, Djibuti, Eritrea, Somalia und im Norden des Sudan durchgeführt. Die anderen Formen von FGM (Typ I und II) kommen in diesen Ländern ebenfalls vor. In Somalia sind zum Beispiel schätzungsweise 98% aller Frauen und Mädchen betroffen, davon sind 80% infibuliert.

In der Schweiz rechnet man mit 10 000 bis 12 000 Frauen, die aus Regionen stammen, in denen FGM praktiziert wird; 6000 bis 7000 unter ihnen sind bereits betroffen oder gefährdet.

Durchführung von FGM

Zu den verwendeten Instrumenten gehören Messer, Scheren, Rasierklingen, Glasscherben oder Skalpelle. In den meisten Fällen wird der Eingriff ohne Anästhesie und ohne sterile Instrumente vorgenommen. Wohlhabende Familien lassen den Eingriff manchmal im Krankenhaus unter Anästhesie durchführen. In 70% der Fälle wird FGM während der Kindheit praktiziert. In manchen Regionen erfolgt der Eingriff kurz nach der Geburt. In anderen Gegenden wird der Brauch kurz vor der Hochzeit oder während der Pubertät ausgeführt.

Tendenziell wird FGM in den Herkunftsländern und innerhalb einiger Gruppierungen der Migrationsbevölkerung in zunehmend jüngerem Alter durchgeführt. Gründe dafür sind, dass sich jüngere Kinder schlechter wehren können, und dass unangenehme Fragen von

Seiten der Schulbehörden vermieden werden können. Häufig wird die Beschneidung im Rahmen eines Besuchs im Heimatland durchgeführt. Es hat sich jedoch gezeigt, dass die Verbreitung von FGM in bestimmten Herkunftsländern, wie zum Beispiel Ägypten, abnimmt.

Komplikationen

Häufigkeit und Art der akuten Komplikationen sind von den hygienischen Bedingungen, dem Geschick und der Erfahrung der Beschneiderin sowie vom Widerstand des Opfers abhängig. (Wenn ein Kind sich wehrt, erhöht sich das Komplikationsrisiko).

Tabelle 1: Akute Komplikationen bei FGM

Infektion	Lokalinfektion Allgemeininfektion Septischer Schock HIV-Infektion Tetanus Gangrän
Probleme beim Wasserlassen	Urinretention Oedem der Urethra Dysurie
Verletzung	Verletzung benachbarter Organe Frakturen (Femur, Clavicula, Humerus) Psychisches Trauma
Blutung	Hämorrhagie Schock Anämie Tod

Das Gesundheitspersonal in der Schweiz wird zur Behandlung von chronischen Komplikationen von FGM hinzugezogen. Dies betrifft erwachsene und jugendliche Migrantinnen, die in ihrer Kindheit im Heimatland beschnitten worden sind. Die chronischen Komplikationen korrelieren mit dem Grad der Beschneidung. Dabei ist das Gesundheitspersonal zumeist mit der Infibulation (Typ III) konfrontiert. Die Typen I, II und IV bleiben häufig unbemerkt. Es ist zu betonen, dass die betroffenen Frauen die Folgekomplikationen von FGM häufig nicht mit der genitalen Verstümmelung in Zusammenhang bringen. Vielmehr ist diese für sie oft ein weit zurückliegendes Ereignis. Überdies teilen sie dieses Problem mit den meisten Frauen ihrer Umgebung («so ist eben das typische Leben einer Frau»). Andererseits haben selbst unter den Frauen mit Infibulation nicht alle Betroffenen medizinische Komplikationen.

Fachkräfte des Gesundheitswesens

Fachkräfte verschiedenster Bereiche des Gesundheitswesens können mit Patientinnen konfrontiert werden, die von FGM betroffen sind. In dieser Situation ist das Gesundheitspersonal nicht nur durch eine medizinische, sondern auch durch eine rechtliche sowie kulturelle und ethische Problematik gefordert. Konfrontiert mit den Folgen eines Brauchs, den sie möglicherweise vehement verurteilen, zeigen Fachkräfte im Gesundheitswesen eventuell Reaktionen, die für die Betroffenen eine neue Quelle der Erniedrigung darstellen können. Idealerweise sollte das Personal sich im Klaren sein über:

- den soziokulturellen Hintergrund von FGM und die Bevölkerungsgruppen, die den Brauch praktizieren,
- die Formen von FGM und die assoziierten Komplikationen,
- die körperlichen Symptome, die darauf hinweisen, dass ein Mädchen beschnitten worden ist und das Einschalten kompetenter Dienste in Anbetracht einer Gefährdung bezüglich FGM,
- die eigene Haltung gegenüber FGM,
- die spezifische Behandlung und Pflege im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe,
- die Illegalität des Eingriffs in der Schweiz und in Europa.

AllgemeinärztInnen sollten keine Hemmungen haben, eine Patientin zu fragen, ob sie von FGM betroffen ist. Wichtig ist, sich darüber klar zu sein, dass das Thema mit Sensibilität angesprochen werden sollte und dass die betroffenen Frauen nicht unbedingt gut über ihre genitale Anatomie und den Beschneidungstyp Bescheid wissen.

KinderärztInnen sollten das Thema nach der Geburt eines Mädchens mit den Eltern besprechen. Idealerweise sollte FGM ein zweites Mal mit der Familie thematisiert werden, wenn das Mädchen zwischen vier und fünf Jahre alt ist. Es kann nützlich sein, die Haltung der Mutter und des Vaters bezüglich FGM zu kennen. Da es häufig die Grossmutter ist, welche die Familientradition der Beschneidung aufrecht erhält, ist es wünschenswert, auch ihre Position zu kennen.

FrauenärztInnen und Hebammen sind die Fachkräfte im Gesundheitswesen, welche am häufigsten mit den praktischen Problemen der betroffenen Frauen konfrontiert sind. Sie sollten das Thema FGM mit allen Patientinnen ansprechen, die aus Regionen stammen, in denen der Brauch praktiziert wird. Im Gespräch mit den Betroffenen sollte nicht der Terminus FGM, sondern der Begriff der «Beschneidung» verwendet werden. Häufig zögert das Gesundheitspersonal aus Angst, die Scham der Frauen zu verletzen, das Thema anzusprechen.

Bei Frauen mit Infibulation ist die vaginale Untersuchung, die Untersuchung mit Spekulum oder der PAP-Abstrich der Cervix uteri, oft schwierig, teilweise sogar unmöglich. Die künstliche Einleitung der Schwangerschaft mit Prostaglandinen ist manchmal nicht möglich, und im Falle einer Fehlgeburt können bei der Durchführung einer Küretage Schwierigkeiten auftreten. In dieser Situation oder bei dem Wunsch nach Schwangerschaftsabbruch, ist es unabdingbar, die Patientin im Voraus über die Notwendigkeit einer Defibulation zu informieren.

Gynäkologische Untersuchung

Die gynäkologische Untersuchung und die Behandlung der Frau mit FGM sollte von erfahrenen ÄrztInnen/ Hebammen vorgenommen werden, die von einer adäquaten ÜbersetzerIn (erwachsene Frau ohne familiären Bezug zur Patientin, wenn möglich mit einer Ausbildung als Übersetzerin/ Mediatorin) unterstützt werden. Für die Sprechstunde sollte genügend Zeit eingeplant werden. Das zuständige Gesundheitspersonal muss sich seiner eigenen Haltung bezüglich FGM bewusst sein und seine Gefühle (Wut, Abscheu,...) der Patientin gegenüber kontrollieren können. Ebenso ist es wünschenswert, eine gewisse Intimität während der Sprechstunde zu ermöglichen. (Dies ist keine ideale Situation für eine Demonstration vor StudentInnen.)

Die Anamnese sollte ermöglichen, den Typ der Beschneidung zu präzisieren, sowie das Alter der Patientin zum Zeitpunkt der Intervention und mögliche Komplikationen zu dokumentieren. Im Gespräch sollte die Einstellung der Patientin bezüglich FGM zum Ausdruck kommen können. Auch die psychologischen und sexuellen Probleme der Patientin sollten einbezogen werden (Qualität des Geschlechtsverkehrs, Dyspareunie, erster Geschlechtsverkehr). In diesem Zusammenhang ist es sehr wichtig, negative Verallgemeinerungen zu vermeiden: Unter den Frauen mit FGM gibt es individuell grosse Unterschiede im sexuellen Erleben.

Die klinische Untersuchung und der gynäkologische Ultraschall müssen vorsichtig und mit angemessenem Untersuchungsmaterial (Spekulum virgo, Vaginoskop) erfolgen. Wenn die vaginale Untersuchung unmöglich ist, kann die rektale Untersuchung eingesetzt werden, nachdem man die Patientin klar informiert und ihr Einverständnis eingeholt hat.

Mit Hilfe von schematischen Abbildungen, welche die genitale Anatomie einer Frau vor und nach Veränderungen durch FGM darstellen, kann das Aufklärungsgespräch vereinfacht werden. Die Patientinnen kennen ihren eigenen Körper häufig schlecht und die natürliche weibliche Anatomie noch weniger gut. Fotografien sollen nicht als Mittel zur Veranschaulichung benutzt werden, da sie schockierend wirken können. Manche Frauen akzeptieren jedoch die Benutzung eines Spiegels. Die Frauen benötigen Informationen, insbesondere was Sexualität, Fruchtbarkeit und die Komplikationen von FGM anbelangt. Wenn eine Defibulation vorgesehen ist, muss man die Operationstechnik mittels Schemata erläutern, da die Patientinnen häufig eine anale Läsion als Folge der Intervention fürchten. Sie müssen auch klar über die zu erwartenden anatomischen und physiologischen Veränderungen nach dem Eingriff informiert werden (Menstruation, Miktion, Sexualverkehr).

Ausserdem sollten die Patientinnen Informationen über für sie hilfreiche soziale Netze und über wichtige soziale und integrationsvermittelnde Anlaufstellen erhalten. Häufig haben die Frauen neben den Komplikationen von FGM viele andere Probleme zu bewältigen (Asylantrag, soziale Unsicherheit und Isolation, Analphabetismus, unzureichende Kenntnisse der lokalen Sprache, etc.).

Die Patientinnen müssen über die Möglichkeit der Defibulation und über deren Vorteile informiert werden (Harnfluss, Menstruation, Sexualverkehr). Diese Intervention sollte insbesondere im Fall von schwerer Dysmenorrhoe, erschwelter Miktion, rezidivierenden Harnwegsinfektionen oder Angst vor Sexualkontakt (vor oder nach dem ersten Geschlechtsverkehr) vorgeschlagen werden.

Es sollte eine Klarstellung der rechtlichen Situation (Verbot von FGM gemäss Artikel 122 des Schweizerischen Strafgesetzbuches) zur Prävention von FGM bei den Töchtern und der gängigen Behandlungspraxis (im Prinzip keine Reinfibulation nach der Geburt) erfolgen. In diesem Zusammenhang ist ein Präventionsgespräch essentiell, weil die wichtigsten Argumente gegen FGM medizinischer Natur sind.

Man sollte nicht vergessen, dass die Eltern, die eine traditionelle Beschneidung für ihre Tochter wünschen, dabei die besten Absichten haben. Wenn man den Brauch der Genitalverstümmelung verurteilt, muss man nicht gleichzeitig die Eltern, welche diese Tradition beibehalten wollen, verurteilen. Erinnern wir uns daran, dass viele der betroffenen MigrantInnen FGM nicht als Verstümmelung betrachten und ihre gesundheitlichen Probleme nicht mit FGM assoziieren, sondern positive Wertvorstellungen mit dem Brauch verbinden. Einige Eltern hoffen zum Beispiel, ihre in einer westlichen Gesellschaft aufwachsende Tochter durch FGM beschützen zu können. Ausserdem können viele MigrantInnen das Interesse des Gesundheitspersonals an FGM nicht nachvollziehen. Insbesondere im Zusammenhang mit einem Neuanfang in einem fremden Gastland sind sie mit so vielen anderen Problemen konfrontiert, dass die Präventionsbemühungen bezüglich FGM manchmal nur wenig Wirkung zeigen.

Anhang III

Liste der Organisationen/Institutionen und Referenzpersonen mit Adressen

Informationsvermittlung / Orientation:

IAMANEH Schweiz
Aeschengraben 16
4051 Basel
Tel +41 (0)61 205 60 80
Fax +41 (0)61 271 79 00
E-Mail: info@iamaneh.ch
Homepage: www.iamaneh.ch

Während der Aufbauphase für ein Referenzzentrum nimmt IAMANEH Schweiz vermittelnde und koordinierende Aufgaben wahr.

Sobald der definitive Standort des Referenzzentrums bekannt ist, werden diese Adresse und entsprechende Informationen unter www.miges.ch abrufbar sein.

Aufgabe des Referenzzentrums wird es sein, Informationen zu medizinischer Beratung, Kontakt- und Beratungsstellen für Betroffene, Materialien für Fachpersonal sowie Fachkompetenz in Bereichen des Kinderschutzes zu vermitteln.

Beratungs- und Kontaktstellen für Betroffene:

- Camarada, 19, ch. de Villars, 1203 Genève, Tel. 022 344 03 39
- Appartenance, Centre migrants, rue des Terreaux 10, 1003 Lausanne, Tel. 021 341 12 50
- Asyl-Organisation, Limmatstrasse 264, 8005 Zürich, Tel. 01 445 67 67
- Treffpunkt schwarzer Frauen, Manessestrasse 73, 8003 Zürich, Tel. 01 451 60 94
- Inter-African Committee, rue de Lausanne 145, 1202 Genève, Tel 022 731 24 20
- PLANeS, Stiftung für sexuelle und reproduktive Gesundheit, 9 Av. de Beaulieu, 1000 Lausanne Tel. 021 661 22 33.
Homepage: www.plan-s.ch: Liste der kostenlosen Schwangerschafts- und Familienplanungs- und Beratungsstellen in der ganzen Schweiz

Medizinische Fachpersonen:

Prof. P. Hohlfeld, CHUV Lausanne
Dr. med. A. Kuhn-Dörflinger, Inselspital Bern
Dr. med. J. Pok, Universitätsspital Zürich

Juristische Fragen und Kinderschutz:

- Kantonsärzte
- Vormundschaftsbehörden
- Unicef Schweiz, Baumackerstrasse 24, 8050 Zürich, Tel. 01 317 22 66, (Rechtsgutachten)

Vermittlung von Übersetzungsdiensten:

www.inter-pret.ch

Diverse Informationen zu Migration und Gesundheit

www.miges.ch

Zentrales und umfassendes Kommunikationsinstrument zum Thema Migration und Gesundheit, News (Projekte, Veranstaltungen), Diskussionsforum, Pressespiegel, Publikationen, Ausbildung, Adressen, Links