

Weibliche Genital- beschneidung (Female Genital Mutilation/ Cutting FGM/C)

Interdisziplinäre Empfehlungen für Gesundheitsfachpersonen

August 2023

Akademie für fetomaternale Medizin AFMM

Fachgruppe Kinderschutz der
schweizerischen Kinderkliniken



SAPGG
Schweizerische Arbeitsgemeinschaft
für psychosomatische Gynäkologie
und Geburtshilfe



Réseau
Hospitalier
Neuchâtelais



Kinderärzte Schweiz
Berufsverband Kinder- und Jugendärztinnen in der Praxis
Association professionnelle de la pédiatrie ambulatoire
Associazione professionale dei pediatri di base



SCHWEIZERISCHE ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR UROGYNÄKOLOGIE UND BECKENBODENPATHOLOGIE
ASSOCIATION POUR L'UROGINECOLOGIE ET LA PATHOLOGIE DU PLANCHER PELVIEN
ASSOCIAZIONE DI UROGINECOLOGIA E PATOLOGIA DEL PAVIMENTO PELVICO

gynécologie suisse LUGA EUGA eICS

Schweizerischer Hebammenverband
Fédération suisse des sages-femmes
Federazione svizzera delle levatrici
Federaziun svizra da las spendreras

gynécologie suisse Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique
Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
Società Svizzera di Ginecologia e Ostetricia



amic
Association de médiatrices
interculturelles



pädiatrie schweiz
Die Fachorganisation der
Kinder- und Jugendmedizin

CARITAS Schweiz
Suisse
Svizzera
Svizra

* **SANTÉ SEXUELLE
SEXUELLE GESUNDHEIT
SALUTE SESSUALE**
SUISSE SCHWIZ SVIZZERA

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG
Centre fribourgeois de santé sexuelle CFSS
Freiburger Fachstelle für sexuelle Gesundheit FFSG

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	4	5. Kinderschutz	34
2. Hintergrundinformationen	5	5.1 FGM/C erkennen/wahrnehmen	34
2.1 Definition	5	5.2 Risikomanagement & Interventionsstrategien	35
2.2 WHO Klassifikation	5	5.3 Melderecht/Meldepflicht	37
2.3 Prävalenz	8	6. Administrative Fragen: Kodierung, Rückerstattung, Attest	38
2.4 Begründungen für FGM/C	9	6.1 Dokumentation	38
2.5 Gesundheitliche Folgen	9	6.2 Diagnosecode und Krankenversicherung	38
2.6 Rechtslage in der Schweiz	12	6.3 Attest betreffend FGM/C bei Rechtsverfahren oder Asylverfahren	39
3. Kommunikation	13	7. Nützliche Materialien und Links	40
3.1 Grundsätze	13		
3.2 Kommunikation und Prävention	16		
3.3 Argumentarium	18		
4. Good Practice Empfehlungen	20		
4.1 Allgemeines	20		
4.2 Gynäkologische Sprechstunde	20		
4.3 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	22		
4.4 Defibulation	24		
4.5 Umgang bei Wunsch nach Reinfibulation	27		
4.6 Psychische und psychosexuelle Gesundheit	27		
4.7 Klitorisrekonstruktion	28		
4.8 Pädiatrie	31		

Abkürzungen

BAG	Bundesamt für Gesundheit
FGM/C	Female Genital Mutilation/Cutting / Weibliche Genitalbeschneidung/ -verstümmelung)
HBV	Hepatitis-B-Virus
HCV	Hepatitis-C-Virus
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève
ICD	International Classification of Diseases /Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
KESB	Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PTSD	Posttraumatic Stress Disorder/Posttraumatische Stress- oder Belastungsstörung
SEM	Staatssekretariat für Migration
SGGG	Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
SKMR	Schweizerisches Kompetenzzentrum für Menschenrechte
StGB	Schweizerisches Strafgesetzbuch
StPO	Schweizerische Strafprozessordnung
UNHCR	Hochkommissariat der Vereinten Nationen für Flüchtlinge
UNICEF	Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen
WHO	World Health Organisation/Weltgesundheitsorganisation
ZGB	Schweizerisches Zivilgesetzbuch

Tabellen

Tab. 1	Gesundheitliche Folgen
Tab. 2	Perspektiven des Fachpersonals und der Patientin auf FGM/C
Tab. 3	Argumentarium
Tab. 4	Mythen und falsche Annahmen, die mit der Frau vor und nach einer Defibulation angesprochen werden sollten
Tab. 5	Defibulation
Tab. 6	Risikomanagement und Interventionsstrategien
Tab. 7	Diagnosecode ICD-10-GM

Abbildungen

Abb. 1	FGM/C-Typen
Abb. 2	Weltkarte der FGM/C-Prävalenzen pro Land
Abb. 3	Dreidimensionale Rekonstruktion (3D) von MRI-Aufnahmen eines weiblichen Beckens mit Abbildung der Klitoris mittels Vitrea Software (A und B). 3D-Druck eines auf dieser 3D-Rekonstruktion basierenden anatomischen Modells (C).

1. Einleitung

Das Gesundheitspersonal spielt eine wichtige Rolle bei der Erkennung, Diagnostik und Betreuung der Folgen einer weiblichen Genitalbeschneidung (Female Genital Mutilation/Cutting FGM/C) sowie in der Prävention und beim Schutz von gefährdeten Mädchen.

Diese Empfehlungen möchten Gesundheitsfachpersonen zum Thema weibliche Genitalbeschneidung sensibilisieren und praktische Unterstützung für den klinischen Alltag bieten. Sie wurden erarbeitet, um die Guideline «Patientinnen mit genitaler Beschneidung: Schweizerische Empfehlung für Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegefachkräfte» der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe SGGG von 2005 zu aktualisieren. Die Hôpitaux universitaires de Genève HUG (Dr. med. Jasmine Abdulcadir) wurden von der SGGG beauftragt, Kontakt mit Fachexpert_innen auf diesem Gebiet aufzunehmen und eine Arbeitsgruppe zu bilden. Dieser Prozess wurde vom Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz unterstützt und koordiniert.

Folgende Personen und Organisationen haben zu diesen Empfehlungen beigetragen:

Projektleitung:

Abdulcadir Jasmine, Hôpitaux universitaires de Genève HUG, und Birri Marisa, ehemalige Projektverantwortliche bei Brava/Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz.

Das Dokument wurde von den folgenden Personen verfasst (in alphabetischer Reihenfolge):

Abdulcadir Jasmine, Hôpitaux universitaires de Genève HUG; Birri Marisa, ehemalige Projektverantwortliche Brava/Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz; Bettoli Lorenza, Hôpitaux universitaires de Genève HUG; Illide Boulogne Sabine, Réseau Hospitalier Neuchâtelois; Jäger Fabienne, pädiatrie schweiz; Müller Sapin Monika, Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe SGGG; Politis Mercier Maria-Pia, Schweizerischer Hebammenverband, und Telley Catherine, Freiburger Fachstelle für sexuelle Gesundheit.

In Zusammenarbeit mit:

Hürlimann Renate, Universitätsspital Zürich; Hinder Nicole, UNICEF Schweiz und Liechtenstein; Yaron Michal, Hôpitaux universitaires de Genève HUG; Mirabaud Madeleine, Hôpitaux universitaires de Genève HUG; Schwegler Denise, Caritas Schweiz / Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz; Sieber Christine, Sexuelle Gesundheit Schweiz/Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz; Melete Solomon, Association de Média-trices Interculturelles AMIC Genève, und Renteria Saira-Christine, Centre hospitalier universitaire vaudois CHUV sowie Kommission Qualitätssicherung der SGGG.

Sämtliche Autor_innen haben das Manuskript genehmigt.

Folgende Fachgesellschaften und Verbände

haben das Dokument genehmigt (in alphabetischer Reihenfolge):

- Akademie für fetomaternal Medizin AFMM (Arbeitsgruppe der SGGG)
- Fachgruppe Kinderschutz der schweizerischen Kinderkliniken
- Gynea
- Kinderärzte Schweiz
- pädiatrie schweiz
- Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und Beckenbodenpathologie AUG (Arbeitsgruppe der SGGG)
- Schweizerische Arbeitsgruppe Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe SAPGG (Arbeitsgruppe der SGGG)
- Schweizerischer Hebammenverband
- Sexuelle Gesundheit Schweiz

2. Hintergrundinformationen

2.1 Definition

Weibliche Genitalbeschneidung (FGM/C) umfasst sämtliche Eingriffe, bei welchen die äusseren weiblichen Geschlechtsorgane aus nicht medizinischen Gründen teilweise oder vollständig entfernt beziehungsweise verletzt werden¹.

Diese Definition weist eine gewisse Ähnlichkeit mit derjenigen der weiblichen kosmetischen Genitalchirurgie auf (wie zum Beispiel Labienplastik, Hymenrekonstruktion, Vaginalverengung), welche auch bei Minderjährigen durchgeführt wird². Trotz wichtiger Diskussionen zu diesen Themen werden die aktuell als kosmetische Genitalchirurgie bezeichneten Eingriffe im Rahmen der vorliegenden Empfehlungen nicht besprochen^{3,4}.

2.2 Klassifikation gemäss WHO¹

Aufgrund der zahlreichen Zwischenformen und Praxisvarianten ist es oft nicht einfach, die verschiedenen FGM/C-Typen und -Subtypen zu identifizieren und zu unterscheiden.

- Typ I** Teilweise oder vollständige Entfernung der äusseren Klitoris (Glans oder Glans mit teilweise Klitoriskörper) und/oder der Klitorisvorhaut.
- Typ Ia Entfernung der Klitorisvorhaut.
- Typ Ib Entfernung der äusseren Klitoris (Glans oder Glans mit teilweise Klitoriskörper) mit/oder ohne Entfernung der Klitorisvorhaut.
- Typ II** Teilweise oder vollständige Entfernung der äusseren Klitoris (Glans oder Glans mit teilweise Klitoriskörper) und der inneren Labien, mit oder ohne Entfernung der äusseren Labien.
- Typ IIa Ausschliessliche Entfernung der inneren Labien.
- Typ IIb Teilweise oder vollständige Entfernung der äusseren Klitoris (Glans oder Glans mit teilweise Klitoriskörper) und der inneren Labien.
- Typ IIc Teilweise oder vollständige Entfernung der äusseren Klitoris (Glans oder Glans mit teilweise Klitoriskörper), der inneren und der äusseren Labien.

Typ III Verengung der Vaginalöffnung durch Herstellung eines bedeckenden Hautverschlusses. Dieser Hautverschluss kommt zustande durch Entfernen der inneren und/oder äusseren Labien, mit oder ohne Entfernung der äusseren Klitoris, und das anschliessende Zusammenfügen der Wundränder (Infibulation).

Typ IIIa Entfernen und Zusammenfügen der inneren Labien, mit oder ohne Entfernung der Klitoris.

Typ IIIb Entfernen und Zusammenfügen der äusseren Labien, mit oder ohne Entfernung der Klitoris.

Typ IV In diese Kategorie fallen alle weiteren Praktiken, welche die weiblichen Genitalien schädigen und keinem medizinischen Zweck dienen, wie zum Beispiel das Einstechen (Punktion), Durchbohren (Piercing), Einschneiden, Scheuern und Verätzen des Genitalbereichs.

Hinweis

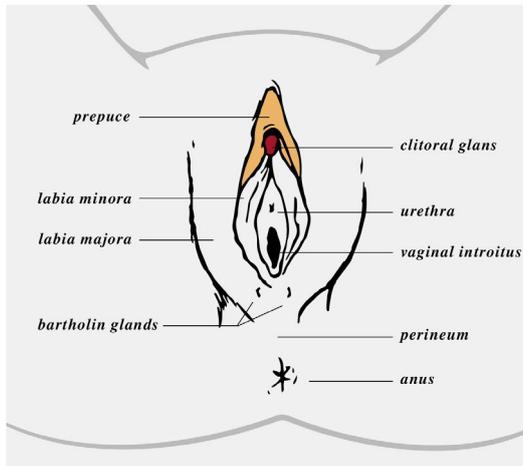
Das **Pricking** (Einstechen) ist eine Form von FGM/C-Typ IV. Pricking bezeichnet das Durchbohren/die Punktion der Klitoriseichel oder -vorhaut mit einem spitzen Gegenstand. Dieses Vorgehen kann Blutungen hervorrufen, umfasst jedoch weder Gewebeabtragung noch dauerhafte Veränderung der äusserlichen Genitalorgane².

Diese Form von FGM/C ist Gegenstand von Diskussionen: Sie wurde immer wieder als Alternativritual vorgeschlagen, in unterschiedlichen Ländern Afrikas sowie in der Diaspora⁵. Von der Weltgesundheitsorganisation WHO wird Pricking jedoch weiterhin als eine Form von FGM/C betrachtet. Pricking ist in zahlreichen Ländern, inkl. in der Schweiz, rechtlich strafbar (Art. 124 Schweizer Strafgesetzbuch); siehe auch SKMR, 2014⁶.

Abb. 1
FGM/C-Typen

TYPE I

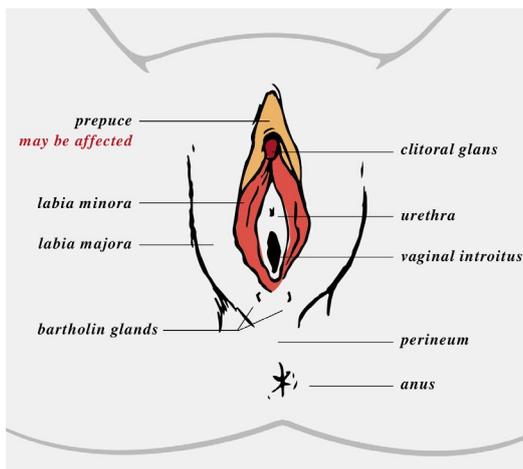
Partial or total removal of the clitoral glans (clitoridectomy) and/or the prepuce



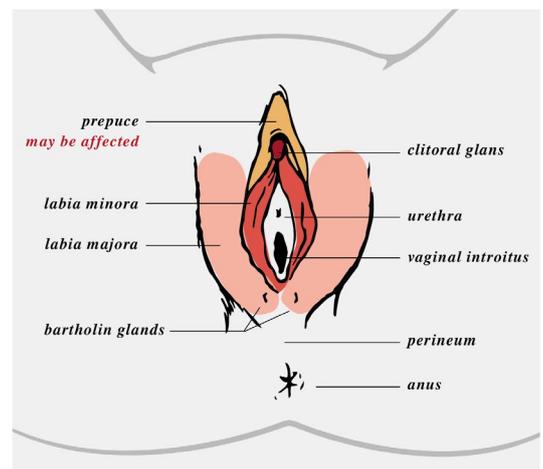
- **Type Ia:** removal of the prepuce/clitoral hood (circumcision)
- + ■ **Type Ib:** removal of the clitoral glans with the prepuce (clitoridectomy)

TYPE II

Partial or total removal of the clitoral glans and the labia minora, with or without excision of the labia majora (excision)



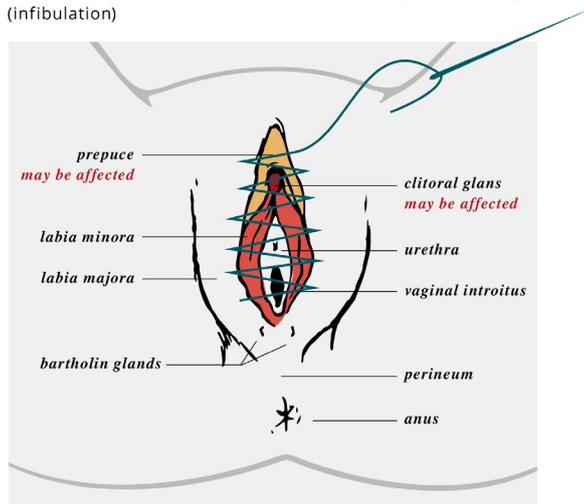
- **Type IIa:** removal of the labia minora only
- + ■ + ■ **Type IIb:** partial or total removal of the clitoral glans and the labia minora (*prepuce may be affected*)



- + ■ + ■ + ■ **Type IIc:** partial or total removal of the clitoral glans, the labia minora and the labia majora (*prepuce may be affected*)

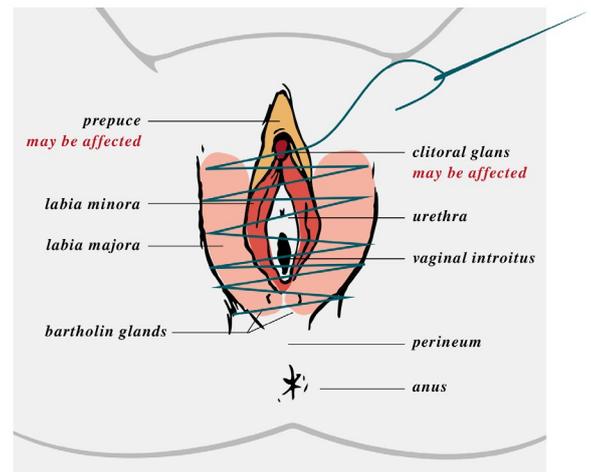
TYPE III

Narrowing of the vaginal opening with the creation of a covering seal by cutting and appositioning the labia minora or labia majora with or without excision of the clitoral prepuce and glans (infibulation)



Type IIIa:

■ + ■ + ■ + appositioning of the labia minora

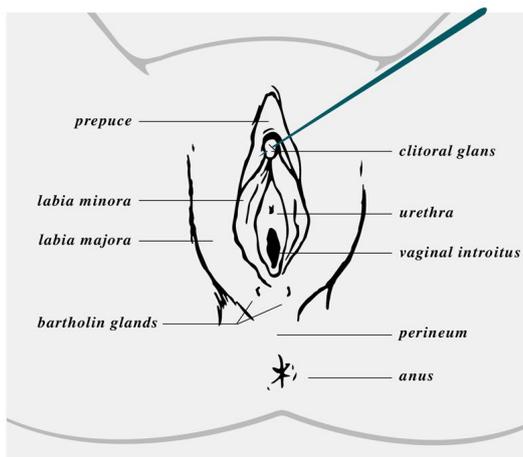


Type IIIb:

■ + ■ + ■ + ■ + appositioning of the labia majora

TYPE IV

All other harmful procedures to the female genitalia for non-medical purposes, for example pricking, piercing, incising, scraping and cauterization



Quelle: «Care of women and girls living with female genital mutilation: a clinical handbook. Geneva: World Health Organization; 2018. Lizenz: CC BY-NC-SA 3.0 IGO»⁷.

Die verschiedenen FGM/C-Typen unterscheiden sich nach Region, ethnischer Gruppe, Familie sowie der Beschneider_innen/Gesundheitsfachpersonen, welche die weibliche Genitalbeschneidung durchführen. Das Alter der Mädchen/Frauen zum Zeitpunkt der Beschneidung ist ebenfalls sehr unterschiedlich: Üblicherweise sind die Mädchen zwischen 0 und 15 Jahren alt.

2.3 Prävalenz

Weibliche Genitalbeschneidung ist international als Menschenrechtsverletzung anerkannt und Rechtsvorschriften zum Verbot dieser Praktik wurden in zahlreichen Ländern erlassen. Dennoch sind über 200 Millionen Mädchen und Frauen in 31 Ländern in Afrika, Asien und im Mittleren Osten sowie auf der ganzen Welt (aufgrund internationaler Migrationsbewegungen) davon betroffen⁸.

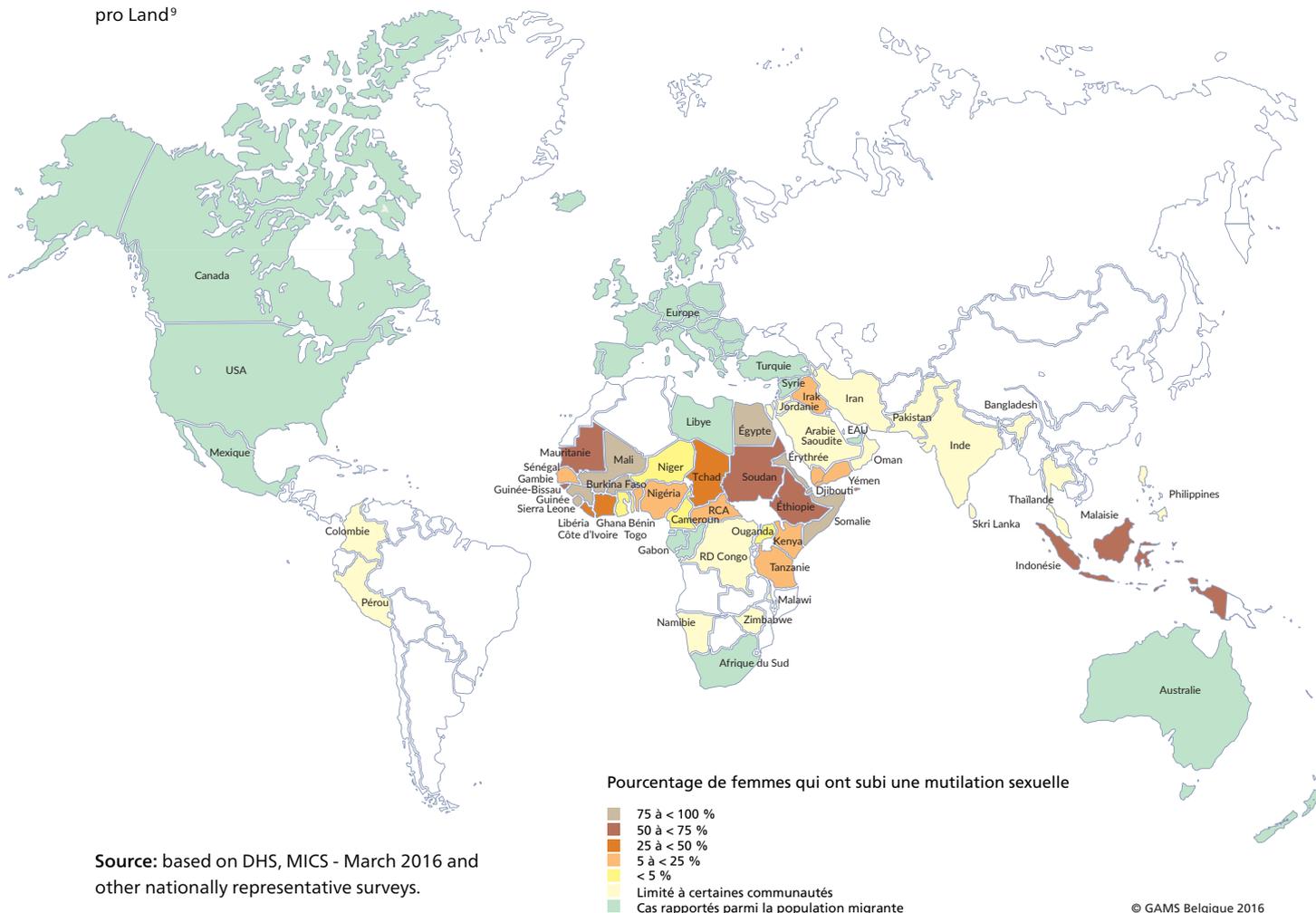
Länder wie Somalia, Eritrea, Sudan, Ägypten, Guinea, Sierra Leone, Mali und Dschibuti weisen eine hohe Prävalenz auf (über 80%).

Die Prävalenz ist von Region zu Region, von Land zu Land oder sogar innerhalb einer Gegend oder eines Landes sehr unterschiedlich. Der ausschlaggebende Faktor dabei ist die ethnische Zugehörigkeit².

Siehe dazu auch [Country Profiles UNICEF](#)

In der Schweiz leben schätzungsweise 22'400 Mädchen und Frauen, die entweder bereits beschnitten sind oder gefährdet sind, beschnitten zu werden^{10,11}. Gemäss diesen Schätzungen sind in der Schweiz vor allem Mädchen und Frauen aus Eritrea, Somalia, Äthiopien, Ägypten, Indonesien, der Elfenbeinküste, Guinea und dem Sudan betroffen (jedoch nicht ausschliesslich)¹¹.

Abb. 2
FGM/C Prävalenzen weltweit pro Land⁹



Source: based on DHS, MICS - March 2016 and other nationally representative surveys.

2.4 Begründungen für FGM/C

Die Begründungen, welche für weibliche Genitalbeschneidung (FGM/C) hervorgebracht werden, sind vielfältig und komplex.

Tradition: Die Beschneidungspraxis wird fortgesetzt, weil «es» schon «immer» so gehandhabt wurde.

Soziale Norm: Die Beschneidung verleiht dem Mädchen/der Frau einen sozialen Status in ihrer Familie, Community oder Gesellschaft. FGM/C geht einher mit Ehre, Reinheit, Schönheit, Heiratsfähigkeit und sozialer Anerkennung.

Sexualität: Es wird oft angenommen, die Beschneidung würde die Libido der Frau herabsetzen und die Jungfräulichkeit und eheliche Treue garantieren. In gewissen ethnischen Gruppen wird angenommen, dass gewisse FGM/C-Typen, wie zum Beispiel die Infibulation, die sexuelle Befriedigung des Mannes zu steigern vermögen. Männern wird oft eine passive Rolle zugeschrieben, wenn es um Entscheidungen bez. FGM/C geht. Weibliche Genitalbeschneidung wird oft als «Frauensache» betrachtet¹².

Religion: Weibliche Genitalbeschneidung wird in verschiedenen Religionsgemeinschaften – sowohl in christlichen wie auch muslimischen und anderen – durchgeführt. Häufig wird von den praktizierenden Gemeinschaften die Religion als wichtiger Grund für die Praktik genannt. Allerdings gibt es in keiner Weltreligion einen schriftlichen Beleg, der FGM/C verlangt. Zudem wurde der Brauch der Beschneidung bereits vor der Entstehung des Christentums oder des Islams gepflegt.

Ästhetische Gründe: In bestimmten Communities werden die nicht beschnittenen Genitalorgane als unästhetisch oder unrein betrachtet.

Identität und kulturelle Zugehörigkeit: Im Migrationskontext kann die weibliche Genitalbeschneidung zudem die Funktion haben, eine Verbindung zum Herkunftsland zu erhalten und dazu beizutragen, die kultu-

relle Identität aufrechtzuerhalten. Neuere Studien zeigen jedoch, dass die Communities nach der Einwanderung dazu neigen, diese Tradition aufzugeben¹³.

2.5 Gesundheitliche Folgen¹

FGM/C hat keinen Nutzen für die Gesundheit der Mädchen und der Frauen, im Gegenteil: Meist ist dieser Eingriff schmerzhaft und traumatisierend und wird weder unter keimfreien Bedingungen noch mit sterilen Instrumenten von traditionellen Beschneider_innen durchgeführt. Weibliche Genitalbeschneidung wird jedoch teilweise auch «medikalisiert», d.h. von Gesundheitsfachpersonen und unter Anästhesie durchgeführt¹⁴.

Die Entfernung oder die Gewebeschädigung der äusserlichen Genitalorgane kann zu unmittelbaren und langfristigen Folgen führen (siehe Tabelle 1)¹.

Beschnittene Mädchen und Frauen sind nicht alle in gleicher Weise von den körperlichen und psychischen Folgen einer FGM/C betroffen. Einerseits spielen Schweregrad der Beschneidung, Alter zum Zeitpunkt des Eingriffs, Kraftanwendung sowie Umstände, unter denen sie durchgeführt wird, eine wichtige Rolle. Andererseits verfügen betroffene Frauen über unterschiedliche Ressourcen und Strategien, um mit dieser Erfahrung umzugehen.

Tabelle 1
Gesundheitliche
Folgen¹

Gesundheitliche Folgen	
Unmittelbare Folgen	
Blutung	
Schmerzen	
Schock	· hämorrhagisch, septisch
Gewebsödem	
Infektionen	<ul style="list-style-type: none"> · Urogenitale Infektion · Wundinfektion · Abszessbildung · Sepsis · Tetanus · Risiko für die Übertragung viraler Infekte (HBV, HIV, HCV) · Die Assoziation zwischen HIV und FGM/C wurde bis anhin nicht bewiesen. Jedoch besteht ein Übertragungsrisiko beim Eingriff, da oft nicht sterile Instrumente eingesetzt werden.
Harnwegsprobleme	<ul style="list-style-type: none"> · Akute Harnretention · Dysurie · Urethraverletzung
Probleme bei der Wundheilung/ Narbenbildung	<ul style="list-style-type: none"> · Zysten (meist epidermal) · Keloidbildung · Posttraumatische Neurome im Bereich der Klitoris · Narbenstränge · Sekundäre Verwachsung der Labien
Tod	· Durch schwere Blutung oder Sepsis
Psychische Folgen	

Gesundheitliche Folgen

Spätfolgen

Geburtshilflich	<ul style="list-style-type: none"> · Erhöhtes Risiko für Sectio (auch durch mangelnde Kenntnisse, z. B. über Defibulationsmöglichkeiten, von Seiten der Geburtshelfer_innen), Blutung (z. B. in Zusammenhang mit einem erhöhten Risiko einer protrahierten Geburt, eines Geburtsstillstands oder eines Dammrisses), Dammschnitt, Dammriss (insbesondere Dammriss Grad 3), vaginaloperative Geburt, Verlängerung der Austreibungsphase, Dystokie, Verlängerung des mütterlichen Spitalaufenthalts, Harnverhalt, negatives neonatales Outcome · Die Geburtsschmerzen können zudem an die Schmerzen während der Beschneidung erinnern und Angstsymptome, Unruhe sowie posttraumatische Stressbeschwerden (PTSD) während der Eröffnungs- oder Austreibungsphase auslösen.
Sexuell	<ul style="list-style-type: none"> · Dyspareunie: Risiko am höchsten bei FGM/C-Typ III. · Mögliche Abnahme der Befriedigung, Lust, Libido, Stimulierbarkeit, vaginaler Gleitfähigkeit sowie Orgasmusfrequenz bei der Frau · Zusätzlich negative Auswirkungen auf die Sexualität des Paares, insbesondere bei FGM/C-Typ III, da die Verengung der Vaginalöffnung die Penetration erschwert. · Vulvovaginale Rissbildung oder Lazeration beim Geschlechtsverkehr · Die Ätiologie der sexuellen Funktionsstörungen ist oft multifaktoriell (bio-psycho-soziale Faktoren).
Psychologisch	<ul style="list-style-type: none"> · Posttraumatische Stresstörungen (PTSD) · Angststörungen · Depression
Urogenital	<ul style="list-style-type: none"> · Schmerzen im Bereich der Vulva oder der Klitoris, rezidivierende vaginale Infektionen und Harnwegsinfektionen, Menstruationsstörungen bei Typ III (Dysmenorrhoe, zurückgehaltener Menstrationsfluss) · Infektionen der Fortpflanzungsorgane (erhöhtes Risiko bakterieller Vaginose), chronische Schmerzen, Dysurie, Harnverhalt und prolongiertes Wasserlösen bei Typ III (Risiko, eine Reizblase zu entwickeln) · Bei FGM/C-Typ III: Schwierigkeiten, Tampons, Menstruationstassen, Diaphragmas und Pessare einzuführen; Schwierigkeiten, diagnostische und therapeutische gynäkologische Verfahren durchzuführen

2.6 Rechtslage in der Schweiz

Strafgesetz

Art. 124 Strafgesetzbuch (StGB)

Körperverletzung/Verstümmelung weiblicher Genitalien

¹ Wer die Genitalien einer weiblichen Person verstümmelt, in ihrer natürlichen Funktion erheblich und dauerhaft beeinträchtigt oder sie in anderer Weise schädigt, wird mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren bestraft.

² Strafbar ist auch, wer die Tat im Ausland begeht, sich in der Schweiz befindet und nicht ausgeliefert wird. (...)

Gemäss Art. 124 StGB ist jegliche Form der weiblichen Genitalbeschneidung strafbar, unabhängig des Typs (ob mehr oder weniger invasiv). Die Bestrafung umfasst eine Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren. Unerheblich ist, ob der Eingriff körperliche Funktionen beeinträchtigt oder nicht. Ebenfalls kein Kriterium ist, ob ein Eingriff unter einwandfreien hygienischen und ärztlichen Bedingungen ausgeführt wurde oder nicht. FGM/C ist in der Schweiz auch strafbar, wenn sie im Ausland durchgeführt wird oder wurde, auch wenn diese vor einer ersten Einreise in die Schweiz geschehen ist. Unerheblich ist dabei, ob FGM/C im betreffenden Land ebenfalls verboten ist oder nicht⁶.

Asyl

FGM/C ist eine Form geschlechtsspezifischer Verfolgung und wird in diesem Sinne grundsätzlich als Asylgrund anerkannt (Art. 3 Asylgesetz). Jedoch ist es aus verschiedenen Gründen für Asylsuchende oft schwierig, die Bedrohung durch eine FGM/C als Fluchtursache geltend zu machen⁶.

Im Gegensatz zu den Empfehlungen des Flüchtlingshochkommissariats der Vereinten Nationen (UNHCR) wird gemäss Praxis des Staatssekretariat für Migration (SEM) in der Regel Schutz nur gewährt, wenn es darum geht, einer drohenden Beschneidung zu entgehen, nicht aber, wenn diese schon vorgenommen wurde¹⁵.

Kinderschutz

Für Informationen zu Melderecht/Meldepflicht bez. hilfsbedürftiger Kinder an die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) siehe [Kapitel 5](#), Kinderschutz, insbes. Abschnitt [5.3](#), [Melderecht/Meldepflicht](#).

Hinweis

Für weitere Informationen über die Situation in der Schweiz siehe Bundesratsbericht, [Massnahmen gegen die weibliche Genitalverstümmelung](#), November 2020¹¹.

3. Kommunikation

Im Rahmen einer gegenseitigen vertrauens- und respektvollen Zusammenarbeit zwischen dem Fachpersonal, der Patientin und ihrer Familie haben die Gesundheitsfachkräfte die Chance sowie auch die Verpflichtung, die Gesundheit und das Wohlbefinden der von FGM/C betroffenen Mädchen und Frauen zu fördern sowie gefährdete Mädchen vor FGM/C zu schützen⁷.

Die Kommunikation und folgende Informationen/Vorschläge sind allgemein gehalten und müssen der jeweiligen Situation angepasst werden.

3.1 Grundsätze

- Informieren Sie sich (über die verschiedenen FGM/C-Typen, Prävalenz, regionale Anlaufstellen etc.).
- Das Thema FGM/C kann bei Gesundheitsfachpersonen heftige Gefühle hervorrufen. Diese haben jedoch keinen Platz im Gespräch mit den Betroffenen. Es ist wichtig, eine professionelle Haltung zu bewahren und das Gespräch respektvoll zu führen.
- Achten Sie darauf, dass das Gespräch in einem bequemen und angenehmen Setting stattfindet, in dem sich das Mädchen/die Frau wohl und sicher fühlt. Es sollte genug Zeit für das Gespräch eingeplant werden. Sorgen Sie dafür, dass Sie wenn möglich nicht gestört werden.
- Sprechen Sie FGM/C während der Anamnese an, zum Beispiel wenn es um sexuelle und reproduktive Gesundheit geht (Menstruation, Schwangerschaft etc.).
- Beim Gespräch mit Personen aus einer Community, in welcher FGM/C praktiziert wird, sollte der Begriff «Weibliche Genitalbeschneidung» oder «Mädchenbeschneidung» dem Begriff «Genitalverstümmelung» vorgezogen werden, da er weniger stigmatisierend ist. Ausserdem betrachten sich viele beschnittene Frauen nicht als verstümmelt. Es ist auch denkbar, bei der Frau oder einer Dolmetscherin nach dem passenden Begriff in ihrer Muttersprache nachzufragen. Der Begriff «Sunna» sollte wegen der religiösen Konnotation nicht verwendet werden, um so die Idee, FGM/C sei eine religiöse Praktik, nicht noch zu stärken oder zu legitimieren.
- Ziehen Sie ausgebildete und zertifizierte Dolmetscherinnen/interkulturelle Vermittlerinnen hinzu bei sprachlichen und/oder kulturellen Hindernissen⁷. Und erklären Sie der Patientin (beziehungsweise ihrer Mutter, ihren Eltern oder sonstigen erwachsenen Bezugspersonen bei einer nicht urteilsfähigen Minderjährigen), dass die Dolmetscherin/Vermittlerin auch an die ärztliche Schweigepflicht gebunden ist. Familienmitglieder (Ehemann/Partner_in, Kinder oder Schwiegermutter etc.) sollten nicht als Dolmetscher_innen eingesetzt werden. In der kinderärztlichen Sprechstunde kann das Gespräch mit beiden Elternteilen separat durchgeführt werden, je nach dem falls unterschiedliche Haltungen zu FGM/C bestehen beispielsweise.

Multiplikatorinnen

Ziehen Sie wann immer möglich eine ausgebildete und zertifizierte Multiplikatorin für solche Gespräche bei. Multiplikatorinnen sind interkulturelle Vermittlerinnen, Dolmetscherinnen, Aktivistinnen oder andere Schlüsselpersonen, welche sich gegen weibliche Genitalbeschneidung engagieren und Erfahrung in diesem sensitiven Thema vorweisen können. Meist sind es Migrantinnen, die selbst aus betroffenen Communities stammen. Die Multiplikatorinnen vermitteln zwischen den betroffenen Gemeinschaften/Familien und Fachpersonen/Fachstellen.

Die Anlaufstelle des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz kann Sie mit Multiplikatorinnen in Verbindung setzen (siehe [Kapitel 7, Nützliche Materialien und Links](#)).

- Falls eine Dolmetscherin oder Vermittlerin beigezogen wird, sollte das in der Krankengeschichte der Patientin dokumentiert werden, einschliesslich Name und Telefonnummer der Dolmetscherin/Vermittlerin.
- Fragen Sie das Mädchen oder die Frau, ob sie sich mit der ausgewählten Dolmetscherin oder Vermittlerin wohl fühlt, und suchen Sie eine andere Person, falls erwünscht.
- Falls die Übersetzung vor Ort nicht möglich ist, kann ein Dolmetschdienst via Telefon oder Video in Betracht gezogen werden (siehe [INTERPRET](#), die schweizerische Interessengemeinschaft für interkulturelles Dolmetschen und Vermitteln).

Finanzierung des interkulturellen Dolmetschens

Ist das professionelle interkulturelle Dolmetschen für eine medizinische Untersuchung/Behandlung oder für den therapeutischen Erfolg unerlässlich und verfügen die versicherten Personen über keine Dolmetscherin, können die Dolmetschkosten als Teil der medizinischen Leistung angerechnet werden.

Gemäss Empfehlung der schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren sind die Kosten der für angemessene Behandlungen erforderlichen Übersetzungs- und Dolmetscherleistungen, welche im Rahmen eines stationären Aufenthalts erbracht werden, der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP zu verrechnen und in der Berechnung der Fallpauschalen zu berücksichtigen.

Es liegt in der Verantwortung der Tarifpartner, diese Empfehlung umzusetzen. Im ambulanten Bereich, welcher nicht von den Kantonen mitfinanziert wird, sieht die aktuell gültige Tarifstruktur keine entsprechende Position vor^{18,19}.

Herausforderungen beim Gespräch über FGM/C

Über FGM/C und die damit verbundenen gesundheitlichen Komplikationen zu sprechen, kann für das Gesundheitspersonal wie auch für die betroffenen Mädchen und Frauen eine Herausforderung bedeuten⁷.

Tabelle 2

Perspektiven des Fachpersonals und der Patientin auf FGM/C

Perspektive der Gesundheitsfachperson	Perspektive der Patientin
Möglicherweise denken Gesundheitsfachpersonen, dass ein Gespräch zum Thema FGM/C das Mädchen oder die Frau an das ursprünglich erlebte Trauma erinnern und eine Retraumatisierung auslösen könnte.	Zahlreiche Mädchen und Frauen können das Gefühl haben, dass FGM/C eine private Angelegenheit ist und dass es unangenehm oder sogar peinlich ist, mit einer Fachperson darüber zu sprechen, besonders wenn es sich um einen Mann handelt.
Gesundheitsfachpersonen können auch der Meinung sein, dass FGM/C eine kulturelle, private oder familiäre Angelegenheit sei, so dass sie weder nach dem Typ der Beschneidung noch nach allfälligen Problemen bez. die (sexuelle) Gesundheit fragen.	Manche Mädchen und Frauen bezweifeln vielleicht, dass die Gesundheitsfachperson genügend vertraut ist mit dem Thema FGM/C und denken, dass diese Person nicht in der Lage ist, ihre Fragen zu beantworten und ihr eine angemessene Behandlung zu ermöglichen. Es kann auch sein, dass die Patientinnen nicht daran gewöhnt sind, über sexuelle und reproduktive Gesundheit zu sprechen oder dass sie ihre eigene Anatomie nicht gut kennen, insbesondere die Anatomie der Fortpflanzungsorgane. Möglicherweise hatten sie noch nie zuvor eine körperliche oder gynäkologische Untersuchung.
Auch wenn gewisse Fachleute ihre Patientinnen auf FGM/C ansprechen, können sie sich zu wenig vorbereitet und ausgebildet fühlen, um diesen Mädchen und Frauen eine angemessene Betreuung und Unterstützung anbieten zu können.	Das Mädchen oder die Frau leidet oder erlebt vielleicht eine schwierige emotionelle Situation und kann sich aus diesem Grund nicht offen ausdrücken.
Oft steht dem Gesundheitsfachpersonal während der Sprechstunde nicht genügend Zeit für ein vertieftes Gespräch über FGM/C zur Verfügung. Sie ziehen es dann vor, keine Fragen zu diesem Thema zu stellen.	Gewisse Mädchen und Frauen empfinden Scham- und Schuldgefühle und befürchten, wegen FGM/C und/oder der damit verbundenen Komplikationen verurteilt zu werden.
	Oftmals wissen die Menschen, dass FGM/C illegal ist, weshalb Mädchen, Frauen oder ihre Begleitpersonen befürchten könnten, für die Unterstützung oder das Erleiden dieser Praktik verurteilt zu werden, sollten sie offen darüber sprechen.
	Mädchen und Frauen befürchten vielleicht, dass sie in ihrer Community als Verräterin der eigenen Kultur angesehen werden, wenn sie sich einer aussenstehenden Person bezüglich FGM/C anvertrauen.

Was tun, falls eine Patientin nicht bereit ist, über ihre erlebte Beschneidung oder über eine mögliche drohende Beschneidung für sich selbst oder eine Person aus ihrem Umfeld zu sprechen?⁷

- Geben Sie der Patientin Zeit und erklären Sie, weshalb Sie das Thema ansprechen.
- Führen Sie das Gespräch weiter, um herauszufinden, was ihre Ängste und Befürchtungen sind.
- Ermutigen, beruhigen Sie sie und vereinbaren Sie einen anderen Termin.
- Versichern Sie ihr, dass das Gespräch vertraulich ist.
- Sprechen Sie klar, langsam und verwenden Sie einfache, aber präzise Begriffe.
- Falls wenige Kenntnisse über reproduktive Gesundheit vorhanden sind, verwenden Sie Schemata oder anatomische Modelle.
- Bieten Sie weitere Informationsquellen wie Websites oder regionale Anlaufstellen an (siehe www.maedchenbeschneidung.ch).
- Fragen Sie die Patientin, ob sie lieber mit einer/einem anderen Mitarbeiter_in sprechen möchte.

3.2 Kommunikation und Prävention

Gesprächseinstieg

Folgende Beispiele erleichtern den Gesprächseinstieg über FGM/C:

- «Ich weiss, dass die weibliche Genitalbeschneidung in Ihrem Herkunftsland praktiziert wurde. Ist diese Praxis auch in der Region, aus der Sie kommen, noch üblich?»
- «Gab es Komplikationen bei der Geburt Ihres Kindes/Ihrer Kinder?»
- «Ich mache mir Sorgen um Ihre Tochter ...»
- «Was denkt Ihre Familie?»

Gesprächsinhalt

Eruieren Sie die persönliche Haltung und Erfahrungen bez. FGM/C:

- Ihre Gründe für die Konsultation, allfällige Fragestellungen;
- Begründungen für die weibliche Genitalbeschneidung (wieso wird sie gemacht?);
- Gefühle gegenüber der Beschneidung und was sie für die Person bedeutet;
- Erfahrungen/Erlebnisse (Alter zum Zeitpunkt der Beschneidung; Erfahrungen der Mutter und Komplikationen in der Familie/Umfeld können Gegenargumente sein)?

Vorsicht: Es ist nicht notwendig, dass jede Gesundheitsfachperson mit der Patientin ihre persönlichen Erlebnisse im Detail bespricht. Achten Sie auf die Gefahr von Flashbacks und Retraumatisierung.

Eruieren und besprechen Sie die Haltungen zu FGM/C, welche innerhalb der Familie der Patientin bestehen:

- Kann sie mit ihrer Familie/Angehörigen darüber sprechen?
- Wünschen Familienmitglieder die Beschneidung?
- Wer in der Familie ist dafür/dagegen? Wer entscheidet?
- Allfällige Argumente, welche pro Beschneidung hervorgebracht werden, anhören und besprechen, Gegenargumente betonen (siehe [Tabelle 3](#)).
- Das Gespräch sollte mit der Frau/Jugendlichen allein durchgeführt werden, damit sie sich frei ausdrücken kann. Wenn sich die Patientin wohl fühlt und damit einverstanden ist, können der/die Partner_in und gegebenenfalls auch weitere Familienmitglieder, die beim Aufgeben dieser Praktik eine entscheidende und unterstützende Rolle einnehmen können, mit einbezogen werden. Es kann auch sein, dass ein_e Partner_in eine Beratung in Abwesenheit seiner/ihrer Frau wünscht. Je nach Situation und Alter der Patientin kann das Gespräch auch lediglich mit den Eltern stattfinden.

Informieren Sie über das Verbot und den gesetzlichen Rahmen bez. Kinderschutz in der Schweiz:

- Jede Form von FGM/C ist strafbar, auch «Pricking», und auch wenn sie im Ausland durchgeführt wird (Art. 124 Strafgesetzbuch).
- FGM/C ist mittlerweile auch in vielen Herkunftsländern illegal.
- In der Schweiz gilt FGM/C als Körperverletzung und Kindeswohlgefährdung.
- Die Eltern sind für die körperliche Unversehrtheit ihres Kindes verantwortlich. Die Erziehungsberechtigten verstossen gegen ihre Fürsorgepflicht, wenn sie ein Mädchen nicht vor einer Beschneidung schützen (zum Beispiel falls das Mädchen im Rahmen eines Familienbesuchs im Herkunftsland einer Beschneidung unterzogen würde).

Zeigen Sie die gefährlichen Folgen auf, welche FGM/C für die Gesundheit des Mädchens haben kann:

- Jegliche Form von FGM/C stellt eine Körperverletzung dar, die mit physischen und psychischen Folgen einhergehen kann.
- Es gibt weder Nutzen noch Indikationen für diesen Eingriff.
- Allenfalls zusätzliche Erklärungen abgeben zur weiblichen Anatomie und Physiologie, Aufklärung über allfällige Mythen/falsche Vorstellungen.
- Fragen, ob und welche Beschneidungsformen und gesundheitlichen Problemen die Mutter/Schwester erleben bzw. erlebt haben.

Erkundigen Sie sich, ob die Familie Unterstützung braucht, um FGM/C nicht mehr weiterzuführen:

- Allfällige Bedenken in Zusammenhang mit dem Aufgeben dieser Tradition anschauen.
- Besprechen, was es braucht, damit FGM/C nicht mehr weiter praktiziert wird und damit das Mädchen geschützt werden kann. Ein beträchtlicher Druck kann von der im Herkunftsland zurückgebliebenen Familie oder Community ausgehen. Im Hinblick auf Reisen ins Herkunftsland kann ein Schutzbrief von Nutzen sein (siehe Schweizer Schutzbrief gegen Mädchenbeschneidung, voraussichtlich erhältlich ab Herbst 2023 auf der Website des BAG)¹⁷.

3.3 Argumentarium

Tabelle 3
Argumentarium²⁰

Argumente, die zugunsten von FGM/C hervorgebracht werden	Gegenargumente
Religion	<ul style="list-style-type: none"> Weder Koran noch Torah oder Bibel befürworten FGM/C. In zahlreichen muslimischen Ländern wird FGM/C nicht praktiziert; die körperliche Unversehrtheit wird hochgehalten. Jedoch gibt es gewisse Hadiths sowie ethnische Gruppen wie die Dawoodi Bohra, die sich auf bestimmte religiöse Texte beziehen, um gewisse Formen von FGM/C (z. B. Typ IV) zu befürworten.
Kontrolle der weiblichen Sexualität	<ul style="list-style-type: none"> Keine Auswirkung von FGM/C auf sexuelles Verlangen/Verhalten; Hingegen Bedeutung der Erziehung und Information in Bezug auf Verhalten hervorheben.
Schutz der Mädchen gegenüber der «westlichen» Gesellschaft; Sicherstellen der Jungfräulichkeit	<ul style="list-style-type: none"> FGM/C verunmöglicht vorehelichen Geschlechtsverkehr nicht. Jungfräulichkeit ist kein physisches Phänomen, das durch medizinische Untersuchung belegt werden kann ^{21,22} und wird auch nicht durch FGM/C repräsentiert.
Treuegarantie, steigert die Befriedigung des Ehemannes	<ul style="list-style-type: none"> Dyspareunie möglich/Erregbarkeit schwieriger/ Apareunie → FGM/C kann die sexuelle Gesundheit des Paares beeinträchtigen. Mögliche Schmerzen/Verletzungen beim Geschlechtsverkehr, sowohl beim Mann wie bei der Frau.
Schutz vor sexualisierter Gewalt/Vergewaltigung	<ul style="list-style-type: none"> FGM/C stellt kein Schutz vor sexualisierter Gewalt/Vergewaltigung dar.
Schutz vor ausserehelichen Schwangerschaften	<ul style="list-style-type: none"> FGM/C verhindert keine Schwangerschaft.

Argumente, die zugunsten von FGM/C hervorgebracht werden	Gegenargumente
Voraussetzung für eine Heirat / Schutz der Mädchen vor gewissen Werten der «westlichen» Gesellschaft	<ul style="list-style-type: none"> · Immer mehr (informierte) Männer bevorzugen eine nicht beschnittene Ehefrau (sowohl im Herkunftsland wie in der Diaspora). · Gewisse Eltern wünschen, dass ihre Kinder jemanden aus ihrer Community heiraten. Die Aussicht, dass selbst im Herkunftsland, insbesondere unter Personen mit einem hohen sozioökonomischen Status/Bildungsstatus, die Beschneidung immer weniger praktiziert wird und keine Voraussetzung mehr ist für eine Heirat, kann ermutigen, FGM/C nicht weiterzuführen.
Fertilitätssteigerung	<ul style="list-style-type: none"> · FGM/C kann Fertilität vermindern aufgrund von Dyspareunie, erschwertem Geschlechtsverkehr mit vaginaler Penetration, Infektionen.
Verbesserung der Hygiene	<ul style="list-style-type: none"> · Rezidivierende urogenitale Infektionen.
Zeichen von Weiblichkeit und Schönheit	<ul style="list-style-type: none"> · Verletzung der körperlichen Integrität. · FGM/C kann das Gefühl, sich schön, «normal» und «als Frau» zu fühlen, beeinträchtigen.
Tradition	<ul style="list-style-type: none"> · Es gilt, wertvolle Aspekte von Traditionen beizubehalten, schädliche Praktiken aber aufzugeben. · Einstellungsänderung findet statt in den Herkunftsländern und in der Diaspora. Der Wandel ist im Gang. · Ein weiteres Argument, welches es zu erwähnen gilt, ist, dass FGM/C von in Europa aufwachsenden Mädchen oftmals als negativ erlebt wird und es von seiner elterlichen Kultur entfernen kann. In diesem Sinne sollten die Eltern vielmehr die positiven Aspekte ihrer Kultur weitergeben und dadurch einen allfälligen Loyalitätskonflikt verhindern.

4. Empfehlungen von Good-Practices

4.1 Allgemeines

- Es ist wichtig, dass Gesundheitsfachpersonen die geografische Verteilung und Prävalenz der verschiedenen FGM/C-Typen innerhalb der betroffenen Länder kennen, damit sie beim Gespräch oder bei der Untersuchung in der Lage sind, weibliche Genitalbeschneidung zu erkennen und Präventionsarbeit zu leisten. Es ist deshalb sinnvoll, die geografische und ethnische Herkunft der Frau oder der Eltern eines Mädchens zu eruieren. Dabei gilt es sich zu vergegenwärtigen, dass sich die Praktik innerhalb eines Landes erheblich unterscheiden kann (betr. Prävalenz, Alter zum Zeitpunkt der Beschneidung, FGM/C-Typ und Methode). Es muss beachtet werden, dass nicht alle Frauen oder Mädchen aus Ländern, in welchen FGM/C praktiziert wird, beschnitten oder von einer Beschneidung bedroht sind.
- Nicht alle beschnittenen Frauen weisen gesundheitliche Komplikationen auf. Mädchen und Frauen mit FGM/C können auch aus gesundheitlichen Gründen, die nicht mit FGM/C in Zusammenhang stehen, medizinische Unterstützung aufsuchen. In diesen Fällen sollte das Gespräch über FGM/C nicht im Zentrum der Sprechstunde stehen ⁷.
- Einige Betroffene «normalisieren» Symptome in Zusammenhang mit weiblicher Genitalbeschneidung, da zahlreiche Frauen der Community ähnliche gesundheitliche Komplikationen erleben. Diese sind dann oft der Meinung, dass es nichts bringt, deswegen eine Gesundheitsfachperson aufzusuchen. Auch ist es möglich, dass Frauen, welche zur Behandlung bestimmter medizinischer Probleme in die Sprechstunde kommen, nicht wissen, dass ihre Beschwerden eine Folge von FGM/C sind, und so ihre Beschneidung nicht von sich aus erwähnen ⁷.

- Einige nützliche Tools (wenn die Patientin ihr Einverständnis dazu gibt):
 - Zeichnungen der verschiedenen FGM/C-Typen;
 - Schemata, die das Defibulationsverfahren schrittweise erklären;
 - Zeichnung oder Modell der Klitoris;
 - Spiegel.

4.2 Gynäkologische Sprechstunde

Die Motivation einer Patientin, in die gynäkologische Sprechstunde zu kommen, kann verschiedene Gründe haben: Routinekontrolle, Informationswunsch über ihre Anatomie und Beschneidung, Beschwerden oder Probleme in verschiedenen Bereichen (körperliche Integrität, sexuelle Befriedigung, Dyspareunie, Dysmenorrhoe, Fertilitätsstörung, Leben als Paar, Krebsvorsorge, Verhütung vor oder nach einer Schwangerschaft und Fragen bezüglich Geburt oder Schwangerschaft) oder aufgrund von konkreten Komplikationen in Zusammenhang mit FGM/C.

Gesprächseinstieg - Anamnese

Bei der Anamnese sollte nach dem FGM/C-Status gefragt werden. Fragen zu weiblicher Genitalbeschneidung sollten in neutralem Tonfall und zusammen mit anderen Routinefragen gestellt werden. Fragen zu FGM/C sollten nicht isoliert daherkommen und nicht zu Beginn eines Gesprächs gestellt werden. Die Anamnese über frühere chirurgische Eingriffe, Geburten und den aktuellen oder früheren gynäkologischen Zustand stellt einen günstigen Moment dar, FGM/C anzusprechen. Falls eine gynäkologische Untersuchung durchgeführt wird, sollte das Mädchen oder die Frau vor der Untersuchung über FGM/C befragt werden ⁷.

Je nachdem wie alt das Mädchen oder die Frau war zum Zeitpunkt der Beschneidung, kann es vorkommen, dass es resp. sie sich nicht an den Eingriff erinnert und somit nicht weiss, ob sie beschnitten ist oder nicht.

In einem solchen Fall wird die Patientin die Frage nach einer allfälligen Beschneidung nicht bejahen. Falls Sie später bei der Untersuchung feststellen, dass eine FGM/C durchgeführt wurde, achten Sie darauf, dieses Ergebnis mit Empathie zu übermitteln, und verurteilen Sie die Patientin nicht dafür, ihre Beschneidung bei der persönlichen Anamnese nicht angegeben zu haben.

Die Anamnese umfasst die Beurteilung allfälliger physischer Folgen von FGM/C (urogenitale Infektionen, Schmerzen, Dysmenorrhoe, Dyspareunie) sowie psychologischer und psychosexueller Auswirkungen (Flashbacks, Angststörungen, Depression, posttraumatischer Stress, sexuelle Funktionsstörung).

Es ist wichtig, den Fokus nicht ausschliesslich auf weibliche Genitalbeschneidung zu setzen und sich bewusst zu sein, dass die Symptome zwar auf FGM/C zurückzuführen sein können, aber genauso gut auch andere Ursachen haben können.

Körperliche Untersuchung

Willigt die Patientin in eine körperliche Untersuchung ein, kann diese durchgeführt werden, je nach Kontext von Fachärzt_innen, Pflegefachpersonen oder Hebammen. Im Zweifelsfall und/oder wenn eine zweite Meinung nötig sein sollte, sollte eine erfahrene Fachperson beigezogen werden. Die Untersuchung hat in einem ruhigen, vertrauensvollen und sicheren Setting zu erfolgen. Eine Spekulum- sowie Vaginaluntersuchung ist nicht immer erforderlich, insbesondere wenn die Patientin noch nie Geschlechtsverkehr hatte oder eine schwere Infibulation vorweist. Falls die Vaginaluntersuchung nicht möglich ist und die Beurteilung eine Rektaluntersuchung erfordert, kann dieses Vorgehen der Patientin erklärt und vorgeschlagen werden. Der FGM/C-Typ wird durch einfache Inspektion der äusseren Genitalien bestimmt unter besonderer Beachtung allfälliger Komplikationen, für die Behandlungsmöglichkeiten vorgeschlagen werden.

Nach der klinischen Untersuchung sollte die Patientin über die Ergebnisse informiert werden. Dies kann mit Hilfe eines Spiegels geschehen, wenn die Patientin ihre Genitalorgane betrachten möchte oder sonst einfach anhand von Schemata, welche die Anatomie und die durch FGM/C hervorgerufenen Veränderungen veranschaulichen²³. Die Beschneidung ist detailliert in der Krankengeschichte der Patientin zu dokumentieren (siehe [6.1 Dokumentation](#)).

Es ist darauf zu achten, keine Beschwerden «hervorzurufen» und eine asymptomatische, mit ihrem Körperbild zufriedene Patientin nicht zu stigmatisieren.

Bei FGM/C-Typ III sollte die Patientin über die Defibulation und ihre Vorteile informiert werden (siehe [4.4 Defibulation](#)).

Chirurgische Behandlung

Zu den Läsionen, die chirurgisch behandelt werden können, gehören:

- Alle FGM/C-Typen: Behandlung von zusammengewachsenen Labien, Klitorisneurom, symptomatische epidermale Einschlusszysten, symptomatisches Keloid, Narbenstränge, Phimose im Bereich der Klitoris.
- FGM/C-Typ III: Defibulation.

Die Patientin kann einer auf FGM/C spezialisierten medizinischen Fachperson oder einer Spezialsprechstunde/Anlaufstelle zugewiesen werden: www.maedchenbeschneidung.ch/netzwerk/anlaufstellen.

Prävention

Neben der Behandlung der gesundheitlichen Folgen einer bereits erfolgten weiblichen Genitalbeschneidung, ist die medizinische Fachperson auch beauftragt, ein Präventionsgespräch zu führen (siehe [3.2 Kommunikation und Prävention](#)).

4.3 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

Während der Schwangerschaft

Liegt eine weibliche Genitalbeschneidung vor, sollte diese bei den Schwangerschaftskontrollen so früh wie möglich diagnostiziert, typisiert und dokumentiert werden und in den Geburtsplan einbezogen werden. Dies erlaubt es Hebammen und Ärzt_innen auf das Thema einzugehen, falsche Vorstellungen und Ängste der Frau (bez. Geburtsmodus, neonatale Folgen, etc.), Defibulationsmöglichkeiten während Schwangerschaft oder unter der Geburt (bei FGM/C-Typ III), einen allfälligen Reinfibulationswunsch (erneuter, verengender Hautverschluss) postpartal sowie die Prävention anzusprechen.

Die Frau kann Fragen oder Befürchtungen haben bezüglich körperlicher Untersuchung, Geburt, Kaiserschnitt und konkret im Zusammenhang mit FGM/C auch bezüglich die Grösse des Kindes bei der Geburt sowie die Reaktionen der Gesundheitsfachpersonen. Alle diese Themen sollten bei den Schwangerschaftskontrollen, den Geburts- und Elternvorbereitungskursen sowie der Erstellung des Geburtsplanes angesprochen werden.

Während der Schwangerschaft sollten die betreuenden Fachpersonen besonders auf das uro-vulvovaginale Infektionsrisiko bei Frauen mit FGM/C-Typ III achten. Bei einer Multipara ist es sinnvoll zu erörtern, wo die früheren Geburten stattgefunden haben (im Herkunftsland oder anderswo), um herauszufinden, wie FGM/C behandelt wurde und wie das Follow-up aussah (z. B. Reinfibulationen).

Soweit von der Frau erwünscht, wird empfohlen, den oder die Partner_in einzubeziehen. Es kann sein, dass er oder sie anderer Herkunft ist und weibliche Genitalbeschneidung nicht kennt.

Je nach Variante von FGM/C-Typ III ist die verbleibende Vaginalöffnung unterschiedlich gross und es kann schwierig bzw. unmöglich sein, gewisse Untersuchungen durchzuführen, wie Krebsvorsorgeuntersuchungen (Pap-Abstrich) oder Untersuchungen/Eingriffe, die wegen geburts-

hilflichen Komplikationen indiziert sind (Vaginaluntersuchung, Abklärung bei Verdacht auf vorzeitigen Blasensprung oder bei vorzeitigen Wehen, intravaginaler Ultraschall, Spekulumuntersuchung, Blasenkatheterisierung). Mit einer Defibulation können diese Untersuchungen/Eingriffe möglich gemacht werden (siehe [4.4 Defibulation](#)).

Geburt

Bei der Geburt können vordere und hintere Dammrisse aufgrund des Elastizitätsverlusts des Narbengewebes gehäuft vorkommen. Der Geburtsfortschritt und die Dehnbarkeit der Vaginalöffnung sind ebenfalls sorgfältig zu überwachen. Falls erforderlich (obwohl in der Schweiz und in Europa äusserst selten), kann die Eröffnungsphase auch mittels Rektaluntersuchung überwacht werden.

FGM/C-Typ II und III sind mit einer höheren Quote geburtshilflicher Komplikationen assoziiert (siehe [2.5 Gesundheitliche Folgen](#))^{24,25}. Dank einer Defibulation können bei FGM/C-Typ III diese Komplikationen signifikant reduziert werden.

Ein Dammschnitt muss bei FGM/C-Typ I, II, IV oder Typ III nach Defibulation nicht routinemässig durchgeführt werden. Es liegt im Ermessen der Geburtshelfer_innen zu entscheiden, ob ein Dammschnitt zur Vorbeugung eines schweren vorderen oder hinteren Dammrisses notwendig ist.

Falls eine Frau keine gynäkologische oder geburtshilfliche Betreuung bis zur Geburt hatte, ist es entscheidend, ihr alle diese Informationen zu vermitteln. Wenn nötig, sollte eine Dolmetscherin, auch telefonisch, beigezogen werden. Ein postpartales Gespräch muss in jedem Fall angeboten werden (siehe [Kapitel 3. Kommunikation](#)).

Wochenbett

Im Wochenbett werden die Kompetenzen der Mutter gestärkt, sich selbst und ihr Baby zu pflegen. Die Geburt geht mit körperlichen, emotionalen, affektiven, psychologischen, partnerschaftlichen, beruflichen, familiären und sozialen Veränderungen einher. Der physiologische Verlauf des Wochenbetts muss angemessen durch die zuständigen Gesundheitsfachpersonen begleitet werden.

Aufgrund des erhöhten Risikos für Dammschnitt oder -riss sollten die kurz- und langfristige postpartale Pflege und Nachsorge auf angemessene Weise gesichert sein.

Bei einer allfälligen Defibulation muss besonders auf Schmerzen, Blutungen, Miktion und das Empfinden der Frau geachtet werden. Es sollte ihr erklärt werden, welche Veränderungen mit der Geburt in Verbindung stehen und welche mit der Defibulation. Die Pflege des Perineums nach einer Geburt ist ein wichtiges Thema für alle Frauen, nicht zuletzt nach einer Defibulation. Falls die Defibulation während der Eröffnungsphase der Geburt erfolgte, verhindert das manuelle Auseinanderspreizen der Labien (3x pro Tag während 7 bis 10 Tagen), dass es zu Verwachsungen der Wundränder kommt.

- Beckenbodenrehabilitation wird empfohlen.
- Verhütung und Wiederaufnahme der Sexualität werden wie bei allen Wöchnerinnen besprochen.

Es ist notwendig, die Bedürfnisse der Frau abzuholen und sie ihren Anliegen entsprechend zu informieren oder zu beraten. Im Voraus ist abzuklären, ob sie die Anwesenheit ihres Partners/ihrer Partnerin dabei wünscht. Ist dies der Fall, wird dieser/diese einbezogen. Auch hier kann es von Vorteil sein, eine Dolmetscherin beizuziehen. Falls vorhanden, sollte auf regionale Angebote/Anlaufstellen für FGM/C aufmerksam gemacht werden: www.maedchenbeschneidung.ch/netzwerk/anlaufstellen.

Das Wochenbett ist auch ein günstiger Zeitpunkt, die FGM/C-Prävention für die zukünftige Generation weiterzuführen. Es gilt über die Rechtslage, die Gesundheit und die körperliche Unversehrtheit des weiblichen Säuglings zu informieren. Es wird empfohlen, sich unter den zuständigen Gesundheitsfachpersonen abzusprechen und ein Präventionsgespräch mit den Eltern durchzuführen, mit einer zertifizierten und akzeptierten Dolmetscherin, falls erforderlich (siehe [3.2 Kommunikation und Prävention](#)). Die zuständigen Hebammen/Geburtshelfer_innen sollten bei den betroffenen Frauen das Thema der FGM/C-Prävention während der Schwangerschaft sowie nach der Geburt ansprechen.

Es ist wichtig, dass folgende Informationen im Bericht des Neugeborenen zuhanden der Kinderärzt_innen notiert werden (nach klarer Information an die Mutter und ihre Einverständniserklärung):

- Beschneidungsstatus der Mutter (auch wenn nicht beschnitten) und/oder Herkunftsland des Vaters, wenn es dort eine FGM/C-Prävalenz gibt;
- Ergebnisse des Präventionsgesprächs.

Die Kinderärzt_innen, im Spital sowie in der Praxis, führen die Betreuung des weiblichen Säuglings sowie die Nachverfolgung bez. FGM/C weiter.

Bei unmittelbarem Risiko für das Neugeborene, siehe [Kapitel 5, Kinderschutz](#).

4.4 Defibulation

Mit einer Defibulation können die durch eine Infibulation (FGM/C-Typ III) verursachten Komplikationen behandelt werden. Bei diesem chirurgischen Eingriff wird die Infibulationsnarbe geöffnet und das Vestibulum, die Vaginalöffnung, die äussere Öffnung der Urethra (partielle Defibulation) und allenfalls die Klitoris (totale Defibulation) freigelegt. Die äusseren und inneren Labien werden physiologisch möglichst rekonstruiert²⁶. Die Defibulation vermindert signifikant die oberflächliche Dyspareunie, verbessert die Sexualfunktion und reduziert die geburts-hilflichen Risiken für Sectio und Dammrisse¹. Sie erleichtert ebenfalls die Miktion und den physiologischen Menstrualfluss, behandelt urogenitale Komplikationen und ermöglicht gynäkologische Massnahmen (gynäkologische Untersuchung, Geburtsüberwachung, Blasenkatheterisierung, Gebärmutterhalskrebsvorsorge, vaginaler Ultraschall und gynäkologische Eingriffe)²⁷.

Das präoperative Gespräch ist wesentlich, um die Defibulation und die postoperative Nachsorge zu erklären sowie die Erwartungen, Ängste oder Unsicherheiten der Patientin und ihres Partners/ihrer Partnerin zu besprechen. Die Defibulation geht nämlich mit beträchtlichen identitären, kulturellen, anatomischen, physiologischen und körperlichen Veränderungen einher²⁷. Bei Sprachbarrieren kann es von Vorteil sein, eine ausgewiesene, von der Frau/der Jugendlichen akzeptierten Dolmetscherin zuzuziehen, um eine gute Kommunikation und ein ausreichendes Verständnis zu garantieren.

Die Defibulation kann zu jedem Zeitpunkt im Leben einer Frau/eines Mädchens geplant werden: ausserhalb oder während der Schwangerschaft; während der Eröffnungsphase oder bei einer Sectio. Sie sollte durch diesbezüglich ausgebildete Fachpersonen (Hebamme/Geburtshelfer_in/Gynäkolog_in) durchgeführt werden¹. Bezüglich geburts-hilflichen Outcomes wurden in den Studien zu diesem Thema keine Unterschiede zwischen pränataler und intrapartaler Defibulation nachgewiesen¹. Die Akzeptanz und die Zufriedenheit der Frauen gegenüber dem Verfahren, weitere Gesundheitsprobleme während der Schwanger-

schaft (z. B. Dysurie) oder die Quote postpartaler Forderungen nach Reinfibulation wurden nicht untersucht²⁸. In den WHO-Empfehlungen wird vorgeschlagen, dass die Frau/Jugendliche den Zeitpunkt der Defibulation selbst bestimmt, oder dass der Eingriff durchgeführt wird, wenn sich eine gute Gelegenheit ergibt. Bei einer pränatalen Durchführung kann die Defibulation im Verlauf des zweiten Trimenons erfolgen. Dies vor dem Hintergrund des Risikos einer spontanen Fehlgeburt im ersten Trimenon. Ein allfälliger Abort in der Frühschwangerschaft könnte von der Frau oder ihrer Community als Folge des Eingriffes empfunden werden. Nichtsdestotrotz wird die Defibulation in gewissen Kliniken in anderen Ländern systematisch im Verlauf des ersten Trimenons durchgeführt. Die intrapartale Defibulation sollte am Anfang der Eröffnungsphase durchgeführt werden, um so den Geburtsfortschritt besser überwachen und die Blasen-katheterisierung erleichtern zu können¹.

Die Schwangeren sollten sachgemäss und frühzeitig über die verschiedenen Möglichkeiten der Defibulation informiert werden, damit sie frei zwischen einer Defibulation während der Schwangerschaft oder unter der Geburt entscheiden können. Die pränatale Defibulation ermöglicht, urogenitale Auswirkungen der Infibulation bereits in der Schwangerschaft zu beheben. Der elektive Eingriff wird somit an weniger geschwollenem und durchblutetem Gewebe durchgeführt. Dies lässt der Frau wie auch dem Paar Zeit, sich an die neue Physiologie und Anatomie zu gewöhnen, ohne dass die Veränderungen der Defibulation mit denjenigen der Geburt in Verbindung gebracht werden.

Bei einer Wahl- oder Notfallsectio bei einer noch infibulierten Frau ist es wichtig, sie zu fragen, ob sie eine Defibulation im Rahmen derselben Operation wünscht.

Die Defibulation erfolgt unter Lokal- oder Regionalanästhesie (ausserhalb und während der Schwangerschaft) oder in Vollnarkose (ausserhalb der Schwangerschaft), je nach Hintergrund, verfügbaren Ressourcen, Wahl der Patientin sowie der durchführenden Gesundheitsfachperson. Die Lokalanästhesie (Lidocain hydrochloridum anhydricum 1%) wird entlang der Linie der einzuschneidenden Narbe injiziert. Eine dicke Schicht Emla Creme 5% ® (Lidocainum 25 mg, Prilocainum 25 mg) sollte 1.5 Stunden vor der Injektion auf denselben Bereich aufgetragen werden.

Die Technik wird in einem Paper und einem Video vorgestellt, verfügbar unter: pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29463476/²⁷ und www.youtube.com/watch?v=fbKPqE-6Vj_c²⁹. Eine Zusammenfassung der Technik ist in Tabelle 5 zu finden. Ein Aufklärungsvideo für Patientinnen und Angehörige ist in 9 Sprachen verfügbar unter: gams.be/en/initiating-a-dialogue-on-deinfibulation/

Es ist sinnvoll, die Patientin postoperativ am Tag 7 und am Tag 30 zu sehen, um die Vulva zu untersuchen und die physiologischen Veränderungen (z. B. Miktion) sowie Veränderungen im Empfinden zu besprechen. Nach intraparitärer Defibulation muss beachtet werden, dass gewisse Veränderungen durch geburtshilfliche Komplikationen, und nicht durch die Defibulation, verursacht sein können. Solche Unterschiede müssen sollten erläutert werden. Inkontinenz oder andere Symptome einer Beckenbodenschwäche sollten angemessen behandelt werden. Forderungen nach einer Reinfibulation sollten nicht akzeptiert werden (siehe [4.5 Reinfibulation](#))¹.

Die Patientin kann den regionalen Anlaufstellen mit chirurgischem Fachwissen in Bezug auf FGM/C zugewiesen werden: www.maedchenbeschneidung.ch/netzwerk/anlaufstellen. Eine ausserkantonale Behandlung ist möglich und wird vergütet, falls es keine lokalen Behandlungsmöglichkeiten gibt.

Tabelle 4

Mythen und falsche Annahmen, die mit der Frau vor und nach der Defibulation besprochen werden sollten

Defibulation – wichtige Punkte für die Besprechung mit der Patientin

Mythen, Unwissen und Ängste der Frau, die es zu besprechen gilt:

- Eine defibulierte Vulva sei zu weit, breit, unästhetisch und unrein.
- Eine defibulierte Vulva vermindere die sexuelle Befriedigung des Partners.
- Ein ehrbarer und männlicher Ehemann müsse in der Lage sein, beim ersten Geschlechtsverkehr die Infibulation zu öffnen.
- Eine defibulierte Frau sei nicht mehr Jungfrau und komme deshalb für eine Heirat nicht mehr in Frage.

Zu vermittelnde Informationen über die weibliche Anatomie und Physiologie:

- Die Vagina ist kein weiter, offener Kanal. Die Defibulation führt nicht zu einem weit offen stehenden «Loch»
- Der Harn und der Vaginalausfluss/Menstruation kommen aus zwei verschiedenen Öffnungen. Der Ausfluss wird nach einer Defibulation erleichtert.

Zu vermittelnde Informationen über die zu erwartenden Veränderungen nach der Defibulation:

- Die Schleimhäute werden sichtbar und weisen eine andere Farbe als die Haut auf.
- Harnfluss und Vaginalausfluss werden schneller und konstanter sein.
- Die Klitoris kann beim Geschlechtsverkehr stimuliert werden. Falls die Glans der Klitoris nicht beschnitten wurde, liegt sie nach der Defibulation frei.

Tabelle 5
Defibulation

Defibulation	
Präoperativ	<ul style="list-style-type: none"> · Asepsis. · Präoperative Antibiotikaprophylaxe nicht erforderlich.
Intraoperativ	<ul style="list-style-type: none"> · Klitoris palpieren und Stelle der äusseren Öffnung der Urethra identifizieren. · Ein Finger bzw. eine Mosquitoklemme wird unterhalb des bedeckenden Hautverschlusses der Infibulation eingeführt, um sicherzustellen, dass die Haut nicht an die darunterliegenden Gewebeschichten haftet. · Inzision des bedeckenden Hautverschlusses der Infibulation in der Mitte, dabei darauf achten, dass keine Labienasymmetrie entsteht. · Die Inzision erfolgt mittels Mayoschere (oder Skalpell) von unten nach oben bis zur Stelle, die im Vorfeld mit der Patientin entschieden wurde: bis 1 cm über der äusseren Öffnung der Urethra (teilweise Defibulation) oder bis oberhalb der Klitoris (vollständige Defibulation). · Darauf achten, die äussere Öffnung der Urethra nicht zu verletzen. Im Zweifelsfall oder bei Verwachsungen kann eine Sonde während des gesamten Eingriffs eingelegt werden. · Unter der Geburt kann die Inzision im schmerzhaftesten Moment einer Wehe durchgeführt werden. · Die Labien werden möglichst physiologisch mit Einzelknopfnähten oder fortlaufender Naht (Vicryl 3.0 – Ethicon) rekonstruiert. · Bei Spinalanästhesie oder Vollnarkose Blase entleeren. · Dauerkatheter nicht erforderlich.
Postoperativ	<ul style="list-style-type: none"> · Geschlechtsverkehr kann nach 30 Tagen wieder aufgenommen werden. · Intraoperative Komplikationen: Klitoris- oder Urethraverletzungen. · Unmittelbare postoperative Komplikationen: spontane Verwachsung der Labien, Infektion. Reminiszenz an die Beschneidung (PTSD post-traumatische Stresstörung). · Erste Kontrolle am 7. postoperativen Tag. Bei komplikationslosem Verlauf nächste Kontrolle ein Monat postoperativ. Bei Verwachsung der Labien am 7. Tag muss eine Korrektur erfolgen, wenn möglich unter Lokalanästhesie. · Die Patientin muss über die Hygiene im Intimbereich aufgeklärt werden und zum manuellen Auseinanderspreizen der Labien 3-mal pro Tag während 7 bis 10 Tagen postoperativ angeleitet werden, um Verwachsungen der Labien zu verhindern. Bei einer intrapartalen Defibulation sollte die nachbetreuende Hebamme darüber informiert werden. · Schmerzmittel verschreiben (Paracetamol +/- Ibuprofen).

4.5 Umgang bei Wunsch nach Reinfibulation

Wenn Frauen gut informiert sind, sind die meisten einverstanden bzw. wünschen kein «Wiederverschliessen» nach einer Deinfibulation. Es kann jedoch vorkommen, dass eine Forderung nach Reinfibulation (Verengung der Vaginalöffnung nach der Geburt) geäussert wird. Wichtig zu wissen: Es gibt keine medizinische Indikation für eine Reinfibulation. Diese wird von der Weltgesundheitsorganisation WHO als eine Form von Medikalisierung von FGM/C betrachtet. Die Reinfibulation kann dieselben urogenitalen, sexuellen und geburtshilflichen Folgen haben wie FGM/C-Typ III.

Es gibt aber Frauen, für die eine «offene und exponierte» Vulva aus verschiedenen Gründen nicht akzeptabel ist: Eine schnelle Miktion wird als vulgär angeschaut; ein Vorfall der inneren Organe wird befürchtet; die Genitalorgane werden als weniger schön/attractiv/begehrnt oder als schmutzig betrachtet; sie befürchten, dass ihr Partner weniger sexuelle Befriedigung hat; auch soziokulturelle Fragen spielen eine Rolle. Dennoch: Forderungen nach Reinfibulation sollten nicht entsprochen werden. Es gilt, die Komplikationen sowie potenzielle Probleme aufzuzeigen und die Frau zu begleiten in dem kulturellen, physischen und physiologischen Wandel, welcher eine Deinfibulation mit sich bringt. Die Tabelle 4 fasst die Argumente zusammen, die bei einem Gespräch benutzt werden können. Falls die Frau einverstanden ist, ist es wünschenswert, den/die Partner_in mit ins Gespräch einzubeziehen.

4.6 Psychische und psychosexuelle Gesundheit

Folgender Abschnitt beruht auf: WHO, Care of girls & women living with female genital mutilation, a clinical handbook, 2018, Kapitel 7, Psychische Gesundheit bei FGM, p. 233–317 und Kapitel 8, Sexuelle Gesundheit bei FGM, p. 319–382 ⁷.

Psychische Gesundheit

Schmerz, Schock, Gefühl von Verrat sowie Kraftanwendung durch die Beschneider_innen werden als Gründe genannt, wieso viele Frauen weibliche Genitalbeschneidung als ein traumatisches Ereignis beschreiben. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass FGM/C mit einer Reihe von psychischen Gesundheitsproblemen in Verbindung steht. Einige davon können Reaktionen auf traumatische Erlebnisse sein: Depression, Angststörungen, posttraumatische Stressstörungen (PTSD) und psychosomatische Beschwerden ⁷.

Die psychischen Folgen von FGM/C sind bis jetzt nicht breit erforscht, aber man weiss, dass sie äusserst vielfältig sind. Nicht alle Mädchen oder Frauen, die beschnitten wurden, weisen psychische Probleme auf ⁷. Obwohl es wichtig ist, die mit FGM/C verbundene Traurigkeit und Angst nicht als pathologisch zu betrachten, ist es gleichzeitig entscheidend, eine durch ein traumatisches Ereignis verursachte Psychopathologie richtig zu erkennen ⁷. Ausserdem muss beachtet werden, dass die Gruppe von Frauen und Mädchen mit FGM/C oft noch weitere traumatische Ereignisse erlebt hat, welche behandlungsbedürftig sein dürften (z. B. Krieg, Zwangsverheiratung/-ehe, Vergewaltigung, schwierige Fluchterfahrungen etc.) ³⁰. Die Beurteilung der psychischen Gesundheit sollte zur Routineuntersuchung dazugehören, und bei Bedarf sollte die Patientin zu entsprechender weiterführender Behandlung überwiesen werden.

Sexuelle Gesundheit

Die Entfernung von sexuell empfindlichem Gewebe wie Klitoris und/oder Labien bei FGM/C sowie Komplikationen im Bereich der Narbe (schmerzhafte Zysten oder Verengung der Vaginalöffnung) können zu einer Verminderung der Libido oder der sexuellen Befriedigung sowie zu spontanen oder durch sexuelle Stimulation provozierten Schmerzen führen.

Wissenschaftliche Studien zeigen, dass beschnittene Frauen eher unter Dyspareunie sowie geringerem sexuellem Verlangen und geringerer sexueller Befriedigung leiden als unbeschnittene Frauen³¹.

Weitere Faktoren, welche die sexuelle Gesundheit und das Wohlbefinden des Paares auch beeinflussen können:

- Ein traumatisches Erlebnis, das in Verbindung mit FGM/C oder anderen vergangenen Ereignissen steht: Die bei diesen traumatischen Erfahrungen empfundenen Schmerzen und Ängste können reaktiviert werden, wenn Geschlechtsverkehr initiiert oder vorgeschlagen wird³².
- Negatives Körperbild und Scham gegenüber den eigenen beschnittenen Genitalien (Gefühl, nicht mehr schön/normal/Frau zu sein).
- Beeinträchtigung des Lebens als Paar durch eine allfällige sexuelle Dysfunktion.

Die weiblichen Genitalien sind nicht allein für die weibliche Sexualität ausschlaggebend. Wie bei allen Frauen, wird das sexuelle Wohlbefinden auch von beschnittenen Frauen durch das komplexe Zusammenspielen biologischer, psychologischer, soziokultureller und zwischenmenschlicher Faktoren bestimmt. Dies gilt es bei der Behandlung und Betreuung mit zu berücksichtigen. Eine intakte Klitoris ist nicht allein entscheidend für das Wohlbefinden oder die sexuelle Befriedigung der Frau. Ein beträchtlicher Teil der Klitoris wird bei FGM/C nicht entfernt und bleibt unter dem Narbengewebe verborgen. Andere, an der weiblichen sexuellen Antwort beteiligten Strukturen können intakt sein. Orgasmus und sexuelle Befriedigung sind bei gesunden Frauen mit FGM/C durchaus möglich^{33,34}.

Frauen mit FGM/C und sexueller Dysfunktion können so im Rahmen einer multidisziplinären Betreuung behandelt werden. Eine kultursensible Kommunikation zwischen Gesundheitsfachpersonen und Patientinnen beeinflusst das sexuelle Wohlbefinden der Frauen positiv³⁵. Falls sich die Fachperson nicht in der Lage fühlt, auf die sexuelle Gesundheit der Patientin oder des Paares eingehen zu

können, sollte eine andere Fachperson beigezogen werden oder die Patientin einer Fachstelle für sexuelle Gesundheit zugewiesen werden. Der/die Partner_in sollte mit Einwilligung der Patientin einbezogen werden.

Hinweis

Fachstellen für sexuelle Gesundheit und Familienplanung gibt es in allen Kantonen. Fachpersonen beraten die gesamte Bevölkerung kostenlos und vertraulich zu allen Themen rund um die sexuelle Gesundheit.

4.7 Klitorisrekonstruktion

Die Klitorisrekonstruktion, auch Transposition, Freilegung oder Klitorisplastik genannt, wird unter Lokalanästhesie oder Vollnarkose durchgeführt. Bezüglich Antibiotikaprophylaxe präoperativ gibt es weder klare Empfehlungen noch Evidenz³⁶⁻⁴³. Für die Operationstechniken, siehe die diesbezüglichen Referenzen⁴⁴.

Die Klitorisrekonstruktion wird durchgeführt, um chronische Schmerzen oder Dyspareunie im Bereich der Klitoris zu lindern, sowie aus Gründen der Identität oder des Körperbilds. Gemäss Studien besteht der Hauptgrund für den Wunsch einer rekonstruktiven Operation darin, sich als vollwertige und rehabilitierte Frau zu fühlen, gefolgt vom Wunsch nach verbesserter Sexualfunktion.

Die Reepithelisierung der Klitoris und die postoperativen Schmerzen können bis zu drei Monaten andauern^{38,40,41}. Die postoperative Nachsorge erfolgt einmal pro Woche bis zum Heilungsbeginn³⁶ und bis die postoperativen Schmerzen nachlassen (ungefähr ein Monat). Die Schmerzbehandlung und die postoperative Nachsorge sind wichtig, weil Schmerzen in demselben Bereich, in dem damals die traumatische Praktik FGM/C durchgeführt wurde, an diese erinnern können und eine psychopathologische Symptomatik, wie eine frühere PTSD, hervorrufen können^{38,45,46}.

Gemäss Literatur ^{44,47,48,49} ist trotz erfolgsversprechender Ergebnisse das Outcome einer Operation nicht eindeutig in Bezug auf Abklingen/Verbesserung der Schmerzen der Klitoris sowie in Bezug auf die Verbesserung der psychosexuellen Funktion und des Körperbildes. Grund sind die begrenzte Qualität der verfügbaren Studien. Die häufigsten unmittelbaren postoperativen Komplikationen sind unterschiedliche Quoten von Hämatomen, Nahtdehiszenz und Infektionen, je nach Fallserie von 5.3% ³⁷ bis 40% ⁵⁰ reichend. Eine erneute Spitalaufnahme ist in 3.7–10% der Fälle erforderlich, eine Reoperation in ca. 4% ^{36–38,41,44,46,51}. Zu den schwereren Komplikationen gehören Keloidbildung, Klitorishyperästhesie ⁵² und Reaktivierung einer vergangenen FGM/C-bedingten PTSD in Verbindung mit den unmittelbaren postoperativen Schmerzen ⁴⁵. Die postoperativen Folgen wurden oft aus Sicht der Chirurg_innen und nicht aus Sicht der Patientinnen beurteilt, die Beobachtungszeit betrug maximal 12 Monate, und die diesbezüglichen Daten sind nicht eindeutig. Es ist bekannt, dass es unter den Frauen, die eine Rekonstruktion wünschen, viel Unkenntnis und falsche Vorstellungen über die Klitoris gibt ^{53,54,55}.

Die Reduktion bestehender Klitorisschmerzen scheint in Verbindung zu stehen mit der Entfernung von posttraumatischen Narbennuomen im Bereich der Klitoris ⁵⁶. Wenn Frauen, die keine chronischen Schmerzen haben, eine multidisziplinäre Betreuung erhalten, welche die Erkennung und Behandlung von psychophysischen Begleiterkrankungen, Sexualaufklärung sowie sexologische Behandlungen umfasst (siehe [4.6 Psychische und psychosexuelle Gesundheitsprobleme](#)), verbessert das nicht nur die operativen Resultate einer Klitorisrekonstruktion ⁵⁷, sondern es verzichten zahlreiche Patientinnen auf eine anfangs geplante Operation, weil ihre Bedürfnisse mit einer nichtchirurgischen Behandlung befriedigt werden konnten ^{46,54,57}.

Die sexuelle Gesundheit einer beschnittenen Frau wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Die Klitorisrekonstruktion hat chirurgische, soziokulturelle, identitäre und psychosexuelle Auswirkungen. Somit sollte jede Frau, die einen solchen Eingriff wünscht, eine angemessene multidisziplinäre Betreuung erhalten, die eine psychosexuelle

Nachsorge umfasst und sämtliche Faktoren, welche die Schmerzsymptomatik und die Sexualfunktion beeinflussen, mitberücksichtigt. Die Resektion von fibrotischem Gewebe im Bereich der Klitoris und von Narbennuomen, welche für chronische Schmerzen verantwortlich sein dürften, kann die Schmerzsymptomatik und die Sexualfunktion verbessern. In Abwesenheit von Schmerzen kann eine multidisziplinäre, nichtchirurgische Behandlung weniger invasiv sein und vergleichbare oder sogar bessere Ergebnisse erzielen.

Aktuell empfiehlt die WHO, Patientinnen und ihre Partner_innen über die Anatomie, Physiologie und FGM/C zu informieren, Sexualberatung und kognitive Verhaltenstherapie bei Angststörungen, PTSD oder Depressionen anzubieten und eine allfällige Operation stets mit psychologischen/sexologischen Unterstützungsmassnahmen zu verbinden. Falls eine asymptotische Frau eine Klitorisrekonstruktion wünscht, wird empfohlen, sich auf das klinische Urteilsvermögen zu stützen und stets gründlich über die verschiedenen Therapiemöglichkeiten zu informieren sowie eine psychosexuelle Beratung oder Therapie anzubieten, bevor ein allfälliger chirurgischer Eingriff vorgenommen wird ¹.

Die Patientin kann den [regionalen Anlaufstellen](#) mit chirurgischem Fachwissen in Bezug auf FGM/C zugewiesen werden. Eine ausserkantonale Behandlung ist möglich und wird vergütet, falls es keine lokalen Behandlungsmöglichkeiten gibt.

Imaging Based Models for Sex Education

Abb. 3

Dreidimensionale Rekonstruktion (3D) von MRI-Aufnahmen eines weiblichen Beckens mit Abbildung der Klitoris mittels Vitrea Software (A und B). 3D-Druck eines auf dieser 3D-Rekonstruktion basierenden anatomischen Modells (C).

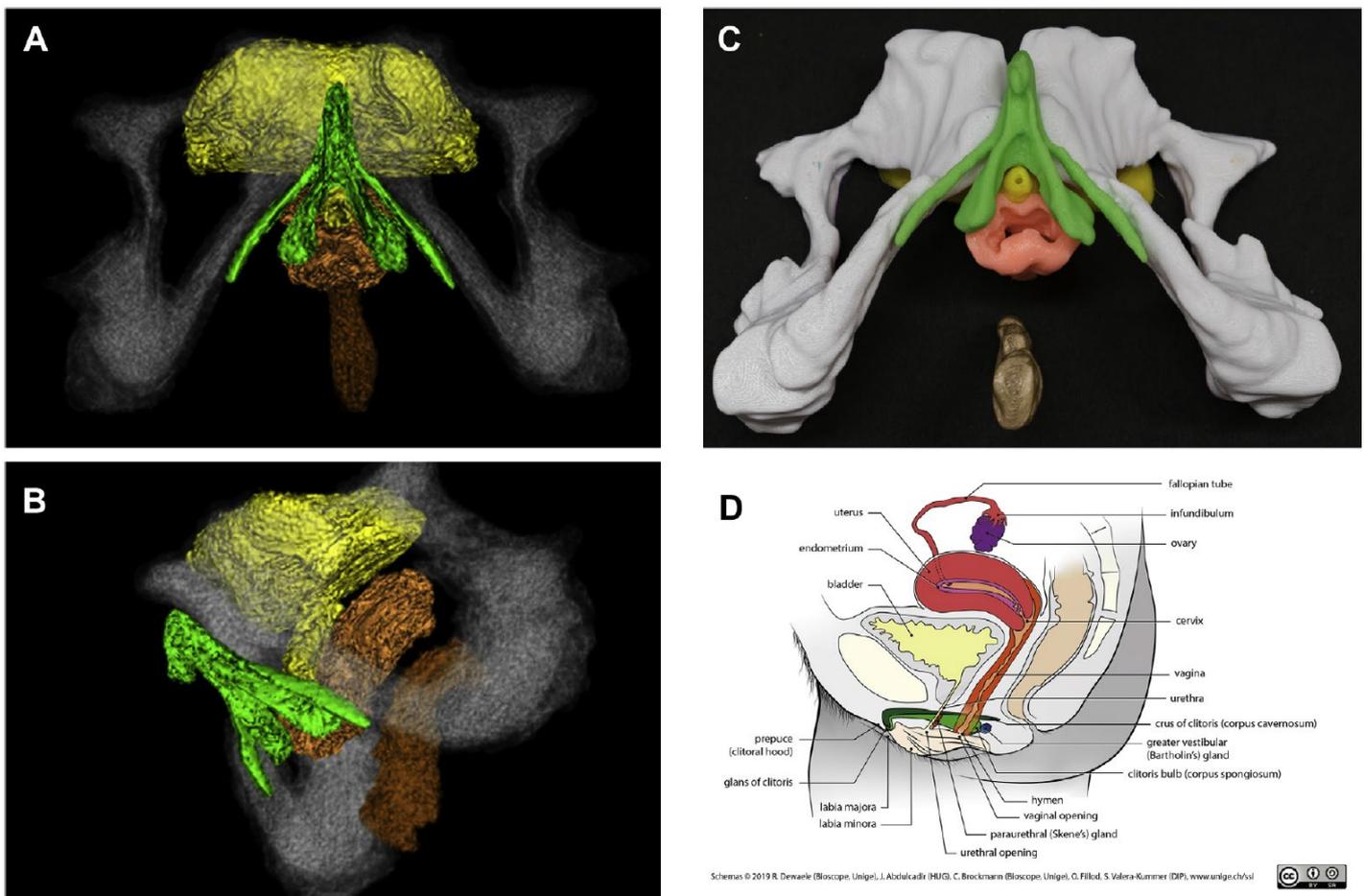


Figure 4. 3-dimensional (3D) Vitrea reconstruction of the MRI images (A and B) and 3D-printed model (C) of the female anatomy. In (A), (B) and (C), green = clitoris, orange = vagina (filled with ultrasound gel in (A) and (B)); yellow = bladder and urethra; brown = rectum; white = pelvic bone. (D) 2-dimensional diagram of the female pelvic anatomy, which includes the same organs as the 3D MRI reconstruction and 3D model, represented in the same colors, plus the uterus, fallopian tubes, and ovary. MRI = magnetic resonance imaging. Figure 4 is available in color online at www.jsm.jssexmed.org.

Reproduit à partir de «Journal of Sexual Medicine, 1 sept 2020 ;17 (9):1590–1602, Abdulcadir J, Dewaele R, Firmenich N, Remuinan J, Petignat P, Botsikas D, et al. In Vivo Imaging–Based 3-Dimensional Pelvic Prototype Models to Improve Education Regarding Sexual Anatomy and Physiology, Copyright (2020), avec permission de Elsevier» 58

4.8 Pädiatrie

Rolle der Kinder- und Jugendärzt_innen

Kinderärzt_innen spielen eine wichtige Rolle in der Prävention und beim Schutz vor FGM/C, in den Beziehungen mit den Familien und bei der Gesundheitsförderung der Kinder und ihrer Geschwister. Kinder- und Jugendärzt_innen sollten über die geografische Herkunft der Eltern und des Kindes/der Jugendlichen und über eine allfällige FGM/C bei der Mutter oder im Umfeld des Vaters informiert sein. Bei Kindern aus ethnischen Gruppen mit hoher Prävalenz kann das Fehlen einer FGM/C bei der Mutter oder den Frauen aus der Familie des Vaters auch eine wertvolle Information sein.

Das Unterkapitel [3.2, Kommunikation und Prävention](#), gibt Auskunft, wie das Thema angesprochen werden kann. Der Einstieg in ein Gespräch über FGM/C kann erfolgen via Themen wie Geburt, Genitalstatus des Kindes und allfällige Komplikationen, oder auch über ein Gespräch, das die Traditionen, die Geburt des Kindes etc. wertschätzt.

Prävention

Die Vorsorgeuntersuchungen des Kindes stellen einen optimalen Zeitpunkt dar, allgemeine Gesundheitsthemen und die Prävention anzusprechen. Besonders die Vorsorgeuntersuchungen im ersten Lebensjahr eignen sich gut für das Thematisieren von FGM/C, da immer eine Ganzkörperuntersuchung mit Genitaluntersuchung stattfindet. Hingegen sind Notfallsprechstunden, die nicht mit Situationen in Verbindung stehen, welche auf FGM/C hindeuten, für Präventionsgespräche in der Regel nicht ideal.

Das Alter der Mädchen zum Zeitpunkt der Beschneidung variiert, vom Säuglingsalter (z. B. in bestimmten ethnischen Gruppen aus Eritrea oder Nigeria) bis ins Vorschul- oder Schulalter (siehe [Country Profiles UNICEF](#)). In der Diaspora kann dies auch nochmals anders sein (später oder früher). Präventionsgespräche sollten wie-

derholt und in verschiedenen Altersstufen durchgeführt werden (je nach Alter ohne Kind) und falls erforderlich mit einer zertifizierten Dolmetscherin. Dies gilt insbesondere wenn eine Reise ins Ausland oder ein Aufenthalt im Herkunftsland bevorsteht (siehe [3.2 Kommunikation und Prävention](#)). Es wird empfohlen, diese Elterngespräche in der Krankengeschichte des Kindes zu dokumentieren.

Bei einer Auslandsreise kann den Eltern der Schweizer Schutzbrief abgegeben werden (voraussichtlich erhältlich ab Herbst 2023 auf der Website des BAG) ¹⁷. Das Dokument kann der Familie im Herkunftsland gezeigt werden falls diese die Beschneidung der Tochter fordert (Beispiele aus anderen Ländern sind: der «[Pass](#)» der Association Intact Belgien ⁵⁹ oder die «[Vorsorgliche Verpflichtung](#)» der Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria/Fundación WASSU UAB, Spanien ⁶⁰).

Die Betreuung und die allfälligen Schutzmassnahmen werden je nach Risiko individuell bestimmt. Nach dem Aufenthalt im Herkunftsland empfiehlt sich eine nochmalige Konsultation mit Fragen zum Verlauf und evtl. auch eine genitale Untersuchung des Mädchens.

Wenn die Nachsorge nicht mehr weitergeführt (verweigert) oder der/die Pädiater_in gewechselt wird und von einem erhöhten Risiko einer Beschneidung ausgegangen werden muss, kann eine Meldung an die Behörden angezeigt sein (siehe [Kapitel 5, Kinderschutz](#)):

- Informieren Sie sich beim Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz www.maedchenbeschneidung.ch und bei der regionalen Kinderschutzgruppe.
- Siehe [Unterkapitel 5.1, Erkennen/Wahrnehmen](#), zur Frage, wie festgestellt werden kann, ob ein Mädchen potenziell bedroht ist oder ob eine Beschneidung bereits durchgeführt wurde.

Klinische Untersuchung

Die Untersuchung des Genitalbereichs ist in den Checklisten der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie aufgeführt und gehört zu den Routinevorsorgeuntersuchungen, die bei jedem in der Schweiz aufwachsenden Kind bis zum Alter von 14 Jahren durchgeführt werden⁶¹. Die Eltern müssen informiert werden, dass die Untersuchung des Genitalbereichs bei allen Kindern (unabhängig der Herkunft und des Geschlechts) erfolgt, um deren Gesundheits- und Entwicklungszustand zu beurteilen und weitere Erkrankungen wie etwa eine Verklebung der inneren Labien und auch Normvarianten des Hymens beim Mädchen zu diagnostizieren. Es ist auch wichtig zu betonen, dass es sich dabei um eine schmerzlose und nicht invasive Untersuchung (Inspektion) handelt²³.

Nach Einwilligung der Patientin erfolgt die Untersuchung altersgemäss, behutsam und mit Ruhe, üblicherweise in Rückenlage (Froschhaltung) oder in gynäkologischer Stellung, mit guter Beleuchtung und, falls nötig, mithilfe einer Lupe oder eines Kolposkops. Mit einer Videoaufnahme oder einem Fotokolposkop kann die Untersuchung aufgezeichnet werden. Die kolposkopische Beurteilung des kindlichen Genitals erfordert eine entsprechende Fachkompetenz mit einer kinder- und jugendgynäkologischen Ausbildung. Für die Video- resp. Fotodokumentation braucht es das vorgängig eingeholte Einverständnis der Patientin und/oder ihrer Rechtsvertreterin/ihrer Rechtsvertreter.

Bei der Untersuchung sollte eine zweite Fachperson (*chaperon*) sowie eine Bezugsperson des Kindes anwesend sein. Das Pubertätsstadium wird in der Krankengeschichte festgehalten. Wenn sich die Patientin bereits im Jugendalter befindet, wird sie ohne ihre Eltern oder Begleitperson empfangen, vorzugsweise durch eine weibliche Fachperson, falls erwünscht. Es kann jedoch vorkommen, dass die Jugendliche wünscht, von ihrer Mutter oder einer anderen Vertrauensperson begleitet zu werden.

Die Diagnostik einer FGM/C kann schwierig sein, insbesondere bei Typ I und IV. Hautunebenheiten oder kleinere Narben sind möglicherweise ohne Kolposkop nicht sichtbar. Angeborene Fehlbildungen können als FGM/C fehlinterpretiert werden (z. B. midline fusion defect des Perineums) oder stehen in Verbindung mit anderen Pathologien (z. B. Labiencynechien, oder selten auch Epispadien). Die inneren Labien können physiologisch klein sein, es kann eine Phimosis oder Verklebungen der Vorhaut und Klitoris vorliegen im Rahmen eines Lichen sclerosus der Vulva. Aus diesen Gründen sollte bei Verdacht auf FGM/C die Untersuchung durch eine in Bezug auf FGM/C ausgebildete und erfahrene Fachperson (Kinder- und Jugendgynäkolog_in, entsprechend ausgebildete Pädiater_in, Gynäkolog_in) durchgeführt werden, welche sachgemäss untersucht und auch Erfahrung mit der Beurteilung von FGM/C hat. Dies ist besonders wichtig im Fall einer forensischen Begutachtung. Auf der Basis einer kolposkopischen Foto - oder Videodokumentation (mit Einwilligung und vertraulich versandt) kann eine zweite Expert_innenmeinung eingeholt werden. Kolposkopische Foto/Videodokumentationen sind wichtig, um wiederholte Untersuchungen zu verhindern, da diese eine psychische Belastung für die Mädchen bedeuten⁶².

Falls die Untersuchung verweigert wird, muss dies in der Krankengeschichte dokumentiert werden. Auch wenn das Ziel der Untersuchung und das Verfahren erklärt wurden, kann eine Ablehnung aus verschiedenen Gründen weiter bestehen: frühere medizinische Untersuchungen, Angst und Unverständnis, Gewalterfahrungen oder oft auch Schamgefühl. Es ist dann an den Kinder- und Jugendärzt_innen, zu beurteilen und die nächsten Massnahmen zu definieren. Eine Genitaluntersuchung darf nicht ohne Einwilligung oder unter Zwang oder auf schmerzhaftem Wege erfolgen.

Betreuung und Behandlung bei bereits erfolgter FGM/C

(Das [Unterkapitel 5.1](#) vermittelt Informationen über Hinweise, die auf eine erfolgte Beschneidung bei einem Mädchen hindeuten.) Wenn sich herausstellt, dass ein Mädchen/eine Jugendliche beschnitten wurde, sollte jegliche Haltung oder Verhaltensweise vermieden werden, welche die Kommunikation mit den Eltern oder dem Mädchen/der Jugendlichen abbrechen lassen könnte. Es geht in dieser Situation darum, die Bedürfnisse zu evaluieren, eine Betreuung/Behandlung anzubieten und eine Beschneidung bei allfälligen jüngeren Schwestern vorzubeugen ²³.

Akute FGM/C:

Bei akuter FGM/C ist es entscheidend, allfällige infektiöse und hämorrhagische Komplikationen sowie Schmerzen zu behandeln, den Tetanus-Impfstatus zu überprüfen und weitere Serologien zu beurteilen und in der Folge zu kontrollieren. Die Gesundheitsfachperson sollte darauf achten, dass die Blasenentleerung ungehindert funktioniert; gegebenenfalls sollte die Blase katheterisiert werden.

Bei akuter FGM/C-Typ III kann die Infibulation durch eine chirurgische Narbenlösung korrigiert werden (siehe [4.4 Defibulation](#)). Die Notwendigkeit sofortiger und langfristiger psychologischer Betreuung sollte beurteilt und gegebenenfalls organisiert werden. Dies kann auch andere Familienmitglieder betreffen. Zudem gilt es, an die forensische Dokumentation und Kinderschutzmassnahmen zu denken (siehe [Kapitel 5, Kinderschutz](#)), damit andere, potenziell gefährdete Mädchen derselben Familie durch Präventionsmassnahmen geschützt werden können.

Nicht akute FGM/C:

Die Betreuung beginnt mit der Anamnese und der Suche nach allfälligen psychologischen und sexuellen Komplikationen (falls die Jugendliche sexuell aktiv ist). Es ist empfehlenswert, das Kind/die Jugendliche in jedem Fall einer pädiatrisch erfahrenen, auf FGM/C spezialisierten Fachperson zuzuweisen, welche die Patientin informieren und beraten sowie die Diagnose bestätigen kann.

Die Zuweisung sollte frühzeitig erfolgen, besonders bei Komplikationen/Symptomen (z. B. bei obstruierter Miktion) oder bei FGM/C-Typ III. Je nach Region übernehmen unterschiedliche Spezialist_innen (wie Kinder- und Jugendgynäkolog_in, Pädiater_in, Gynäkolog_in) diese Aufgabe (siehe www.maedchenbeschneidung.ch/netzwerk/anlaufstellen)

Bei einer Infibulation kann eine Defibulation zur Behandlung urogenitaler Komplikationen oder vor dem ersten Geschlechtsverkehr indiziert sein (siehe [4.4 Defibulation](#)). Dieser Eingriff sollte durch eine_n erfahrene_n Ärzt_in durchgeführt werden, mit einwandfreier Analgesie, meistens in Vollnarkose (andere Anästhesietechniken sind aber auch möglich). Dabei kann die Patientin von einer Unterstützungsperson ihrer Wahl begleitet werden. Falls keine Symptome vorhanden sind, kann mit der Defibulation zugewartet werden, bis sich das Mädchen dazu bereit fühlt.

Das Mädchen/die Jugendliche und die Eltern müssen unbedingt über die zu erwartenden Veränderungen nach einer Defibulation informiert werden. Ein Dokument, das dem Mädchen und seinen Eltern ausgehändigt wird und in dem die medizinische Indikation für den Eingriff festgehalten wird, kann ebenfalls dazu beitragen, eine Reinfibulation bei einer Minderjährigen zu verhindern (z. B. während einer Reise ins Herkunftsland). Es ist wesentlich, zu erklären, dass die Defibulation die «Jungfräulichkeit» nicht beeinflusst (siehe auch [3.3 Argumentarium](#)).

Für beschnittene Mädchen kann es emotional schwierig sein, in der Schweiz aufzuwachsen, dies aufgrund von Loyalitätskonflikten, unterschiedlichen Normen bezgl. Schönheit und Weiblichkeit sowie allfälligen damit einhergehenden psychologischen Folgen. Es ist entscheidend, eine nicht stigmatisierende Information und Begleitung anzubieten. Eine psychologische Behandlung kann indiziert sein.

5. Kinderschutz

Die genitale Beschneidung/weibliche Genitalverstümmelung ist eine Form körperlicher, innerfamiliärer Gewalt. Das Vorgehen ist dasselbe wie bei anderen Formen der Kindeswohlgefährdung. Es gelten dieselben Standards des Kinderschutzes.

Das Ziel des Kinderschutzes besteht darin, Bedrohungen oder Schädigungen des Kindeswohls vorzubeugen oder zu verhindern. Es gibt verschiedene Möglichkeiten dazu. Diese müssen von Fall zu Fall bewertet werden. Standardlösungen sind oft nicht hilfreich oder sogar kontraproduktiv. Nach dem Grundsatz «Nie allein» sollte die für das Wohl des betroffenen Kindes beste Lösung zusammen mit Hilfe erfahrener Fachpersonen gesucht werden. Bei unmittelbarer Gefährdung geht es vor allem darum, das Kind sofort zu schützen⁶³.

Informationen & Unterstützung für Gesundheitsfachpersonen bezüglich Fragen zu FGM/C und Kinderschutz:

- [Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz](#)
- Regionale Kinderschutzgruppen/Kinderschutzgruppen der Schweizer Kinderkliniken
- Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB): [Adressliste KESB](#) (alle Kantone, mit Suchfunktion nach Gemeinden pro Kanton). Die KESB hat auch eine beratende Funktion und es ist möglich, einen Fall anonym zu besprechen, ohne ein Verfahren einzuleiten.
- [Kantonsärztliche Dienste](#)
- Für ausführlichere Informationen siehe den [Leitfaden für Fachpersonen zu weiblicher Genitalbeschneidung und Kinderschutz des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz](#)⁶⁴.

5.1 FGM/C erkennen/wahrnehmen

Wie weiss ich, ob ein Mädchen gefährdet sein könnte oder ob eine Beschneidung bereits durchgeführt wurde?

Die Beurteilung des Beschneidungsrisikos ist nicht einfach. Im Gegensatz zu anderen Formen der Misshandlung (Schläge, Vernachlässigung ...) besteht die Herausforderung darin, dass es in der Regel keine sichtbaren Zeichen gibt.

Qualitative Studien haben gezeigt, dass Migration und Akkulturation das Risiko einer Beschneidung beeinflussen können⁶⁵: Gesetze, die FGM/C verbieten, weniger sozialer Druck durch die Community, bessere Kenntnisse über gesundheitliche, rechtliche und religiöse Aspekte in Verbindung mit der Praktik, die Grösse der Diaspora, Aufenthaltsdauer und Alter bei der Ankunft in der Schweiz – um nur einige Aspekte zu nennen – können Einstellungen und Verhaltensweisen im Hinblick auf das Beschneidungsrisiko beeinflussen^{66,67}.

Das Gespräch mit den Eltern ist oft die beste Möglichkeit, um festzustellen, ob ein FGM/C-Risiko bei einem Kind besteht und in welchem Ausmass. Das Gespräch sollte in einem vertrauensvollen Verhältnis und auf transparente Weise geführt werden (siehe [3.2 Kommunikation und Prävention](#)).

Warnhinweise aus der Anamnese/Indikatoren, die auf ein Beschneidungsrisiko hindeuten (Liste nicht abschliessend):

Indikatoren, die auf ein grundsätzliches Risiko hinweisen:

- Das Mädchen stammt aus einem Land, einer Community, in welcher FGM/C praktiziert wird (siehe [2.3 Prävalenz](#)).
- In der Familie wird FGM/C praktiziert (die Mutter und/oder die Tanten sind beschnitten; der Vater stammt aus einer Familie, in welcher FGM/C durchgeführt wird).

Indikatoren, die auf ein erhöhtes Risiko hinweisen:

- Die Familie äussert eine positive oder ambivalente Haltung gegenüber FGM/C.
- Ein Mädchen der Familie (Schwester, Cousine) wurde bereits beschnitten.
- Eine Reise ins Herkunftsland oder in ein Land, in welchem FGM/C üblich ist, ist geplant.
- Das Mädchen erwähnt eine besondere Behandlung oder Feierlichkeiten (im Herkunftsland, im Ausland) sowie ein Verbot, darüber zu sprechen.
- Die Familie gibt explizit die Absicht bekannt, ihre Tochter beschneiden zu lassen.
- Bei einer Forderung nach Reinfibulation, die kurz nach der Geburt (seitens der Frau, des Ehemannes oder eines anderen Familienmitglieds) geäussert wird, muss davon ausgegangen werden, dass der weibliche Säugling ebenfalls einem FGM/C-Risiko ausgesetzt ist.
- Die Patientin, ein Bruder oder eine Schwester sucht Hilfe; Angehörige oder andere Familienmitglieder teilen Ihnen mit, dass das Mädchen beschnitten werden könnte; oder das Mädchen informiert Sie, dass es sich einem «besonderen Verfahren» unterziehen muss, oder dass es «als Frau anerkannt werden muss» oder «wie meine Schwester oder Mutter werden muss».
- Wiederholte Versuche, dass das Mädchen in einem Gesundheitszentrum oder Sozialdienst vorstellig würde, sind gescheitert (zum Beispiel: Arzttermine einhalten), oder die Mutter ist gegenüber einer Genitaluntersuchung ihrer Tochter sehr zurückhaltend⁷.

Zeichen und Symptome, die darauf hinweisen, dass FGM/C bei einem Mädchen möglicherweise bereits durchgeführt wurde:

- Gesundheitliche Probleme als mögliche Folgen der Beschneidung:

Bei Kleinkindern:

- Blutungen, Schürfungen, Wunden im Bereich der Vulva
- Unklare genitale Befunde, unklare Anatomie
- Schmerzhaft oder langsame Miktion, akuter Harnverhalt
- Schmerzen beim Wickeln

Bei älteren Mädchen oder jungen Frauen:

- Häufiger und langer Gang auf die Toilette
- Schmerzen und Schulabwesenheit während der Menstruation (dabei muss beachtet werden, dass die Schulabwesenheit aufgrund einer Dysmenorrhoe auch ohne Beschneidung häufig ist).
- Probleme beim Gehen, Sitzen oder Stehen
- Plötzliche Verweigerung, aufgrund von Schmerzen (im Vulva-, Genital- oder Beckenbereich) an gewissen sportlichen Aktivitäten teilzunehmen
- Verweigerung bei verdächtigen Hinweisen, eine_n Gynäkolog_in oder Pädiater_in aufzusuchen
- Längere Abwesenheit oder Krankheit (ohne Arztzeugnis)
- Ausgrenzung, Isolierung
- Änderungen im Verhalten des Mädchens
- Schlafstörungen, sekundäre Enuresis etc.

5.2 Risikomanagement & Interventionsstrategien

Die folgende Tabelle beruht auf dem Entscheidungsbaum des «Réseau belge Stratégies concertées E/MGF Belgique»⁶⁸, auf den «Handlungsempfehlung der Hamburger Jugendämter»⁶⁹, sowie auf der europäischen Wissensplattform von «United to End FGM»⁷⁰. Je nach Risikoeinschätzung empfiehlt es sich, wie folgt vorzugehen:

Tabelle 6

Risikomanagement und
Interventionsstrategien

Risikomanagement und Interventionsstrategien

In jedem Fall

- Anlaufstellen des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz beiziehen
- Multiplikatorin beiziehen
- Dialog mit der Familie (je nach Situation, Ihrer Rolle als Fachperson und soweit der Schutz und die Integrität des Mädchens dadurch nicht zusätzlich gefährdet werden)
- Je nach Fallkonstellation und Kooperationsbereitschaft der Eltern sind einvernehmliche oder zivilrechtliche Kinderschutzmassnahmen (Meldung an die KESB) zu ergreifen.
- Bestehende Meldepflichten an die KESB bzw. Anzeigepflichten an die Strafbehörden beachten

1. Niedriges Risiko, nicht akut	2. Hohes Risiko, akut	3. Verdacht auf FGM/C	4. FGM/C wird festgestellt
<p>Sensibilisierung der Eltern & vorsichtige Beobachtung des Kindes; langfristige Kooperation/Beobachtung entscheidend</p> <p>Beispiele für Massnahmen: (regelmässige) Gespräche mit Multiplikatorin, schriftliche Erklärung/Vereinbarung, die von den Eltern unterschrieben wird.</p>	<p>Sensibilisierung der Eltern & vorsichtige Beobachtung des Kindes; langfristige Kooperation/Beobachtung entscheidend</p> <p>Allenfalls (regelmässige) gynäkologische Untersuchung. Falls eine solche durchgeführt wird, muss die Untersuchung durch eine im Thema erfahrene Kinder- & Jugendgynäkologin und in einer geschützten Situation erfolgen. Das Mädchen soll sich auf Wunsch durch eine Person des Vertrauens begleiten lassen dürfen.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Falls FGM/C: Siehe Spalte Nr. 4 dieser Tabelle · Falls keine FGM/C: Siehe Spalte Nr. 1 oder Nr. 2 dieser Tabelle <p>Bei Bedarf psychosoziale Begleitung des Mädchens durch Fachpersonen, die bzgl. FGM/C erfahren sind.</p> <p>Abklären, ob es eine allfällige Ausreise des Mädchens zu verhindern gilt (bspw. durch Hinterlegung des Reisepasses).</p> <p>Abklären, ob es eine allfällige Einreise einer Beschneiderin/eines Beschneiders zu verhindern gilt.</p> <p>Im Notfall: Besteht für das Mädchen eine unmittelbare Gefahr, dann kontaktieren Sie unverzüglich eine lokale Kinderschutzgruppe, die KESB und/oder die Polizei.</p>	<p>Gynäkologische Untersuchung durch eine im Thema erfahrene Kinder- & Jugendgynäkologin und in einem geschützten Rahmen. Das Mädchen soll sich auf Wunsch durch eine Person des Vertrauens begleiten lassen dürfen.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Falls FGM/C: Siehe Spalte Nr. 4 dieser Tabelle · Falls keine FGM/C: Siehe Spalte Nr. 1 oder Nr. 2 dieser Tabelle <p>Bei Bedarf psychosoziale Begleitung des Mädchens durch Fachpersonen, die bzgl. FGM/C erfahren sind.</p> <p>Bei fortbestehender Gefährdung: Meldung an die KESB.</p>	<p>Adäquate psychosoziale Unterstützung & Gesundheitsversorgung des Mädchens durch Fachpersonen, die bzgl. FGM/C erfahren sind.</p> <p>Abklären, ob eine Gefährdungseinschätzung bzw. Unterstützung für weitere Mädchen im Umfeld erforderlich ist? Falls ja, siehe Spalten Nr. 1–4 dieser Tabelle.</p> <p>Abklären, ob die Eltern ihre Einstellung gegenüber FGM/C geändert haben und bereit sind, bei bereits stattgefundener Beschneidung alle möglichen Massnahmen mitzutragen, die im Sinne der Gesundheit des Mädchens angestrebt werden. Abklären, inwiefern sie bereit sind, allfällige jüngere, noch unbeschnittene Töchter vor FGM/C zu schützen (glaubwürdige Hinweise auf Wertewandel & Verhaltensänderung).</p> <p>Das Mädchen informieren über die Möglichkeit, Strafanzeige zu erstatten und/oder Ansprüche nach dem Opferhilfegesetz geltend zu machen (je nach Alter).</p> <p>Meldung an die KESB.</p> <p>Abklären, ob eine Anzeige an die Strafbehörde erfolgen soll/muss.</p>

5.3 Melderecht/Meldepflicht

Jede Person ist berechtigt, der Kinderschutzbehörde Meldung zu erstatten, wenn die körperliche, psychische oder sexuelle Integrität eines Kindes gefährdet scheint (Art. 314c, al. 1, Schweizerisches Zivilgesetzbuch (ZGB)).

Liegt eine Meldung im Interesse des Kindes, so sind auch Personen meldeberechtigt, die dem Berufsgeheimnis nach dem Strafgesetzbuch Art. 321 unterstehen (z. B. Hebammen, Ärzt_innen, Psycholog_innen). Sie müssen sich nicht von der Schweigepflicht entbinden lassen (Art. 314c, al. 2 ZGB). In Bezug auf den Erwachsenenschutz hingegen wird für die Meldung an die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) die Einwilligung der betroffenen, erwachsenen Person benötigt oder die Fachpersonen müssen im Vorfeld vom Berufsgeheimnis entbunden werden ¹⁶.

Folgende Personen, soweit sie nicht dem Berufsgeheimnis nach dem Strafgesetzbuch unterstehen, sind zur Meldung an die Kinderschutzbehörde verpflichtet, wenn konkrete Hinweise vorliegen, dass die körperliche, psychische oder sexuelle Integrität eines Kindes gefährdet ist, und sie der Gefährdung nicht im Rahmen ihrer Tätigkeit Abhilfe schaffen können:

- Fachpersonen aus den Bereichen Medizin, Psychologie, Pflege, Betreuung, Erziehung, Bildung, Sozialberatung, Religion und Sport, die beruflich regelmässig Kontakt zu Kindern haben;
- Wer in amtlicher Tätigkeit von einem solchen Fall erfährt (Art. 314d, al 1 ZGB).

Grundsätzlich erfolgt die Meldung an die KESB. Die Meldepflicht erfüllt auch, wer die Meldung an die vorgesetzte Person richtet (Art. 314d al 2 ZGB).

Die Kantone können weitere Meldepflichten für Personen, die dem Berufsgeheimnis unterstehen, vorsehen (Art.314d, al.3, und Art. 443, al. 3, ZGB). Mehrere Kantone verpflichten bestimmte Berufsgeheimnisträger_innen, Fälle, bei denen Hilfe benötigt wird, der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) zu melden, ohne dass

sie sich zuvor vom Berufsgeheimnis entbinden lassen müssen. Gewisse Kantone (AI, AR, GE, GL, GR, LU, SZ, UR, VD, VS und ZG) sehen zum Beispiel eine solche Verpflichtung für bestimmte Gesundheitsfachpersonen vor ⁷¹.

Informieren Sie sich über Melderecht und Meldepflicht an die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) sowie über Anzeigerecht und Anzeigepflicht an die Strafbehörden in Ihrem Kanton und im Rahmen Ihrer beruflichen Tätigkeit.

- [Merkblatt](#) der Konferenz für Kindes- und Erwachsenenschutz bezüglich Melderechte und Meldepflichte an die KESB ¹⁶
- Übersicht über die [kantonalen Vorschriften](#) für Meldungen an die KESB ⁷¹
- [Kantonsärztlicher Dienst](#)

Es besteht ein Recht oder eine Pflicht, die KESB zu benachrichtigen, wenn das Wohl des Kindes gefährdet scheint. Damit wird der Person, die den Fall meldet, ein gewisser Ermessensspielraum geboten. Je nachdem, wie sie die Situation beurteilt – unter Einbezug fachspezifischer Kenntnisse, durch Fallbesprechung im Team, durch anonyme Fallvorstellung in den für den Kinderschutz zuständigen Gruppen etc. –, kann sie einschätzen, ob die Situation gemeldet werden sollte. Die Fachperson kann auch die zuständige KESB kontaktieren. Diese hat dann eine beratende Funktion bezüglich der Meldung und kann den Fall anonym besprechen, ohne ein Verfahren einzuleiten ¹⁶.

Die meldende Person muss nicht beweisen, dass jemand wirklich gefährdet ist; es genügt, wenn sie eine potenzielle Gefahr als möglich erachtet. Es liegt in der Verantwortung der KESB, die Wirklichkeit dieser Gefahr zu beurteilen ¹⁶. Wenn Sie vermuten, dass ein Mädchen gefährdet ist oder bereits beschnitten wurde, sind die potenziellen negativen Folgen, diese Informationen zu verschweigen, in den allermeisten Fällen viel ausgeprägter als die Nachteile, welche durch die Meldung Ihrer Bedenken entstehen könnten. Auch wenn es sich herausstellen sollte, dass das Mädchen nicht gefährdet ist, beschnitten zu werden, ist die Meldung gerechtfertigt, sofern Ihre Bedenken ehrlich und angemessen sind ⁷.

6. Administrative Fragen: Kodierung, Rückerstattung, Attest

6.1 Dokumentation

Das Dokumentieren einer weiblichen Genitalbeschneidung bei einer Patientin gehört zur Good Practice. Umso mehr, als dass die Dokumentation in der Krankengeschichte der Patientin andere Gesundheitsfachpersonen auf den Gesundheitsstatus der Frau bezüglich FGM/C aufmerksam macht und dazu beiträgt, zukünftige unnötige Genitaluntersuchungen zu verhindern und die Betreuung und Behandlung zu verbessern.

Wenn Sie FGM/C in der Krankengeschichte einer Patientin festhalten, notieren Sie immer, ob der FGM/C-Typus durch eine Genitaluntersuchung oder anamnestisch definiert wurde. Die Identifizierung und das Erfassen einer weiblichen Genitalbeschneidung kann manchmal schwierig sein, insbesondere bei Typ I, IV oder bei Typen, die mit der WHO-Klassifikation nicht übereinstimmen ⁷². In diesen Fällen können Sie sich auf die anatomische Beschreibung der Untersuchung beschränken, ohne die Beschneidung unbedingt zu klassifizieren (Job Aid II, Visual Recording of FGM) ⁷.

Es kann sein, dass eine Frau, die bei der Anamnese FGM/C-Typ III angibt und angibt, eine Defibulation oder Spontaneröffnung der Narbe unter der Geburt gehabt zu haben, bei einer klinischen Untersuchung eine Beschneidung Typ II vorliegen hat. Es ist sinnvoll, diese anamnestischen Informationen sowie die Untersuchungsergebnisse in der Krankengeschichte der Patientin oder in einem Attest festzuhalten.

6.2 Diagnosecode und Krankenversicherung

FGM/C ist ein Diagnosecode (ICD-10-GM) und die medizinische, chirurgische sowie psychosexuelle Behandlung der Komplikationen ist in der Schweiz durch die Krankenkasse gedeckt ^{73,74}. Wenn aufgrund fehlender Angebote im Wohnkanton eine Spezialbehandlung in einem anderen Kanton durchgeführt werden muss, sollte eine ausserkantonale Kostengutsprache beantragt werden.

Tabelle 7
Diagnosecode
ICD-10-GM

ICD-10-GM (Germany)	
Z91.7	Personal History of Female Genital Mutilation
Z91.70	Personal History of Female Genital Mutilation, Type unspecified
Z91.71	Personal History of Female Genital Mutilation, Type 1
Z91.72	Personal History of Female Genital Mutilation, Type 2
Z91.73	Personal History of Female Genital Mutilation, Type 3
Z91.74	Personal History of Female Genital Mutilation, Type 4

6.3 Attest betreffend FGM/C bei Rechtsverfahren oder Asylverfahren

Falls ein ärztliches Attest zu FGM/C von den Behörden angefordert wird, müssen folgende Informationen bei der Untersuchung festgehalten werden (stets mit der Einwilligung der Patientin):

- Medizinisch-chirurgische Vorgeschichte (von der Frau oder dem Mädchen/der Mutter berichtet), insbesondere die gynäkologische und geburtshilfliche Anamnese;
- Beschreibung der äusseren Genitalorgane und des identifizierten FGM/C-Typs anhand der WHO-Klassifikation (siehe 6.1 Dokumentation);
- alle weiteren Narben im Bereich der Vulva, Damm oder Oberschenkelinnenseite;
- alle gesundheitlichen Komplikationen im Zusammenhang mit FGM/C;
- alle zusätzlichen medizinischen Zustände, die bei der Genitaluntersuchung identifiziert wurden.

Es gilt, sich als Gesundheitsfachperson bewusst zu sein, dass die gesammelten Informationen als medizinische Beweise für das Asylverfahren angefordert werden könnten⁷.

Hinweis

Falls ein Mädchen oder eine Frau Opfer von Folter wurde und mehrere Narben am Körper aufweist, sollte sie einer Gesundheitsfachperson mit forensischer Ausbildung oder einem/einer Gerichtsmediziner_in zur genaueren Untersuchung zugewiesen werden.

7. Nützliche Materialien und Links

Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz

- Information, Bildung und Beratung
- Kontakte zu Multiplikator_innen/interkulturelle Vermittler_innen sowie Spezialist_innen in verschiedenen Bereichen (Medizin, psycho-soziale Beratung, Rechtsberatung etc.)
- Liste der [regionalen Anlaufstellen](#)
- Kontakt: info@maedchenbeschneidung.ch
041 419 23 55
- www.maedchenbeschneidung.ch/netzwerk

Das Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz unterhält ein Informationsportal zu FGM/C. Es berät Betroffene und Fachpersonen, leistet Präventionsarbeit bei den Communities, sensibilisiert Fachpersonen und baut regionale Anlaufstellen auf. Das Netzwerk fördert die Vernetzung und stellt einen niederschweligen Zugang zu Informationen sicher.

Das Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz wurde 2016 von Brava (ehemals Terre des Femmes Schweiz), Caritas Schweiz, Sexuelle Gesundheit Schweiz und dem Schweizerischen Kompetenzzentrum für Menschenrechte ins Leben gerufen. Finanziell wird das Netzwerk vom Bundesamt für Gesundheit, dem Staatssekretariat für Migration sowie dem Eidgenössischen Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann unterstützt.

- Abdulkadir J, Marras S, Catania L, et al., Defibulation: a visual reference and learning tool, *J Sex Med* 2018;15:601–611
www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29463476/
www.youtube.com/watch?v=fbKPqE6Vj_c
- Abdulkadir J, Catania L, Hindin M J, et al., Current Commentary Female Genital Mutilation [Visual Reference and Learning Tool for Health Care Professionals](#), *Obstetrics & Gynecology*, Vol. 128, No. 5, 2016
- Abdulkadir J, Sachs Guedj N, Yaron M, Female Genital Mutilation/Cutting in Children and Adolescents, [Illustrated Guide to Diagnose, Assess, Inform and Report](#), Springer Cham, 2022
- Southwest Interdisciplinary Research Center, Arizona State University, Hôpitaux universitaires de Genève, [Poster](#), Female Genital Mutilation/Cutting, A Visual Reference and Learning Tool for Health Care Professionals, 2018
- Stratégies concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines Belgique, [Weltkarte der FGM/C Prävalenzen](#), 2017 (auf Französisch)
- Health Education England e-Learning for Health-care, [E-learning](#) to improve awareness and understanding of FGM
- Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz; Wiener Programm für Frauengesundheit, [E-Learning zum Thema FGM/C](#), Handlungsanleitungen für Fachpersonen, 2022.
- Unicef FGM/C [Country profiles](#)
- [Flyer](#) Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz, 2018
- WHO, Care of girls & women living with female genital mutilation, a [clinical handbook](#), 2018
- WHO, [Guidelines](#) on the management of health complications from female genital mutilation, 2016 (auf Englisch und Französisch)

- Stratégies concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines Belgique, Guide d'entretien pour aborder la question de l'excision lors des entretiens avec les filles et/ou avec leur famille, 2014
 - Stratégies concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines Belgique, Kit de prévention des Mutilations Génitales Féminines, 2017
 - Université de Genève, Sciences, Sexes, Identités, Ressources pédagogiques, Vidéos genitalia, 2021 (mit deutschen Untertitel)
 - Université de Genève, Sciences, Sexes, Identités, Web-app «Let's talk FGM», 2023
 - OSONS PARLER D'EXCISION, Canton de Vaud, Caritas Suisse, E/MGF - Quelles prises en charge dans le canton de Vaud? Manuel à l'intention des professionnel-le-s, 2013
 - OSONS PARLER D'EXCISION, Canton de Genève, Caritas Suisse, E/MGF - Quelles prises en charge dans le canton de Genève? Manuel à l'intention des professionnel-le-s, 2014
 - Kantonsärztlicher Dienst, Freiburger Fachstelle für sexuelle Gesundheit FFSG, Weibliche Genitalbeschneidung im Kanton Freiburg, Leitfaden für die Betreuung zuhänden der Fachpersonen, 2016
- Informationen für betroffene Frauen und ihre Familien** (mehrsprachig)
- Website www.maedchenbeschneidung.ch
Promokarte Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz, 2017
 - Flyer OSONS PARLER D'EXCISION, Canton de Vaud, Caritas Suisse, 2013
 - Flyer OSONS PARLER D'EXCISION, Canton de Genève, Caritas Suisse, 2014
 - Flyer Weibliche Genitalbeschneidung (FGM), Kantonsärztlicher Dienst, Freiburger Fachstelle für sexuelle Gesundheit FFSG, 2010
 - Erklärvideo über die Defibulation, GAMS Belgique, 2021
 - Video über die Klitorisrekonstruktion, GAMS Belgique, 2023
 - Schweizer Schutzbrief gegen Mädchenbeschneidung, voraussichtlich erhältlich ab Herbst 2023 auf der Website des BAG

Impressum

Projektleitung

Abdulcadir Jasmine, Hôpitaux universitaires de Genève HUG, und Birri Marisa, ehemalige Projektverantwortliche bei Brava/Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz.

Autorinnen

Abdulcadir Jasmine, Hôpitaux universitaires de Genève HUG; Birri Marisa, ehemalige Projektverantwortliche Brava/Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz; Bettoli Lorenza, Hôpitaux universitaires de Genève HUG; Illide Boulogne Sabine, Réseau Hospitalier Neuchâtelois; Jäger Fabienne, pédiatrie schweiz; Müller Sapin Monika, Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe SGGG; Politis Mercier Maria-Pia, Schweizerischer Hebammenverband, und Telley Catherine, Freiburger Fachstelle für sexuelle Gesundheit.

Lektorat

Martina Fierz, formulierz; Nasteha Salah, Institut de santé globale/Hôpitaux universitaires de Genève HUG, lektorierte die französische Version und bearbeitete die Literaturangaben.

Layout

Petra Schmid, Les Graphistes, Bern

Übersetzung

Die französische Fassung ist die Stammversion. Übersetzung aus dem Französischen: Dr. med. Florence Germiquet.

Das Projekt wurde unterstützt durch die Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe SGGG (Übersetzung) sowie das Bundesamt für Gesundheit BAG.

Zitierempfehlung

Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz, SGGG gynécologie Suisse et al., Weibliche Genitalbeschneidung (FGM/C)–Interdisziplinäre Empfehlungen für Gesundheitsfachpersonen, 2023

Copyright 2023

Literaturverzeichnis

1. WHO World Health Organization. Guidelines on the management of health complications from female genital mutilation [Internet]; 2016. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/management-health-complications-fgm-brief/en/> [abgerufen am 31.10.2020]
2. WHO World Health Organization. Eliminating female genital mutilation [Internet]; 2008. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/9789241596442/en/> [abgerufen am 31.10.2020]
3. Bader D. Nationalisme sexuel : le cas de l'excision et de la chirurgie esthétique génitale dans les discours d'experts en Suisse. *Swiss J Sociol.* 16 nov 2016;42(3):573-91.
4. Calderoli L. Mutilations ou perfectionnements ? Processus de naturalisation des modifications corporelles : un regard anthropologique. *Droit Cult Rev Int Interdiscip.* 15 oct 2020; (79):15-28.
5. Arora KS, Jacobs AJ. Female genital alteration: a compromise solution. *J Med Ethics.* 1 mars 2016;42(3):148-54.
6. Hausammann C, De Weck F. Genitalverstümmelung von Frauen und Mädchen in der Schweiz, Überblick über rechtliche Bestimmungen, Kompetenzen und Behörden [Internet]. SKMR Schweizerisches Kompetenzzentrum für Menschenrechte. 2014. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/nat-programm-migration-und-gesundheit/chancen-gleichheit-in-der-gesundheitsversorgung/massnahmen-gegen-weibliche-genitalverstuemmelung/studien/fgm-rechtsstudie.download/rechtsstudie-zu-fgm.pdf.fgm-rechtsstudie> [abgerufen am 27.10.2022]
7. WHO World Health Organization. Care of girls and women living with female genital mutilation, a clinical handbook [Internet]; 2018. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/health-care-girls-women-living-with-FGM/en/> [abgerufen am 01.11.2020]
8. UNICEF. Female genital mutilation (FGM) [Internet]. UNICEF DATA. 2020. <https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/> [abgerufen am 01.11.2020]
9. Stratégies concertées MGF Belgique, GAMS Belgique. Carte des prévalences MGF 2016 [Internet]; 2017. <http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/GAMS-carte-2017FR.pdf> [abgerufen am 01.11.2020]
10. Cottler-Casanova S, Abdulcadir J. Estimating the indirect prevalence of Female Genital Mutilation/Cutting in Switzerland [Internet]. 2020. <https://www.researchsquare.com/article/rs-100859/v1> [abgerufen am 24.05.2021]
11. Bundesrat. Massnahmen gegen die weibliche Genitalverstümmelung. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 18.3551 Rickli Natalie vom 14. Juni 2018 [Internet]. Schweiz; November 2020. S. 16. <https://www.news.admin.ch/newsd/message/attachments/64058.pdf> [abgerufen am 27.10.2022]
12. GAMS Belgique. Men Speak Out [Internet]; 2016. <http://gams.be/projets/men-speak-out/> [abgerufen am 28.05.2021]
13. Wahlberg A, Johnsdotter S, Selling KE, Källestål C, Essén B. Baseline data from a planned RCT on attitudes to female genital cutting after migration: when are interventions justified? *BMJ Open.* 1st august 2017; 7(8):e017506.
14. UNICEF. Calling for the end of the medicalization of female genital mutilation [Internet]; 2018. <https://www.unicef.org/sites/default/files/2019-02/Factsheet%20FGM-Medicalization-2018-06-15.pdf> [abgerufen am 27.10.2022]
15. SEM Staatssekretariat für Migration. Handbuch Asyl und Rückkehr [Internet]; 2019. <https://www.sem.admin.ch/sem/de/home/asyl/asylverfahren/nationale-verfahren/handbuch-asyl-rueckkehr.html> [abgerufen am 04.06.2021].
16. KOKES Konferenz für Kindes- und Erwachsenenschutz. Melderechte und Meldepflichten an die KESB nach Art. 314c, 314d, 443 sowie 453 ZGB [Internet]; 2019. https://www.kokes.ch/application/files/4515/5533/1616/Merkblatt_Melderechte-Meldepflichten_Version_Maerz_2019_definitiv.pdf [abgerufen am 27.10.2022]
17. Schweizerische Eidgenossenschaft, Schutzbrief gegen Mädchenbeschneidung. 2023. Voraussichtlich erhältlich ab Herbst 2023 auf der Website des BAG

18. BAG Bundesamt für Gesundheit. Finanzierung des interkulturellen Dolmetschens im Gesundheitswesen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) [Internet]; 2019. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/nat-programm-migration-und-gesundheit/interkulturelles-dolmetschen/wissensgrundlagen-interkulturelles-dolmetschen/interk-dolmetschen-finanzierung/finanzierung-des-interkulturellen-dolmetschens-okp.pdf.download.pdf/Finanzierung%20des%20interkulturellen%20Dolmetschens%20durch%20die%20OKP.pdf> [abgerufen am 27.10.2022]
19. Bundesamt für Gesundheit. Connaissances sur l'interprétariat communautaire [Internet]; 2020. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitschancengleichheit/interkulturelles-dolmetschen/Wissensgrundlagen-interkulturelles-Dolmetschen.html> [abgerufen am 27.10.2020]
20. Jaeger F, Cafilisch M, Hohlfeld P. Female genital mutilation and its prevention: a challenge for paediatricians. *Eur J Pediatr.* 1 janv 2009;168(1):27-33.
21. Mishori R, Ferdowsian H, Naimer K, Volpellier M, McHale T. The little tissue that couldn't – dispelling myths about the Hymen's role in determining sexual history and assault. *Reprod Health* [Internet]. 3rd june 2019;16. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6547601/> [abgerufen am 19.05.2021]
22. Crosby SS, Oleng N, Volpellier MM, Mishori R. Virginity testing: recommendations for primary care physicians in Europe and North America. *BMJ Glob Health* [Internet]. 20 janv 2020;5(1). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7042604/> [abgerufen am 19.05.2021]
23. HAS Haute Autorité de Santé. Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours [Internet]; 2020. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3150640/fr/prise-en-charge-des-mutilations-sexuelles-feminines-par-les-professionnels-de-sante-de-premier-recours [abgerufen am 01.11.2020]
24. WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome; Banks E, Meirik O, Farley T, Akande O, Bathija H, Ali M. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *The Lancet.* 3 juin 2006;367(9525):1835-41.
25. Wuest S, Raio L, Wyssmueller D, Mueller MD, Stadlmayr W, Surbek DV, et al. Effects of female genital mutilation on birth outcomes in Switzerland. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* August 2009;116(9):1204-9.
26. Johnson C, Nour NM. Surgical Techniques: Surgical Techniques: Defibulation of Type III Female Genital Cutting. *J Sex Med.* 1 nov 2007;4(6):1544-7.
27. Abdulcadir J, Marras S, Catania L, Abdulcadir O, Petignat P. Defibulation: A Visual Reference and Learning Tool. *J Sex Med.* 1 avr 2018; 15(4):601-11.
28. Abdulcadir J, Rodriguez MI, Say L. Research gaps in the care of women with female genital mutilation: an analysis. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* févr 2015;122(3):294-303.
29. Abdulcadir J. Defibulation: a visual reference and learning tool [Internet]. 2018. https://www.youtube.com/watch?v=fbKPqE6Vj_c [abgerufen am 15.12.2020]
30. Griffin G, Jordal M. *Body, Migration, Re/constructive Surgeries: Making the Gendered Body in a Globalized World.* Routledge; 2018.
31. Berg RC, Denison E. Does Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) Affect Women's Sexual Functioning? A Systematic Review of the Sexual Consequences of FGM/C. *Sex Res Soc Policy.* 1st mars 2012;9(1):41-56.
32. Antonetti-N'Diaye E E, Fall S, Beltran L. Intérêt de la prise en charge pluridisciplinaire des femmes excisées. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2015;44(9):862-9.
33. Catania L, Abdulcadir O, Puppo V, Verde JB, Abdulcadir J, Abdulcadir D. Pleasure and Orgasm in Women with Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C). *J Sex Med.* 1st nov 2007; 4(6):1666-78.
34. Okonofua FE, Larsen U, Oronsaye F, Snow RC, Slangier TE. The association between female genital cutting and correlates of sexual and gynaecological morbidity in Edo State, Nigeria. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2002;109(10):1089-96.

35. Berman L, Berman J, Felder S, Pollets D, Chhabra S, Miles M, et al. Seeking help for sexual function complaints: what gynecologists need to know about the female patient's experience. *Fertil Steril*. March 2003; 79(3):572-6.
36. Abramowicz S, Oden S, Dietrich G, Marpeau L, Resch B. Anatomic, functional and identity results after clitoris transposition. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. Oct 2016; 45(8):963-71.
37. Foldès P, Cuzin B, Andro A. Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study. *The Lancet*. 14th July 2012; 380(9837):134-41.
38. Ouédraogo CMR, Madzou S, Simporé A, Combaud V, Ouattara A, Millogo F, et al. Clitoral reconstruction after female genital mutilation at CHU Yalgado of Ouagadougou, Burkina Faso. About 68 patients operated. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. Nov 2016;45(9):1099-106.
39. Thabet SM, Thabet AS. Defective sexuality and female circumcision: the cause and the possible management. *J Obstet Gynaecol Res*. February 2003;29(1):12-9.
40. Foldes P. Reconstructive plastic surgery of the clitoris after sexual mutilation. *Prog Urol*. 2004 Feb;14(1):47-50.
41. Chevrot A, Lousquy R, Arfi A, Haddad B, Paniel BJ, Touboul C. Operative technique: The clitoral transposition. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. Oct 2015;44(8):787-91.
42. Chang CS, Low DW, Percec I. Female Genital Mutilation Reconstruction: A Preliminary Report. *Aesthet Surg J*. 1st sept 2017;37(8):942-6.
43. O'Dey DM. Complex vulvar reconstruction following female genital mutilation/cutting. *Urol Ausg A*. Oct 2017;56(10):1298-301.
44. Abdulcadir J, Rodriguez MI, Say L. A systematic review of the evidence on clitoral reconstruction after female genital mutilation/cutting. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. May 2015; 129(2):93-7.
45. Abdulcadir J, Bianchi Demicheli F, Willame A, Recordon N, Petignat P. Post-traumatic Stress Disorder Relapse and Clitoral Reconstruction After Female Genital Mutilation. *Obstet Gynecol*. 2017;129(2):371-6.
46. Antonetti Ndiaye E, Fall S, Beltran L. Benefits of multidisciplinary care for excised women. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. Nov 2015;44(9):862-9.
47. Abdulcadir J, Bianchi-Demicheli F, Petignat P. Sexual function and clitoral reconstruction after female genital mutilation. *Rev Med Suisse*. 15 March 2017;13(554):597-601.
48. Berg RC, Taraldsen S, Said MA, Sørbye IK, Vangen S. The effectiveness of surgical interventions for women with FGM/C: a systematic review. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2018;125(3):278-87.
49. Berg RC, Taraldsen S, Said MA, Sørbye IK, Vangen S. Reasons for and Experiences With Surgical Interventions for Female Genital Mutilation/ Cutting (FGM/C): A Systematic Review. *J Sex Med*. 2017;14(8):977-90.
50. Thonnon C. Évaluation de la qualité de vie sexuelle après réparation d'excision. Lyon: Université de Lyon Est; 2014.
51. Vital M, Visme S de, Hanf M, Philippe H-J, Winer N, Wylomanski S. Using the Female Sexual Function Index (FSFI) to evaluate sexual function in women with genital mutilation undergoing surgical reconstruction: a pilot prospective study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1st July 2016; 202:71-4.
52. Ouédraogo CMR, Madzou S, Touré B, Ouédraogo A, Ouédraogo S, Lankoandé J. Pratique de la chirurgie plastique reconstructrice du clitoris après mutilations génitales au Burkina Faso. À propos de 94 cas. *Ann Chir Plast Esthét*. 1 juin 2013;58(3):208-15.
53. Abdulcadir J, Botsikas D, Bolmont M, Bilancioni A, Djema DA, Demicheli FB, et al. Sexual Anatomy and Function in Women With and Without Genital Mutilation: A Cross-Sectional Study. *J Sex Med*. 1st Feb 2016;13(2):226-37.
54. Abdulcadir J, Rodriguez MI, Petignat P, Say L. Clitoral Reconstruction after Female Genital Mutilation/Cutting: Case Studies. *J Sex Med*. 1st Jan 2015; 12(1):274-81.
55. Johnson-Agbakwu C, Warren N. Interventions to Address Sexual Function in Women Affected by Female Genital Cutting: a Scoping Review. *Curr Sex Health Rep*. 1st March 2017;9(1):20-31.

56. Abdulcadir J, Tille J-C, Petignat P. Management of painful clitoral neuroma after female genital mutilation/cutting. *Reprod Health* [Internet]. 8th feb 2017;14. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5299774/> [abgerufen am 30.10.2020]
57. Merckelbagh H-M, Nicolas M-N, Piketty M-P, Benifla J-L-B. Assessment of a multidisciplinary care for 169 excised women with an initial reconstructive surgery project. *Gynecol Obstet Fertil*. oct 2015; 43(10):633-9.
58. Abdulcadir J, Dewaele R, Firmenich N, Remuinan J, Petignat P, Botsikas D, et al. In Vivo Imaging-Based 3-Dimensional Pelvic Prototype Models to Improve Education Regarding Sexual Anatomy and Physiology. *J Sex Med*. 1st sept 2020;17(9):1590-602.
59. Intact, Stratégies concertées MGF Belgique, Passeport «Stop MGF» [Internet]; 2020. https://www.intact-association.org/images/outils/Passeports/Intact-PasseportFR_2018.pdf [abgerufen am 15.12.2020]
60. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria / Fundación WASSU UAB, Compromiso preventivo [Internet]. https://www.familiaysalud.es/sites/default/files/compromiso_de_preencion_de_la_mutilacion_genital_femenina.pdf und https://www.uab.cat/doc/guia_esp_compromiso-preventivo [abgerufen am 26.10.2022]
61. Ambühl D, Bächler A, Baumann T, Jenni O, Ha-Vinh RL, Lips U, et al. Information pour l'utilisation des Checklists SSP en Janvier 2017. 2011;11.
62. Creighton SM, Hodes D. Female genital mutilation: what every paediatrician should know. *Arch Dis Child*. 1st march 2016;101(3):267-71.
63. Kinderschutz Schweiz, Brunner S. Früherkennung von Gewalt an kleinen Kindern, Leitfaden für Fachpersonen, die im Frühbereich begleitend, beratend und therapeutisch tätig sind [Internet]; 2013. <https://www.kinderschutz.ch/de/fachpublikation-detail/frueherkennung-von-gewalt-an-kleinen-kindern.html> [abgerufen am 29. März 2023]
64. Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz. Weibliche Genitalbeschneidung und Kinderschutz. Ein Leitfaden für Fachpersonen [Internet]; 2020. https://www.maedchenbeschneidung.ch/public/user_upload/2020_Leitfaden_FGM_Kinderschutz_DE.pdf [abgerufen am 27.10.2022]
65. European Institute for Gender Equality. Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union: Report [Internet]. European Institute for Gender Equality; 2019. <https://eige.europa.eu/publications/estimation-girls-risk-female-genital-mutilation-european-union-report> [abgerufen am 01.04.2019]
66. Vrouwelijke Genitale Verminking in Nederland - Omvang, risico en determinanten [Internet]. European Institute for Gender Equality. <https://eige.europa.eu/gender-based-violence/resources/netherlands/vrouwelijke-genitale-verminking-nederland-omvang-risico-en-determinanten> [abgerufen am 15.12.2020].
67. Vogt S, Efferson C, Fehr E. The risk of female genital cutting in Europe: Comparing immigrant attitudes toward uncut girls with attitudes in a practicing country. *SSM - Popul Health*. 1st decembre 2017;3:283-93.
68. Stratégies concertées MGF Belgique, Un triptyque reprenant les critères d'évaluation du risque, l'échelle de risque et l'arbre décisionnel [Internet]; 2014. http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/MGF-tryptique_final_RTP.pdf [abgerufen am 27.10.2022]
69. Stadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration, Kinder- und Jugendhilfe, Handlungsempfehlung der Hamburger Jugendämter, Intervention bei weiblicher Genitalverstümmelung [Internet]; 2013. <https://www.hamburg.de/contentblob/3829996/f17cdcfef44701faac77fd07fca297ed/data/intervetion-bei-weiblicher-genitalverstuemmung.pdf> [abgerufen am 27.10.2022]
70. UEFGM United to END FGM, Wissensplattform für Fachpersonen, e-learning, insb. Modul 10 FGM und Kinderschutz [Internet]; 2017. <http://www.uefgm.org/> (nicht mehr online verfügbar)
71. KOKES Konferenz für Kindes- und Erwachsenenschutz. Kantonale Meldevorschriften, Anhang 2 des Merkblattes «Melderechte und Meldepflichten an die KESB» [Internet]; 2019. https://www.kokes.ch/application/files/5915/5842/5993/Anhang_2_kantonale_Meldevorschriften_Version_Maerz_2019_definitiv.pdf [abgerufen am 27.10.2022]

72. Zinka B, Bormann C, Graw M, Ackermann I. Morphologische Befunde nach Verstümmelung des weiblichen Genitales. Rechtsmedizin. 1. August 2018;28(4):264-71.

73. BFS Bundesamt für Statistik. Instrumente zur medizinischen Kodierung [Internet]. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/nomenklaturen/medkk/instrumente-medizinische-kodierung.html> [abgerufen am 27.10.2022]

74. Cottler-Casanova S, Horowicz M, Gieszl S, Johnson-Agbakwu C, Abdulcadir J. Coding female genital mutilation/cutting and its complications using the International Classification of Diseases: a commentary. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2020;127(6):660-4. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.16086> [abgerufen am 28.12.2022]