

Patientinnen mit genitaler Beschneidung

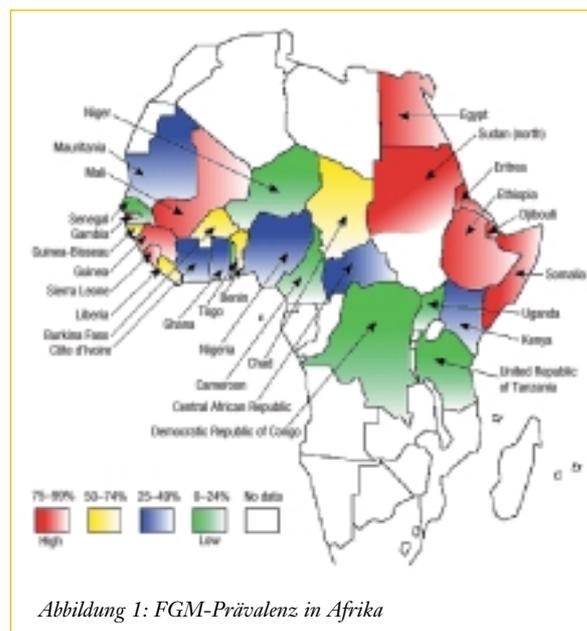
Gekürzte Fassung der Schweizerischen Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegefachkräfte

Neue Studien und Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass Patientinnen mit FGM (Female Genital Mutilation) in der Schweiz nicht immer eine adäquate Behandlung erhalten. Ein Grund dafür ist die mangelnde Erfahrung des Gesundheitspersonals mit diesem Thema. Daher wurde ein Informationsdokument für das Gesundheitspersonal der Schweiz zusammengestellt, das gleichzeitig offizielle Behandlungsempfehlungen gibt.

In verschiedenen Ländern wie beispielsweise Grossbritannien, Schweden, Belgien, Deutschland und Dänemark existieren bereits Empfehlungen zur Optimierung der Behandlung betroffener Frauen. Auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat zahlreiche Publikationen zum Thema herausgegeben. Bei der Erstellung der Leitlinien 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.

Genitale Verstümmelung

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. Gemäss Schätzungen der WHO sind weltweit 138 Millionen Mädchen und



Quelle: WHO, reproduziert mit Erlaubnis

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

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.

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.



Abbildung 2: FGM Typ I
Exzision der Vorhaut mit oder ohne Exzision der ganzen oder eines Teiles der Klitoris



Abbildung 3: FGM Typ II
Exzision der Klitoris mit partieller oder totaler Amputation der kleinen Schamlippen

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

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, Côte d'Ivoire, Eritrea, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Indonesien, Jemen, Kamerun, Kenya, Liberia, Malaysia, Mali, Mauretanien, Niger, Nigeria, Senegal, Sierra Leone, Tansania, Togo, Tschad, Uganda und die Republik Zentralafrika.

Die Infibulation (Typ III) wird in Ägypten, Äthiopien, Djibouti, 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 Prozent aller Frauen und Mädchen betroffen, davon sind 80 Prozent 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 Prozent der Fälle wird FGM während der Kindheit praktiziert. In man-

Tabelle 1: Akute Komplikationen bei FGM

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

Tabelle 2: Chronische Komplikationen bei FGM

Sexualität/Menstruation	Dyspareunie/Apareunie Vaginalstenose Infertilität/Sterilität Dysmenorrhö 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 Vesiko-/rektovaginale Fistelbildung Perinatale Mortalität erhöht
Psychische Spätfolgen	Depression, posttraumatische Belastungsstörung

chen Regionen erfolgt der Eingriff kurz nach der Geburt. In anderen Gegenden wird der Brauch kurz vor der Hochzeit oder während der Pubertät ausgeführt.

Tabelle 3: 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
Djibouti	98%	7
Côte d'Ivoire	43%	208
Eritrea	95%	613
Gambia	80%	15
Ghana	30%	173
Guinea	99%	91
Guinea-Bissau	50%	7
Jemen	23%	28
Kamerun	20%	249
Kenya	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
Republik Zentralafrika	43%	6
Total		6711

*Diese Zahlen erfassen afrikanische Frauen mit Schweizer Pass nicht.

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

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 vonseiten 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.

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).

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 preisgibt, 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.

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 358 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, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kanada, Neuseeland, Senegal, Simbabwe, Tansania, Togo, Uganda, USA und die Republik Zentralafrika.

FGM in der Sprechstunde

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 aufrechterhält, ist es wünschenswert, auch ihre Position zu kennen.

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.

Aus- und Weiterbildung

FGM sollte Bestandteil des Ausbildungsprogramms an den medizinischen Fakul-

täten, 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. ☉

Die vollständige Fassung der Leitlinien ist erhältlich im Internet unter:

www.sggg.ch/D/guidelines/index.asp

An der Redaktion der Empfehlungen Beteiligte:

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

Referenzpersonen und Adressen

Informationsvermittlung und Orientierung:

IAMANEH Schweiz
Aeschengraben 16, 4051 Basel
Tel. 061-205 60 80
E-Mail: info@iamaneh.ch
Internet: www.iamaneh.ch

Beratungs- und Kontaktstellen für Betroffene:

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

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