

Mädchenbeschneidung – konkrete Prävention in der Schweiz

Ein Artikel für alle, die gefährdete Kinder oder Betroffene betreuen

Fabienne Jäger^a, Patrick Hohlfeld^b

^a Pädiatrie, Universitätskinderhospital beider Basel (UKBB), Basel, ^b Département de Gynécologie et Obstétrique, Maternité, CHUV, Lausanne

Quintessenz

- Mädchenbeschneidung (Female Genital Mutilation [FGM]) bezeichnet jegliche Verletzung des äusseren weiblichen Genitales aus kulturellen Gründen.
- Durch eine offene, respektvolle Haltung sind FGM-Präventionsgespräche durch betreuende Ärzte potentiell gefährdeter Mädchen möglich.
- Individuell geäusserte Ängste beim Unterlassen von FGM und Gründe dafür sollten angehört und diskutiert werden.
- Wertvolle Gegenargumente sind der Wunsch nach guter Gesundheit und das Vermeiden medizinischer Komplikationen wie reduzierte Fruchtbarkeit und Probleme bei der Geburt.
- FGM ist in der Schweiz strafbar, selbst wenn die Tat im Ausland verübt wird. Bei begründeten Verdacht auf eine bevorstehende oder durchgeführte FGM ist es angezeigt, aktiv zu werden.

Einführung

Female Genital Mutilation (FGM), Exzision oder auf Deutsch oft Mädchenbeschneidung genannt, umschreibt jegliche Verletzung des äusseren weiblichen Genitales aus kulturellen oder sonstigen, nicht therapeutischen Gründen [1]. Meist wird sie im pädiatrischen Alter durchgeführt. Sie kann die Exzision der Vorhaut mit oder ohne Klitoris (Typ 1), der Klitoris und der kleinen Schamlippen (Typ 2, Exzision im engeren Sinne) und im Extremfall ein Wiedervernähen der Grossen Schamlippen bis auf eine kleine Öffnung (Typ 3, Infibulation) aber auch andere Veränderungen wie das Langziehen der Schamlippen (Bemba in Sambia) oder Einführen ätzender Substanzen usw. beinhalten (Abb. 1–3 [6]) [1, 2]. Traditionellerweise wird dies in Staaten der Subsahara und Ostafrikas [2, 3], in Regionen des Nahen Ostens, z.B. dem kurdischen Nordirak [4], in Gebieten Südostasiens und weiteren Regionen durchgeführt [3]. Im Rahmen der Migration sind vermehrt Betroffene dieser Regionen auch nach Mitteleuropa eingewandert. Im Jahre 2003 wurde die Zahl betroffener und von FGM bedrohter Frauen und Mädchen in der Schweiz bereits auf über 6700 geschätzt [5], mit einer Zunahme seither ist zu rechnen. Sie wohnen mehrheitlich in der Romandie, in Zürich und Bern. Im Bereich der Prävention besteht weiterhin Handlungsbedarf. Der Wunsch, präventiv aktiv zu

werden, wird zwar besonders von Pädiatern begrüsst, denn die Opfer befinden sich auch unter ihren Patientinnen; in der Praxis scheinen jedoch Hemmschwellen zu bestehen. Wir erhoffen uns, mit diesem Artikel eine konkrete Hilfestellung zum Präventionsgespräch zu geben [6].

Ein medizinisches Thema

Die Beschneidung wird in der Regel im pädiatrischen Alter durchgeführt. Die Komplikationen hängen vom Schweregrad der Beschneidung und deren Durchführung ab. In manchen Regionen werden die Mädchen in Gruppen beschnitten, in anderen individuell. Wohlhabende Familien lassen sie zum Teil unter Anästhesie in Spitälern durchführen, während in ruralen Gebieten dies in der Regel ohne Anästhesie und Asepsis geschieht. Lokale und generalisierte Infektionen (inkl. HIV, Hepatitis B), akute Blutungen, Verletzung benachbarter Organe und starke Schmerzen sind sofortige Komplikationen der Beschneidung (Tab. 1 [6]). Zu den Langzeitfolgen gehören gynäkologische Infekte, Infertilität, Dyspareunie/Apareunie und Komplikationen bei der Geburt [2, 3, 7]. Laut WHO ist das Risiko eines Kaiserschnitts, erhöhten Blutverlusts und verlängerter Hospitalisation mit zunehmendem Schweregrad der Beschneidung erhöht [8]. Die Rate der Neugeborenenreanimationen, Totgeburten sowie der Wahrscheinlichkeit des Versterbens des Neugeborenen kurz nach der Geburt sind erhöht [8]. Ebenso kommen wiederholte Harnwegsinfekte, Probleme bedingt durch das Narbengewebe und psychische Störungen vor [3, 7]. Selbstverständlich sind nicht alle Frauen davon betroffen. Oft sehen die Betroffenen keinen Zusammenhang zwischen dem ihnen Widerfahrenen und ihren Beschwerden. Der Einfluss der Beschneidung lässt sich nicht immer quantifizieren. Manche der Beschwerden, z.B. die Dysmenorrhoe, lassen sich zwar durch die Beschneidung erklären, kommen aber auch bei unbeschnittenen Frauen häufig vor (Tab. 2 [6]). Bei Mädchen können Bauchschmerzen, verlängerte Miktionsdauer, Vulvitiden, wiederholte Harnwegsinfekte [9] oder Verhaltensauffälligkeiten Hinweis auf eine vorangegangene Beschneidung sein. Ebenso kann der psychologische Druck, das psychologische Trauma, das Zerrissensein zwischen zwei Kulturen, das Anderssein und das Gefühl des Verrats schwer auf den Mädchen lasten. Demgegenüber steht die Erfahrung mancher in



Fabienne Jäger

Die Autoren erklären, dass sie keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag haben.

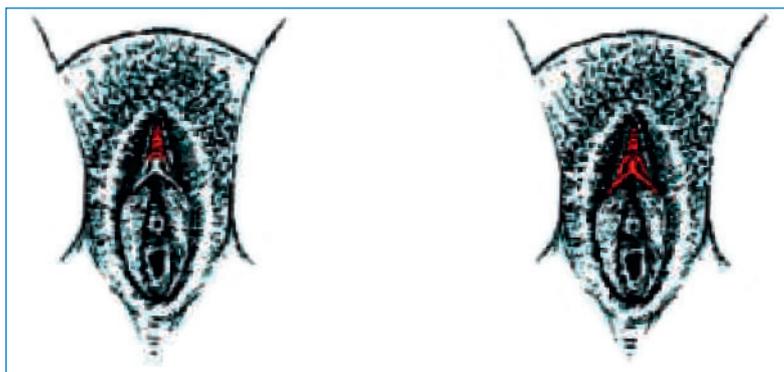


Abbildung 1
FGM Typ 1: Rot entspricht potentiell entfernten Strukturen; Wiedergabe mit Erlaubnis der WHO.

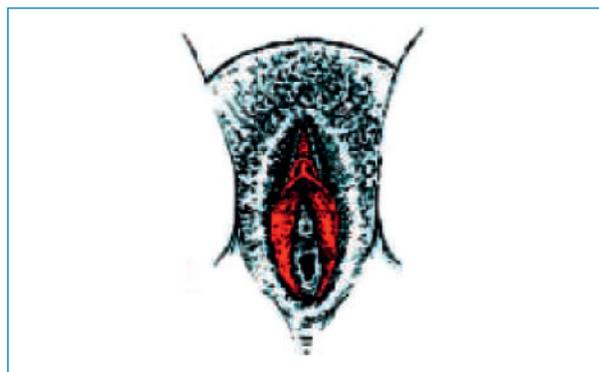
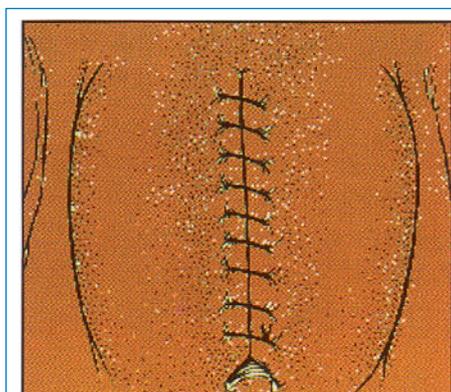


Abbildung 2
FGM Typ 2: Rot entspricht potentiell entfernten Strukturen; Wiedergabe mit Erlaubnis der WHO.



TYPE III area stitched



TYPE III healed

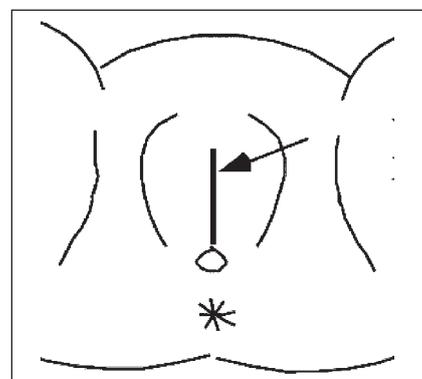


Abbildung 3
FGM Typ 3: Infibulation, N. Toubia, Rainbo 1995, Wiedergabe mit Erlaubnis von N. Toubia.

einem FGM-bejahenden Setting aufgewachsener, beschnittener Mütter, für welche eine Beschneidung zur Normalität gehörte und manchmal auch Prestigegewinn brachte.

Interventionen in der Genitalsphäre können schmerzhaft Erinnerungen wachrufen [10]. Die Betroffenen kennen ihre eigene Anatomie oft sehr schlecht und unterschätzen häufig den Schweregrad ihrer FGM [11].

Aktive Prävention

Dem behandelnden Arzt (bes. Pädiater oder pädiatrisch tätiger Hausarzt) sind dank nahem Kontakt mit den Familien der Betroffenen und der Sonderstellung des Mediziners als Hüter der Gesundheit des Kindes mit der nötigen Offenheit Gespräche möglich. Diese können Teil einer aktiven Prävention von FGM sein.

Die Herkunftsländer geben einen Hinweis darauf, mit wem über FGM geredet werden sollte. Wichtig ist der Verweis, dass FGM nicht nur in Afrika vorkommt: So ist sie z.B. unter nordirakischen Kurden [4], aber auch in Malaysia weit verbreitet. Infibulationen kommen besonders in Mali und Ostafrika vor. In manchen Regionen der Schweiz, z.B. Genf, bestehen Bestrebungen, dass Hebammen einen allfälligen Status nach FGM der Mut-

ter auf die Akte des Neugeborenen übertragen. Da FGM in einigen Ländern wie Erythrea, Malaysia, Kongo-Kinshasa zum Teil bereits an Neugeborenen, anderenorts aber oft im Alter von 3 bis 9 Jahren durchgeführt wird, lohnt es sich, das Thema früh und dann spätestens im Vorschulalter erneut anzusprechen.

Anbei einige Hilfestellungen zum Vorgehen (Tab. 3 [↩](#)):

Information und eigene Einstellung

Es lohnt sich, gut über medizinische Komplikationen, die wertvolle Argumente gegen FGM sein können, aber auch über Motivation und kulturelle Hintergründe informiert zu sein. Die Schweizer Guidelines Mädchenbeschneidung [7] geben einen Überblick über das Thema. Die von Terre des femmes Schweiz in mehreren Sprachen verfasste Broschüre, die sich in erster Linie an die Eltern gefährdeter Mädchen richtet, kann ebenfalls hilfreich sein [12].

Es ist wichtig, sich selbst über die eigene Einstellung im Klaren zu sein. Kulturelle Andersartigkeiten auf Kosten der Gesundheit Minderjähriger sind wir nicht bereit zu akzeptieren. Eine FGM bei Mädchen entspricht nicht der Beschneidung des Knaben. Den Eltern aufzuzeigen, welche Organe beim Jungen jenen entsprechen, welche

Tabelle 1. Mögliche akute Komplikationen [7].

Schmerz	
Infektion	lokal, generalisiert; septischer Schock, Tod Übertragung von HIV, Hepatitis usw. Tetanus
Harnwege	Dysurie, Ödem der Urethra
Verletzungen	Verletzung benachbarter Organe, Frakturen, psychisches Trauma
Blutung	Hämorrhagie, Anämie, Schock, Tod

beim Mädchen bei der Exzision verletzt werden, ist oft sehr schockierend.

Hilfreich kann sein, sich vor Augen zu führen, dass schädliche Traditionen auch bei uns existierten und Klitorisamputationen Ende des 19. Jahrhunderts in Europa aus sogenannten medizinischen Gründen durchgeführt wurden. Eine neutrale, respektvolle und unemotionelle Haltung ist unabdingbar. Der Begriff Mutilation/Verstümmelung ist zumindest anfänglich zu vermeiden. Ähnlich wie bei anderen Präventionsgesprächen ist es sinnvoll, die Gesprächspartner ohne Diktatstil an das Thema heranzuführen, die Problematik nüchtern in ihrer Tragweite aufzuzeichnen, und mit Hilfe von Fragen in ihnen den Wunsch für Veränderung wachsen zu lassen. Fühlen sich die Betroffenen akzeptiert, sprechen sie häufig sehr offen über das Thema.

Da man während des Gesprächs mit unangenehmen Erlebnissen der Betroffenen konfrontiert werden kann, ist es wichtig, diese Emotionen und allfällige Schuldgefühle bezüglich bereits beschnittener Mädchen aufzufangen («man tat, was man für richtig hielt, bevor man es besser wusste»).

Das richtige Setting

Ein Gespräch braucht Zeit. Eine kurze Konsultation auf dem Notfall ist nicht der richtige Moment. Eine Vorsorgeuntersuchung mit Extrazeit beim die Kinder betreuenden Hausarzt oder Pädiater der Familie ist eher geeignet. Ebenso ist es nötig, vorerst ein gewisses Vertrauensverhältnis aufzubauen. Ist ein Übersetzer nötig, ist dieser mit Bedacht auszuwählen. Ein Kind oder ein erwachsener Mann sind z.B. ungeeignet im Gespräch mit der Mutter. Es ist hilfreich, die Einstellung des Übersetzers zu kennen, eventuell mit ihm vorher zu reden und sich zu vergewissern, dass sich der Gesprächspartner in Anwesenheit des Mediators zu öffnen wagt, denn innerhalb mancher Migrationsgemeinschaften wird ebenfalls viel geredet.

Der konkrete Einstieg

Verschiedene Fragen erlauben es, das Thema aufzugreifen:

«Manche Leute mit Ihrer Herkunft führen Beschneidungen durch, ist dies auch bei Ihrer Gemeinschaft der Fall?»

Das Gespräch über das Neugeborene und die Geburt sind ebenfalls ein Einstiegsthema. «Gab es bei der Geburt Probleme?»

Wird FGM in der Gemeinschaft der Betroffenen durchgeführt, so ist es wichtig, rasch zu erfahren, ob ein Druck oder gar konkrete Pläne bestehen. Selbst wenn der Wunsch nach FGM verneint wird, lohnt es sich, wiederholt darüber zu reden und die Gegenargumente zu wiederholen.

Argumente und Ängste anhören

Es ist wichtig, die Argumente für FGM und die Ängste der Eltern anzuhören. Auch wir sind bereit, den

Tabelle 2. Mögliche chronische Komplikationen [7].

Sexualität/Menstruation/Fertilität	– Dyspareunie/Apareunie – Vaginalstenose – Infertilität/Sterilität – chronische Endometritis – Dysmenorrhoe – Adnexitis
Probleme beim Wasserlassen	– rezidivierende Harnwegsinfektionen – chronische Vaginitis, Vaginalkristalle – prolongiertes Wasserlassen – Inkontinenz
Komplikationen des Narbengewebes	– Abszessbildung, vermehrte Infektionen – Keloidbildung/Neurome/Dermoidzysten – Hämatokolpos
Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt	– vermehrt Kaiserschnitte – verlängerte Austreibungsphase – postpartale Hämorrhagie – Perineumrisse, perineale Wundinfektionen – vesiko-/rektovaginale Fistelbildung – mehr neonatale Reanimationen nötig – Totgeburten – erschwerte vaginale Untersuchung, Katheterisierung/Scalp pH nicht möglich
Psychische Spätfolgen	– Depression, posttraumatische Belastungsstörung, Identitätsprobleme, psychische Belastung

Tabelle 3. Merkmale Gesprächsbeginn [6], adaptiert mit Erlaubnis von Springer Science+Business Media.

1) Die eigene Position kennen und gut informiert sein

Schweizer Guidelines: Patientinnen mit genitaler Beschneidung. Schweizerische Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegepersonal; Hohlfeld P, et al. [7], www.saez.ch; www.caritas.ch/gesundheits

Broschüre für Eltern in verschiedenen Sprachen: Let's protect our daughters, Terre des femmes, fgm@terre-des-femmes.ch [12]

2) Adäquates Setting

Privatsphäre, Zeit, evtl. Mediatoren

3) Offener Zugang

Neutral, respektvoll, nicht emotional, bereit, mit der Erfahrung der Mutter konfrontiert zu werden/Emotionen aufzufangen.

Vermeiden des Begriffes Verstümmelung (zumindest anfangs) – besser: «Exzision», von Betroffenen benutzter Begriff, oder «Beschneidung» (falls klar von männlicher Beschneidung unterschieden wird)

4) Einführen des Themas – via Gespräch über Traditionen, Geburt usw.

Mögliche Eröffnungssätze:

- «Manche Leute mit ähnlicher Herkunft führen die Beschneidung von Mädchen durch»
- «... ist das auch eine Tradition, wo Sie herkommen?»
- «... wird dies auch in Ihrer Gemeinschaft durchgeführt?»
- «Gab es bei der Geburt Ihrer/-s Kindes/-er Schwierigkeiten?»

Schmerz gewisser Interventionen unseren Kindern zuzumuten, in der Hoffnung, ihnen eine bessere Lebensgrundlage zu geben (Impfungen, Operation für absterbende Ohren). Ebenso wird auch FGM von den ihre Kinder liebenden Eltern in Auftrag gegeben, die in einem wahren Loyalitätskonflikt zwischen ihrer Kultur, Migrationsgemeinschaft, medizinischen Argumenten und neuer Heimat stehen können.

In vielen Heimatländern war FGM lange Zeit eine Bedingung fürs Heiraten, die Heirat aber die einzige soziale Sicherheit für Mädchen. Dies ändert sich langsam. Das Argument, die Tochter könnte eines Tages einen Europäer heiraten wollen, wird aber je nach Familie eher kontraproduktiv sein. Betroffene Migranten, denen die Abschiebung droht, argumentieren teils damit, die Tradition wegen der Heiratsfähigkeit der Tochter im Falle einer Rückkehr nicht aufgeben zu können.

Eine neutrale, respektvolle und unemotionale Haltung ist unabdingbar

Der Verweis auf den Sinneswandel, vor allem bei besser Ausgebildeten, aus denen ja präferentiell ein Bräutigam rekrutiert wird, kann manchmal hilfreich sein.

In gewissen Gesellschaften ist die Beschneidung Voraussetzung, um als Frau zu gelten. So kann es vorkommen, dass ein kleines Mädchen, unwissend, was auf es zukommt, seine eigene Beschneidung kaum erwarten kann. Manche Familien hoffen, ihre Mädchen durch FGM vor der hiesigen, als zügellos erlebten Gesellschaft zu schützen. Oft wird allerdings vergessen, dass eine Klotridektomie nur die Möglichkeit des befriedigten Erlebens beschneidet, ein Teenager aber nach wie vor den Wunsch haben mag, dem Bedürfnis nach Sexualität nachzugeben. Es kann darauf hingewiesen werden, dass eine gute Erziehung vermutlich bessere Früchte trägt und eine allfällige Dyspareunie einer glücklichen Ehe nicht zuträglich ist (Tab. 4 ↩).

Oft wird die Religion als Rechtfertigung herangezogen. In keiner der religiösen Schriften wird eine Beschneidung von Mädchen gefordert. Das Fehlen einer religiösen Grundlage ist für jene Gemeinschaften, die oft ihre religiösen Führer um Rat fragen, sehr wichtig. In Ägypten hat eine Fatwa (Dekret muslimischer Führer) [13], welche FGM verurteilt, den lokalen Muslimen eine Grundlage für die Aufgabe von FGM gegeben. Es wurde festgehalten, dass es sich bei FGM nicht um eine Sunna (religiöse Tradition) handelt, obwohl dieser Begriff fälschlicherweise für gewisse Mädchenbeschneidungen benutzt wird. Jegliche Form von Mädchenbeschneidung wird in Ägypten nun oft als pharaonisch bezeichnet, um diese von der Religion zu distanzieren und einen archaischen Ursprung zu unterstreichen.

Viele Muslime kennen FGM nicht. Zudem betonen viele muslimische Rechtsgelehrte die Notwendigkeit, sich lokalen Gesetzgebungen anzupassen.

Die Argumente für FGM sind vielfältig. Es ist hilfreicher, nach den Gründen bei den Gesprächspartnern zu fragen, als im Bestreben, kulturell korrekt zu sein, falsche Argumente in sie hinein- zuprojizieren.

Im Ausland zu leben ist eine Gelegenheit, um alte, schädliche Traditionen aufzugeben. In manchen Diasporageinschaften findet aber eine Verhärtung der Verhaltensweisen statt. Die Angst, die eigene Identität aufzugeben, kann durch die Wertschätzung der schönen und positiven Seiten des Kulturerbes aufgehoben werden. Betroffene Familien mit Migrationshintergrund, die nur mit Menschen derselben Herkunft leben, lehnen das Aufgeben von FGM eher ab also solche, die integriert sind und hier ein neues Leben aufbauen.

Medizinische Aspekte – Schlüsselargumente

Niemand möchte seinem eigenen Kind Schaden zufügen. Die medizinischen Komplikationen sind auch unter Betroffenen mit Migrationshintergrund anerkannte Argumente. Komplikationen, unter welchen Familienmitglieder leiden, können anschauliche Beispiele sein. Das Risiko verminderter Fertilität [14], Geburtskomplikationen und Nachteile für das Neugeborene sind wertvolle Argumente gegen FGM in der Migrationsgesellschaft, wo Kinderreichtum oft als sehr wünschenswert gilt.

Vorsichtig können Skizzen eingesetzt werden, um die medizinischen Zusammenhänge zu erklären. Man darf darauf aufmerksam machen, dass mit Komplikationen zwar umgegangen werden kann, aber bei weitem nicht alle rückgängig zu machen sind. Ein Kaiserschnitt aufgrund von FGM ist in der Regel nicht indiziert. Es ist wünschenswert, die Genitale kleiner Mädchen zu untersuchen, um den Eltern zu zeigen, dass Veränderungen nicht unbemerkt bleiben können. Wichtig ist aber auch zu wissen, dass sogenannte kleinere Formen einfach zu übersehen sind [15].

Legale Aspekte

FGM ist in der Schweiz strafbar, selbst wenn die Tat im Ausland verübt wurde [16]. Diese Information weiterzu-

Tabelle 4. Argumente/ Ängste und Gegenargumente [6], adaptiert mit Erlaubnis von Springer Science+Business Media.

Argumente	Gegenargumente
Steigerung der Fruchtbarkeit	Reduzierte Fruchtbarkeit/Sterilität Geburtskomplikationen
Heiratsbedingung	Immer weniger Männer wünschen eine beschneidene Frau – in der Heimat und unter den Migranten.
Religion	Weder im Koran, in der Bibel noch in der Torah wird eine Fatwa gegen FGM erwähnt (keine Sunna!), viele Muslime kennen FGM nicht.
Kontrolle weiblicher Sexualität, Schutz der Mädchen vor der westlichen Gesellschaft, sichert Jungfräulichkeit und Treue, erhöht die Befriedigung beim Gatten.	Falsche Sicherheit, Wichtigkeit der Erziehung, Verletzungen des Mannes beim Geschlechtsverkehr.
Bessere Hygiene	Vermehrt Infektionen (inkl. aufsteigende)
Zeichen von Weiblichkeit und Schönheit	Verletzung der Integrität – «Verstümmelung»
Tradition	Überwinden schädlicher Traditionen
Sozialer Druck	Unterstützung der Eltern, Verantwortung der Eltern für die körperliche Integrität des Kindes, juristische Konsequenzen.

In keiner der religiösen Schriften wird eine Beschneidung von Mädchen gefordert

geben ist wichtig, da der Heimaturlaub teils als Gelegenheit für eine Beschneidung missbraucht wird. Ein «offizielles» Schreiben, welches die Strafverfolgung in Aussicht stellt, kann Eltern helfen, dem Druck der Familie in der Heimat zu widerstehen. Diese hat kein Interesse an einer Strafverfolgung ihrer Angehörigen in Europa, zumal deren Geldtransfer häufig eine wichtige Einnahmequelle darstellt, deren Versiegen zu massiven finanziellen Einbussen für die Familie in der Heimat führen kann.

Auch in der Schweiz kam es zu Gerichtsprozessen wegen FGM. Weltweit erlassen immer mehr Länder – auch solche mit FGM-Tradition – Gesetze gegen FGM, was den Sinneswandel in den Herkunftsländern unterstreicht [17].

Die Umgebung, die Ressourcen der Eltern und die nötige Unterstützung

Es sollte nach den Ansichten der verschiedenen Familienmitglieder gefragt werden. In manchen Gemeinschaften sind es vor allem die Grossmütter, die einen wichtigen Einfluss ausüben und sozusagen Hüterin der Tradition sind. Es kann nötig sein, separate Gespräche mit verschiedenen Familienmitgliedern zu führen. Bildung, Religion und Status können einen grossen Einfluss auf die Möglichkeiten der Eltern haben. Im Rahmen der Migration stehen für die Betroffenen oft ganz andere Probleme im Vordergrund.

Familienmitglieder, die bereit sind, FGM aufzugeben, gilt es zu unterstützen, sei es durch medizinische Argumente, Gespräche mit der Umgebung oder indem man sie an gleichgesinnte Gruppen verweist, die in der Schweiz bereits aktiv sind (siehe Adressen). Manche

afrikanische Migrantinnen unterstreichen auch die Wichtigkeit von Bildungsmöglichkeiten und Frauengruppen (siehe Adressen), die ihnen einen kleinen sozialen Aufstieg und Meinungs austausch ermöglichen. Dies stärkt sie im Kampf für Frauenrechte und schützt ihre Töchter unter anderem vor FGM. Es lohnt sich, auf Mediatoren oder Aktivisten der betroffenen Gemeinschaft zurückzugreifen (Tab. 5 )

Der konkrete Verdacht und die Tat

Im Falle eines konkreten Verdachts auf eine bevorstehende Beschneidung ist es empfehlenswert, Kinder- schutzgruppen um Rat zu fragen und den Kantonsarzt zu kontaktieren. Selbst wenn die juristischen Grundlagen nicht eindeutig sind, sollten Schritte eingeleitet werden, um die Bedrohungen abzuwenden. Im Falle einer bereits geschehenen Beschneidung besteht in der Schweiz in gewissen Kantonen nicht nur ein Melderecht, sondern auch eine Meldepflicht, und es lässt sich juristisch argumentieren, dass diese Grundlage auch auf imminente Gefahren ausgedehnt werden kann. Besonders im Falle weiterer Mädchen in der Grossfamilie, ist es wünschenswert, rasch aktiv zu werden, wenn eine Beschneidung bekannt wird.

Prävention durch behandelnde Ärzte gefährdeter Mädchen

Pädiater und Hausärzte mit pädiatrischer Tätigkeit können eine zentrale Rolle in der FGM-Prävention einnehmen, denn sie haben einen wiederholt engen Kontakt mit den Gefährdeten und deren Familien. Als Arzt und somit Hüter der Gesundheit des Kindes kommt ihnen eine privilegierte Rolle zu. Gynäkologen betroffener Mütter mit gefährdeten Mädchen können ebenfalls eine wichtige Rolle einnehmen, wenn sie sich die Zeit nehmen, wiederholt zu fragen, was aus den Mädchen geworden ist und Präventionsgespräche führen. Medizinische Komplikationen sind Hauptargumente gegen FGM und der Wunsch nach Gesundheit über die Kulturgrenzen anerkannt. Mit einer offenen Einstellung und einem gewissen Vorwissen können solche Gespräche mit Eltern sehr konstruktiv sein.

Korrespondenz:

Dr. med. Fabienne Jäger
Pädiatrie, Universitäts-Kinderspital beider Basel
Postfach, CH-4005 Basel
f.jaeger@gmx.ch

Tabelle 5. Merkpunkte Gesprächsinhalt [6], adaptiert mit Erlaubnis von Springer Science+Business Media.

1	Haltung der Familie gegenüber FGM welche Absicht, FGM zu praktizieren? Gruppendruck?
2	Argumente für/ gegen FGM und Ängste bei Unterlassen von FGM Gründe für FGM?
3	Information über medizinische Komplikationen häufig wiederholen, da die Hauptargumente <i>gegen</i> FGM sprechen.
4	Kurze Information zur legalen Situation FGM ist illegal in Europa, den USA und vielen Herkunftsländern.
5	Evaluation des Bedarfs zur Unterstützung und für weitere Schritte Empowerment/Unterstützung nötig? Soziale Situation? Ressourcen? Argumente wiederholen; erneute Gespräche; Hilfe anbieten.

Wichtigste Anlaufstellen für Fragen zu FGM in der Schweiz:

(kleine Auswahl, für mehr Infos und den konkreten Bedürfnissen zugeschnittene Adressen bitte Caritas kontaktieren)

Caritas Schweiz
Vermittlungsstelle für die Prävention von Mädchen-
beschneidungen in der Schweiz
Service de médiation pour la prévention contre l'excision
des filles en Suisse

Postfach
 Löwenstrasse 3
 6002 Luzern
 Triage, Beratung von Fachpersonen und Betroffenen, direkte
 Prävention für und mit MigrantInnen aus den betroffenen
 Ländern, Networking, nationale Fachgruppe

Terre des femmes

Bollwerk 39
 3011 Bern
 info@terre-des-femmes.ch
 Flyer in fünf Sprachen: e, f, amharisch, arabisch, somalisch

Institut international des Droits de l'Enfant

CP 4176
 1950 SION
 027 205 73 15
 paola.riva@childsrighs.org
 www.childsrighs.org
 Grundlagenarbeit, konkrete Präventionsarbeit im Kanton Wallis,
 Entwicklung von didaktischem Material, juristische Informationen

Unité multidisciplinaire
de santé des adolescents

UMSA, CHUV
 1011 Lausanne
 021 314 37 60
 Dr Saira-Christine Renteria, gynécologue spécialisée
 pour adolescentes/défibulation

Frauentreffen, Solidarität, Gesprächsgruppen
für Betroffene

Bern: Somalische Frauen Region Bern, Aicha Ali,
 Im Bödeli, Lyss, 078 901 50 92

Biel: Femmes arc-en-ciel, Félicienne Villos Muamba Lusamba,
 079 718 86 65

Genf: Daryeel, Ahmet Halima, Genève, 078 647 90 02
 Lausanne: Centre Femmes, Rue des Terreaux 10,
 021 351 28 80

Ostschweiz: Somalische Frauengruppe (auch für andere
 Afrikanerinnen)
 Hawa Duale, Röslistrasse 11, Flawil SG, 078 895 53 45

Sion: Association KALKAL, Maryan Muhamed, Ruqya Mohamed,
 079 613 93 47, contact@kalkal.ch

Zürich: Resource Centre for Black Women, Treffpunkt für
 afrikanische Frauen, Manessestrasse 73, 044 451 60 94
 Union ostafrikanische Frauen in der Diaspora, Anisa Sherif,
 078 805, 65, 22

Interkulturelle Dolmetscher/innen und Vermittler/innen

www.inter-pret.ch
 Regionale Vermittlungsstellen, Verzeichnis der zertifizierten
 interkulturellen Übersetzer/innen und Vermittler/innen
 Caritas Schweiz, Vermittlungsstelle für die Prävention von
 Mädchenbeschneidungen in der Schweiz

Empfohlene Literatur

- Jäger F, Schulze S, Hohlfeld P. Female Genital Mutilation in Switzerland – a Survey among Gynaecologists. Swiss Med Wkly. 2002; 132:259–64.
- Jäger F, Caflisch M, Hohlfeld P. Female Genital Mutilation and its Prevention: a challenge for Paediatricians. Eur J Pediatr. DOI 10.1007/s00431-008-0702-5 2008; Eur J Pediatr. 2009;168(1):27.
- Hohlfeld P, Thierfelder C, Jäger F, for the working group. Swiss Guidelines: Patientinnen mit genitaler Beschneidung. Schweizerische

Empfehlungen für Aerztinnen und Aerzte, Hebammen und Pflegepersonal. Schweiz. Ärztezeitung. 2005; 86(16):951–60.

Die vollständige nummerierte Literaturliste finden Sie unter www.medicalforum.ch.

Mädchenbeschneidung – konkrete Prävention in der Schweiz / Comment agir concrètement contre l'excision des filles en Suisse

Weiterführende Literatur (Online-Version) / Références complémentaires (online version)

- 1 World Health Organisation. Female Genitale Mutilation: a joint WHO//UNICEF/UNFPA statement. WHO, Geneva, 1997.
- 2 Caffisch M, Mirabeau M. Les mutilations génitales féminines. *Pediatrica*. 2007;18:40–3 .
- 3 World Health Organisation. Female Genital Mutilation: an Overview. WHO, Geneva, 1998.
- 4 www.wadinet.de/projekte/frauen/fgm/kampagne.htm
- 5 Jäger F, Schulze S, Hohlfeld P. Female Genital Mutilation in Switzerland – a Survey among Gynaecologists. *Swiss Med Wkly*. 2002;132:259–64.
- 6 Jäger F, Caffisch M, Hohlfeld P. Female Genital Mutilation and its Prevention: a challenge for Paediatricians. *Eur J Pediatr*. DOI 10.1007/s00431-008-0702-5 2008; *Eur J Pediatr*. 2009;168(1):27.
- 7 Hohlfeld P, Thierfelder C, Jäger F, for the working group. Swiss Guidelines: Patientinnen mit genitaler Beschneidung. Schweizerische Empfehlungen für Aerztinnen und Aerzte, Hebammen und Pflegepersonal. *Schweiz. Ärztezeitung*. 2005;86(16):951–60.
- 8 WHO study group on FGM. Female Genital Mutilation and Obstetric Outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet*. 2006;367:1835–41.
- 9 Almroth L, Bedri H, Elmusharaf S, Satti A, Idris T, Hashim, Suliman GI, Bergström S. Urogenital complications among girls with genital mutilation: a hospital based study in Khartoum. *Afr J Reprod Health*. 2005;9:118–24.
- 10 Elise R, Johansen B. Care for infibulated woman giving birth in Norway: an anthropological analysis of health workers management of a medically and culturally unfamiliar issue. *Med Anthropol Q*. 2006;20:516–44.
- 11 Elmusharaf S, Elhadi N, Almroth L. Reliability of self reported form of female genital mutilation and WHO classification: cross sectional study *BMJ*. 2006;333:124–8.
- 12 Terre des Femmes Suisse (2006) Nous protégeons nos filles, informations sur l'excision pour pères et mères, brochure d'information. www.terre-des-femmes.ch
- 13 UNICEF, Al-Azhar University, (2005) Children in Islam, Their care, upbringing and protection, UNICEF, Al-Azhar University, 61-62
- 14 Almroth L, Elmusharaf S, El Hadi N, Obeid A, El Sheikh M, Elfadil S, Bergström S. Primary infertility after genital mutilation in girlhood in Sudan: a case control study. *Lancet*. 2005;366:385–91.
- 15 Pok Lundquist J, Haller U. Aspekte der rituellen Frauenbeschneidung. *Gynäkol Praxis*. 2001;25:321–8.
- 16 Trechsel S, Schlauri R. Weibliche Genitalverstümmelung in der Schweiz, Rechtsgutachten, UNICEF 2004.
- 17 World Health Organisation. Female Genital Mutilation and Harmful Traditional Practices, Progress Report. WHO, Geneva, 2001.