

PATIENTINNEN MIT GENITALER BESCHNEIDUNG: SCHWEIZERISCHE EMPFEHLUNGEN FÜR ÄRZTINNEN UND ÄRZTE, HEBAMMEN UND PFLEGEFACHKRÄFTE

Aktuelle Studien^{1, 2} und Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass Patientinnen mit FGM (female genital mutilation) und insbesondere mit Infibulation (siehe FGM-Klassifikation auf Seite 4) in der Schweiz nicht immer eine adäquate Behandlung erhalten. Ein Grund dafür ist zweifellos die mangelnde Erfahrung des Gesundheitspersonals mit diesem Thema. Daher ist es unabdingbar geworden, ein Informationsdokument für das Gesundheitspersonal der Schweiz zusammenzustellen, das gleichzeitig offizielle Behandlungsempfehlungen gibt.

Bereits beim ersten Kontakt mit einer von FGM betroffenen Patientin kann das Gesundheitspersonal diese ungewollt stigmatisieren. Hervorgerufen durch Erschrecken, innere Ablehnung und Verurteilung von FGM können Fehlreaktionen entstehen. Mangelhafte Kenntnis des Themas kann folgende Konsequenzen nach sich ziehen:

1. Inadäquate Behandlung: Kaiserschnitt auf Grund von Unkenntnis der Defibulationstechnik (siehe Seite 11); Empfehlung postpartaler Reinfibulation (siehe Seite 13), um vaginale Infektionen zu verhindern
2. Unsensible Herangehensweise: Offenkundiges Erschrecken der/des Behandelnden während der Untersuchung und fehlender Austausch darüber mit der Patientin; völlige Unkenntnis des Themas, inadäquate Diagnostik
3. Kritikwürdiges Verhalten: Fehlende Thematisierung von FGM während der Schwangerschaft; Reinfibulation (siehe Seite 13) der Patientin ohne entsprechendes Gespräch im Vorfeld; Defibulation (siehe Seite 11) ohne Aufklärung der Patientin, so dass diese die anatomische Veränderung erst nach ihrer Rückkehr nach Hause feststellt
4. Fehlende Prävention: Verpassen der Gelegenheit für Präventionsgespräche zum Schutz der Töchter betroffener Frauen

In verschiedenen Ländern (Grossbritannien, Schweden, Belgien, Deutschland, Dänemark, etc.) existieren bereits Empfehlungen zur Optimierung der Behandlung betroffener Frauen. Auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat zahlreiche Publikationen zum Thema herausgegeben. Bei der Erstellung des vorliegenden Dokuments sind bereits bestehende nationale und internationale Empfehlungen mit einbezogen worden. Die Broschüre wurde offiziell anerkannt durch die Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, den Schweizerischen Hebammenverband, das Bundesamt für Gesundheit, das Schweizerische Tropeninstitut, IAMANEH Schweiz (International Association for Maternal and Neonatal Health), PLANeS (Schweizerische Stiftung für sexuelle und reproduktive Gesundheit), UNICEF Schweiz und Caritas Schweiz.

¹ Thierfelder C, Hatz Ch, Kessler C. Migrantinnen mit genitaler Verstümmelung in der Schweiz: Schweizerische Rundschau für Medizin 31/32; 1307-14, 2003. Dissertation: <http://www.sti.ch/onlinediss.htm>

² Jaeger F., Schulze S., Hohlfeld P. Female genital mutilation in Switzerland: a survey among gynaecologists, Swiss Med Wkly 132; 259-4, 2002

Arbeitsgruppenmitglieder, die an der Redaktion der Empfehlungen beteiligt waren:

Amman Claudia, Caritas Schweiz
 Cotting Anita, PLANeS
 Hanselmann Verena, Bundesamt für Gesundheit
 Held Penny, Schweizerischer Hebammenverband
 Hohlfeld Patrick, Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
 Hollinger Eveline, UNICEF Schweiz
 Jäger Fabienne
 Kessler-Bodiang Claudia, Schweizerisches Tropeninstitut
 Maury-Pasquier Liliane, PLANeS
 Schuerch Barbara, IAMANEH Schweiz
 Spycher Christa, PLANeS
 Thierfelder Clara, Schweizerisches Tropeninstitut

Inhalt:

HINTERGRUNDINFORMATIONEN	3
RECHTSLAGE.....	8
FACHKRÄFTE IM GESUNDHEITSWESEN	9
GYNÄKOLOGISCHE UNTERSUCHUNG.....	10
DEFIBULATION.....	11
SCHWANGERSCHAFT.....	12
REINFIBULATION	13
POSTNATALE NACHSORGE	14
WEITERE EMPFEHLUNGEN	14
ANHANG.....	15

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.

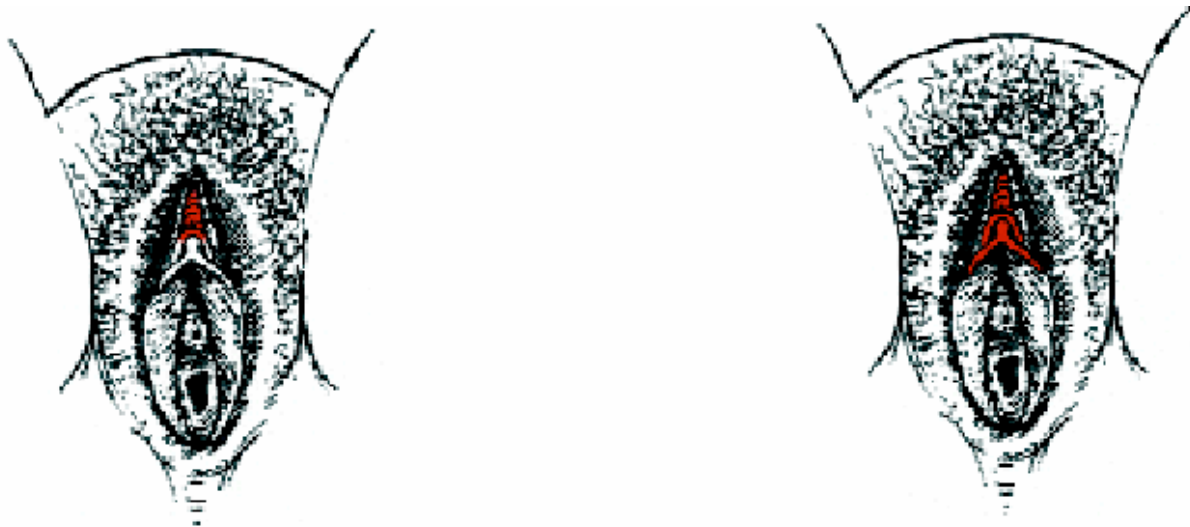


Abbildung 1: FGM Typ I

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

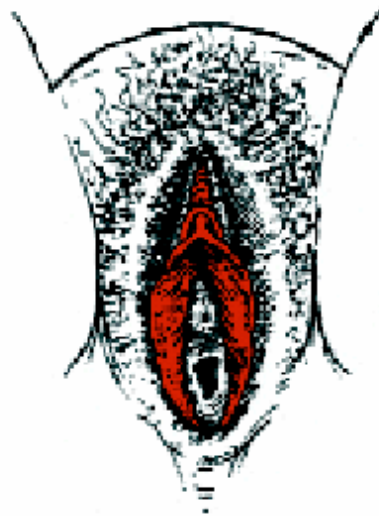


Abbildung 2: FGM Typ II

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.

Studien haben gezeigt, dass bei betroffenen Frauen, die im Westen leben, die psychologischen Probleme im Vordergrund stehen. So kann es geschehen, dass ein Mädchen, das anlässlich eines Heimaturlaubes beschnitten worden ist, seine Erfahrung nicht preis gibt, weil es sich schämt oder weil es von den Erwachsenen unter Druck gesetzt wird zu schweigen. FGM kann bei der Betroffenen ein schweres psychologisches Trauma auslösen. Ebenso kann es zum Vertrauensverlust gegenüber den Eltern oder Grosseltern kommen. Ängste, Depression, chronische Irritabilität und langfristig sexuelle Schwierigkeiten, Paarprobleme oder Psychosen können die Folge sein.

Tabelle 2: Chronische Komplikationen bei FGM

Sexualität/Menstruation	Dyspareunie/Apareunie Vaginalstenose Infertilität / Sterilität Dysmenorrhoe Menorrhagie Chronische Endometritis Adnexitis
Probleme beim Wasserlassen	Rezidivierende Harnwegsinfektion Chronische Vaginitis Prolongiertes Wasserlassen Inkontinenz Vaginalkristalle
Komplikationen des Narbengewebes	Abszessbildung Keloidbildung/Dermoidzysten/Neurome Hämatokolpos
Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt	Mangelernährung der Schwangeren Vaginaluntersuchung erschwert Katheterapplikation nicht möglich Messung des fetalen Skalp-ph unmöglich Austreibungsphase verlängert Perinealrisse Postpartale Hämorrhagie Perineale Wundinfektion Vesico-/rektovaginale Fistelbildung Perinatale Mortalität erhöht
Psychische Spätfolgen	Depression, Posttraumatische Belastungsstörung

RECHTSLAGE

Die Rechtslage ist in Europa je nach Land unterschiedlich. Zum jetzigen Zeitpunkt haben vier Länder (Schweden, Grossbritannien, Belgien und Norwegen) FGM-spezifische Gesetze. In den anderen europäischen Ländern und in der Schweiz ist FGM strafbar, weil es den Tatbestand der schweren Körperverletzung erfüllt. Dies gilt auch, wenn der Eingriff auf Verlangen der Patientin ausgeführt wird. Gemäss dem Schweizerischen Strafgesetzbuch, Artikel 122, Ziffer 1, Alinea 2, heisst es explizit: „Wer vorsätzlich den Körper, ein wichtiges Organ oder Glied eines Menschen verstümmelt [...] wird mit Zuchthaus bis zu zehn Jahren oder mit Gefängnis von sechs Monaten bis zu fünf Jahren bestraft.“ Zudem wurde FGM in einer Stellungnahme der Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften verurteilt. Auf Ebene der internationalen Gesetzgebung verstösst FGM gegen das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes, welches die Schweiz im März 1997 ratifiziert hat.

In der Schweiz darf das Gesundheitspersonal Fälle von Kindsmisshandlungen melden. Artikel 358ter des Strafgesetzbuches (Mitteilungsrecht) besagt: „Ist an einem Unmündigen eine strafbare Handlung begangen worden, so sind die zur Wahrung des Amts- und Berufsgeheimnisses (Art. 320 und 321) verpflichteten Personen berechtigt, dies in seinem Interesse der Vormundschaftsbehörde zu melden.“ Gewisse kantonale Gesetzgebungen kennen jedoch eine Meldepflicht. Generell ist es empfehlenswert, sich beim zuständigen Kantonsarzt zu informieren.

Über die rechtlich relevanten Sachverhalte zur Problematik der weiblichen Genitalverstümmelung in der Schweiz liegt ein Rechtsgutachten vor („Weibliche Genitalverstümmelung in der Schweiz“, Trechsel S, Schlauri R, 2003), welches beim Schweizerischen Komitee für UNICEF erhältlich ist.

Ausserhalb Europas haben folgende Länder spezifische Gesetze gegen FGM verabschiedet: Ägypten, Australien, Burkina Faso, Elfenbeinküste, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kanada, Neuseeland, Senegal, Simbabwe, Tansania, Togo, Uganda, USA und die Zentralafrikanische Republik.

FACHKRÄFTE DES GESUNDHEITSWESEN

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 Komplikation 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, erschwerter 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.

DEFIBULATION

Die Defibulation bezeichnet das Eröffnen der Infibulation.

Tabelle 3: Indikationen für die Defibulation

▪ Verlangen der Patientin	▪ Schwere Dysmenorrhoe
▪ Schwierigkeiten beim Wasserlassen	▪ Rezidivierende Infektionen
▪ Erschwerter Geschlechtsverkehr	▪ Geburt
▪ Keloidbildung des Narbengewebes	▪ Einschlusszysten

Manche Frauen wünschen ein Arztzeugnis, das die Notwendigkeit der Defibulation aus medizinischen Gründen bescheinigt.

Die Intervention muss in Narkose ausgeführt werden. Um eine traumatische Erinnerung an den Akt der Beschneidung zu vermeiden, ist es empfehlenswert, eine lokoregionale Anästhesie (Periduralanästhesie oder Leitungsanästhesie) oder eine kurze Vollnarkose zu wählen. Wird eine Lokalanästhesie gewählt, ist es empfehlenswert, mit einer oberflächlichen Lokalanästhesie in Form einer Creme oder eines Patches zu beginnen. Ist das Gewebe zart, kann dann eine dünne Nadel verwendet werden (Nadel nach Mantoux). Ist das Gewebe derb, sollte eine IM-Injektionsnadel eingesetzt werden: die Injektion wird vereinfacht, wenn die Nadel im 45°-Winkel aufgesetzt wird.

Operationsmodus: Zwei Finger bzw. eine Gefässklemme werden unterhalb der Inzisionszone eingeführt. Mit der Schere wird in Richtung des Mons pubis bis zur Darstellung der Urethra eröffnet. Dabei sollte darauf geachtet werden, die Urethra und die Klitoris, die noch vorhanden sein kann, zu schützen. Die Klitoris muss wieder mit Haut bedeckt werden, damit sie nicht hypersensibel auf normale Stimuli wird. Wenn die Klitoris im Verlauf der Intervention versehentlich zu weit eröffnet wurde, sollte resuturiert werden. Die Wunden werden mittels Einzelknopfnah (Verschluss Stich für Stich am Wundrand jeder Seite) oder

mit einer überwändlichen Naht mit selbst resorbierendem Faden der Stärke 3-0 oder 4-0, z.B. Vicryl Rapid versorgt.

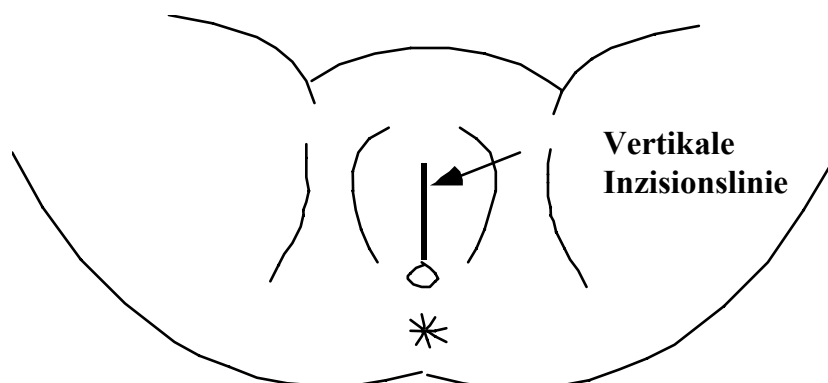


Abbildung 3: Defibulation bei FGM Typ III

SCHWANGERSCHAFT

In der Geburtshilfe treten Komplikationen fast ausschliesslich bei den Frauen auf, die eine Infibulation aufweisen. Im Verlauf der Schwangerschaft kann weder der PAP-Abstrich noch die vaginale Untersuchung durchführbar sein. Zysten und vulväre Abszesse stellen Komplikationen dar. Bei den Patientinnen besteht ein erhöhtes Risiko einer HIV Infektion, wenn der Eingriff im Heimatland in Form einer Gruppenbeschneidung ohne sterile Instrumente durchgeführt worden ist. Das Risiko für Harnwegsinfektionen ist ebenfalls erhöht. Einige der betroffenen Frauen aus bestimmten Regionen haben die Tendenz, sich im Verlauf der Schwangerschaft nicht ausreichend zu ernähren, um die Geburt eines grossen Babys und die damit verbundene Komplikationen zu vermeiden. Man beobachtet in diesem Falle eine unzureichende Gewichtszunahme im Verlauf der Schwangerschaft oder eine Anämie.

Psychologisch kann die Schwangerschaft für betroffene Frauen aufgrund folgender Elemente problematisch sein: Angst vor der Reaktionsweise der Pflegenden, Angst vor der gynäkologischen Untersuchung, dem Schmerz während oder nach der Geburt sowie Angst vor einem Kaiserschnitt.

Ohne medizinische Hilfe kann es während der Geburt aufgrund des obstruierenden Narbengewebes zu folgenden Komplikationen kommen: Hypertonie des Uterus, Atonie des

Uterus, verzögerte Progression mit Beeinträchtigung des Fötus, zerebrale Schäden bis zu pränatalem Tod des Kindes, Perinealriss oder andere Komplikationen bei der Mutter, die tödlich verlaufen können. In den Herkunftsländern ist das Sterberisiko der Mutter verdoppelt und das Risiko des perinatalen Todes um den Faktor 3 bis 4 erhöht. In der Schweiz sollte eine Geburt, die adäquat ausgeführt worden ist, kein spezifisches Risiko für Mutter oder Kind bedeuten. Idealerweise sollten Patientinnen mit Infibulation an Ärzteteams oder Hebammen überwiesen werden, die Erfahrung in diesem Bereich haben und zusätzlich eine qualifizierte Übersetzung anbieten können.

Um die Geburt so schmerzfrei wie möglich zu gestalten, sollten die vaginalen Untersuchungen auf das notwendige Minimum beschränkt bleiben. Wenn sich die Patientin zuvor einer Defibulation unterzogen hat, ist der Geburtsverlauf normal. Für die mediolaterale Episiotomie gelten die üblichen Indikationen. Wenn die Patientin bisher keine Defibulation erhalten hat, kann die erste Phase der Geburt normal ablaufen. Während der zweiten Geburtsphase muss eine Inzision des infibulierten Bereichs unter Periduralanästhesie erfolgen (eine lokale Anästhesie ist ebenfalls möglich, vergleiche Seite **11** zur Intervention der Defibulation).

Die Defibulation ist ein kontroverses Thema in der Geburtshilfe. Einige Autoren empfehlen eine systematische Defibulation im Verlauf der Schwangerschaft, im allgemeinen während des zweiten und dritten Trimenons. Das Ziel dabei ist, insbesondere für unerfahrene Ärzteteams die während der Geburt auftretenden Probleme zu vermeiden. Studien haben jedoch gezeigt, dass dieses Vorgehen keinen Einfluss auf die Dauer der Geburt, die Anzahl der Episiotomien oder Vaginalrisse, den Blutverlust, den Apgarscore oder die Dauer des Krankenhausaufenthaltes hat. In der Schweiz wird die Defibulation während der Schwangerschaft von den Patientinnen in der Regel nicht bevorzugt. Auch Studien aus Ländern wie Grossbritannien, in denen grundsätzlich eine Defibulation im zweiten Trimenon empfohlen wird, haben gezeigt, dass die Patientinnen diesem Vorgehen kritisch gegenüber stehen. Warum soll auch ein zusätzlicher, schmerzhafter Eingriff im Verlauf der Schwangerschaft durchgeführt werden, wenn die gesamte Intervention im Zusammenhang mit der Geburt stattfinden kann? Unserer Meinung nach soll die Defibulation nur bei solchen Patientinnen im Verlauf der Schwangerschaft erfolgen, bei denen die vaginale Untersuchung überhaupt nicht möglich ist.

Es ist entscheidend, die Frage der Defibulation mit der Schwangeren zu besprechen, wenn möglich unter Einbezug ihres Partners. Das Erstgespräch muss so früh wie möglich während der Schwangerschaft erfolgen. Wenn eine Patientin im Gebärsaal zum ersten Mal mit der Frage der Defibulation konfrontiert ist, wird es ihr wahrscheinlich sehr viel schwerer fallen, ein Vorgehen zu akzeptieren, das ihr fremd ist und ihren Traditionen widerspricht.

REINFIBULATION

Die Patientin muss in den Entscheidungsprozess bezüglich der Reinfibulation (Zunähen des **O**rificium vulvae nach der Geburt) einbezogen werden. Informiert werden sollte sie insbesondere über die Art der Operation und das Zeitmanagement. Entsprechend aufgeklärt, wird die Mehrheit der Frauen eine Operationstechnik wählen, welche die Vulva offen belässt. Es kann jedoch gelegentlich vorkommen, dass das Gesundheitspersonal mit dem Wunsch nach Reinfibulation konfrontiert wird. Machen wir uns noch einmal klar, dass es keinerlei medizinische Indikationen für diese Intervention gibt, dass sie von verschiedenen offiziellen

Institutionen verurteilt wird (z. B. WHO) und dass das vorsätzliche Zunähen der Schamlippen auf eine Enge, die den Geschlechtsverkehr erschwert oder verunmöglicht, absolut nicht zu akzeptieren ist. Für manche Frauen ist eine „exponierte“ Vulva aber inakzeptabel.

Sie bestehen auf eine Reinfibulation mit dem Argument, dass dies einen Teil ihrer Identität ausmache und die sexuelle Befriedigung des Partners und Treue garantiere. Manchmal sind es jedoch andere Frauen der Migrationsgemeinschaft, welche die Patientin in ihrem Wunsch nach Reinfibulation beeinflussen. Die Männer befürworten die Reinfibulation viel seltener als angenommen werden könnte. Ein Gespräch mit dem Ehemann kann nützlich sein, um seine Position zu klären, zumal dieses Thema unter den Ehepartnern nicht unbedingt besprochen wird. Umgekehrt ist es gleichermassen wichtig, die Haltung der Patientin in Abwesenheit ihres Ehemanns zu erfahren.

Anfragen, ein kleines Orificium vulvae zu rekonstruieren, soll nicht nachgekommen werden. Die möglichen Komplikationen und Probleme sind aufzuzeigen. Es soll unbedingt versucht werden, die Patientin von diesem Wunsch abzubringen. Ein partieller Verschluss des Orificium vulvae sollte nur in Ausnahmefällen durchgeführt werden und dann auch nur, wenn Menstruations- und Harnfluss sowie Geschlechtsverkehr und gynäkologische Untersuchungen ungehindert möglich sind. Wird eine Resuturierung gewählt, darf diese nur erfolgen, nachdem die Gesamtsituation der Frau und die Probleme genau evaluiert worden sind, welche sie bei nicht durchgeführter Reinfibulation belasten würden.

POSTNATALE NACHSORGE

Die Nachsorgeuntersuchung sollte zu einem früheren Zeitpunkt als gewöhnlich (drei bis vier Wochen nach der Geburt) stattfinden. Dabei sollte die Patientin auch wirklich die Möglichkeit haben, Fragen zu ihrer veränderten Anatomie und Physiologie zu stellen. Die Nachsorgeuntersuchung ist gleichzeitig eine Gelegenheit für das Gesundheitspersonal, die positiven Aspekte der Veränderung zu verdeutlichen und ein Präventionsgespräch im Fall der Geburt eines Mädchens zu führen (Illegalität der Beschneidung in der Schweiz, negative Konsequenzen für die Gesundheit). Eventuell kann auch eine psychologische Unterstützung über einen längeren Zeitraum vorgeschlagen werden.

WEITERE EMPFEHLUNGEN

Aus- und Weiterbildung: FGM sollte Bestandteil des Ausbildungsprogramms an den medizinischen Fakultäten, Hebammen- und Pflegeschulen werden. Die medizinischen Konsequenzen sind eindeutig die stärksten Argumente gegen FGM und ihre Behandlung ist nicht immer einfach. Dies rechtfertigt voll und ganz die Aufnahme des Themas in das Unterrichtsmaterial. Überdies können alle Fachkräfte im Gesundheitswesen, die mit FGM konfrontiert sind, was immer ihre Spezialisierung auch sei, eine wichtige Rolle im Bereich der Prävention übernehmen.

Alle anderen Akteure im Sozialwesen, die in Kontakt mit betroffenen Frauen kommen (SozialarbeiterInnen, LehrerInnen, BeraterInnen im Bereich Familienplanung, BetreuerInnen im Asylwesen etc.), sollten ebenfalls für die spezifische Problematik sensibilisiert sein und an einer geeigneten Aus- und Weiterbildung teilnehmen.

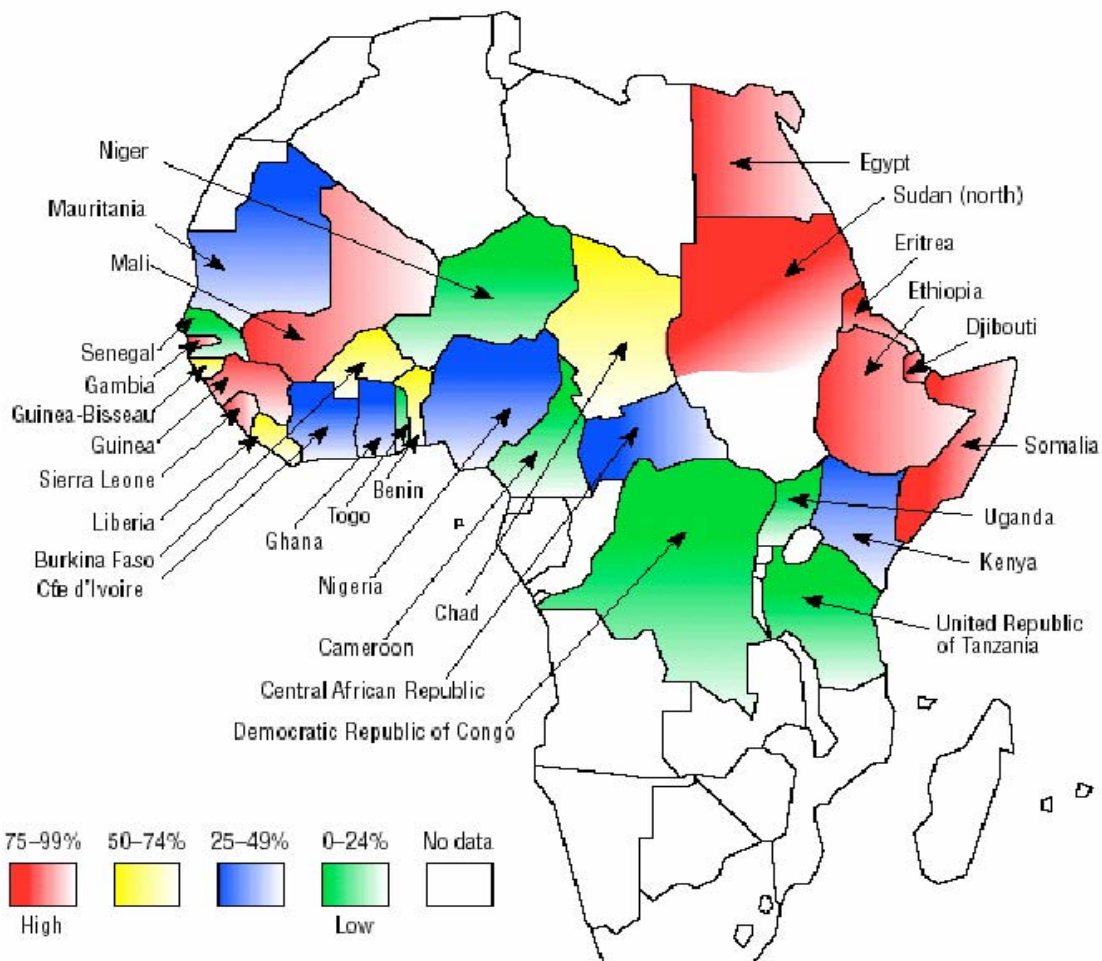
ANHANG**ANHANG I: FGM – Prävalenzraten in den Herkunftsländern und geschätzte Prävalenzraten für die Schweiz**

Ursprungsland	FGM – Prävalenz (WHO)	Geschätzte Anzahl gefährdeter Mädchen und betroffener Frauen in der Schweiz*
Ägypten	97%	528
Äthiopien	85%	981
Benin	50%	27
Burkina Faso	72%	55
Demokr.Rep. Kongo	5%	113
Djibuti	98%	7
Elfenbeinküste	43%	208
Eritrea	95%	613
Gambia	80%	15
Ghana	30%	173
Guinea	99%	91
Guinea-Bissau	50%	7
Jemen	23%	28
Kamerun	20%	249
Kenia	38%	206
Liberia	60%	37
Mali	94%	41
Mauretanien	25%	4
Niger	5%	1
Nigeria	25%	86
Senegal	20%	67
Sierra Leone	90%	66
Somalia	98%	2828
Sudan	89%	206
Tansania	18%	22
Togo	12%	21
Tschad	60%	17
Uganda	5%	8
Zentralafrikanische Republik	43%	6
Total		6711

*Diese Zahlen erfassen afrikanische Frauen mit Schweizer Pass nicht.

Quelle: Jaeger et al. Swiss Med Wkly 132: 259-4, 2002

ANHANG II : FGM - Prävalenz in Afrika (Quelle: WHO ; reproduziert mit Erlaubnis)



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