



Weibliche Genitalverstümmelung

(Female Genital Mutilation /Cutting; Abk. FGM/C)

- Prävention und medizin. Versorgung

Project CHANGE / Plan International, Hamburg

Basis-Informationen

Samstag, 15. Februar 2014, ab 10:00 Uhr

Dr. med. Christoph Zerm

Frauenarzt und Geburtshelfer, Herdecke

Früherer langjähriger Chefarzt der Frauenklinik des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke



AG FIDE e.V. (Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit/
Tropengynäkologie)

Sektion der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)



In Deutschland

leben nach Berechnungen von Terre des Femmes inzwischen
mindestens 60 000 Migrantinnen

aus Ländern,

in denen FGM (noch) praktiziert wird (“**Prävalenzländer**”).

Aufgrund der prozentualen Verbreitung (Prävalenz) in diesen
Ländern läßt sich errechnen, dass davon

ca. 25-30 000 Mädchen und Frauen
von FGM betroffen und mutmaßlich

einige Tausend Mädchen
gefährdet sind.



Information, Bildung:

*Wissen und Bewußtsein fördern ist aktive
Prävention*

- in europäischen Ländern genauso wie
in den Prävalenzländern –

In Deutschland gilt es vorzubeugen

(vor allem in den Bereichen

Gesundheit, Verwaltung, Ordnung, Fürsorge, Erziehung etc.):

- Entwürdigende Behandlung
- Kulturrelativismus,
- Teilnahmslosigkeit - bis hin zu *Abschiebungen*



Female Genital Mutilation „Knackpunkte“ in Deutschland:

Wo gibt es Unsicherheiten rechtlicher und praktischer Natur?

- Meldepflicht vs. Schweigepflicht z.B. bei Ärzten (cf. BKSchG 1.1.12)
- Eigener Strafrechtsparagraph 226a zu FGM seit 24.09.13 in Kraft!
*Cave!
- Besteht Pflicht zur Durchführung oder Ablehnung von Re-Infibulation?
- Prävention der kindlichen Mißhandlung: Integration des Genitale in die Kontrollen der U1 – U10
*Cave!

**Keine Stigmatisierung
von Menschen dunkler Hautfarbe/afrikan. Herkunft!*



Female Genital Mutilation

Vorkommen und Verbreitung

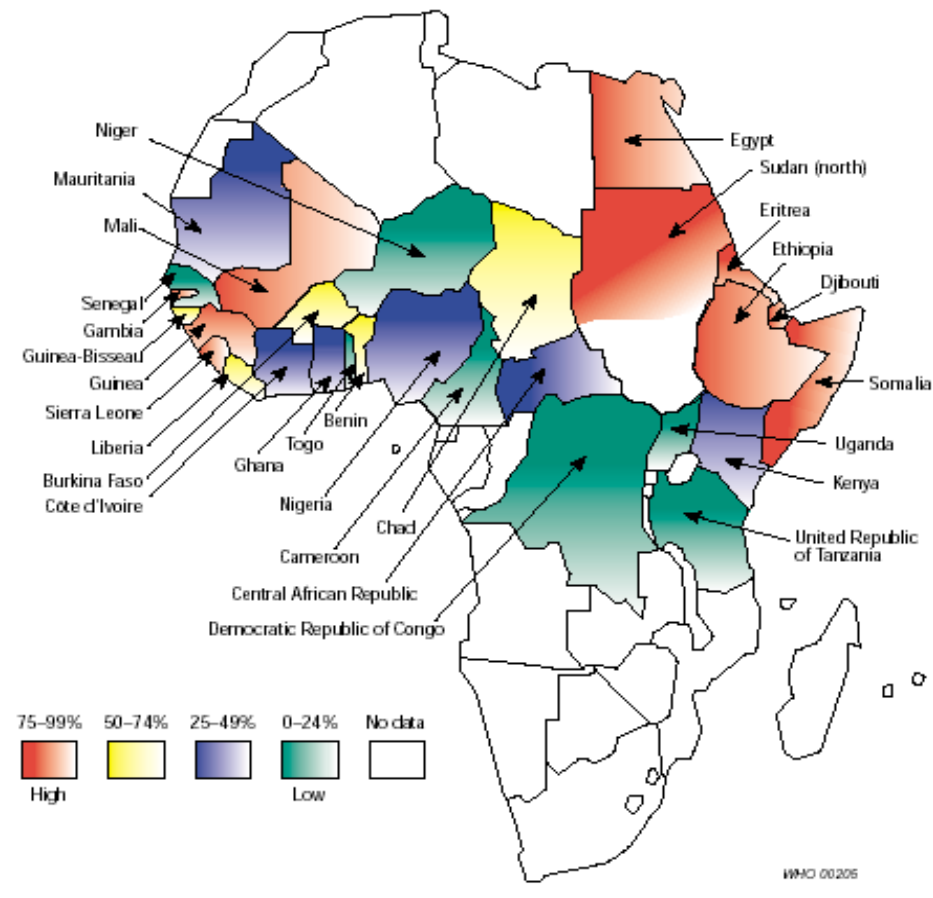
130 - 150 Millionen Mädchen und Frauen weltweit

sind nach Schätzung internationaler Organisationen von FGM betroffen.

Es wird davon ausgegangen, dass jedes Jahr 2-3 Millionen Mädchen hinzukommen.

Die meisten von ihnen leben in 28 afrikanischen Ländern, einige im Mittleren Osten und asiatischen Ländern, *durch Migration zunehmend auch in Europa, Canada, Australien, Neuseeland und in den USA.*

Fig. 1 Prevalence of female genital mutilation in Africa





Female Genital Mutilation

Definition

Zitat aus: An overview

World Health Organization, Geneva 1998

„FGM umfaßt alle Verfahren, die die teilweise oder vollständige Entfernung der weiblichen äußeren Genitalien oder deren Verletzung zum Ziel haben, sei es aus kulturellen oder anderen nichttherapeutischen Gründen.“

(“Female genital mutilation comprises all procedures involving partial or total removal of the external female genitalia or other injury to the female genital organs whether for cultural or other non-therapeutic reasons.”)



Die WHO unterscheidet 4 Typen von FGM:

(neueste Fassung 2008 des UN-Interagency Statement „Eliminating FGM“)

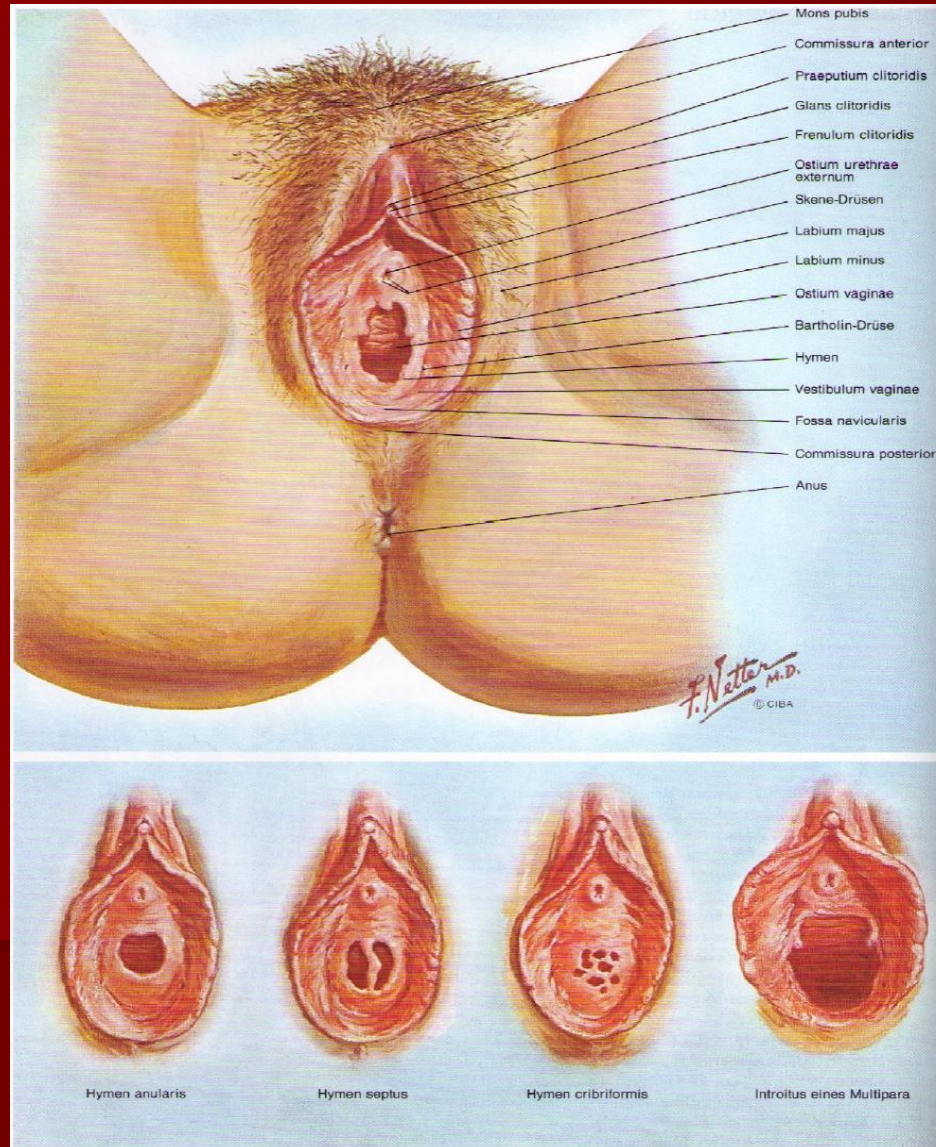
- Typ I: Partielle oder vollständige Entfernung der Klitoris und/oder der Klitorisvorhaut (Clitoridektomie)
- Typ II: Partielle oder vollständige Entfernung der Klitoris und der kleinen Schamlippen, mit oder ohne Entfernung der großen Schamlippen (Exzision)
- Typ III: Verengung der Vaginalöffnung mit Herstellung eines bedeckenden, narbigen Hautverschlusses nach Entfernen der kleinen und/oder großen Schamlippen durch Zusammenheften oder -nähen der Wundränder, meistens mit Entfernung der Klitoris (Infibulation* oder „Pharaonische Beschneidung“)

***Infibulation** (von lat. fibula = Spange) umfaßt die Entfernung der gesamten großen und kleinen Labien und der Klitoris. Die äußeren Wundränder werden anschließend mit Dornen oder anderem lokalen Material zusammengefügt, sodaß nach Abheilung eine glatte, vernarbte Hautplatte die Vagina bis auf eine winzige Öffnung (meist hinten) verschließt.



Female Genital Mutilation

Normales äußeres weibliches Genitale





Female Genital Mutilation

Typ 1 (Quelle: WHO)

Normal female external genitalia and female external genitalia with excision of prepuce and clitoris (Type I)

Normal genitalia



Excision of the prepuce and clitoris





Female Genital Mutilation

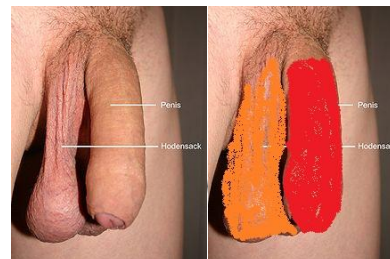
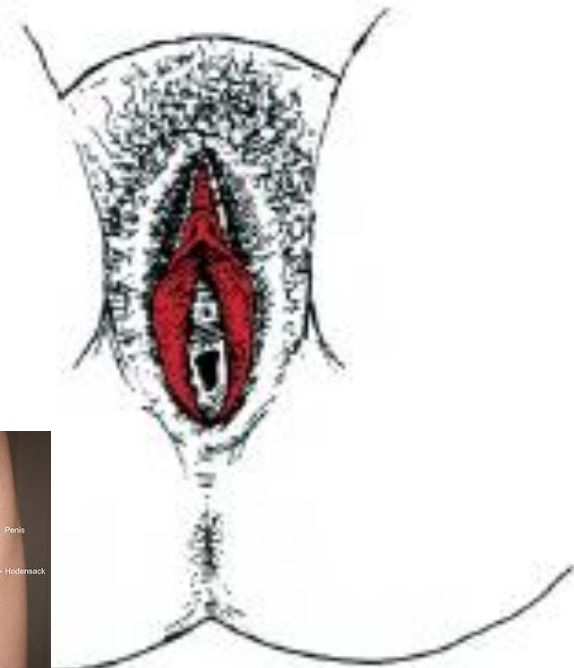
Typ 2 (Quelle: WHO)

Normal female external genitalia and genitalia with excision of the prepuce, clitoris and labia minora (Type II)

Normal genitalia



Excision of prepuce, clitoris and labia minora





Die WHO unterscheidet **4 Typen von FGM:**

Die Typen I und II sind am weitesten verbreitet.
Weltweit sind etwa 80% der genital verstümmelten
Frauen in diesem Sinne beschnitten.

Zum Typ III gehören ca. 15% aller von FGM
betroffenen Frauen.

*Es gibt jedoch Länder bzw. Landesteile, in denen
praktisch alle Mädchen dieser extremsten Form von
FGM unterzogen worden sind.*



Female Genital Mutilation

Typ 3 / Infibulation (Quelle: WHO)

Normal female external genitalia and infibulated genitalia (Type III)

Normal genitalia



Infibulated genitalia

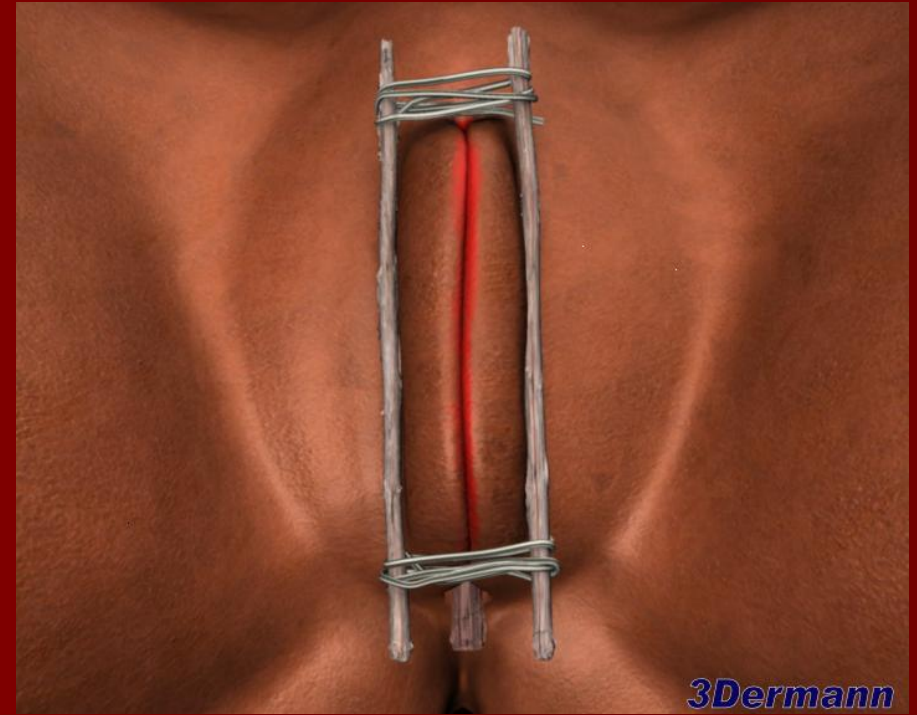


3Dermann



Female Genital Mutilation

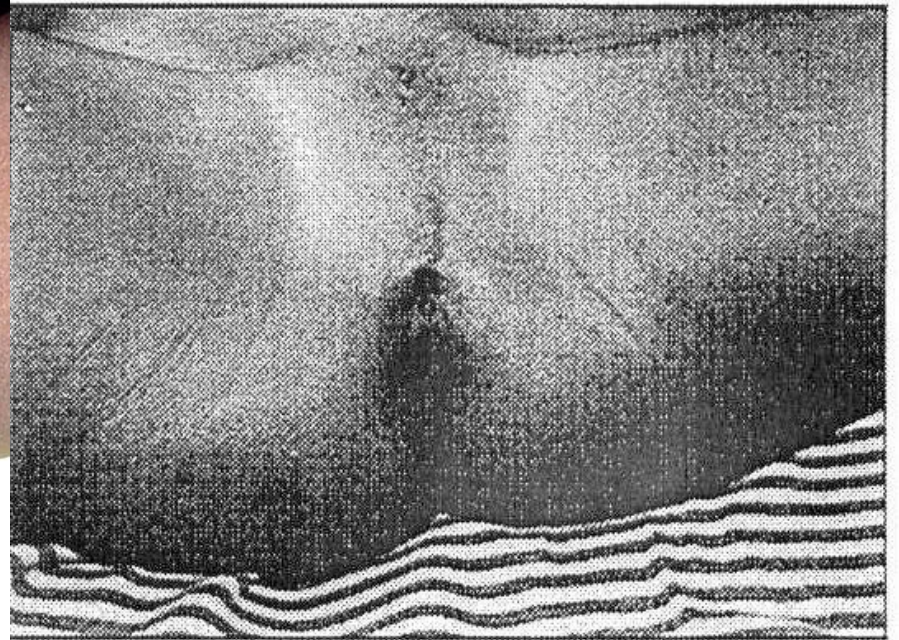
Typ 3 / Infibulation - Ergebnisse



Bei Typ III werden den Mädchen anschließend für ca. 6 Wochen die gesamten Beine fest umwickelt.



Female Genital Mutilation Typ 3 / Infibulation - Ergebnisse

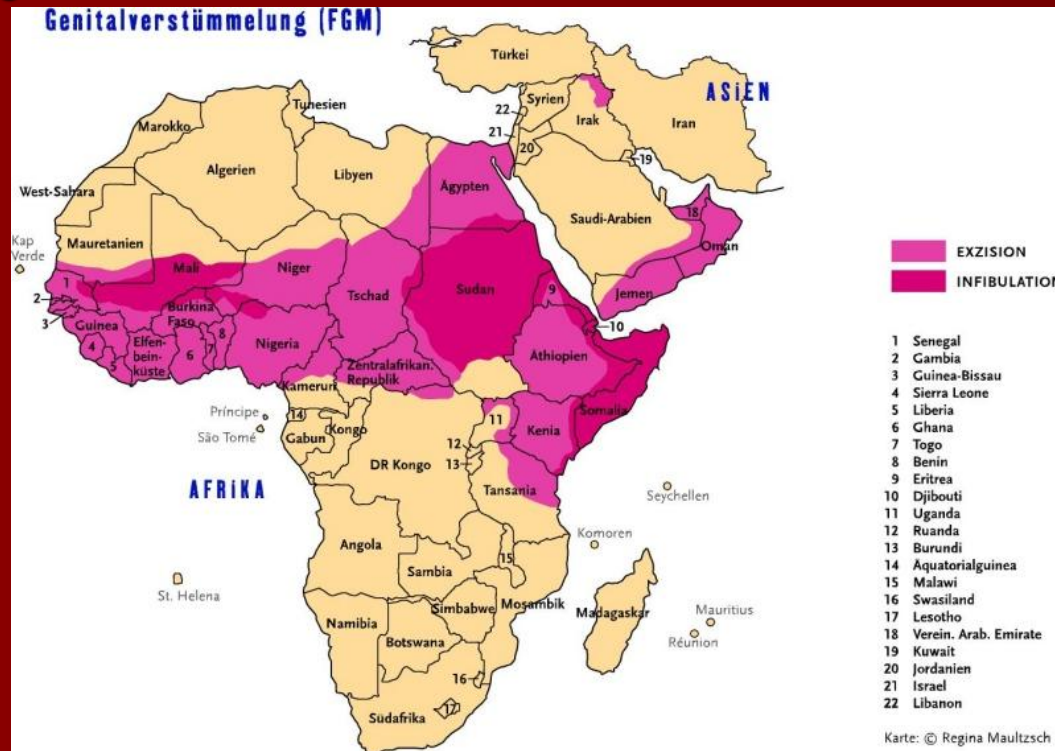


Seven-year-old Sudanese girl with infibulation.



Die WHO unterscheidet 4 Typen von FGM:

Zum Typ III gehören ca. 15% aller von FGM betroffenen Frauen.



Es gibt jedoch Länder bzw. Landesteile, in denen praktisch alle Mädchen dieser extremsten Form von FGM unterzogen worden sind.



Die WHO unterscheidet 4 Typen von FGM:

Auch in Südost-Asien ist FGM verbreitet, zumeist Typ I oder IV



*Terre des Femmes sammelt Berichte und Studien hierzu. Bisher liegen Hinweise aus **Indonesien, Malaysia, Sri Lanka, Thailand, Indien und Pakistan** vor. (www.frauenrechte.de)*



Die WHO unterscheidet **4 Typen von FGM:**

(neueste Fassung 2008 des UN-Interagency Statement „Eliminating FGM“)

- Typ IV: Alle anderen schädigenden Eingriffe, die die weiblichen Genitalien verletzen und keinem medizinischen Zweck dienen, zum Beispiel: Einstechen, Durchbohren, Einschneiden, Ausschaben, Ausbrennen oder Verätzen, Dehnen

Diese Klassifizierung ist nur eine grobe Annäherung an die vielen lokalen Variationen. Besonders in ländlichen Gebieten wird die Prozedur entsprechend der jeweils überkommenen Tradition der Vorfahren ausgeführt.



Female Genital Mutilation (FGM)

Terminologie

Es gab und gibt Bestrebungen, die offizielle Terminologie "FGM" der WHO (und anderer internat. Organisationen) **abzumildern** und sie zu ersetzen durch Begriffe wie:

"Beschneidung" ("Female Circumcision", "Female Genital Excision", "Female Genital Cutting") und andere, in der Absicht, sich damit weniger verletzend gegenüber den Betroffenen auszudrücken.

Auf ihrer 6. Generalversammlung im April 2005 in Bamako/Mali, verabschiedete das **IAC (Inter African Committee)**

als Bekräftigung früherer Erklärungen erneut eine
„DECLARATION on the Terminology of FGM“:

“...Afrikanische Frauen und Männer sollten sich mit der Wahrheit über FGM auseinandersetzen... ...der Ausdruck FGM ist nicht herabwürdigend (judgmental). Er ist schlicht eine medizinische Bezeichnung, die zum Ausdruck bringt, was den Geschlechtsorganen von Mädchen und Frauen angetan wird. Es ist eine kulturelle Realität. Verstümmelung ist das Entfernen von gesundem Gewebe.

...Wir fordern, dass die Stimmen der afrikanischen Frauen gehört und ihr Aufruf zum Kampf gegen FGM sehr ernst genommen wird.”

In lokalen Sprachen finden sich selbstverständlich eine Fülle von häufig neutralen, deskriptiven Variationen dieser Terminologie!



Female Genital Mutilation

Alter der Opfer

Das Alter, in dem die Prozedur vorgenommen wird, **variiert je nach Ethnie** und Überlieferung, ist unterschiedlich von Land zu Land, von Provinz zu Provinz, ja manchmal von Dorf zu Dorf.

Es kann in den **ersten Lebenstagen** oder -wochen vorkommen, im **Kleinkindalter** oder vereinzelt auch in der **späten Pubertät** als Teil der Hochzeitsvorbereitungen.

Sehr häufig ist das Alter 4 – 8 Jahre.



Female Genital Mutilation

Wie wird es ausgeführt?

Mit allem, was gerade zur Hand ist:
Küchenmesser, Glasscherben,
Rasierklingen oder -messer, alte
geschärfte Eisenblechstücke, zuweilen
auch die Fingernägel.

Häufig kommt es zu unbeabsichtigten
Zusatzverletzungen durch stumpfes
Werkzeug, schlechte Beleuchtung
und/oder Sehvermögen, plötzliche
Abwehrbewegungen des Opfers und
unsaubere Bedingungen.

*Anatomische Kenntnisse können natürlich
nicht erwartet werden.*

Zur Schmerzlinderung werden Kräuterezubereitungen
verwendet, häufig auch gar nichts, *Narkosen gibt es
nicht.*





Female Genital Mutilation

„The child weeps“

by Wande George 1998



THE CHILD WEEPS

(Das Kind weint)

Öl auf Leinwand



Female Genital Mutilation

Wer führt es aus?

Im Allgemeinen wird die Prozedur von einer **älteren Frau im Dorf** vorgenommen, die diese Aufgabe speziell übertragen bekommen hat, nicht selten schon in Generationenfolge von ihrer Mutter; *hier re. eine somalische Beschneiderin (2013)* → häufig handelt es sich auch um „traditional birth attendants“ (TBA`s = traditionelle Geburtshelferinnen).

In einigen Regionen gibt es keine speziellen „Beschneiderinnen“!

Das Mädchen wird von einigen Frauen (darunter oft auch die eigene Mutter) festgehalten.





Female Genital Mutilation

Ursprung

Es ist ungewiß, wo und wann FGM erstmals durchgeführt wurde. Beobachtungen an ägyptischen Mumien legen die Vermutung nahe, dass eine Art von weiblicher Genitalverstümmelung dort bereits

vor gut 5000 Jahren
praktiziert worden ist.

Möglich, dass sich diese Praxis von dort in alle Richtungen ausgebreitet hat.

Im Rom der Antike wurden Metallringe durch die kleinen Schamlippen der Sklavinnen gezogen, um sie an Geschlechtsverkehr und Empfängnis zu hindern.

Und in mitteleuropäischen Ländern des 19. Jahrhunderts war die chirurgische Amputation der Klitoris eine allgemein anerkannte Methode, um Epilepsie, Sterilität, "Nymphomanie" und Masturbation zu behandeln!



Female Genital Mutilation

FGM - Verbreitung und Islam

- ❖ FGM ist einige Tausend Jahre älter als der Islam
- ❖ Der Prophet praktizierte es nicht (seine Töchter blieben unbeschnitten), er verbreitete seine neue Religion jedoch innerhalb einer FGM-Anwender-Gesellschaft
- ❖ Für patriarchalische Gesellschaften, in deren Konzepten die Frau eine minderrangige Rolle spielt, stellt die brutale frauenunterdrückende FGM-Praxis eine willkommene Ergänzung dar, so geschehen für große Teile muslimischer Länder, aber auch u.a. für christliche Völker am Horn von Afrika
- ❖ *Länder, in denen FGM am brutalsten praktiziert wird, sind überwiegend muslimischen Glaubens –*
es gibt jedoch muslimische Länder ohne Prävalenz wie z.B. Saudi-Arabien, das immerhin Hüterin der heiligen Stätten ist



Female Genital Mutilation

Gründe / Rechtfertigungen

Die Gründe, die zur Rechtfertigung von FGM angegeben werden, sind sehr zahlreich und spiegeln die weltanschauliche und historische Situation der Gesellschaften wider, in denen sich diese Praxis entwickelt hat.

Vor allem vier wesentliche Bereiche werden als besonders wichtig und grundlegend angesehen:

- Die Tradition
- Die Religion
- Die Initiation
- Das Bestreben, die unterstellte
“überschießende weibliche Sexualität”
zu dämpfen



Female Genital Mutilation

Andere Gründe / Rechtfertigungen

Als weitere Gründe werden häufig angeführt:

- Ungleiche Machtverhältnisse und die **verinnerlichte Pflichtauffassung der Frauen**, den Anforderungen der Gesellschaft Folge zu leisten;
- **Familienehre**;
- es verleiht das Gefühl, zur Gemeinschaft **dazu zu gehören**;
- sichert die **Anerkennung im sozialen Zusammenhang** (z.B. des Dorfes)
 - Reinigung (im doppelten Sinn); Hygiene (Sauberkeit);
 - Ästhetische Gründe;

(Den meisten Frauen ist vollkommen unbekannt, dass FGM in weiten Teilen der Welt nicht praktiziert wird)



Female Genital Mutilation

Medizinische, psychologische und soziale **Folgen I**

Je nach Ausmaß der FGM kommt es zu unterschiedlich ausgeprägten Komplikationen:

1. (akute) Frühkomplikationen:

- Blutung Starker Blutverlust bis zur Verblutung, Anämie, hypovolämischer (Flüssigkeitsvolumen-Mangel-) und traumatischer Schock bis zu Todesfällen
- Infektion Lokalinfection, Allgemeininfektion, Vereiterungen, Sepsis, Septischer Schock ==> Tod
HIV-, Hepatitis- etc. – Infektion, Tetanus, Gangrän (infektiöser Gewebeuntergang)
- Verletzung von Nachbarorganen wie Darmausgang, Harnröhre, Harnblase, größere Arterien, die Vaginalwand mit der Gefahr von Fistelbildung, Frakturen (Knochenbrüche) (z.B. Femur, Clavicula, Humerus ...)
Schmerzbedingter **Kollaps** / Tod



Female Genital Mutilation

Medizinische, psychologische und soziale **Folgen II**

2. (Langzeit-) Folgekomplikationen:

- *chronische pelvine Entzündungen,*
- *Dysmenorrhoe,* Menstrualstauungen, Haematokolpos,
- *Dyspareunien* (schmerzhafte Cohabitation, die häufigste Folge) und sexuelle Dysfunktion,
- Primäre und sekundäre *Infertilität* * bzw. **Sterilität**,
- *Geburtshilfliche Schwierigkeiten* jeglicher Art, hohe MMR,
- *Vaginalfisteln* und Inkontinenz,
- Rezidivierende *Harnwegsinfekte*, Pyelonephritiden, erschwerte und *behinderte Miktion*, Steinbildungen,

- **Zysten** und Abszesse
- **Keloide** (Narbenwucherungen, z.T. groß und schmerzhaft),
- **Neurinome**, die sich aus der Durchtrennung von periclitoridalen Nerven entwickeln können. Hierdurch wird die gesamte Genitalregion dauerhaft und **unerträglich schmerzhaft**

* L Almroth and others. Primary infertility after genital mutilation in girlhood in Sudan. *Lancet* 2005; **366**: 385



Female Genital Mutilation

Medizinische, psychologische und soziale Folgen III a

(Langzeit-) Folgekomplikationen:

- Durch Vaginalfisteln und Inkontinenz bedingte ständige Nässe und Geruchsbildung, hierdurch Stigmatisierung und **soziale Isolation**, “outcast”
- **Verlust des Urvertrauens** (Mutter als Traumaverursacher!)
- **lebenslange seelische Folgesymptomatik**, z. B. Angst, Depressionen, Perspektivlosigkeit, Gefühle von Unvollständigkeit, Frigidität, Ehekonflikte, chron. Gereiztheit oder vielfältige psychosomatische Erscheinungen, Psychosen, Dissoziation, vergleichbar mit dem Trauma einer Vergewaltigung



Female Genital Mutilation

Medizinische, psychologische und soziale **Folgen III b**

(Langzeit-) Folgekomplikationen:

- Vielen durch FGM traumatisierten Frauen fehlt die Möglichkeit, ihre Gefühle und Probleme auszudrücken, so müssen sie diese allein mit sich tragen und leiden im Stillen.

Dies wird noch verschärft durch das **rigorose Tabu**, mit dem Sexualität allgemein und FGM im Besonderen belegt ist.

Leider existieren bis heute noch keine umfangreichen Untersuchungen, um wissenschaftlich gesicherte Aussagen machen zu können über das genauere Ausmaß der psychologischen und sozialen Folgeschäden von FGM und dessen Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung



Unfruchtbarkeit durch FGM?

Lars Almroth vom Karolinska Institute in Stockholm und seine Kollegen untersuchten, ob FGM zu Unfruchtbarkeit führen kann.

Design:

März 2003 - Juni 2004, **Khartum/Sudan** (2 Krhs.),
99 unfruchtbare Frauen und 180 Primigravidae

Ergebnisse:

stark positiver Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der FGM und der Unfruchtbarkeit.

„Der Zusammenhang ist nicht nur statistisch hochsignifikant, sondern auch sehr relevant für Präventionskampagnen gegen diese alte Praxis.“

Quelle: L Almroth and others. Primary infertility after genital mutilation in girlhood in Sudan. *Lancet* 2005; **366**: 385



Female Genital Mutilation

Medizinische, psychologische und soziale Folgen IV

FGM and Obstetric Outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries
WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome.

The Lancet 2006; 367:1835-41

Background

Reliable evidence about the effect of female genital mutilation (FGM) on obstetric outcome is scarce. This study examines the effect of different types of FGM on obstetric outcome.

Methods

28 393 women attending for singleton delivery between November, 2001, and March, 2003, at **28 obstetric centres in Burkina Faso, Ghana, Kenya, Nigeria, Senegal, and Sudan** were examined before delivery to ascertain whether or not they had undergone FGM, and were classified according to the WHO system.

Findings

Compared with women without FGM, the adjusted relative risks of certain obstetric complications were, in women with FGM I, II, and III, respectively:

caesarean section 1·03 (95%CI 0·88–1·21), 1·29 (1·09–1·52), 1·31 (1·01–1·70);

postpartum haemorrhage 1·03 (0·87–1·21), 1·21 (1·01–1·43), 1·69 (1·34–2·12);

extended maternal hospital stay 1·15 (0·97–1·35), 1·51 (1·29–1·76), 1·98 (1·54–2·54);

infant resuscitation 1·11 (0·95–1·28), 1·28 (1·10–1·49), 1·66 (1·31–2·10),

stillbirth or early neonatal death 1·15 (0·94–1·41), 1·32 (1·08–1·62), 1·55 (1·12–2·16), and

low birthweight 0·94 (0·82–1·07), 1·03 (0·89–1·18), 0·91 (0·74–1·11).

Parity did not significantly affect these relative risks.

FGM is estimated to lead to an extra 1- 2 perinatal deaths per 100 deliveries.

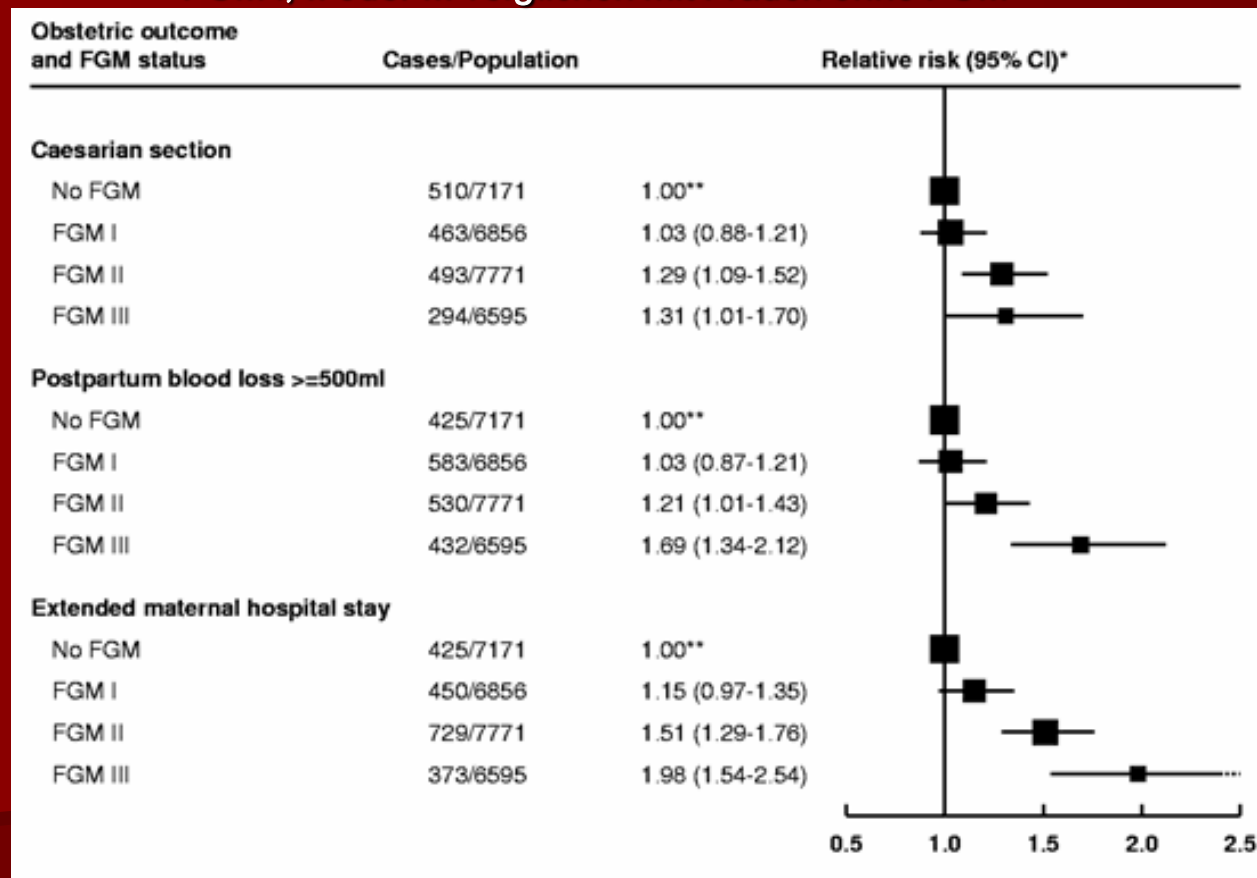
Interpretation

Frauen mit FGM haben eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit als solche ohne FGM, geburtshilfliche Komplikationen zu erleiden. *Je schwerwiegender der Grad an FGM, umso größer scheint das Risiko zu sein.*



Female Genital Mutilation

Tabelle 1: Relatives Risiko für schlechtere geburtshilfl. Ergebnisse bei Frauen mit FGM I, II oder III verglichen mit Frauen ohne FGM



FGM and Obstetric Outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries
WHO [study group](#) on female genital mutilation and obstetric outcome. The Lancet 2006; 367:1835-41



Female Genital Mutilation

KEINE MEDIKALISIERUNG!

In manchen Ländern haben sich einzelne Akteure und örtliche Organisationen dafür eingesetzt, FGM unter klinischen Bedingungen durchzuführen, um die gesundheitlichen Risiken zu reduzieren.

Vor allem einige wohlhabendere Kreise versuchen daher, diese Prozedur in medizinischen Einrichtungen durch medizinisches Personal durchführen zu lassen.

Jedoch und gerade deshalb sind besondere Anstrengungen geboten, diese „Medikalisierung“ jeglicher Form von FGM zu unterbinden.

Die Begründung dafür ist die Verpflichtung aller medizinisch Tätigen, sich an die ethischen Grundlagen aller Gesundheitsversorgung zu halten:

Niemals darf durch Angehörige der Medizinberufe eine körperliche Verstümmelung vorgenommen werden!



Female Genital Mutilation

KEINE MEDIKALISIERUNG!

In manchen Ländern haben sich einzelne Akteure und örtliche Organisationen dafür eingesetzt, FGM unter klinischen Bedingungen durchzuführen, um die gesundheitlichen Risiken zu reduzieren.

<Aktuell sorgen

94% der Mütter in Ägypten
dafür, dass bei ihren Töchtern diese „medikalisierte“ Form
von FGM vorgenommen wird,

76% in Yemen,
65% in Mauritania,
48% in Elfenbeinküste und
46% in Kenya.>

Aus: Progress Nr. 72, WHO 2006



Female Genital Mutilation

Beispiele für **weitere** **schädliche traditionelle Bräuche** (*harmful traditional practices*):

- Uvulectomie
- Ritzen, Kratzen und Einschneiden von Augenbrauen, Rücken und Bauchhaut
- Ein-/Abschnüren der Füße (früher in China)
- Frühehen (underage-marriage)



Female Genital Mutilation

Die Rolle der Frau in der Gesellschaft in patriarchalischen Systemen

■ FGM und gender-Diskriminierung:

Dieser Zusammenhang spiegelt die Frauen-Diskriminierung im öffentlichen wie auch im privaten Leben wieder.

FGM ist eng verknüpft mit geschlechtlicher Benachteiligung in den politischen, kulturellen und ökonomischen Strukturen der Prävalenz-Gesellschaften. Dazu gehört auch:

Gewalt gegen Frauen allgemein, sowie:

- Zwangs- und Früh-Ehen, Brautraub,
- Mitgiftsbezogene Zwänge und Gewalt,
- Ehrenmorde etc.

ABHILFE: → Menschenrechte, Zugang zu Bildung und medizinischer Versorgung, Selbstbestimmung, Einkommen, Erbrechte ...



Female Genital Mutilation

Fazit:

Weibliche Genitalverstümmelung ist
nicht nur ein medizinisches Problem

(und damit eine *wesentliche Einflussgröße auf
die weltweite Frauengesundheit*) –

es ist zugleich ein
Menschenrechtsproblem!



Female Genital Mutilation

Situation von Migrantinnen in Europa I

unterschiedliche Konstellationen sind möglich:

- Die gut informierte und integrierte Migrantin, die sich entweder mit ihrem Schicksal arrangiert hat;
 - oder die um eine mögliche Korrektur bittet;
 - oder die Unterstützung vor einer drohenden Beschneidung benötigt.
-
- Die ebenso gut integrierte Migrantin, die sich jedoch nicht über das ob oder das Ausmaß einer eventuell bestehenden FGM bei sich selbst im Klaren ist.

Um eine „zufällige“ Entdeckung zu vermeiden, ist hier eine einfühlsame, vielleicht stufenweise Beratung durch Fachpersonal erforderlich.



Female Genital Mutilation

Situation von Migrantinnen in Europa II

(unterschiedliche Konstellationen sind möglich)

- Migrantinnen mit einfachem Bildungsstand, die entweder über ihre „Besonderheit“ wissen, sich damit aber abgefunden haben,
 - oder die zwar beschnitten, sich aber nicht darüber im Klaren sind, dass sie sich dadurch von anderen Frauen in Europa unterscheiden.
- Die Mütter, die entweder aus eigener Überzeugung oder unter dem sozialen Druck ihrer im Heimatland verbliebenen Familie ihre Töchter beschneiden lassen wollen;
- ferner diejenigen Mütter, die einen Weg suchen, genau dies umgehen zu können.

... sowie viele weitere mögliche Varianten.



Female Genital Mutilation

Situation von Migrantinnen in Europa III

Wer sollte besonders gut informiert sein,
um angemessen reagieren/handeln zu können:

- Gesundheitswesen: Hebammen, ÄrztInnen, Pflegende, PsychologInnen, Gesundheitsämter, Kostenträger etc.
- Bildung/Erziehung: KindergärtnerInnen, LehrerInnen, KursleiterInnen etc.
- Behörden/Verwaltung: Asyl-/Ausländerämter, Fürsorge/ SozialarbeiterInnen, Jugendämter, Stadtverwaltungen, Ministerien...
- Ordnung und Recht: Anwälte, Justiz, Polizei ...



Female Genital Mutilation

Situation von Migrantinnen in Europa IV

Es geht vor allem um **2 AKTIONSFELDER**:

- 1) Betroffenenbetreuung
- 2) Prävention (Schwangerenbetreuung ist *ein* geeigneter Einstieg!)

zu Prävention: **Überwindungsstrategien**

(angelehnt an die Erfahrungen in den Prävalenzländern)

Wie erreiche ich die Betroffenen?

Respektvoller Umgang („Dialog auf Augenhöhe“)

→ Vertrauensbildung

Keine isolierte FGM – Thematisierung!

Mit den Communities in Kontakt kommen / gemeinsame Veranstaltungen

(Intra- und transethnische Kommunikation!)

Lokale und regionale Runde Tische etc.

Sensibilisierung der Nichtbetroffenen

→ *Respekt dem „Gegenüber“, aber nicht Duldung von FGM*



Female Genital Mutilation

Zu Betroffenenbetreuung: **Fürsorge und Behandlung**

für Frauen, die von FGM betroffen sind

und unter Komplikationen leiden

-- immer noch weitgehend ein Zukunftsziel! --

❖ Medizinisch

(Referenzzentren, spezifische Behandlungen etc.),
Behandlung, Beratung und Rehabilitation

❖ Psychologisch

(Schulungsprogramme für gemeindezentrierte
Gesundheitshilfskräfte einschl. finanziellem Budget),

❖ Bewußtseinsbildung und **Sensibilisierung** des sozialen
Umfeldes, gesellschaftliche Rahmenprobleme

❖ “Selbsthilfegruppen” in “afrikanischer Variante”?!

❖ **empowerment of women!**



Female Genital Mutilation





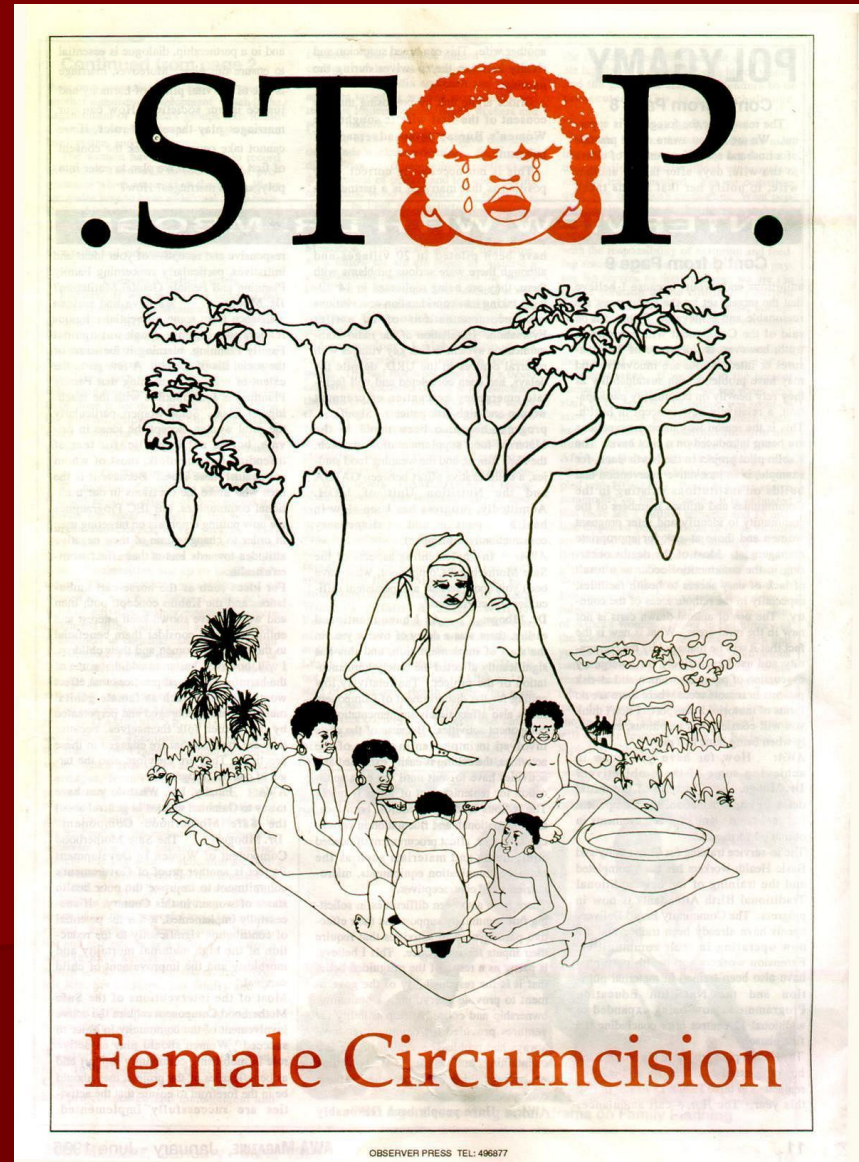
Female Genital Mutilation Typ 1-2 / Tumor und OP-Ergebnis





Female Genital Mutilation

**Danke
für Ihr Interesse!**





Dr. med. Christoph Zerm - Frauenarzt, Herdecke



**AG Frauengesundheit
in der Entwicklungszusammenarbeit
/Tropengynäkologie – AG FIDE e.V.
Sektion der DGGG (Deutsche Gesellschaft
für Gynäkologie und Geburtshilfe)**

Mitglied im Netzwerk



Verfasser: Dr. med. Christoph Zerm,
Stellv. Vorsitzender AG FIDE e.V.,
Wilhelm-Huck-Str. 10, 58313 Herdecke

Im Internet zu finden unter: www.dr-zerm.de → button: „Beratung“ ; und www.ag-fide.de ;
und www.fgm-nrw.info/startseite/informationen/

**WEIBLICHE GENITALE BESCHNEIDUNG –
ZU UMGANG MIT BETROFFENEN UND PRÄVENTION:
DEUTSCHE EMPFEHLUNGEN FÜR ANGEHÖRIGE DES
GESUNDHEITSWESENS UND ALLE WEITEREN
POTENTIELL INVOLVIERTEN BERUFSGRUPPEN**