

**Doris Nyfeler
und
Dominique Béguin Stöckli**

**Genitale Verstümmelung
Afrikanische Migrantinnen in der
schweizerischen Gesundheitsversorgung**

1994

Universität Bern

Institut für Ethnologie

**Doris Nyfeler
und
Dominique Béguin Stöckli**

**Genitale Verstümmelung
Afrikanische Migrantinnen in der
schweizerischen Gesundheitsversorgung**

1994

Arbeitsblätter des Instituts für Ethnologie der Universität Bern

Herausgegeben von:

Stefanie Burri

Wolfgang Marschall

Heinzpeter Znoj

Institut für Ethnologie

Länggassstr. 49A, CH-3000 Bern 9

Fax +41 31 631 42 12

ISBN 3-906465-08-X

Copyright: Doris Nyfeler und Dominique Béguin Stöckli
und Institut für Ethnologie der Universität Bern

URL: http://www.ethno.unibe.ch/arbeitsblaetter/AB08_Beg.pdf

This is the electronic edition of Dominique Béguin Stöckli "Genitale Verstümmelung von Frauen: Eine Bibliographie", Arbeitsblätter Nr. 8, Institut für Ethnologie, Universität Bern, Bern 1993

ISBN 3-906465-06-3

Electronically published August 23, 2001

© Dominique Béguin Stöckli und Institut für Ethnologie der Universität Bern. All rights reserved.

This text may be copied freely and distributed either electronically or in printed form under the following conditions. You may not copy or distribute it in any other fashion without express written permission from me or the Institut für Ethnologie. Otherwise I encourage you to share this work widely and to link freely to it.

Conditions

You keep this copyright notice and list of conditions with any copy you make of the text.

You keep the preface and all chapters intact.

You do not charge money for the text or for access to reading or copying it.

That is, you may not include it in any collection, compendium, database, ftp site, CD ROM, etc. which requires payment or any world wide web site which requires payment or registration. You may not charge money for shipping the text or distributing it. If you give it away, these conditions must be intact.

For permission to copy or distribute in any other fashion, contact: information@ethno.unibe.ch

INHALTSVERZEICHNIS

Tabellen- und Figurenverzeichnis

Abkürzungen

1.	Einleitung	1
2.	Voraussetzungen in der Schweiz	3
2.1	Schätzung der Anzahl beschnittener Frauen in der Schweiz	3
2.2	Gesetzliche Regelung in der Schweiz	4
3.	Fragestellung und Methode	7
3.1	Fragestellung	7
3.2	Methode	7
3.2.1	Fragebogen	7
3.2.2	Interviews	8
3.3	Ressourcenpersonen	10
4.	Auswertung	11
4.1	Fragebogen	11
4.1.1	Rücklauf	11
4.1.2	Resultate	11
4.2	Interviews	15
4.2.1	Medizinischer Bereich	15
4.2.2	Familie / Umfeld	16
4.2.3	Einstellung zur Frauenbeschneidung	17
4.2.4	Kommunikation	17
4.2.5	Selbstwahrnehmung	18
5.	Diskussion	21
5.1	Defibulation	21
5.2	Reinfibulation	22
5.3	Schmerz und Beschwerden	23
5.4	Kommunikation	24
5.5	Folgerungen	25
6.	Die Situation in andern europäischen Staaten	27
6.1	Frankreich	27
6.1.1	Anzahl beschnittener Frauen und gefährdeter Mädchen	27
6.1.2	Gesetzliche Regelung und ärztliche Standesregeln	27
6.1.3	Informations- und Präventionskonzepte	29
6.2	Grossbritannien	31
6.2.1	Anzahl beschnittener Frauen und gefährdeter Mädchen	31
6.2.2	Gesetzliche Regelung	32
6.2.3	Informations- und Präventionskonzepte	33
6.3	Die Niederlande	35
6.3.1	Anzahl beschnittener Frauen und gefährdeter Mädchen	35
6.3.2	Gesetzliche Regelung	35
6.3.3	Informations- und Präventionskonzepte	36
7.	Kulturrelativismus versus Menschenrechte	39
8.	Schlussbemerkungen	41

Anhangverzeichnis

Anhang

Bibliographie

TABELLEN- UND FIGURENVERZEICHNIS

Tabellen

Tab. 1: Beschnittene Frauen und Mädchen mit Jahresaufenthalts- oder Niederlassungsbewilligung	2
Tab. 2: Beschnittene Asylbewerberinnen	2
Tab. 3: Herkunftsländer der Patientinnen nach Behandlungsjahr	10
Tab. 4: Zuweisung	11
Tab. 5: Zuweisung nach Herkunftsland	12

Figuren

Fig. 1: Herkunftsländer der Patientinnen	10
Fig. 2: Konsultationsgründe	12
Fig. 3: Vorgehensweise im Falle einer drohenden genitalen Verstümmelung	29

ABKÜRZUNGEN

ANTAGEM	Anthropologists Against Genital Mutilation
BBC	British Broadcasting Corporation
BFF	Bundesamt für Flüchtlinge
FC	Female Circumcision
FMH	Verbindung der Schweizer Ärzte
FORWARD	Foundation for Women's Health, Research and Development
GAMS	Groupe femmes pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles
IAC	Inter-African Committee
P.M.I.	Protection maternelle et infantile
StGB	Schweizerisches Strafgesetzbuch

Unser Dank gilt Dr. med. Ch. König für die spannende und für uns hilfreiche Zusammenarbeit, allen unseren Interviewpartnern, lic. phil. A. Gnägi und Prof. Dr. H.-R. Wicker für die Betreuung von ethnologischer Seite, dann auch Christiane Girardin und Fränzi Fontana, den ANTAGEM-Frauen und allen am Institut für Ethnologie, die uns in der einen oder andern Weise unterstützt haben.

1. EINLEITUNG

Seit 1990 besteht am Institut für Ethnologie der Universität Bern die studentische Arbeitsgruppe ANTAGEM (Anthropologists Against Genital Mutilation), die sich mit Hintergründen und Auswirkungen genitaler Verstümmelung an Frauen und Mädchen befasst.

Im Verlauf unserer Beschäftigung mit diesem Thema wurde immer deutlicher, dass Frauenbeschneidung längst nicht mehr nur eine innerafrikanische Angelegenheit ist. Durch Migration und Flucht beschnittener Frauen nach Europa werden heute auch Angehörige medizinischer und sozialer Berufe damit konfrontiert (vgl. Kap. 6.). Beschneidung ist nicht nur eine umstrittene traditionelle Praktik, über die wir im Spannungsfeld von Menschenrechten und Kulturrelativismus diskutieren können, sondern auch ein konkretes spezifisches Gesundheitsproblem, mit dem sich afrikanische Migrantinnen an unsere medizinischen Institutionen wenden.

Die vorliegende Arbeit, die in Zusammenarbeit mit Dr. med. Ch. König und mit Unterstützung der Berner Universitäts-Frauenklinik entstanden ist, versucht zu erfassen, wie häufig und mit welchen Beschwerden sich beschnittene Frauen an Schweizer ÄrztInnen und Spitäler wenden, welche Probleme bei der Behandlung auftauchen und wie diese gelöst werden. Wir wählten diesen Zugang, weil die Tatsache, dass eine Frau beschnitten ist, häufig erst bei einer gynäkologischen Untersuchung zu Tage tritt. BetreuerInnen in Aufnahmezentren und neugierigen Ethnologinnen bleibt dieser Umstand oft verborgen. Die quantitative Datenerhebung war für uns eine Möglichkeit, Schlüsse über Anzahl und Herkunft beschnittener Migrantinnen ziehen zu können. Dass dieser Zugang ein einseitiger ist und die direkte Konfrontation mit den betroffenen Frauen nicht ersetzen kann, ist uns bewusst. In diesem Sinne ist unsere Arbeit als Annäherung an ein bis anhin unsichtbares Phänomen zu verstehen.

In Anhang 1 und 2 sind eine Verbreitungskarte und eine Zusammenstellung der verschiedenen Formen und der wichtigsten Folgen der Frauenbeschneidung zu finden. Auf ihre historischen, kulturspezifischen und sozialen Hintergründe möchten wir hier nicht eingehen. Wir verweisen dazu auf die Arbeiten von Ch. BECK-KARRER (Frauenbeschneidung in Afrika 1992) und S. SCHÄDELI (Frauenbeschneidung im Islam 1992) und auf die Bibliographie von D. BÉGUIN STÖCKLI (Genitale Verstümmelung von Frauen: eine Bibliographie 1993). Alle drei Arbeiten können am Institut für Ethnologie der Universität Bern bezogen werden.

2. VORAUSSETZUNGEN IN DER SCHWEIZ

2.1 Schätzung der Anzahl beschnittener Frauen in der Schweiz

Es geht uns hier darum, die Anzahl beschnittener Frauen, die Ende 1991 in der Schweiz wohnhaft waren, abzuschätzen. Diese Frauen können in zwei Gruppen eingeteilt werden: Einerseits Frauen mit Jahresaufenthalts- oder Niederlassungsbewilligung (dazu gehören auch Frauen mit positivem Asylentscheid oder mit humanitärer Aufenthaltsregelung). Sie werden im zentralen Ausländerregister des Bundesamtes für Ausländerfragen erfasst und - was für unsere Untersuchung wichtig ist - haben freie Arztwahl. Andererseits Frauen, die ein Asylgesuch gestellt und noch keinen definitiven Entscheid erhalten haben. Sie sind in der Statistik des Bundesamtes für Flüchtlinge (BFF) registriert und dürfen nur Vertrauensärzte der Flüchtlingszentren oder öffentliche Spitäler aufsuchen. Die Angaben von unterschiedlicher Genauigkeit, die uns die zwei Bundesämter zugeschickt haben, dienen uns als Grundlage für unsere Berechnungen.

Die Anzahl der in der Schweiz lebenden verstümmelten Frauen wurde an Hand des prozentualen Anteils der beschnittenen weiblichen Bevölkerung im Herkunftsland ermittelt (vgl. Anhang 3). In den folgenden Tabellen 1 und 2 werden die Resultate kurz zusammengefasst.

Tabelle 1: Beschnittene Frauen und Mädchen mit Jahresaufenthalts- oder Niederlassungsbewilligung

Frauen	626
Mädchen 7-16 jährig	124
Mädchen unter 7 jährig	143

Tabelle 2: Beschnittenen Asylbewerberinnen

Asylgesuch gestellt 1986-1989	399
Asylgesuch gestellt 1990	220
Asylgesuch gestellt 1991	605

Eine Gesamtzahl zu ermitteln, ist mit zusätzlichen Unsicherheiten verbunden:

- Wieviele Mädchen sind beschnitten? Wir können hoffen, dass die 143 unter 7 Jahren nicht verstümmelt sind; aber wieviele sind es bei den 124 7-16 jährigen?
- Wieviele Frauen, die seit 1986 ein Asylgesuch gestellt haben, lebten Ende 1991 noch in der Schweiz? Wir nehmen an, dass diejenigen, die ihr Gesuch 1990 und 1991 (825) gestellt haben, mit grösster Wahrscheinlichkeit noch in der Schweiz leben. Von den anderen sind einige mit positivem Entscheid (54) oder mit humanitärer Regelung (112) in der Anzahl der Frauen mit Niederlassungsbewilligung erfasst. Wo befinden sich die 233 übrigen Frauen, ist ihr Asylgesuch noch hängig oder haben sie die Schweiz verlassen?
- Gar keine Angaben haben wir über die Mädchen, die ihre asylsuchenden Eltern oder Elternteil begleiten. Sie werden im BFF nicht separat registriert.

Wir schlagen vor, eine minimale und eine maximale Schätzung beschnittener Frauen und Mädchen in der Schweiz anzugeben. Die minimale Zahl setzt sich aus den Frauen mit Jahresaufenthalt oder Niederlassung (626) und denjenigen zusammen, die ein Asylgesuch 1990 (220) und 1991 (605) gestellt haben. Wir berücksichtigen in diesem Fall die Mädchen gar nicht und kommen auf ein *Minimum von 1451 beschnittenen Frauen* in der Schweiz Ende 1991. Die maximale Zahl hingegen enthält neben der minimalen Anzahl die 267 Mädchen mit Jahresaufenthalts- oder Niederlassungsbewilligung und die 233 Frauen, die seit 1986 ein Asylgesuch gestellt haben. Wir können annehmen, dass Ende 1991 *maximal 1951 beschnittene Frauen und Mädchen* in der Schweiz lebten. In der weiteren Untersuchung werden wir uns nur auf die Frauen beschränken.

2.2 Gesetzliche Regelung in der Schweiz

1983 machte Edmond Kaiser, Initiant und damaliger Leiter von *Terres des Hommes*, die Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) auf die Vornahme genitaler Verstümmelungen bei Frauen in gewissen Ländern der dritten Welt und zunehmend auch bei Migrantinnen in Europa aufmerksam. Dies veranlasste die FMH, die Zentrale Medizinisch-Ethische Kommission der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften um eine Stellungnahme zu bitten.

In ihrer Erklärung (vgl. Anhang 4) warnte die Zentrale Medizinisch-Ethische Kommission vor falsch verstandenem Mitleid. Sie ist überzeugt, dass genitale Verstümmelungen nach unseren ethischen Auffassungen gegen das Recht auf körperliche Unversehrtheit verstossen und damit als *Offizialdelikt* (schwere Körperverletzung gemäss Artikel 122

Ziffer 1 Alinea 2 des Schweizerischen Strafgesetzbuches) angesehen werden müssen. Sie erklärt weiter, dass auch Ärzte, die einen solchen Eingriff durchführen, den Tatbestand der vorsätzlichen schweren Körperverletzung gemäss Art. 122 StGB erfüllen und von Amtes wegen strafrechtlich zu verfolgen sind. Überdies verstossen ÄrztInnen und Krankenpflegepersonal, als TäterInnen oder GehilfInnen, in schwerster Weise gegen die ethischen Grundsätze ihrer Berufstände.

In seiner Antwort von 1. März 1993 auf eine parlamentarische Interpellation (vgl. Anhang 5) erklärt der Bundesrat:

"Die Klitorisbeschneidung erfüllt im Schweizerischen Strafrecht den Tatbestand der schweren Körperverletzung - ein Tatbestand, der eines der höchsten Rechtsgüter unserer Rechtsordnung, die körperliche Unversehrtheit, schützt (Art. 122 StGB). Wer also sogenannt rituelle, sexuell verstümmelnde Eingriffe an Personen, namentlich an Kindern und Jugendlichen weiblichen Geschlechts, vornimmt, macht sich strafbar. Die schwere Körperverletzung wird von Amtes wegen verfolgt."

(Antwort des Bundesrates vom 1.3.1993 auf die Interpellation Caspar-Hutter vom 7.10.1992)

Dazu macht er aufmerksam darauf, dass Ärzte und ihre Hilfspersonen (laut Art.358ter StGB), wenn sie von einer vorgenommenen Verstümmelung erfahren, dies ungeachtet ihres Berufsgeheimnisses der Vormundschaftsbehörde melden dürfen.

Diese Antwort des Bundesrates, die mit der Erklärung der Zentralen Medizinisch-Ethischen Kommission übereinstimmt, zeigt, dass die rechtliche Lage in der Schweiz eindeutig ist. *Auf Schweizer Boden durchgeführte genitale Verstümmelungen sind strafbar und werden von Amtes wegen verfolgt.*

3. FRAGESTELLUNG UND METHODE

3.1 Fragestellung

In einer ersten Runde wollten wir mit einem Fragebogen zunächst einmal abklären, ob und *wieviele beschnittene Patientinnen in der Schweiz* behandelt wurden, welche die Herkunftsländer dieser Frauen waren und aus welchen Gründen sie medizinische Hilfe gesucht haben (vgl. Kap. 3.2.1). Es ging in erster Linie darum, zu erfassen, ob das "Problem Frauenbeschneidung" in der Schweiz in einem Ausmass, welches eine weitere Untersuchung ermöglicht und rechtfertigt, auftritt.

Ausgehend von den Resultaten dieser ersten Runde planten wir Interviews mit den behandelnden Gynäkologen (das -innen erübrigt sich in diesem Fall: in den Schweizer Spitälern gab es zum Zeitpunkt unserer Untersuchung lediglich eine Gynäkologin in leitender Position, die nicht interviewt wurde). Die Interviews sollten uns Aufschluss über auftretende *Probleme im Verlauf der medizinischen Behandlung*, über das *soziale Umfeld der Patientinnen* in der Migrationssituation, über ihre *Einstellung zur erlittenen Verstümmelung* (auch im Hinblick auf eine mögliche Beschneidung ihrer Töchter) und schliesslich über *Informationsstand und Problemlösungsstrategien der betroffenen Gynäkologen* geben (vgl. Kap. 3.2.2).

3.2 Methode

3.2.1 Fragebogen

Inhalt

Da Ärzte in der Regel mit Umfragen überschwemmt werden, wollten wir unseren Fragebogen möglichst kurz und übersichtlich gestalten. An erster Stelle stand die Ausgangsfrage, ob *überhaupt beschnittene Patientinnen behandelt worden sind*. Dann folgten vier weitere Fragen nach *Herkunft* (2), *Zuweisung* (3), *Weiterweisung* (4) und *Konsultationsgründen* (5), die je für die Zeiträume 1991, 1990 und "früher" beantwortet werden sollten. Die Fragen 3 und 4 dienten uns zum Vermeiden von Doppelerfassungen (z.B. Behandlung beim privat praktizierenden Gynäkologen und anschliessend Behandlung im Spital). Frage 3 gab uns zusätzlich Aufschluss über die Anzahl Asylbewerberinnen unter den aufgeführten Patientinnen (Vgl. Anhang 6). Der Fragebogen wurde zweisprachig abgefasst und je nach Region in deutscher oder französischer Fassung verschickt. Den ÄrztInnen wurde in einem Begleitbrief die anonyme Verwendung der Daten zugesichert.

Die Fragebogen waren mit einer Nummer versehen, so dass die zugehörige Adresse nur für uns eruiert ist. Die Adresskartei wird nach Abschluss der Untersuchung vernichtet.

Sample

Der Fragebogen richtete sich an alle *leitenden ÄrztInnen gynäkologischer Abteilungen der öffentlichen Spitäler*. Wo keine gynäkologische Abteilung vorhanden war, wurde die leitende ÄrztIn der chirurgischen Abteilung angeschrieben. Die entsprechenden Namen und Angaben haben wir dem SCHWEIZERISCHEN MEDIZINISCHEN JAHRBUCH (Basel 1991) entnommen. Insgesamt gingen 130 Fragebogen an öffentliche Spitäler.

Weiter wurde der Fragebogen an alle *VertrauensärztInnen der Flüchtlingszentren im Kt. Bern* (59) verschickt. Eine entsprechende Adressliste wurde uns von einem der Erstaufnahmezentren zur Verfügung gestellt.

Damit auch Patientinnen mit Niederlassungsbewilligung, und demzufolge freier Arztwahl, erfasst werden konnten, wurde der Fragebogen an alle *GynäkologInnen und FachärztInnen anderer Richtungen mit Interesse an Gynäkologie im Kanton Bern und in angrenzenden Gebieten* verschickt (201). Diese Adressen wurden uns freundlicherweise vom Kt. Frauenspital Bern zur Verfügung gestellt.

Um auch die Erfahrungen der *Hebammen* miteinzubeziehen, erhielten alle in der Adresskartei des Frauenspitals aufgeführten Hebammenteams (46) im Kt. Bern und angrenzenden Gebieten den Fragebogen. Die wenigen Bogen, die aus diesem Sample an uns zurückgeschickt wurden, waren jedoch ausnahmslos dem leitenden Arzt des Gebärsaals übergeben und von diesem ausgefüllt worden, so dass die Hebammen als eigenständige Berufsgruppe im weiteren Verlauf der Untersuchung ausgeschlossen werden mussten und auch im Anhang 7 (Rücklauf der Fragebogen) nicht aufgeführt sind.

Insgesamt wurden 436 Fragebogen verschickt.

3.2.2 Interviews

Leitfaden

Die Interviews wurden in halbstrukturierter Form geführt. Als Gesprächsgrundlage diente uns ein vorgefertigter Leitfaden, der Fragen zu den Themenkreisen *Medizinische Probleme, Familie / Umfeld der Patientin, Einstellung der Patientin zur Beschneidung, Kommunikation und Selbstwahrnehmung des behandelnden Arztes* umfasste (vgl. Anhang 8). Dieser Leitfaden war so angelegt, dass er während des Interviews als Protokollvorlage benutzt werden konnte.

Sample

Da die Mehrzahl der im Fragebogen aufgeführten Patientinnen aufgrund ihres Flüchtlingsstatus in öffentlichen Spitälern behandelt wurden, verzichteten wir auf die Durchführung von Interviews bei privat praktizierenden Gynäkologen.

Insgesamt wollten wir zehn Interviews führen. 24 Spitäler hatten uns die Behandlung einer oder mehrerer beschnittener Patientinnen gemeldet. Diese Ausgangslage schien uns zahlenmässig zu klein, um die Auswahl der Interviewpartner dem Zufall zu überlassen. Wir wollten möglichst diejenigen Gynäkologen befragen, die mehrere Patientinnen in den Jahren 1990 / 1991 behandelt hatten, und entschlossen uns deshalb zu einem zweckorientierten Sample durch gezielte Auswahl.

Vorgegangen sind wir folgendermassen: Die Gesamtheit der öffentlichen Spitäler wurde nach Bettenzahl in 3 Kategorien eingeteilt.

- Kat. 1: > 300 Betten (Universitätskliniken, grosse Kantons- und Regionalspitäler)
- Kat. 2: 100-300 Betten (kleine Kantons- und Regionalspitäler, Bezirksspitäler)
- Kat. 3: < 100 Betten (kleine Bezirksspitäler)

Die zehn Interviews wurden im Verhältnis der betroffenen Spitäler auf die drei Kategorien verteilt.

	betroffene Spitäler	Interviews
Kat. 1	7	3
Kat. 2	13	5
Kat. 3	4	2

Um möglichst viele und aktuelle Erfahrungen zusammenzutragen, haben wir die Interviewpartner innerhalb der 3 Kategorien nach Anzahl behandelter Patientinnen und Aktualität der Behandlung ausgewählt. Priorität hatten also diejenigen Spitäler, die am meisten Patientinnen im Jahr 1991 und in zweiter Linie im Jahr 1990 behandelt hatten.

Fünf Interviews wurden im französisch-, fünf im deutschsprachigen Raum durchgeführt (11 betroffene Spitäler in der Romandie, 13 in der Deutschschweiz).

Die Interviewpartner wurden brieflich gebeten, uns für ein ca. halbstündiges Gespräch zur Verfügung zu stehen.

3.3 Ressourcenpersonen

Dr. med. Christoph König

Gynäkologe, zum Zeitpunkt der Untersuchung Oberarzt an der Universitäts-Frauenklinik Bern.

Dr. König hat am Frauenspital alle infibulierten und exzidierten Patientinnen gesehen und verfügt über eine entsprechend grosse Erfahrung auch im Umgang mit betroffenen Frauen.

Ch. König hat uns in mehreren Gesprächen über die medizinische Seite der Problematik beschnittener Frauen und über bestehende Behandlungsmöglichkeiten informiert. Weiter stand er uns bei der Planung der Datenerhebung und beim Ausarbeiten von Fragebogen und Interview-Leitfaden zur Seite. Last but not least bot er uns durch das Mitunterzeichnen der Begleitbriefe einen weiteren institutionellen Rückhalt, der die Höhe der Rücklaufquote mit Sicherheit massgeblich beeinflusst hat.

Da Ch. König den Prozess dieser Datenerhebung ständig begleitet hat und seine Informationen bereits in der Planungsphase eingeflossen sind, wurde das Frauenspital Bern in die zahlenmässige Erhebung, nicht aber in das Interview-Sample einbezogen.

Arbeitsgruppe ANTAGEM

Anthropologists Against Female Genital Mutilation am Institut für Ethnologie der Universität Bern.

Unser Interview-Leitfaden wurde in der Gruppe diskutiert und, v.a. in den Themenbereichen Umfeld / Familie und Kommunikation, durch Vorschläge unserer Kolleginnen ergänzt. Hilfreich waren auch ihre Literaturhinweise zur Frauenbeschneidung im Migrationskontext.

Efua Dorkenoo (Msc)

Direktorin des FORWARD International (Foundation for Women's Health, Research and Development), London.

Frau Dorkenoo gewährte uns in einem zweistündigen Gespräch (30.10.92 in London) Einblick in die Arbeit von FORWARD, die vorwiegend im Informations- und Präventionsbereich (vgl. Kap. 6.2) und in der Koordination von internationalen Abschaffungsstrategien geleistet wird.

4. AUSWERTUNG

4.1 Fragebogen

4.1.1 Rücklauf

Obwohl der Fragebogen kurz vor Weihnachten 1991 verschickt wurde, sind wir von einer Rücklaufquote (vgl. Anhang 7) von gesamthaft 63% angenehm überrascht worden. Die öffentlichen Spitäler mit einem Rücklauf von 78% und die VertrauensärztInnen der Flüchtlingszentren mit 68% weisen eine überdurchschnittliche Quote auf, was wir als Zeichen einer besonderen Betroffenheit (vgl. Kap. 4.1.2) und eines besonderen Interesses interpretieren.

4.1.2 Resultate

Betroffene Spitäler und ÄrztInnen

19 % der 130 öffentlichen Spitäler haben schon beschnittene Frauen behandelt; sie verteilen sich über die ganze Schweiz. Die Berner Spitäler mit 17% weichen nicht besonders vom gesamtschweizerischen Bild ab.

In unserem Sample sind die freipraktizierenden ÄrztInnen nur ganz marginal betroffen: 2% der GynäkologInnen, 2% der VertrauensärztInnen der Flüchtlingszentren und 1% der sonstigen FachärztInnen haben schon verstümmelte Frauen behandelt. Es scheint, dass VertrauensärztInnen bei gynäkologischen Problemen und bei Schwangerschaft und Geburt gar nicht als erste aufgesucht werden, sondern dass sich die Patientinnen direkt an das Frauenspital oder an die gynäkologische Abteilung des nächsten Spitals wenden.

Anzahl der behandelten Patientinnen

Die genaue Anzahl der behandelten Patientinnen ist schwierig zu eruieren. Die meisten Spitäler führen keine Statistik über verstümmelte Frauen. Einige konnten keine genaue Angaben machen oder haben die Fälle, an die sich die MitarbeiterInnen erinnerten, ohne Gewähr auf Vollständigkeit angegeben. Auch bei freipraktizierenden ÄrztInnen waren wir auf ihr Erinnerungsvermögen angewiesen. Gesamthaft können wir eine Anzahl von 82 beschnittenen Frauen, die in der Schweiz behandelt wurden, angeben. Nennenswert ist die Zunahme der Fälle zwischen 1990 und 1991 um 164% (vgl. Tab. 3).

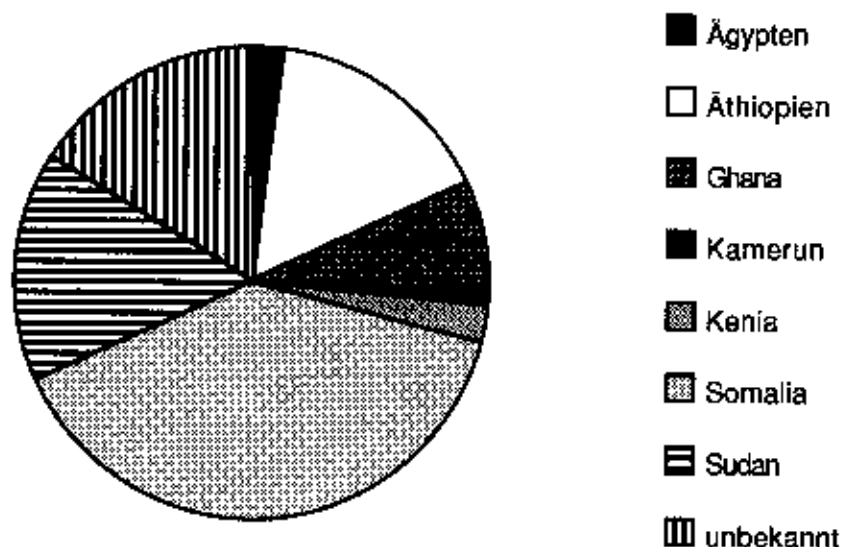
Herkunftsländer der Patientinnen

Die behandelten Frauen stammen hauptsächlich aus drei Ländern: Somalia (39%), Äthiopien (13%) und Sudan (13%) (vgl. Fig. 1). Die Anzahl der behandelten Sudanesischen bleibt in den Jahren 1990 und 1991 gleich, die der Äthiopierinnen nimmt um 67% ab und die der Somalierinnen um 733% zu (vgl. Tab. 3). Dieser massive Zuwachs stimmt mit der ebenfalls starken Zunahme der Asylsuchenden aus Somalia im selben Zeitraum überein (vgl. Anhang 3).

Tabelle 3: Herkunftsländer der Patientinnen nach Behandlungsjahr

Herkunftsland	Anzahl Patientinnen		
	vor 1990	im Jahr 1990	im Jahr 1991
Ägypten	1	1	0
Äthiopien	5	6	2
Ghana	1	1	4
Kamerun	0	1	0
Kenia	0	1	1
Somalia	4	3	25
Sudan	2	5	6
unbekannt	5	0	8
Total	18	18	46

Figur 1: Herkunftsländer der Patientinnen



Zu- und Weiterweisung

Diese zwei Fragen sollten uns in erster Linie zur Vermeidung von Doppelerfassung dienen. Die nur drei registrierten Fälle einer Weiterweisung an GynäkologInnen (2) und ans Frauenspital (1) zeigen, dass auftretende Probleme bei der Behandlung von beschnittenen Frauen auch in Privatpraxen und Kleinspitälern meistens lösbar sind. Diese Annahme wurde uns auch in den Interviews bestätigt (vgl. Kap. 4.2.5).

Die Frage nach der Zuweisung sollte uns auch Aufschluss über die Anzahl Asylbewerberinnen unter den Patientinnen geben; dies ist uns nur teilweise gelungen. Einerseits ist die Zuweisungsinstanz in vielen Fällen unklar, andererseits kann es durchaus vorkommen, dass eine Asylbewerberin unter die Kategorie Selbstzuweisung fällt. Diese Annahme wurde uns mehrmals bei den Interviews bestätigt.

Selbstzuweisung (36%) und Flüchtlingszentren (27%) bilden die meistzitierten Zuweisungen (vgl. Tab. 4). Ein interessantes Bild zeigt die Verbindung - wenn es möglich war - zwischen Zuweisung und Herkunftsland (vgl. Tab. 5). Bei den Somalierinnen ist die Situation klar: Die grosse Mehrheit wird von den Flüchtlingszentren (17) geschickt und beim grössten Teil, wenn nicht bei allen Fällen, von Selbstzuweisungen (6) handelt es sich auch um Asylbewerberinnen. Für diese Annahme spricht auch die im Verhältnis sehr geringe Zahl Somalierinnen (28, davon 9 mit positivem Asylentscheid oder humanitärer Regelung), die eine Niederlassungsbewilligung besitzen. Bei den Äthiopierinnen, wo die Selbstzuweisung überwiegt, halten sich die Anzahl der Asylgesuche (237) der Jahre 1990 und 1991 und die Niederlassungen (257, darunter 49 mit positivem Asylentscheid und 83 mit humanitärer Regelung) fast die Waage. Auch hier stammt ein grosser Teil der Selbstzuweisungen von Frauen, die Asyl oder eine Niederlassungsbewilligung aus humanitären Gründen erhalten haben oder deren Asylgesuch noch hängig ist.

Tabelle 4: Zuweisung

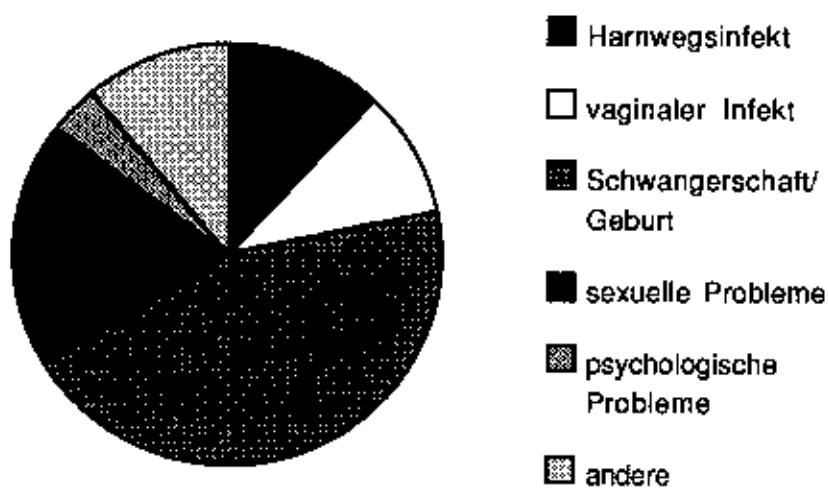
	Anzahl Patientinnen	
	absolut	in %
Selbstzuweisung	36	49
andere Fachärzte	8	11
Flüchtlingszentren	27	36
Sozialamt	1	1
andere	2	3

Tabelle 5: Zuweisung nach Herkunftsland

Herkunftsland	Selbstzuweisung	Flüchtlingzentren
Ägypten	1	0
Äthiopien	7	4
Ghana	1	0
Kenia	1	0
Somalia	6	17
Sudan	1	1
unbekannt	1	1
Total	18	23

Konsultationsgründe

Wie Figur 2 zeigt, war der Hauptkonsultationsgrund Schwangerschaft und Geburt (44%), daneben folgen mit grossen Abstand sexuelle Probleme (19%), Harnwegsinfekte (11%), vaginale Infekte (10%), psychologische Probleme (4%) und andere Gründe (11%), darunter der Wunsch nach Wiedererlangen der körperlichen Integrität, Schwangerschaftswunsch, gynäkologische Kontrolle und allgemeine medizinische Kontrolle.

Figur 2: Konsultationsgründe

Eine Verbindung der Konsultationsgründe mit dem Herkunftsland, dem Behandlungsjahr sowie der Zuweisung war, vom Aufbau des Fragebogens her, nur vereinzelt möglich. Wir verzichten deshalb auf Aussagen zu diesen Zusammenhängen.

4.2 Interviews

Unsere Fragen (vgl. Anhang 8) stiessen bei den Interviewpartnern generell auf grosses Interesse und wurden offen und differenziert beantwortet. Einige der Punkte, insbesondere die Frage nach der Anzahl Patientinnen bei spezifischen Problemen, konnten zum Teil nur unvollständig beantwortet werden. Die Gründe dafür liegen vor allem darin, dass in den Spitälern die Krankengeschichten nicht nach Diagnosen aufgeschlüsselt und erfasst sind. Unsere Interviewpartner mussten oft in fast detektivischer Weise (Nachfragen bei KollegInnen und Hebammen, Durchsehen der Geburtenbücher) die Namen der behandelten Patientinnen eruieren, um die entsprechenden Krankengeschichten zu finden. Eine weitere Schwierigkeit bestand in der Unvollständigkeit vieler der vorhandenen Anamnesen: Eine umfassende Anamnese wurde oft durch gravierende sprachliche Verständigungsprobleme verunmöglicht. Schwangere Patientinnen kamen vielfach erst kurz vor der Geburt zur ersten Konsultation, so dass für anamnestische Gespräche wenig Zeit blieb. Die gängige Verlegungspraxis in den Asylzentren verunmöglichte in einigen Fällen eine Nachbetreuung und ein Nachholen solcher Gespräche.

Unsere Interviewpartner waren zudem nicht immer identisch mit den behandelnden Ärzten der im Fragebogen angeführten Patientinnen, so dass uns auch Informationen "aus zweiter Hand" vermittelt wurden.

4.2.1 Medizinischer Bereich

Von den 29 im Interviewsample behandelten Patientinnen waren 17 infibuliert und 7 exzidiert. Bei 5 Patientinnen war die Beschneidungsform nicht klar erkennbar oder nicht mehr zu eruieren.

In 5 Fällen fand erwiesenermassen eine Erstbehandlung von aus der Beschneidung resultierenden Beschwerden in der Schweiz statt. Bei den restlichen Patientinnen war nicht bekannt, ob sie im Herkunftsland bereits medizinische Hilfe gesucht hatten.

Reinfibulationen

Das Begehren nach einer Reinfibulation nach einer Geburt wurde in keinem Fall geäussert; eine solche wurde auch nie durchgeführt. Nach Aussagen eines Interviewpartners

wurden jedoch während seiner Assistenzzeit vor einigen Jahren in mehreren Fällen nach Geburten Reinfibulationen vorgenommen.

Defibulationen

Ausschliesslich aufgrund psychologischer und sexueller Probleme wurde in 7 Fällen defibuliert. Bei den insgesamt 10 Geburten bei infibulierten Patientinnen wurde in keinem Fall vor der Entbindung eine Defibulation vorgenommen. Da nicht alle Patientinnen gleichermassen radikal infibuliert waren, musste nur in 4 Fällen während der Entbindung defibuliert werden. Bei den andern Patientinnen verlief die Geburt mit einer Episiotomie (Dammschnitt), in zwei günstigen Fällen sogar ohne eine solche. In zwei weiteren Fällen wurde das spontane Einreissen des Narbengewebes abgewartet.

Bei den total vorgenommenen 11 Defibulationen empfanden 8 Patientinnen den Eingriff als positive Veränderung. In den andern 3 Fällen sind die Auswirkungen unbekannt, weil keine Nachbetreuung stattfinden konnte

4.2.2 Familie / Umfeld

Bei 13 Patientinnen war nicht mehr rekonstruierbar, ob sie alleine oder in Begleitung zur Konsultation gekommen sind. Bei weiteren 13 Patientinnen waren Partner oder Familienangehörige bei der Konsultation anwesend. Lediglich 2 Frauen kamen alleine, 1 Patientin war in Begleitung einer Betreuerin des Aufnahmезentrums.

Nur gerade 4 Frauen wurden in Bezug auf das vorgeschlagene Prozedere als autonome Entscheidungsträgerinnen bezeichnet. Bei 10 Patientinnen hatten unsere Interviewpartner den oft eher gefühlsmässigen Eindruck, dass die Entscheidungen stark von der Haltung des Partners oder der Angehörigen beeinflusst waren. Bei einer Patientin hatte klar der Ehemann das Sagen; sie selbst konnte sich sprachlich nicht mit dem Gynäkologen verständigen und wirkte sehr verunsichert. In 14 Fällen konnte die Frage nach der jeweiligen EntscheidungsträgerIn nicht beantwortet werden.

Probleme im Sexualverkehr waren bei 3 Ehepaaren Hauptgrund zur Konsultation. Die Ehepartner stammten in allen drei Fällen aus demselben Herkunftsland und kamen gemeinsam zur Untersuchung. Der Vorschlag zur Defibulation wurde von den betreffenden Paaren durchwegs positiv aufgenommen. In zwei Fällen wurde eine Verbesserung für beide Partner erzielt, im dritten Fall war dies mangels Nachbetreuung nicht überprüfbar.

4.2.3 Einstellung zur Frauenbeschneidung

Die Frage, ob die Patientinnen ihre Beschwerden, die zur Konsultation führten, in einen direkten Zusammenhang mit der im Kindesalter erfolgten Exzision oder Infibulation brachten, konnte für die Mehrzahl der Fälle (17) nicht beantwortet werden. Vier Patientinnen negierten einen derartigen Zusammenhang, für 8 Patientinnen war dieser jedoch klar und wurde auch thematisiert.

Auch die Frage nach der generellen Einstellung der Patientinnen zur Frauenbeschneidung konnte für die meisten Fälle (21) nicht beantwortet werden. Vier Frauen äusserten sich explizit negativ und befürworteten die Abschaffung. Weitere vier Patientinnen betrachteten die Beschneidung als üblich und notwendig; darunter befand sich ein Ehepaar, das sich vehement dafür aussprach und den Grund für westliche Promiskuität und Dekadenz im Nicht-Beschnittensein der europäischen Frauen zu erkennen glaubte.

Vermehrtes Leiden unter der erlittenen Exzision im Migrationskontext wurde lediglich von einer Patientin explizit geäußert.

Ob medizinische Information und Behandlung zu einem Einstellungswandel in Bezug auf Frauenbeschneidung geführt hat, konnte in den meisten Fällen (21) nicht beurteilt werden. Zwei Patientinnen waren bereits vor der Behandlung so gut über medizinische Aspekte informiert, dass der Behandlung kein Einfluss mehr zugeschrieben werden kann. In 4 Fällen vermuteten unsere Interviewpartner ein zunehmendes Bewusstsein für die gesundheitsschädigenden Folgen und sahen darin zumindest einen Ansatz für einen Einstellungswandel. Nur in einem Fall führte die erfolgreiche Behandlung von Komplikationen zu einer neuen, ablehnenden Haltung von Seiten der Patientin. Bei einer weiteren Patientin, die bereits negativ eingestellt war, führten die Gespräche mit dem Gynäkologen zu einem besseren Akzeptieren der Irreversibilität der Beschneidung und damit zu einem Prozess der Leidensbewältigung.

4.2.4 Kommunikation

Wo Gespräche überhaupt möglich waren, fanden sie in den Sprachen Englisch, Italienisch, Französisch oder Deutsch statt. In 11 Fällen war aus der Krankengeschichte nicht ersichtlich, ob und in welcher Sprache eine Kommunikation stattgefunden hat. Lediglich bei 4 Patientinnen, die alle eine oder mehrere der obgenannten Sprachen beherrschten, wurde die Verständigung als problemlos bezeichnet. In 13 Fällen waren Gespräche mit der Patientin wegen vorhandener Sprachbarrieren nur beschränkt möglich. In einem Fall war überhaupt keine sprachliche Verständigung möglich.

Wie unsere Interviewpartner die Gespräche bewerteten, hängt unseren Erachtens stark von den Fremdsprachenkenntnissen und vom Bildungsniveau der betreffenden Patientin

ab: Verliefe die sprachliche Kommunikation problemlos oder zumindest zufriedenstellend, wurden die Gespräche eher als offen und tabufrei empfunden. Wo Sprachschwierigkeiten im Vordergrund standen, wurden die Gespräche tendenziell als schwierig, tabu-behaftet und nur über medizinische Inhalte möglich bezeichnet.

DolmetscherInnen wurden in der Regel nicht beigezogen. Lediglich einer unserer Interviewpartner bestand bei jeder Konsultation auf der Anwesenheit eines fremdsprachkompetenten Familienmitglieds oder einer DolmetscherIn, welche jeweils vom Aufnahmezentrum vermittelt wurde. Die Sprachbarriere wurde damit zwar überwunden, aber die Anwesenheit einer zusätzlichen, im Falle der DolmetscherIn fremden Person verhinderte das Zustandekommen eines persönlichen Gesprächs, das über das reine Besprechen des medizinischen Prozedere hinausging.

Ein Gynäkologe betonte, das für tiefreichende und persönliche Gespräche zuerst eine Vertrauensbasis geschaffen werden müsse, was allerdings die Bereitschaft voraussetze, viel Zeit zu investieren.

4.2.5 Selbstwahrnehmung

Lediglich einer unserer Interviewpartner war aufgrund seiner (im Ausland absolvierten) Ausbildung auf die Behandlung beschnittener Patientinnen vorbereitet. 7 Gynäkologen waren durch Fachliteratur und/oder Auslandkontakte über vorwiegend medizinische Aspekte informiert, 2 bezeichneten sich als gänzlich unvorbereitet.

Zwei der befragten Gynäkologen verfügten bereits über im Ausland gemachte Erfahrungen in der Behandlung von Beschneidungskomplikationen. Alle andern wurden in der Praxis erstmals hier in der Schweiz mit dem Problem konfrontiert.

Die Lösung der medizinischen Probleme bot nach Ansicht unserer Interviewpartner in der Regel keine Schwierigkeiten, Mühe bereitet hat vielmehr der Umgang mit den betroffenen Patientinnen. Unsicherheiten wurden v.a. in Bezug darauf genannt, wie beschnittene Frauen die gynäkologische Untersuchung erleben, und ob und wie die erlittene Verstümmelung zu thematisieren sei (Angst, alte Wunden aufzureissen). Die Defibulation war, wo sie durchgeführt wurde, für unsere Interviewpartner ein medizinisch indiziertes Vorgehen. Einige äusserten jedoch Unsicherheit, weil psychische und soziale Auswirkungen des Eingriffs für die Patientinnen, besonders im Falle einer späteren Rückkehr ins Herkunftsland, nicht absehbar waren.

Unsern Interviewpartnern war kaum bewusst, dass ihre Patientinnen möglicherweise die Praktik der Frauenbeschneidung weiterführen, d.h. ihre Töchter beschneiden lassen könnten. Von uns angesprochen, wurde dieser Aspekt jedoch als zentral bewertet und eine Sensibilisierung für dieses Thema als wichtig erachtet.

Die spezifische Problematik beschnittener Frauen ist sicherlich kein vordringliches Problem für Schweizer Gynäkologen; insgesamt löste die Konfrontation mit den Patientinnen jedoch Betroffenheit und Fragen aus. Information zu soziokulturellen Hintergründen der Frauenbeschneidung, auch zuhanden von Hebammen und Pflegepersonal, wurde allgemein als wünschenswert erachtet, besonders für den Fall, dass die Migration aus entsprechenden Ländern in nächster Zeit zunehmen sollte.

5. DISKUSSION

Die wichtigsten Problemkreise, die sich bei der Auswertung der Interviews herauskristallisiert haben, sollen hier mit Aussagen unserer Ressourcenpersonen und mit der vorhandenen Literatur verglichen und diskutiert werden.

5.1 Defibulation

Vom medizinischen Standpunkt aus ist die Defibulation ein meist unproblematischer Eingriff, der bei Menstruationsproblemen, Miktionsbeschwerden, Urogenitalinfekten, Problemen im Sexualverkehr und vor/während der Geburt indiziert ist. Nach Meinung von Ch. KÖNIG müsste jede infibulierte Patientin (und ihr Partner) über die Möglichkeit einer Defibulation informiert werden.

An der Universitäts-Frauenklinik Bern wurde dieses Prozedere bei infibulierten Patientinnen mit Problemen im sexuellen Bereich und/oder schwer therapierbaren Infekten mehrmals durchgeführt. Die Anwendung der Laser-Technik hat dabei den Vorteil, dass der Eingriff ambulant vorgenommen werden kann und die anschliessende Wundversorgung unkompliziert ist, so dass sie von der Patientin selbst zu Hause durchgeführt wird. Dabei wurde darauf geachtet, dass die Patientin zwischen Information und Planung des Prozedere genügend Zeit hatte, eine Entscheidung zu treffen.

Dass dieser Entscheid kein leichter sein kann, zeigt das Beispiel einer jungen Asylbewerberin, die sich wegen massiver Menstruationsbeschwerden zur Defibulation entschlossen hatte, dann jedoch ihren Entschluss aufgrund der Intervention einer älteren, traditionell denkenden Mitbewohnerin des Zentrums rückgängig machte.

LIGHTFOOT-KLEIN (1989: 59) erwähnt in ihrer Studie über infibulierte Frauen im Sudan wiederholt, dass der Zustand des Infibuliertseins und die daraus resultierenden Beschwerden - nicht zuletzt mangels Vergleichsmöglichkeiten - zum normalen Frausein, bzw. zum alltäglichen Frauenlos gehören. Eine enge Verknüpfung von Infibulation und Körperbild / Geschlechtsidentität wird in der Literatur auch für somalische Frauen beschrieben (van der KWAAK 1992: 781-783). Wie infibulierte Frauen die Defibulation als erneuten Eingriff an ihrem Körper erleben, welche Überlegungen sie für oder gegen diese Veränderung des Körpers machen, und wie Partner und soziales Umfeld darauf reagieren, ist weitgehend unbekannt und müsste Gegenstand weiterer Untersuchungen sein.

Noch andere Aspekte hat die Defibulation vor oder während der Geburt. Weil das unelastische Narbengewebe den Geburtsverlauf behindert, wird die Defibulation *während der Geburt* in der Regel auch in den Herkunftsländern praktiziert (LIGHTFOOT-KLEIN 1989: 59). Die Gefahr von Geweberissen und die daraus resultierende Indikation für Episiotomien sind bei exzidierten und infibulierten Gebärenden deutlich erhöht

(BERARDI et al. 1985 / de SILVA 1989). Diesbezügliche Ängste beschnittener Frauen beschreibt SHAW in ihrer Untersuchung über Geburtshilfe bei Migrantinnen in den USA:

All the women expressed fears about receiving poor care during pregnancy and delivery. They believed that something would go wrong because the health care providers would not "know the geography" and 10 of 11 feared the practitioner would not know how to cut the scar tissue. They also feared that the practitioner would wait too long and the infibulation scar would tear.

(SHAW 1985a: 687)

Defibulation während der Geburt wird von SHAW (1985a: 687) auch für Geburten in westlichen Spitälern empfohlen.

Unsere beiden Ressourcenpersonen Ch. KÖNIG und E. DORKENOO befürworten hingegen die möglichst frühzeitige Defibulation bereits *während der Schwangerschaft*. Medizinische Argumente dafür sind: Infekte können vaginal therapiert werden und vorgeburtliche Untersuchungen werden erleichtert, oft sogar erst möglich. Der Geburtsverlauf wird voraussehbar, die Geburt verläuft normal und ohne zusätzlichen Eingriff.

DORKENOO führt psychologische Argumente an: Wenn infibulierte Frauen überzeugt werden können, sich einige Wochen oder Monate vor der Entbindung defibulieren zu lassen, erleben sie in dieser Zeit das Wegfallen von Beschwerden und können sich mit dem veränderten Körpergefühl vertraut machen. Wird diese Erfahrung positiv gewertet, hat dies möglicherweise einen Verzicht auf die Reinfibulation nach der Geburt (vgl. Kap. 5.2) und einen Einstellungswandel zur Folge.

5.2 Reinfibulation

In den Interviews wurde unsere Frage nach gewünschten und ausgeführten Reinfibulationen nach der Geburt durchwegs negativ beantwortet; eine Tatsache, die uns im Vergleich zur Literatur erstaunt hat.

Sowohl HEDLEY und DORKENOO (1992: 27) wie auch LIGHTFOOT-KLEIN und SHAW (1991: 105) weisen darauf hin, dass der Wunsch nach Reinfibulation anschliessend an die Entbindung auch im Migrationskontext häufig geäussert wird, so dass auch GynäkologInnen in der Schweiz in Zukunft damit konfrontiert werden könnten.

Den Zusammenhang zwischen Infibulation und Körperwahrnehmung, Geschlechtsidentität, Reinheitsvorstellungen und Vorstellungen von sexueller Attraktivität haben wir bereits in Kap. 5.1 erwähnt (vgl. dazu auch BECK-KARRER 1992). Auf diesem Hintergrund wird der Wunsch nach Wiederherstellung des infibulierten Zustandes trotz seiner gesundheitsschädigenden Folgen verständlicher.

BARTELS und HAAIJER (1991: 15-17) zeigen anhand eines Fallbeispiels, dass diesbezüglich auch die Fluchtgeschichte der betreffenden Patientin berücksichtigt werden muss: Auf der Flucht sind Frauen oft Opfer kriegsbedingter, wenn nicht sogar politisch gezielt

eingesetzter sexueller Gewalt (Entehrung der Frau selbst, aber auch ihres Partners, ihrer Familie oder ihrer Ethnie). Im Fallbeispiel bestand die betreffende Asylbewerberin auf einer Reinfibulation, weil sie nur so ihre Ehre und körperliche Integrität wiederherstellen und ihre traumatischen Vergewaltigungserlebnisse verarbeiten konnte. Auch FORTES und HENDRIKS (1990) betonen, dass bei infibulierten Flüchtlingsfrauen, die eine Reinfibulation verlangen, die Möglichkeit in Betracht gezogen werden muss, dass eine erlebte Vergewaltigung Auslöser dieses Wunsches ist.

Für GynäkologInnen stellt sich die ethische Frage, ob und wie weit diesem Wunsch entsprochen werden kann. SHAW (1985a: 687) ist der Überzeugung, dass jeder infibulierten Patientin das Recht auf Selbstbestimmung und Wahrung der kulturellen Identität und somit das Recht auf eine Reinfibulation auch im Migrationskontext zusteht. Sie rät GynäkologInnen, die eine solche aufgrund ethischer Bedenken nicht durchführen können, die Patientin weiterzuweisen. Über die Möglichkeit und die gesundheitlichen Vorteile einer partiellen Reinfibulation sollte jedoch immer informiert werden.

Für HEDLEY und DORKENOO ist nur die partielle Reinfibulation im Sinne einer Wundversorgung ethisch und rechtlich gerechtfertigt:

Doctors and midwives should repair the wounds which occur during birth only if it will assist with healing. If wives and husbands request further restriction it will be in effect a case of mutilation and against the 1985 Act. There are instances where husbands have been in delivery rooms and have given instructions on how much they think their wives should be resutured. This should not be encouraged.

(HEDLEY & DORKENOO 1992: 27)

Beim Wunsch nach einer totalen Reinfibulation steht das Selbstbestimmungsrecht der Patientin im Widerspruch zu unserer ethischen Haltung und zu unseren Vorstellungen einer medizinisch indizierten Behandlung. Wie die totale Reinfibulation nach Schweizerischer Gesetzgebung (vgl. Kap. 2.2) interpretiert werden muss, ist unklar. Einheitliche rechtliche und medizinisch-ethische Richtlinien wären diesbezüglich wünschbar.

5.3 Schmerz und Beschwerden

Die Art und Weise, wie Menschen Schmerz empfinden und ausdrücken, ist kulturell vorgeprägt. Wie HELMAN (1986: 95-105) in seinen theoretischen Ausführungen zur Medizinethnologie darlegt, werden in verschiedenen Kulturen bestimmte Schmerzempfindungen nicht öffentlich gemacht, d.h. weder verbal noch nonverbal geäußert; besonders dann nicht, wenn das soziale Umfeld mit Sanktionen auf eine solche Äußerung reagiert. Dies gilt sowohl für unseren eigenen, wie auch für den afrikanischen Kontext.

LIGHTFOOT-KLEIN (1989:95) zeigt für den Sudan und SARGENT (1984: 1299-1304) für Benin und Niger, dass Frauen durch Beschneidung, Sexualität und Geburt verur-

sachte Schmerzen als unumgänglich betrachten, mit Gleichmut ertragen und nicht öffentlich äussern, weil dies als beschämend empfunden wird.

Dieser Umstand sollte bei der Einschätzung von Beschwerden und von Schmerzen bei der vaginalen Untersuchung berücksichtigt werden. Alle von SHAW (1985a: 686-687) befragten 11 infibulierten Patientinnen bezeichneten die vaginale Untersuchung rückblickend als extrem schmerzhaft, obwohl sie im Verlauf der von SHAW beobachteten Konsultationen weder verbal noch nonverbal Schmerzen ausgedrückt hatten.

BARTELS und HAAJER (1991) schliessen aus ihren Erfahrungen in der Betreuung somalischer Asylbewerberinnen, dass gynäkologische Beschwerden kaum je offen und in vollem Umfang verbalisiert werden:

Gynecological complaints are rarely mentioned directly, but upon further inquiry they always seem to be there, The women are quiet and self controlled; they do not show emotions quickly.

(BARTELS & HAAJER 1991: 16-17)

5.4 Kommunikation

Wie bereits in Kap. 4.2.4 besprochen, boten sprachliche Kommunikationsprobleme die grundlegendsten Schwierigkeiten in der Behandlung beschnittener Frauen. Mangelnde Verständigungsmöglichkeiten erschwerten die Aufnahme einer differenzierten Anamnese und das Gespräch mit der Patientin. Unter diesen Umständen war es oft auch schwierig, die betroffenen Frauen und ihre Angehörigen angemessen zu informieren und einen Eindruck ihrer Einstellung zur Frauen- bzw. Mädchenbeschneidung zu gewinnen.

Bei Problemen der sprachlichen Verständigung müsste unseren Erachtens eine Übersetzerin beigezogen werden. Wo Familienangehörige oder Partner diese Rolle übernehmen, sollte darauf geachtet werden, dass diese nicht "über den Kopf der Patientin hinweg" übersetzen und den Verlauf des Gesprächs dominieren. Generell ist der Einbezug und das Einverständnis von Partner und Familie sicher von Vorteil; besonders, wenn es um Entscheidungen in Bezug auf eine Defibulation oder um den Verzicht auf eine Reinfibulation geht.

Weiter können in einem sprachlich unproblematischen Gespräch Schranken abgebaut werden, die es auch der behandelnden Ärztin ermöglichen, Fragen zur erlittenen Verstümmelung zu stellen und Unsicherheiten zu formulieren. DolmetscherInnen übersetzen nicht nur Sprache, sondern auch "Kultur", und können dazu beitragen, dass heikle Themen in einer für beide Seiten adäquaten Weise diskutiert werden.

5.5 Folgerungen

Aufgrund der bis anhin geringen Anzahl von beschnittenen Frauen, die in der Schweiz medizinische Hilfe gesucht haben, scheint die Einrichtung spezialisierter Institutionen oder Behandlungsteams nicht gerechtfertigt. Bei der Betreuung der einzelnen Patientinnen wäre es jedoch sinnvoll, begrenzte Ad-hoc-Netzwerke zu schaffen, um die Zusammenarbeit und den Informationsfluss unter den konkret betroffenen Institutionen (Spital, Aufnahmezentrum, Mütterberatungsstelle usw.) zu gewährleisten. Ein umfassendes Betreuungskonzept muss unseren Erachtens nebst medizinischer und rechtlicher Information auch die Schaffung eines Klimas des Vertrauens, in dem Präventionsarbeit überhaupt erst wirksam geleistet werden kann, beinhalten. Ein solches Konzept sprengt jedoch den zeitlichen und personellen Rahmen einer medizinischen Institution; die einzelnen Aufgaben müssen verteilt und spezifisch wahrgenommen werden. In Kap. 6. möchten wir aufzeigen, wie Betreuung und Präventionsarbeit in einigen europäischen Ländern, die mit genitaler Verstümmelung von Mädchen und Frauen konfrontiert sind, gehandhabt werden.

Dabei halten wir ausdrücklich fest, dass nicht jede beschnittene Afrikanerin, die in der Schweiz medizinische Hilfe sucht, als potentielle "Beschneiderin" ihrer Töchter betrachtet werden darf. Wir sind der Meinung von SHAW (1985b: 196), dass längst nicht jede beschnittene Frau die Gesamtheit der Tradition und der Werte ihrer Kultur teilt und weitergibt.

Wo Prävention nicht notwendig ist, erleichtern es informierte BetreuerInnen und ÄrztInnen der Patientin, Vertrauen zu fassen und den Verlauf der Behandlung mitzubestimmen. Eine infibulierte Patientin in den USA drückte ihre Hoffnung, auch in der Migrationssituation auf vorbereitete ÄrztInnen und Hebammen zu treffen, folgendermassen aus:

They should know what I will look like and not ask me if I have been in an auto accident. They should know that the way I look is normal for me.

(LIGHTFOOT-KLEIN & SHAW 1991: 104)

6. DIE SITUATION IN ANDERN EUROPÄISCHEN STAATEN

In Frankreich und Grossbritannien hat die Immigration aus Afrika bereits eine jahrzehntelange Tradition und die beiden Länder wurden dadurch schon viel früher und in höherem Masse mit Frauenbeschneidung unter Migrantinnen konfrontiert. Die Situation in den Niederlanden hingegen ist vergleichbar mit derjenigen in der Schweiz: Genitale Verstümmelung von Frauen und Mädchen wurden anfangs der neunziger Jahre im Rahmen der Fluchtwelle aus Somalia zum Thema.

An dieser Stelle möchten wir die unterschiedlichen juristischen und präventiven Strategien, die die obgenannten Länder gewählt haben, kurz skizzieren, und damit die Situation in der Schweiz in einen grösseren Kontext stellen. Aus andern europäischen Staaten liegt dazu kein oder nur wenig Material vor.

6.1 Frankreich

6.1.1 Anzahl beschnittener Frauen und gefährdeter Mädchen

Ende 1982 lebten 112'779 AfrikanerInnen aus Ländern, in denen Frauenbeschneidung praktiziert wird, in Frankreich; die meisten von ihnen im Grossraum Paris. Zwei Drittel dieser MigrantInnen stammten aus Senegal, Mali und Côte-d'Ivoire, die restlichen 33% kamen zum grössten Teil aus andern Ländern Westafrikas. Nach einer Schätzung von GAMS (Groupe Femmes pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles) hielten sich zu diesem Zeitpunkt *12'500 beschnittene Frauen und 10'500 bereits beschnittene oder gefährdete Mädchen* in Frankreich auf (COLLECTIF 1984: 77-78).

Für 1991 wird die Zahl der afrikanischen ImmigrantInnen auf 500'000 geschätzt, und die an der juristischen Debatte massgeblich beteiligte Rechtsanwältin Linda Curiel-Weil nimmt an, dass die Anzahl der von genitaler Verstümmelung *bedrohten Mädchen auf 36'000 angewachsen* ist (UNGEHEUER 1991: 99).

6.1.2 Gesetzliche Regelung und ärztliche Standesregeln

Seit Ende der siebziger Jahre gelangten immer wieder Berichte von Exzisionen an afrikanischen Mädchen an die Öffentlichkeit und entfachten die Diskussion um die Strafbarkeit von genitalen Verstümmelungen in Frankreich. In der Debatte, die vor allem in intellektuellen Kreisen geführt wurde, bildeten sich zwei Lager: Die einen verlangten im Namen der Menschenrechte, insbesondere des Rechts auf körperliche Integrität, eine klare Ver-

urteilung dieser Praktiken durch Justiz und internationale Organisationen. Die andern postulierten die Nichteinmischung in eine Angelegenheit, die sie als ausschliesslich innerafrikanisch betrachteten (SAUREL 1981: 7-22). Diese Debatte ist auch heute noch nicht abgeschlossen (vgl. Kap. 7. und ARNAUD et al. 1981, ECHARD & MATHIEU 1982, REVUE du MAUSS 4 (1989), DROIT et CULTURES 20 (1990), JUNGER 1992).

In der französischen Gesetzgebung sind Exzision und Infibulation nicht explizit als Straftatbestand erwähnt. Es war unklar, ob gegen beschneidende Eltern oder traditionelle Beschneiderinnen überhaupt Anklage erhoben werden konnte. Die Justiz tat sich mit diesem juristisch und kulturell heiklen Problem schwer (COLLECTIF 1984: 8 & 67-75).

Klärung brachte 1983 ein Fall von Kindsmisshandlung, bei dem einem kleinen Mädchen von seiner (französischen) Mutter gewaltsam die Klitoris entfernt wurde. Der Kassationshof (oberstes Gericht in Frankreich) wertete dieses Delikt als Verstümmelung infolge Kindsmisshandlung nach Art. 312 des Strafgesetzbuches (vgl. Anhang 9). Obwohl es sich bei diesem Fall keineswegs um eine traditionelle Exzision gehandelt hatte, schuf dieses Urteil Präjudiz für alle hängigen Fälle von Mädchenbeschneidung. Mit Berufung auf Art. 312 wurden die angeklagten Eltern zu bedingten Gefängnisstrafen verurteilt (COLLECTIF 1984: 68-70 & VERNIER 1990: 193-197).

Seither hat sich unter dem Einfluss von drei Frauen- und Kinderrechtsorganisationen ('SOS Femmes Alternatives', 'Planing Familial' und 'Enfance et Partage'), die bei den Prozessen als Nebenklägerinnen auftraten, die Strafrechtspraxis weiter verschärft (VERNIER 1990: 195-196). 1991 wurde erstmals eine Beschneiderin zu einer unbedingten Gefängnisstrafe von fünf Jahren verurteilt (GILLETTE-FRENOY 1992: 42-43).

Auch medizinische Kreise mussten sich zunehmend mit ethischen und praktischen Fragen im Umgang mit genitaler Verstümmelung befassen. ÄrztInnen wurden mit Komplikationen von Exzisionen konfrontiert, und immer wieder kursierten Gerüchte, dass solche auch in französischen Spitälern durchgeführt würden; dieser Verdacht konnte jedoch nicht erhärtet werden (COLLECTIF 1984: 8).

Als Reaktion auf die zunehmende Verunsicherung der ÄrztInnen gab der 'Conseil National de l'Ordre des Médecins' 1982 eine Stellungnahme ab: Eine von ÄrztInnen durchgeführte Exzision verstösst gegen Art. 22 des 'Code de Déontologie', der festhält, dass Verstümmelungen nicht ohne schwerwiegende medizinische Gründe, nur nach eingehender Information und mit Einwilligung der betroffenen Person vorgenommen werden dürfen. Weiter empfiehlt der 'Conseil National' den ÄrztInnen, in der Anwendung der Bestimmungen, die ihnen erlauben, Misshandlungen an Minderjährigen den administrativen und medizinischen Behörden zu melden, vorsichtig vorzugehen. Er befürchtet im Falle der genitalen Verstümmelung, Meldungen von ärztlicher Seite könnten dazu führen, dass

den betroffenen Mädchen aus Angst vor Strafverfolgung medizinische Hilfe vorenthalten wird (vgl. Anhang 10 & 11).

In Frankreich wurde das bisher einzige uns bekannte Asylgesuch wegen drohender genitaler Verstümmelung gestellt. 1990 floh eine 22-jährige Malierin nach Frankreich, um einer von Bräutigam und Eltern geforderten Beschneidung zu entgehen. Ihr Asylgesuch begründete sie mit der massiven Bedrohung ihrer körperlichen Integrität. Die Behörden hielten dies für nicht überprüfbar und lehnten das Gesuch ab. Das oberste Gremium der Asylbehörde definierte jedoch genitale Verstümmelung als Menschenrechtsverletzung im Sinne der Genfer Konvention und anerkannte die Bedrohung durch eine gewaltsam erzwungene Beschneidung grundsätzlich als Asylgrund (UNGEHEUER 1991: 99).

6.1.3 Informations- und Präventionskonzepte

Im Zeitraum von 1982 bis 1991 in Frankreich wurden insgesamt drei Untersuchungen durchgeführt, die zum Ziel hatten, die Hintergründe genitaler Verstümmelung im Migrationskontext besser zu erfassen und Anregungen für Informations- und Präventionsarbeit zu formulieren.

Die 1982 vom Ministerium für Frauenrechte beauftragte Arbeitsgruppe (COLLECTIF) kommt in ihrer 1984 publizierten Untersuchung zu folgenden Schlüssen: Allen befragten Familien wurde erst durch die meist sehr publikumswirksam gestaltete Prozessberichtserstattung in den Medien klar, dass die Durchführung einer Exzision in Frankreich strafbar ist. Zur Beschneidung ihrer Töchter hatte keine der Familien einen Arzt aufgesucht, die Zirkumzision der Söhne hingegen wurde ausnahmslos im Spital oder beim Arzt ausgeführt. Die meisten der befragten Frauen sahen keinen Zusammenhang zwischen Beschneidung und Komplikationen beim Gebären oder beim Sexualverkehr; diese wurden eher auf die schlechte Technik der Beschneiderinnen als auf die Beschneidung als solche zurückgeführt. Das Bewusstsein für die gesundheitsschädigenden Folgen der Beschneidung war bei Migrantinnen städtischer Herkunft grösser als bei Frauen aus ländlichen afrikanischen Gegenden. Die Anzahl Jahre, die eine Frau bereits in Frankreich verbracht hatte, beeinflusste dieses Problembewusstsein nicht wesentlich (COLLECTIF 1984:36-40).

Die Untersuchung von Anne RAULIN (1987) im Auftrag der 'Fédération de l'Éducation nationale' bestätigt die unterschiedliche Einstellung zur Frauenbeschneidung je nach Herkunft der Migrantinnen. Gegnerinnen entstammen vor allem der Gruppe der afrikanischen Städterinnen, die über ein höheres Bildungsniveau und bessere Französischkenntnisse verfügen und aktiver am gesellschaftlichen Leben in Frankreich teilneh-

men. Ihre ablehnende Haltung der Beschneidung gegenüber ist nach RAULIN als Zeichen einer persönlichen Emanzipation und als Ausdruck ihrer Integrationsbestrebungen zu werten. Verfechterinnen der Exzision sind Frauen ländlicher Herkunft, die oft kaum französisch sprechen und in Frankreich wenig integriert sind. Beiden Gruppen gemeinsam ist, dass gesundheitliche und sexuelle Folgen der Exzision differenziert betrachtet werden: Die Frauen berichten auch von problemlosen Geburten und beschwerdefreier Menstruation und weisen Frigidität entschieden von sich. Einig sind sie sich auch darin, dass die Migration eine gewisse Emanzipation von der Autorität der älteren Frauengeneration erlaubt; die Generation, die im Herkunftsland in letzter Instanz über Fragen der Beschneidung bestimmt (RAULIN 1990: 162-165).

Zu ähnlichen Schlüssen kommt auch die 1991 durchgeführte Untersuchung von Isabelle GILLETTE-FRENOY. Sie stellt fest, dass trotz der Strafprozesse, deren Ausgang unter afrikanischen MigrantInnen durchaus wahrgenommen wurde, in Frankreich weiterhin Exzisionen durchgeführt werden. Einen Grund dafür sieht auch sie in den fehlenden Möglichkeiten oder im fehlenden Willen zur Integration, was vor allem für Migrantinnen oft zu einem Leben in Isolation führe und eine Auseinandersetzung mit alternativen Sichtweisen der traditionellen Praktiken gar nicht erst erlaube. Die Exzision würde oft als Ausdruck der Verbindung zur Kultur des Ursprungslandes und damit als unerlässlich empfunden, auch wenn keine Rückkehr geplant sei. Ausschlaggebend sei auch die Angst vor dem Druck der eigenen sozialen Gemeinschaft in Frankreich wie auch im Herkunftsland (GILLETTE-FRENOY 1992: 45).

Alle drei Autorinnen betonen in ihren *Empfehlungen zur Bekämpfung* der Exzision in Frankreich den hohen präventiven Stellenwert von Information und Hilfe zur Integration. Die vom Ministerium für Frauenrechte eingesetzte Arbeitsgruppe fordert als zusätzliche Massnahme, dass ein *explizites Verbot* der genitalen Verstümmelung von Frauen und Mädchen im Strafgesetzbuch verankert wird; dies in der Hoffnung, die Information über die Rechtslage in Frankreich wirkungsvoller formulieren zu können (COLLECTIF 1984: 81).

Dass aber Massnahmen auf der juristischen Ebene allein nicht genügen können, zeigt eine 1981 eingereichte Petition von ÄrztInnen der Centres PMI (Protection Maternelle et Infantile), die sich mit den Folgen der Exzision bei Mädchen konfrontiert sahen. Sie machten auf die Unvereinbarkeit von Meldepflicht und der Schaffung eines Vertrauensklimas aufmerksam und forderten eine Suche nach alternativen Lösungsansätzen (vgl. Anhang 12).

Sowohl die Arbeitsgruppe als auch GILLETTE-FRENOY schlagen vor, *Präventionsmassnahmen im Rahmen der öffentlichen Gesundheitsversorgung* einzubauen. Afrikanerinnen sollen bei der Planung der Präventionsarbeit miteinbezogen werden und als Animatorinnen und Übersetzerinnen mitarbeiten. Angehörige sozialer und medizinischer Be-

rufe, die ImmigrantInnen betreuen, müssen für das Thema Frauenbeschneidung sensibilisiert und für die präventive Arbeit spezifisch ausgebildet werden (COLLECTIF 1984: 82-85 & GILLETTE-FRENOY 1992: 46-48).

In einigen Centres PMI wurde versucht, diese Postulate zu verwirklichen. Mit Hilfe von afrikanischen Übersetzerinnen wird dort versucht, mit den Eltern über Beschneidung zu reden und sie über medizinische und strafrechtliche Konsequenzen zu informieren. Die Resultate scheinen vielversprechend. Nach Aussagen von Mitarbeiterinnen hat das Thematisieren der Beschneidung die afrikanischen Mütter nicht vom Besuch der Zentren abgehalten und die Zahl der frisch exzidierten Mädchen, die ins Zentrum gebracht werden, scheint im Abnehmen begriffen zu sein (NISAK 1986: 50 & 52).

Konkrete quantitative Evaluationen dieser Präventionsmassnahmen stehen jedoch zur Zeit noch aus.

6.2 Grossbritannien

6.2.1 Anzahl beschnittener Frauen und gefährdeter Mädchen

In der uns zugänglichen Literatur haben wir keine Angaben über die Anzahl Afrikanerinnen, die zur Zeit in Grossbritannien leben, gefunden. FORWARD (Foundation For Women's Health, Research and Development), eine nichtstaatliche Organisation, die die Gesundheit von afrikanischen MigrantInnen fördern will und deshalb der Frauenbeschneidung besondere Aufmerksamkeit schenkt, schätzt, dass 1991 *10'000 Mädchen* durch eine drohende Beschneidung *gefährdet* waren (DORKENOO 1992a: 2). Die Eltern dieser Kindern stammen vorwiegend aus Somalia (SomalierInnen bilden die grösste Flüchtlingsgruppe in Grossbritannien), Sudan, Ägypten und Sierra Leone (KOGBARA, ALDERSON & DICKSON 1992: 5). FORWARD hat zudem eine Untersuchung bei 65 Sozialämtern (local social work departments) durchgeführt. 10 davon mussten bereits wegen einer drohenden genitalen Verstümmelung intervenieren und 18 andere Ämter vermuten, dass Frauenbeschneidungen in ihrem Gebiet durchgeführt werden (HEDLEY & DORKENOO 1992: 8). Louise Panton, eine Filmproduzentin bei der BBC, hat anfangs der neunziger Jahre bei Recherchen für einen Dokumentarfilm über genitale Verstümmelungen in Grossbritannien mit verschiedenen Gruppen von betroffenen Frauen gesprochen. Bei allen Gruppen hat sich dasselbe Bild gezeigt; ein Drittel der Frauen war gegen die genitalen Verstümmelungen und zwei Drittel der Frauen wollten ihre Töchter unbedingt beschneiden lassen (WHYTE 1991: 18). Sowohl FORWARD wie Louise Panton waren von den Resultaten ihrer Recherchen überrascht. Sie hatten eine kleinere Anzahl bedrohter Mädchen sowie eine geringere Befürwortungsrate der Frauenbeschneidung erwartet.

6.2.2 Gesetzliche Regelung

Mit dem Inkrafttreten des 'Prohibition of Female Circumcision Act 1985' (vgl. Anhang 13) wurde jegliche Form genitaler Verstümmelung von Frauen und Mädchen in Grossbritannien verboten. Beihilfe, Unterstützung, Empfehlung und Vermittlung, die zur Durchführung einer Verstümmelung führen, sind ebenfalls strafbar. Nicht strafbar sind von ÄrztInnen durchgeführte Operationen, wenn ein physischer oder psychischer Grund diese rechtfertigt. Es wird jedoch ausdrücklich darauf hingewiesen, dass kulturelle oder religiöse Gründe nicht als psychische Gründe angesehen werden können. Das Hauptziel dieses 'Act' ist laut Ogiarnien:

"...to prohibit the surgical operation of FC by any person on customary or ritual ground".

(OGIAMIEN 1988: 118)

Dieser Gesetzesartikel war als Grundsatzerklärung willkommen, bot aber nach Meinung von FORWARD ungenügenden Schutz. Efua Dorkenoo sieht folgende drei Lücken:

"First there is a loophole in the law whereby if mutilation happened outside the UK, then it is out of British jurisdiction. My experience working with the communities shows that most parents take the children to Africa or to the Middle East for mutilation to take advantage of this loophole. Secondly the law left room for mutilation to be done on the grounds of mental health. As such if a woman goes to a doctor and says that she is depressed because she is not mutilated, the operation can be performed.

Lastly it is done to children who do not have a voice. For the law to work you need to take a doctor or a circumciser to court for mutilating her sexual organs, and to provide the court with evidence based on the personal testimony of the personal experience of the victim or the account of an eyewitness. This is unlikely to happen in the case of the child victim. The parents, other family members and the nurses present at the operation, who are the sole eyewitnesses would not give such evidence either for fear of self incrimination".

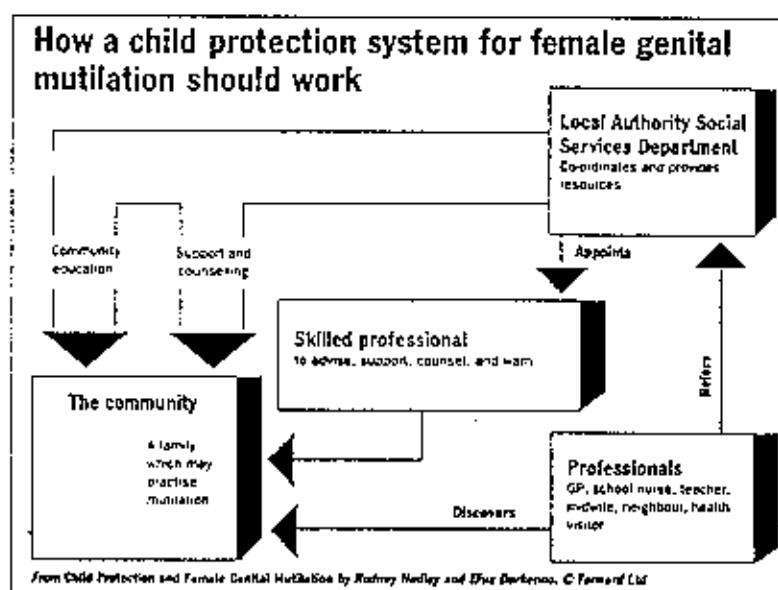
(DORKENOO 1992a: 4)

Um diese Lücken zu schliessen, beschloss FORWARD, sich dafür einzusetzen, dass bei drohender genitaler Verstümmelung Kinderschutzmassnahmen eingeleitet werden können. Der 'Children Act 1989', der im Oktober 1991 in Kraft getreten ist, bringt diese gesetzliche Möglichkeiten. Im Handbuch 'Working together under the Children Act 1989', welches das Vorgehen im Rahmen dieses neuen 'Children Act' erläutert, ist ein Kapitel den genitalen Verstümmelungen gewidmet. Die AutorInnen hoffen, damit eine besondere Aufmerksamkeit auf dieses Problem zu lenken (HEDLEY & DORKENOO 1992: 4).

Figur 3 stellt die Vorgehensweise im Falle einer drohenden genitalen Verstümmelung graphisch dar:

Berufsleute (professionals) wie LehrerInnen, SozialarbeiterInnen usw., die den Verdacht hegen, dass bei einem von ihnen betreuten Mädchen eine Beschneidung bevorsteht, melden dies dem lokalen Sozialdienst (local authority social service department). Dieser nimmt das bedrohte Mädchen auf seine Liste der gefährdeten Kinder und schickt eine

speziell ausgebildete Betreuerin in die Familie. Diese Person versucht, eine Vertrauensbeziehung zur Familie aufzubauen, damit sie Probleme rund um die Frauenbeschneidung, wie auch allgemeine Normen und Wertvorstellungen, besprechen kann. Sie informiert über das Verbot von Frauenbeschneidung in Grossbritannien. Durch den regelmässigen Kontakt zur Familie schätzt sie die Gefährdung des Mädchens ein. Diese Besuche werden gemacht, bis sich die Familie bereit erklärt, auf eine Beschneidung zu verzichten. Falls sich die Familie nicht unstimmen lässt, kann das Mädchen unter Vormundschaft gesetzt werden und im Extremfall mit einer Ausreiseperrre belegt werden. In der Praxis wird diese Massnahme nur eingesetzt, wenn alle Möglichkeiten des Gesprächs ausgeschöpft sind (HEDLEY & DORKENOO 1992: 16-17, SONE 1992: 16-17).



Figur 3: Vorgehensweise im Falle einer drohenden genitalen Verstümmelung (aus: SONE 1992: 16)

In Grossbritannien wurde bis anhin darauf verzichtet, gegen beschneidende Eltern Strafverfahren einzuleiten. Efua DORKENOO befürchtet, dass diese das Vertrauensverhältnis von lokalen Behörden und auch von FORWARD zu den 'ethnic communities' gefährden könnten (Gespräch vom 30.10.92 in London).

6.2.3 Informations- und Präventionskonzepte

Erste Richtlinien für Informations- und Präventionsstrategien innerhalb Grossbritanniens wurden 1989 an der von FORWARD organisierten 'First National Conference on Female Genital Mutilation' erarbeitet, an der sowohl VertreterInnen sozialer und medizinischer

Berufe wie auch VertreterInnen der 'ethnic minority communities' teilnahmen. Diese Richtlinien können in folgende drei Schwerpunkte zusammengefasst werden:

1. Die Forderung an das 'Department of Health', genitale Verstümmelung in die Liste der Gesundheitsrisiken für Kinder aufzunehmen und Kindesschutzmassnahmen vorzusehen, wurde 1991 mit dem Inkrafttreten des 'Children Act 1989' erfüllt (vgl. Kap. 6.2.2).
2. Das 'Department of Health' wird aufgefordert, alle im Gesundheitssektor und Sozialdienst tätigen Angestellten über Mädchenbeschneidung zu informieren, damit Präventionsmassnahmen in deren Arbeit integriert werden können. Auch zur Information von LehrerInnen, JuristInnen und der Polizei soll geeignetes Unterrichtsmaterial ausgearbeitet werden.
3. VertreterInnen der afrikanischen 'ethnic minority communities' sollen an Tagungen und Seminaren in die Planung von Kampagnen einbezogen werden. Informations- und Sensibilisierungsarbeit soll von der öffentlichen Hand finanziert und auf lokalem Niveau, d. h. innerhalb der 'communities' und nach 'grassroot'-Prinzipien erfolgen (HEDLEY & DORKENOO 1992: 11-12).

In der Folge wurde FORWARD vom 'Department of Health' beauftragt, Unterrichtsmaterialien zur Schulung Angehöriger medizinischer und sozialer Berufe auszuarbeiten. Entsprechende Kurse werden heute von Mitarbeiterinnen des FORWARD regelmässig durchgeführt (DORKENOO 1992a: 5).

Weiter hat FORWARD ein Handbuch (ADAMSON 1992) geschaffen, das MitarbeiterInnen der Sozialdienste, die mit der Durchsetzung von Kindesschutzmassnahmen betraut sind, anleiten und in dieser schwierigen Aufgabe unterstützen soll.

Neben der Informationsarbeit auf der BetreuerInnenseite, ist zur Zeit ein Versuch im Gange, afrikanische Frauen im Rahmen von Englischkursen für gesundheitliche und strafrechtliche Konsequenzen der Frauenbeschneidung zu sensibilisieren. FORWARD hat auch Selbsthilfegruppen für junge, in Grossbritannien geborene und aufgewachsene Afrikanerinnen, die eine Defibulation vornehmen lassen möchten, initiiert. In den Gruppen hat sich gezeigt, dass gerade diese Frauen, die in die britische Gesellschaft integriert sind, Frauenbeschneidung vehement ablehnen und zum Teil unter ihrem eigenen Beschnittensein massiv leiden (WHYTE 1991: 18 und DORKENOO, Gespräch vom 30.10. 1992 in London).

Efua DORKENOO sieht in diesen jungen Afrikanerinnen und in Familien und 'community leaders', die die Tradition der Beschneidung bereits aufgegeben haben, wichtige AnsprechpartnerInnen, um mit der Abschaffungs-Idee in die 'communities' zu gelangen. Sie misst der Tatsache, dass sich AfrikanerInnen in ihrer eigenen Gemeinschaft gegen Frau-

enbeschneidung aussprechen, grosse Wirkung zu (Gespräch vom 30. 10. 1992 in London).

Ein solches Netz von Selbsthilfegruppen, Sensibilisierungsarbeit von FORWARD und staatlicher Kontrolle und Intervention funktioniert derzeit nur in einer beschränkten Anzahl von 'communities'. Dorkenoo setzt ihre Hoffnung jedoch in den Schneeballeffekt, den Information und Anstoss zur Selbsthilfe auslösen (DORKENOO 1992a: 5-7).

FORWARD ist auch in internationalem Rahmen aktiv. Im Juli 1992 fand in London die erste Tagung über genitale Verstümmelung von Mädchen auf europäischer Ebene statt. Die Konferenz sprach sich klar gegen eine Medikalisierung der Frauenbeschneidung aus und strebte eine Koordination und Vereinheitlichung der Abschaffungsbemühungen in Nordamerika und Europa an (vgl. 'London Declaration', Anhang 14).

6.3 Die Niederlande

6.3.1 Anzahl beschnittener Frauen und gefährdeter Mädchen

In den Niederlanden sehen sich Gesundheitsdienste und FlüchtlingsbetreuerInnen seit Anfang der neunziger Jahre mit Problemen durch genitale Verstümmelung konfrontiert. Bei den betroffenen Frauen handelt es sich dabei fast ausschliesslich um Asylsuchende aus Somalia. Nach einer Aussage von Koos Bartels (einer Ärztin und Ethnologin, Mitautorin einer Studie unter somalischen Asylbewerberinnen) in einem kürzlich auch in der Schweiz ausgestrahlten Fernsehfilm über Frauenbeschneidung (JUNGER 1992) halten sich 1992 ungefähr 6'000 SomalierInnen in den Niederlanden auf. Darunter befinden sich 2'700 Frauen, von denen wir annehmen können, dass sie alle *infibuliert* sind, und ca. 100 Mädchen im Alter von unter 10 Jahren. Bartels geht davon aus, dass diese Mädchen noch unbeschnitten und deshalb als *gefährdet* zu betrachten sind.

6.3.2 Gesetzliche Regelung

In den Niederlanden bestand vor 1993 keine gesetzliche Regelung in Bezug auf genitale Verstümmelung. FlüchtlingsbetreuerInnen und GynäkologInnen wurden jedoch durch somalische Asylbewerberinnen vermehrt mit Wünschen nach Reinfibulation (meist als Folge einer Vergewaltigung, vgl. Kap. 5.2) und nach Beschneidung der Töchter konfrontiert (BARTELS & HAAIJER 1991). Dadurch wurde die Debatte um eine gesetzliche Regelung eröffnet.

Heftige Kontroversen um den Inhalt des zu schaffenden Gesetzesartikels löste die Studie von BARTELS und HAAIJER (1992) aus, die Somalierinnen zu ihrer Einstellung zur

Frauenbeschneidung befragten. Ihre Untersuchung ergab, dass 17% der befragten Frauen gegen jegliche Form der Beschneidung waren. 54% sprachen sich gegen die Infibulation, aber für eine "mildere" Beschneidung aus, 29% befürworteten die Infibulation (BARTELS & HAAIJER 1992: 123). Im Verlauf der Gespräche stellte sich zudem heraus, dass mehrere Frauen aktiv versuchten, in den Niederlanden eine BeschneiderIn für ihre Töchter zu finden (JUNGER 1992).

Auf dem Hintergrund dieser Ergebnisse formulierten die beiden Autorinnen eine Strategie, die die Bekämpfung der stark verstümmelnden Formen von Beschneidung vorsah und Mütter, die sich für eine "mildere" Form aussprachen, unterstützen sollte. GynäkologInnen sollte es demnach erlaubt sein, einen Einschnitt in die Klitoris, von den Autorinnen 'Incision' genannt, durchzuführen (JUNGER 1992).

Dieser Vorschlag einer medikalisierten Mädchenbeschneidung stiess am 'Symposium über genitale Verstümmelung von Mädchen in den Niederlanden' im Oktober 1992 in Leiden auf heftige Kritik. Die anwesenden Vertreterinnen von Organisationen, die sich seit langem mit Abschaffungsstrategien auseinandersetzen (u.a. das Inter-African Committee IAC und FORWARD-International) argumentierten, dass eine Medikalisierung der Beschneidung allen auf internationaler Ebene abgegebenen Empfehlungen widerspreche. Erfahrungen aus dem Sudan und Dschibuti haben gezeigt, dass sich ein Teilverbot der Beschneidung als Fehlschlag erwiesen hat: die Mädchen wurden nach der "milderen" Beschneidung im Spital anschliessend zu Hause infibuliert. Untersuchungen unter jungen Afrikanerinnen, die in Europa aufgewachsen sind und auch hier zu bleiben gedenken, haben gezeigt, dass sie *jegliche* Form von Beschneidung ablehnen; und es stellt sich die Frage, wie sich ein längerer Aufenthalt der Somalierinnen in den Niederlanden auf ihre Einstellung auswirken wird (DORKENOO 1992b: 2-3).

Die Gegnerinnen der medikalisierten Beschneidung setzten sich in der Debatte durch und gaben ihre Empfehlung für ein totales Verbot von genitaler Verstümmelung an die Regierung ab. Ein entsprechendes Gesetz ist im Februar 1993 in Kraft getreten (vgl. Anhang 15).

6.3.3 Informations- und Präventionskonzepte

Seit Januar 1993 wird im Rahmen der Stiftung 'Pharos', einem Informationszentrum für Flüchtlinge in Utrecht, spezifische Information über medizinische und strafrechtliche Konsequenzen der Frauenbeschneidung abgegeben und eine Betreuung von beschnittenen Migrantinnen angeboten (vgl. Anhang 15).

Wie in der Schweiz sind auch in den Niederlanden die GynäkologInnen mit den Komplikationen von Infibulationen und mit Geburten bei infibulierten Frauen konfrontiert. Sie wählen häufig den Weg der Defibulation, um eine langfristige Verbesserung des Gesundheitszustandes der infibulierten Frau erreichen (REYNER 1989, JUNGER 1992).

Am Symposium in Leiden im Oktober 1992 wurde die erste Sektion von FORWARD-International, FORWARD-Netherlands, gegründet, mit dem Ziel, auch in den Niederlanden Informations- und Präventionsstrategien auszuarbeiten und zu koordinieren (DORKENOO 1992b:1).

7. KULTURRELATIVISMUS VERSUS MENSCHEN- RECHTE

Zum Schluss bleibt die Frage, mit welcher Berechtigung wir als weisse Frauen und Männer, Feministinnen und EthnologInnen über Frauenbeschneidung diskutieren, forschen und mit Berichten an die Öffentlichkeit gelangen.

Leisten wir damit einer rassistischen Sichtweise der afrikanischen Kultur und insbesondere der afrikanischen Geschlechterbeziehung Vorschub? Mischen wir uns in neo-kolonialer Weise in eine Angelegenheit ein, die uns nicht angeht und die wir letztlich nicht in vollem Umfang begreifen können? Oder ist genitale Verstümmelung lediglich *ein* Ausdruck weltweiter patriarchalischer Verhältnisse; ein gewaltsamer Angriff gegen Frauen und Kinder wie hierzulande Vergewaltigung, sexueller Missbrauch von Kindern und Pornografie?

Die Beschäftigung mit Frauenbeschneidung ist eine ethische Gratwanderung. EthnologInnen versuchen bereits seit längerem, im Spannungsfeld zwischen Kulturrelativismus und dem Gedanken universal gültiger Menschenrechte eine Haltung zu finden. In Frankreich wurde die Debatte unter dem Eindruck der Beschneidungsprozesse und deren extensiven Rezeption in der Presse besonders heftig geführt. Im einen Lager plädierten EthnologInnen mit den Argumenten, die Frauenbeschneidung habe Initiationscharakter, sei ein Bestandteil der ethnischen Identität und deshalb mit positiven Werten besetzt, für die Nichteinmischung und gegen eine Kriminalisierung (z. Bsp. CAILLÉ 1989a + b). Andere entgegneten, dass Infibulation und Exzision auch in afrikanischen Ländern längst nicht mehr unumstritten seien. Mit der heutigen Tendenz, Mädchen bereits im Säuglingsalter und durch professionelle, gutverdienende BeschneiderInnen beschneiden zu lassen, habe die Praktik ihren Initiationscharakter und ihre rituelle Einbettung verloren (z. Bsp. MONGIN 1989, VERDIER 1990). MONGIN (1989: 143) postuliert, eine Gesellschaft sei - hier wie dort - am Respekt zu messen, den sie dem Menschen und seiner körperlichen Integrität entgegenbringt.

Wir schliessen uns dieser Haltung an, mit dem Bewusstsein, dass auch in unserer eigenen Kultur die körperliche und psychische Integrität von Frauen und Kindern dauernden Angriffen ausgesetzt ist. Kriminalisierung und spektakuläre Verurteilungen haben unseren Erachtens wenig präventive Wirkung. Das Recht afrikanischer Mädchen auf ihre körperliche Integrität muss aber explizit geschützt und auch durchgesetzt werden. Die Anwendung von Kinderschutzmassnahmen, wie sie in Grossbritannien praktiziert wird (vgl. Kap. 6.2.3), scheint uns ein gangbarer Weg zu sein.

Uns scheint es wichtig, hier in unserer eigenen Gesellschaft ohne moralisierende Urteile über die "afrikanische Kultur", gegen genitale Verstümmelung Stellung zu beziehen und damit auch innerafrikanische Abschaffungsbestrebungen zu unterstützen. In andern Lebensbereichen werden unsere Werte und Rechtsnormen MigrantInnen gegenüber fraglos

durchgesetzt; in der Frage der Frauenbeschneidung im Namen der "Multikulturalität" Toleranz zu üben, scheint uns letztlich ein Ausdruck unserer Hilflosigkeit dieser Praktik gegenüber.

Stellung zu beziehen, heisst auch, die gesundheitsgefährdenden Folgen der Beschneidung, die für über 100 Mio. Frauen in Afrika eine Lebensrealität bedeuten und die mit der zunehmenden Verbreitung von AIDS eine neue Dimension erhalten könnten, anzuerkennen. Prävention bedeutet in diesem Sinne, uns dafür einzusetzen, dass diese Realität in der Entwicklungszusammenarbeit bei Planung und Finanzierung von Frauen- und Basisgesundheitsprojekten einbezogen wird.

8. SCHLUSSBEMERKUNGEN

Im Sommer 1992 bot sich uns die Gelegenheit, unsere Daten aus einer provisorischen Auswertung der Fragebogen an der Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe vorzustellen. Das Thema wurde mit Interesse aufgenommen und in der Tagespresse mit zwei Artikeln kommentiert LAING-IMHOF 1992 (Tagesanzeiger) und ZORAN 1992 (Le Nouveau Quotidien)).

Eine direkte Folge des Artikels im 'Tagesanzeiger' war eine parlamentarische Interpellation, die den Bundesrat aufforderte, die Rechtslage bezüglich genitaler Verstümmelung in der Schweiz abzuklären (vgl. Kap. 2. und Anhang 5).

Weiter wurde die Arbeitsgruppe ANTAGEM verschiedentlich eingeladen, bei Betreuerinnen von Erstaufnahmezentren und an der Hebammenschule Bern über Hintergründe der Frauenbeschneidung zu informieren.

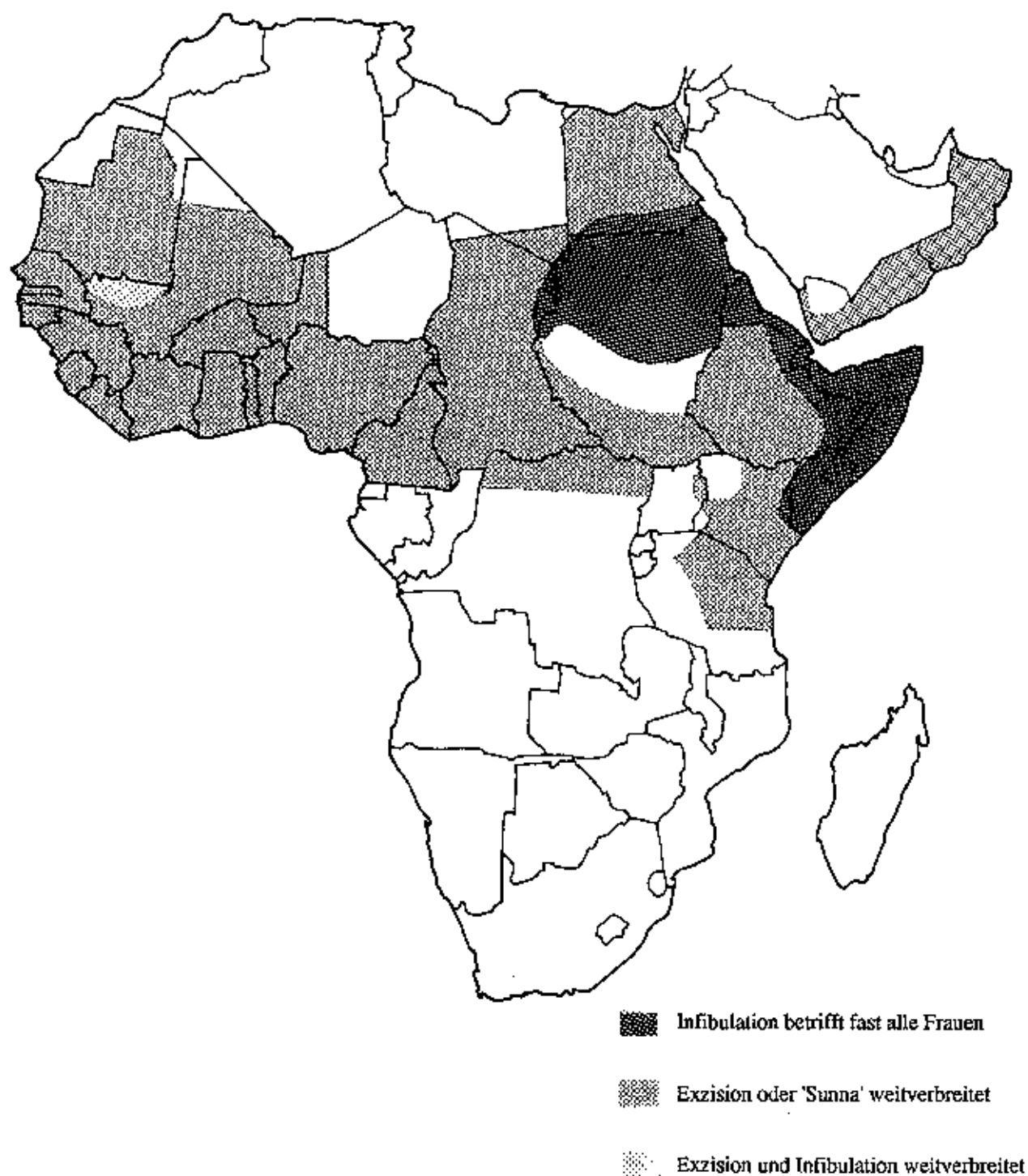
Wir möchten auch auf zwei weitere Arbeiten zu genitaler Verstümmelung hinweisen: Eine Umfrage von E. HORAT WEINGARTNER bei allen Schweizer PädiaterInnen (Rücklaufquote 44%) hat ergeben, dass im Zeitraum von 1990 bis 1993 lediglich ein(e) PädiaterIn zwei beschnittene Mädchen behandelt hat. 45 PädiaterInnen haben Mädchen aus afrikanischen Ländern behandelt, da aber nicht jede pädiatrische Konsultation eine gynäkologische Untersuchung beinhaltet, ist unklar, wieviele dieser Mädchen beschnitten waren. Von einer in der Schweiz vorgenommenen Beschneidung hatte keine(r) der Befragten Kenntnis (HORAT WEINGARTNER 1993: 3).

Die zweite Arbeit ist zur Zeit im Entstehen begriffen: Ch. BECK-KARRER hat fünf Monate lang in einem Aufnahmezentrum für somalische Flüchtlinge gearbeitet und mit ihnen Gespräche über Infibulation geführt. Diese Arbeit wird uns wesentliche Aufschlüsse u. a. auch darüber geben, wie somalische Frauen unseren Umgang mit Frauenbeschneidung erleben, sei es im Zentrum, bei der gynäkologischen Untersuchung oder bei einer Geburt. Ein Resultat der Studie von Ch. Beck-Karrer sei hier vorweggenommen: frau kann (mit Hilfe einer Übersetzerin) ohne grosse Umschweife mit den somalischen Frauen über ihr Infibuliertsein reden, fragen, zuweilen sogar darüber scherzen und lachen...

ANHANGVERZEICHNIS

- Anhang 1: Verbreitung der genitalen Verstümmelungen von Frauen in Afrika und Nachbargebieten
- Anhang 2: Beschneidungsformen und -folgen
- Anhang 3: Beschnittene Frauen in der Schweiz nach Herkunftsland und Aufenthaltsbewilligung
- Anhang 4: Erklärung zur Vornahme ritueller, sexuell verstümmelnder Eingriffe bei Frauen (Schweiz. Akademie der medizinischen Wissenschaften)
- Anhang 5: Interpellation Caspar-Hutter von 7. Oktober 1992 und Antwort des Bundesrates vom 1. Mai 1993
- Anhang 6: Fragebogen
- Anhang 7: Rücklauf der Fragebogen
- Anhang 8: Interview-Leitfaden
- Anhang 9: Code pénal Art. 312
- Anhang 10: Code de déontologie Art. 22, Art. 44, Art. 45, Art. 2
- Anhang 11: Ordre national des médecins 1982
- Anhang 12: Appel de 65 médecins de PMI, octobre 1981
- Anhang 13: Prohibition of Female Circumcision Act 1985
- Anhang 14: London Declaration
- Anhang 15: Beilage zum Brief von Marcel Reyners an Efua Dorkenoo vom 10.2.1993

VERBREITUNG der GENITALEN VERSTÜMMELUNGEN von FRAUEN in AFRIKA und NACHBARGEBIETEN



Beschneidungsformen und -folgen

Beschneidungsformen

Sunna

Entfernung der Klitorisvorhaut, der Klitorisspitze oder der ganzen Klitoris.

Exzision

Entfernung der Klitoris und der kleinen Schamlippen.

Infibulation ('pharaonische' Beschneidung)

Entfernung der Klitoris und der kleinen Schamlippen. Die grossen Schamlippen werden ausgeschabt und über der Wunde bis auf eine kleine ('hirsekorngrösse') Öffnung zugenäht.

Beschneidungsfolgen

Unmittelbare Folgen

Trauma, Blutungen, post-operativer Schock, Infektionen (u.a. auch Tetanus und HIV), Verletzung von Vagina, Damm, Harnweg, Anus und Rectum durch Ungeschick der BeschneiderInnen oder Widerstand der Mädchen.

Langfristige Folgen

Miktionsbeschwerden, Urinretention, chronische Urogenitalinfekte, schmerzhaftes Menstruation und Retention von Menstrualblut, erhöhte Sterilitätsrate. Bildung von unelastischen Narbengewebe, welche zu Komplikationen bei Sexualverkehr und Geburt führen. Erhöhtes Aids-Risiko durch Verletzungen beim Sexualverkehr, bei Episiotomien und Bluttransfusionen.

Beschnittene Frauen in der Schweiz nach Herkunftsland und Aufenthaltsbewilligung (Seite 1)

Herkunftsland	% beschnittene Frauen im Herkunftsland (1)	Frauen mit Niederlassung (2)		Asylsuchende Frauen 1990		Asylsuchende Frauen 1991	
		Total	Beschnittene	Total	Beschnittene	Total	Beschnittene
Ägypten	50%	259	130	0	0	0	0
Äthiopien	90%	256	230	134	121	129	116
Benin	20%	21	4	0	0	1	0
Burkina Faso	70%	4	3	1	1	0	0
Dschibuti	100%	0	0	0	0	0	0
Elfenbeinküste	60%	38	23	4	2	3	2
Ghana	20%	94	19	89	18	221	44
Guinea	50%	8	4	0	0	0	0
Guinea-Bissau	50%	5	3	2	1	3	2
Kenia	60%	98	59	4	2	1	1
Liberia	20%	12	2	8	2	31	6
Mali	90%	6	5	0	0	3	3
Mauritanien	25%	1	0	0	0	0	0
Niger	20%	1	0	0	0	4	1
Nigeria	50%	29	15	21	11	55	28
Senegal	50%	44	22	0	0	1	1
Sierra Leone	90%	11	10	1	1	1	1
Somalia	100%	33	33	48	48	376	376
Sudan	90%	28	25	3	3	3	3
Tansania	10%	22	2	0	0	0	0
Togo	20%	46	9	0	0	9	2
Tschad	20%	15	3	1	0	1	0
Uganda	5%	51	3	2	0	3	0
Zaire	5%	415	21	199	10	372	19
Zentralafrikanische Republik	20%	5	1	0	0	0	0
Total		1502	626	517	220	1217	605

(1) nach HOSKENS 1982

Quelle: Bundesamt für Ausländerfragen (Stand 31.12.91) und

Bundesamt für Flüchtlinge (Stand 1.1.92)

(2) Frauen = weibliche Personen >16 J.

Beschnittene Frauen in der Schweiz nach Herkunftsland und Aufenthaltsbewilligung (Seite 2)

Herkunftsland	% beschnittene Frauen im Herkunftsland (1)	anerkannte Flüchtlinge seit 1986		humanitäre Regelung seit 1986		asylsuchende Frauen seit 1986	
		Total	Beschnittene	Total	Beschnittene	Total	Beschnittene
Ägypten	50%	0	0	6	3	9	5
Äthiopien	90%	51	46	92	83	518	466
Benin	20%	0	0	0	0	2	0
Burkina Faso	70%	0	0	0	0	2	1
Dschibuti	100%	0	0	0	0	0	0
Elfenbeinküste	60%	0	0	0	0	10	6
Ghana	20%	0	0	16	3	447	89
Guinea	50%	0	0	3	2	0	0
Guinea-Bissau	50%	1	1	0	0	6	3
Kenia	60%	0	0	0	0	5	3
Liberia	20%	0	0	0	0	44	9
Mali	90%	0	0	0	0	4	4
Mauretanien	25%	0	0	0	0	0	0
Niger	20%	0	0	0	0	4	1
Nigeria	50%	0	0	0	0	92	46
Senegal	50%	0	0	0	0	6	3
Sierra Leone	90%	0	0	0	0	2	2
Somalia	100%	6	6	3	3	531	531
Sudan	90%	0	0	0	0	7	6
Tansania	10%	1	0	0	0	1	0
Togo	20%	0	0	0	0	13	3
Tschad	20%	1	1	6	1	5	1
Uganda	5%	1	0	3	0	5	0
Zaire	5%	6	0	310	16	898	45
Zentralafrikanische Republik	20%	0	0	6	1	0	0
Total		67	54	445	112	2611	1224

(1) nach HOSKENS 1982

Quelle: Bundesamt für Flüchtlinge (Stand 1.1.92)

Beschnittene oder von Beschneidung bedrohte Mädchen in der Schweiz
nach Herkunftsland und Aufenthaltsbewilligung

Herkunftsland	% beschnittene Frauen im Herkunftsland (1)	Mädchen (< 16 J.) mit Niederlassung		Mädchen (< 7 J.) mit Niederlassung	
		Total	Beschnittene oder von Beschneidung bedrohte	Total	Beschnittene oder von Beschneidung bedrohte
Ägypten	50%	96	48	59	30
Äthiopien	90%	99	89	64	58
Benin	20%	7	1	3	1
Burkina Faso	70%	3	2	1	1
Dschibuti	100%	5	5	0	0
Elfenbeinküste	60%	10	6	2	1
Ghana	20%	42	8	18	4
Guinea	50%	5	3	3	2
Guinea-Bissau	50%	4	2	0	0
Kenia	60%	38	23	11	7
Liberia	20%	8	2	4	1
Mali	90%	5	5	3	3
Mauretanien	25%	0	0	0	0
Niger	20%	0	0	0	0
Nigeria	50%	9	5	5	3
Senegal	50%	22	11	10	5
Sierra Leone	90%	7	6	2	2
Somalia	100%	10	20	6	6
Sudan	90%	20	18	11	10
Tansania	10%	6	1	2	0
Togo	20%	16	3	5	1
Tschad	20%	7	1	2	0
Uganda	5%	21	1	8	0
Zaire	5%	328	16	153	8
Zentralafrikanische Republik	20%	3	1	2	0
Total		771	267	374	143

(1) nach HOSKENS 1982

Quelle: Bundesamt für Ausländerfragen (Stand 31.12.91)

**Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften
Académie suisse des sciences médicales
Accademia svizzera delle scienze mediche**

Erklärung zur Vornahme ritueller, sexuell verstümmelnder Eingriffe bei Frauen

Gra. Vorbemerkung der Redaktion

Der Initiant und Leiter von *Terres des Hommes*, Edmond Kaiser, Lausanne, machte die Verbindung der Schweizer Ärzte darauf aufmerksam, dass die Vornahme ritueller, sexuell verstümmelnder Eingriffe bei Frauen, wie sie in gewissen Ländern der Dritten Welt aus Überlieferung auch heute noch vielfach vorgenommen werden, zunehmend nun auch in Europa vorkommen. Die FMH unterbreitete dieses Anliegen der Zentralen Medizinisch-Ethischen Kommission der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften, die sich eingehend mit diesen Fragen befasste. Sie nimmt in einer Erklärung ausführlich dazu Stellung und erinnert an die strafrechtlichen Konsequenzen nach schweizerischem Recht, mit denen jeder zu rechnen hat, der einen solchen Eingriff vornimmt oder dabei mitwirkt.

Wir empfehlen die nachstehend im Wortlaut publizierte Erklärung der Medizinisch-Ethischen Kommission der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften allen Ärzten in Klinik und Praxis zur besonderen Beachtung.

Die Zentrale Medizinisch-Ethische Kommission der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften,

– darauf aufmerksam gemacht,

dass Eltern aus Ländern, in welchen rituelle, sexuell verstümmelnde Eingriffe bei Frauen vorgenommen werden, ihre Kinder zur Vornahme des Eingriffs in unseren Spitälern oder in ambulanten medizinischen Einrichtungen unterzubringen versuchen,

– darüber besorgt,

dass diesem Ansinnen aus falsch verstandenem Mitleid oder anderen unbedachten Motiven stattgegeben werden könnte,

– überzeugt davon,

dass solche Eingriffe aufgrund eines unseren ethischen Auffassungen widersprechenden Brauchtums an einer nicht urteilsfähigen Unmündigen grausam und erniedrigend sind,

dass damit gegen das höchstpersönliche Recht auf körperliche Unversehrtheit verstossen und

dass damit das Offizialdelikt der schweren Körperverletzung gemäss Artikel 122 Ziffer 1 Alinea 2 des Schweizerischen Strafgesetzbuches¹ begangen wird,

erklärt:

– Jedermann, der sogenannt rituelle, sexuell verstümmelnde Eingriffe an Kindern und jugendlichen weiblichen Ge-

schlechts vornimmt, erfüllt damit, auch wenn er Arzt ist und der Eingriff unter einwandfreien klinischen Bedingungen durchgeführt wird, den Tatbestand der vorsätzlichen schweren Körperverletzung gemäss Artikel 122 StGB. Er ist dafür von Amtes wegen strafrechtlich zu verfolgen.

– Er verstösst überdies gegen menschliche Grundrechte, indem er einen grausamen und erniedrigenden Eingriff an einer nicht urteilsfähigen Unmündigen vornimmt, die ihr höchstpersönliches Recht auf Unversehrtheit nicht geltend machen kann.

– Jedermann, der bei einem solchen Eingriff mitwirkt, macht sich strafrechtlich der Gehilfenschaft und allgemein des Verstosses gegen menschliche Grundrechte schuldig.

– Täter und Gehilfen, die den Beruf des Arztes oder der Krankenpflege ausüben, verstossen überdies in schwerster Weise gegen die ethischen Grundsätze, die für ihre Berufsausübung Gültigkeit haben.

¹ Artikel 122 Ziffer 1 Alinea 2 StGB: «... Wer vorsätzlich einen Körperteil, ein wichtiges Organ oder Glied eines Menschen verstümmelt oder unbrauchbar macht, ... wird mit Zuchthaus bis zu zehn Jahren oder mit Gefängnis von sechs Monaten bis zu fünf Jahren bestraft.»

Vom BUNDESRAT
am 1. März 1993
SCHRIFTLICHEN AN-

Nationalrat

Schriftliche Beantwortung

92.3422 Interpellation Caspar-Hutter vom 7. Oktober 1992

Frauen- und Mädchenverstärkung

Mädchen und Frauen gewisser Kulturen haben die systematische Verstärkung und Amputation ihrer Geschlechtsorgane als schrecklichen gesundheitlichen und traumatisierenden Folgen zu erdulden. Angehörige dieser Kulte leben auch in der Schweiz.

Ich bitte den Bundesrat um die Beantwortung folgender Fragen:

- Kennt der Bundesrat das Ausmass und die Handhabung der "Klitorisbeschneidungen" in der Schweiz?
- Ist der Bundesrat gewillt, eine Meldepflicht für Ärzte und Spitäler einzuführen, um so ein realistisches Bild über das Ausmass zu bekommen?
- Wie gewichtet der Bundesrat diese Verletzungen und Verstärkungen strafrechtlich?
- Ist der Bundesrat bereit, sich international dafür einzusetzen, dass diese Kulte unter Strafandrohung nicht mehr vollzogen werden dürfen?
- Ist der Bundesrat bereit, Frauen und Mädchen, die sich dieser Fortur zu erwehren versuchen, angemessene Hilfe zukommen zu lassen, zum Beispiel durch Anerkennung dieser Verletzung der körperlichen Integrität als Folter oder Bedrohung von Leib und Leben?

Mitunterzeichnet:

Agust, Blumli, Bregolin, Bodenmann, Bugger, Cyrill, Bondi, Carobio, Danuser, Eggenschlager, Fankhauser, von Felten, Goll, Gross, Andreas, Baezling, Binder, Hämmerle, Herzig, Jeanpierre, Leuzinger, Lenzmann, Leuenberger, Ernst, Stelger, Strahm, Rudolf (22)

Begründung
Der Interpellant vertritt auf eine Begründung und wünscht eine schriftliche Antwort.

Antwort des Bundesrates

1. Laut einer zur Zeit laufenden Erhebung des Instituts für Ethnologie der Universität Bern wurden in den letzten Jahren die öffentlichen Spitäler der Schweiz in rund 80 Fällen mit der Behandlung beschneideter Frauen konfrontiert. Es handelte sich dabei vor allem um Asylsuchende aus den Ländern Somalia, Äthiopien und Sudan. Die Betroffenen suchen ärztliche Hilfe wegen verschiedenen Problemen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt einerseits und mit Infektionen andererseits.

Von aktuellen, in der Schweiz durchgeführten Beschneidungen ist aufgrund derselben Erhebungen nichts bekannt.

2. Eine Meldepflicht für Ärzte und Spitäler über festgestellte, bereits im Widerspruch erfolgte Verstärkungen bringt in Ergänzung zum bestehenden Datenmaterial keine wesentliche Verbesserung der Kenntnisse über diesen in weiten Teilen Afrikas praktizierten Brauch. Aus diesem Grunde steht der Bundesrat für die Einführung einer Meldepflicht, wofür eine spezielle gesetzliche Grundlage geschaffen werden müsste, keinen Handlungsbedarf.

3. Die Klitorisbeschneidung erfüllt in Schweizerischen Strafrecht den Tatbestand der schweren Körperverletzung - ein Tatbestand, der einen der höchsten Rechtsgüter unserer Rechtsordnung, die körperliche Unversehrtheit, schützt (Art. 122 StGB). Wer also sogenannt rituelle, sexualverwandte Eingriffe an Personen, namentlich an Kindern und Jugendlichen weiblichen Geschlechts, vornimmt, macht sich strafbar. Die schwere Körperverletzung wird von Amtes wegen verfolgt.

Die rechtliche Lage ist somit eindeutig. Überdies dürfen Ärzte und ihre Hilfspersonen, wenn sie von einer an einer Unschuldigen in der Schweiz vorgenommenen Beschneidung erfahren, ungenachtet des Berufsgeheimnisses, dem sie unterliegen, dies der vornehmlichsten Behörde melden (Art. 338a StGB).

Die Zentrale Medizinisch-Ethische Kommission der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften hat sich bereits 1983 aufgrund einer Anfrage der Verbindung der Schweizer Ärzte (FMA) mit diesem Brauch befasst und ist dabei zur selben klaren Schlussfolgerung gelangt (vgl. Schweizerische Ärzterszeitung, Band 64, 1983, Heft 34).

4. Die Klitorisbeschneidung ist ein in verschiedenen Teilen Afrikas verbreiteter Brauch, der traditionell und kulturell tief verwurzelt ist. Solche rituellen Gebräuche lassen sich mit dem Mittel des Strafrechts dort kaum wirksam bekämpfen. Der Weg dazu führt, wie durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) wiederholt festgelegt, in erster Linie über die Aufklärung sowie die Verbesserung der Lebensbedingungen, des Bildungsstandes und der sozialen Stellung der Frauen.

In diesem Sinne leistet der Bund über die Entwicklungszusammenarbeit allgemeine Unterstützung und ist grundsätzlich auch bereit, Beiträge an lokal getragene Aufklärungsprojekte zu leisten. Der Bundesrat ist zudem bereit, Möglichkeiten für eine zielgruppenorientierte Information innerhalb der Schweiz zu prüfen.

5. In der Schweiz wie auch im europäischen Raum wird eine Klitorisbeschneidung als unumkehrliche Behandlung im Sinne von Art. 3 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) angesehen. Legt daher eine von einer Verletzung bedrohte Ausländerin dar, dass sie nach ihrer Verweisung eines tatsächlichen Risiko dieser unumkehrlichen Behandlung unterworfen würde, wenn vom Vollzug der Beschneidung, rechtswirksamen Verweigerung abzusehen und stattdessen die vorläufige Ausnahme zu verfügen.

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen, danke.

1. Haben Sie schon beschnittene Frauen in ihrer Praxis behandelt?

- ☐ ja
☐ nein

Wenn ja:

2. Aus welchen Ländern stammten diese Frauen?

	1991	Anzahl 1990	früher
Ägypten
Äthiopien
Ghana
Kenya
Somalia
Sudan
andere:

3. Von wem wurden Ihnen diese Patientinnen zugewiesen?

	1991	Anzahl 1990	früher
Selbstzuweisung
andere Fachärzte
Flüchtlingszentren
Sozialamt
andere:

4. Haben Sie Patientinnen zur Behandlung weitergewiesen?

	1991	Anzahl 1990	früher
<input type="checkbox"/> ja an:			
Gynäkologe
Bezirks- / Regionalspital
Kant. Frauenspital
Psychiater/Psychologe
andere:
<input type="checkbox"/> nein			

5. Weshalb sind diese Patientinnen zur Konsultation gekommen?

	Anzahl
Harnwegsinfekt
vaginaler Infekt
Schwangerschaft/Geburt
sexuelle Probleme
psychische Probleme
andere:

Zurücksenden an:

Institut für Ethnologie, D. Béguin & D. Nyfeler, Schwanengasse 7, 3011 Bern

RÜCKLAUF DER FRAGEBOGEN

verschickte Fragebogen	Rücklauf	Rücklauf
absolute Zahlen	absolute Zahlen	in %

öffentliche Spitäler

Kt. Bern	23	18	78
ohne Kt. Bern	107	83	78
gesamte Schweiz	130	101	78

GynäkologInnen FMH

Kt. Bern	76	43	57
ohne Kt. Bern	35	17	49
gesamte Schweiz	111	60	54

Sonstige FachärztInnen FMH

Kt. Bern	85	44	52
ohne Kt. Bern	5	2	40
gesamte Schweiz	90	46	51

VertrauensärztInnen Flüchtlingszentren

Kt. Bern	59	40	68
----------	----	----	----

alle Kategorien zusammen

390	247	63
------------	------------	-----------

Die 46 Fragebogen, welche an Hebammen verschickt wurden, sind nicht berücksichtigt (vgl. Kap. 3.2.1)

Interview-Leitfaden

A Medizinischer Bereich

1. Wieviele der in Fragebogen 1 aufgeführten Patientinnen sind:
 - exziiert:
 - infibuliert:
2. Wurden die Patientinnen laut Anamnese bereits früher wegen aus der Beschneidung resultierenden Komplikationen behandelt?
 - im Herkunftsland:
 - in der Schweiz:
 - anderswo:
3. Bei infibulierten Patientinnen:
 - gab es Komplikationen bei der Geburt?
 - wurden Sie nach der Geburt gebeten, eine Reinfibulation vorzunehmen?
 - Anzahl Anfragen:
 - Anzahl vorgenommene Reinfibulationen:
 - Wie wurde dieser Wunsch von den Patientinnen begründet?
4. Haben Sie infibulierten Patientinnen eine Defibulation (ev. mittels Laser) vorgeschlagen?
 - bei sexuellen Problemen: (Anzahl)
 - bei Schwangerschaft / Geburt: (Anzahl)
 - Wie wurde Ihr Vorschlag aufgenommen?
 - bei sexuellen Problemen: positiv: negativ: (Anzahl)
 - bei Schwangerschaft / Geburt: positiv: negativ: (Anzahl)

B Familie / Umfeld

1. Waren bei der Konsultation (Ehe-)Partner, Familienangehörige oder andere Personen anwesend?
 - bei sexuellen Problemen:
 - bei Schwangerschaft / Geburt:
2. Wen würden Sie in Bezug auf die medizinische Behandlung als hauptsächliche EntscheidungsträgerIn bezeichnen?
3. Bei welchen (Ehe-)Paaren waren sexuelle Probleme Hauptgrund zur Konsultation?
 - Schweizer bzw. europäischer Partner: (Anzahl)
 - Partner aus demselben Herkunftsland: (Anzahl)
 - Andere: (Anzahl)
4. Welche Therapie haben Sie bei sexuellen Problemen vorgeschlagen bzw. durchgeführt? Wurde eine Verbesserung erreicht (für die Patientin und/oder den Partner) ?

C Einstellung zur Beschneidung

1. Bringen die Patientinnen ihre sexuellen Probleme und eventuelle Komplikationen bei Schwangerschaft / Geburt in direkten Zusammenhang mit der Exzision / Infibulation?
2. Wie würden Sie die Einstellung der Patientinnen zu ihrem Beschnitten-Sein charakterisieren?
 - negativ: Erlittenes Trauma / Verstümmelung / Unrecht. Die Frauenbeschneidung muss abgeschafft werden: (Anzahl)
 - ambivalent: Bereitet Beschwerden, ist aber in ihrem kulturellen Umfeld üblich: (Anzahl)
 - positiv: Ist richtig und notwendig. Würde auch ihre Töchter beschneiden lassen: (Anz.)

3. Haben Sie bei ihren Patientinnen Äusserungen oder Reaktionen festgestellt, die darauf hindeuten, dass sie in einem kulturellen Umfeld, in dem Frauen nicht beschnitten sind, vermehrt unter der erlittenen Verstümmelung leiden?

4. Welchen Einfluss hatte die medizinische Information und Behandlung auf die Einstellung ihrer Patientinnen zur Beschneidung?

D Selbstwahrnehmung

1. Waren Sie auf die Behandlung beschnittener Patientinnen vorbereitet?

- Wenn ja, wo wurden Sie mit der Frauenbeschneidung konfrontiert (Ausbildung, Auslandsaufenthalt, sonst)?

2. Welche Bereiche im Umgang mit beschnittenen Patientinnen haben Ihnen allenfalls Mühe bereitet?

E Kommunikation / Gespräch

1. In welchen Sprachen haben Sie mit Ihren Patientinnen kommuniziert?

- Stand Ihnen eine DolmetscherIn zur Verfügung?

2. Wie würden Sie das Gespräch mit Ihren Patientinnen einordnen?

- Schwierig, berührt einen Tabubereich: (Anzahl)

- Nur über medizinische Inhalte möglich: (Anzahl)

- Offen, tabufrei: (Anzahl)

P. S.

1. Behandeln Sie zur Zeit beschnittene Patientinnen, die bereit wären, uns für ein Gespräch zur Verfügung zu stehen?

2. Erachten Sie weitere Informationen zu den soziokulturellen Hintergründen der Frauenbeschneidung als wünschenswert?

3. Sehen Sie andere Problembereiche in der medizinischen Behandlung aussereuropäischer MigrantInnen, zu denen ethnologische Hintergrundinformationen nützlich sein könnten?

Code pénal

Il est indéniable que la loi française actuellement en vigueur, même si elle ne mentionne pas explicitement l'excision, condamne la mutilation qu'elle entraîne, aux termes de l'art. 312 du Code pénal, sanctionnant les violences à enfant.

Article 312 : (L. n° 81-82 du 2 février 1981)

« Quiconque aura, volontairement, porté des coups à un enfant âgé de moins de quinze ans, ou aura commis à son encontre des violences ou voies de fait, à l'exclusion des violences légères, sera puni suivant les distinctions ci-après :

1. de trois mois à trois ans d'emprisonnement et d'une amende de 500 F à 20 000 F, s'il en est résulté une maladie ou une incapacité totale de travail personnel de plus de huit jours ;

2. de deux ans à cinq ans d'emprisonnement et d'une amende de 5 000 F à 100 000 F s'il en est résulté une maladie ou une incapacité totale de travail personnel de plus de huit jours ;

3. de la réclusion criminelle à temps de dix à vingt ans s'il en est résulté une mutilation, une amputation ou la privation de l'usage d'un membre, la cécité, la perte d'un œil ou d'autres infirmités permanentes ou la mort sans que l'auteur ait eu l'intention de la donner.

Si les coupables sont les père et mère légitimes, naturels ou adoptifs, ou toutes autres personnes ayant autorité sur l'enfant ou chargées de sa garde, les peines encourues seront les suivantes :

1. le maximum de l'emprisonnement sera porté au double dans le cas prévu au 2. ci-dessus ;

2. la peine sera celle de la réclusion criminelle à perpétuité dans les cas prévus au 3. ci-dessus.

Les privations de soins et d'aliments imputables aux père et mère légitimes, naturels ou adoptifs, ou à toutes autres personnes ayant autorité sur l'enfant ou chargées de sa garde, seront punies suivant les distinctions prévues à l'alinéa précédent.

Les peines correctionnelles prévues au présent article pourront être assorties de la privation des droits mentionnée en l'article 42 du présent code pour une durée de

cinq ans au moins et de dix ans au plus, compte non tenu du temps passé en détention.

Lorsque les violences ou privations prévues au présent article ont été habituellement pratiquées, les peines encourues seront les suivantes :

1. un à cinq ans d'emprisonnement et une amende de 2 000 F à 20 000 F s'il n'en est pas résulté une maladie ou une incapacité totale de travail personnel de plus de huit jours ;

2. quatre à dix ans d'emprisonnement et une amende de 10 000 F à 100 000 F s'il en est résulté une maladie ou une incapacité totale de travail personnel de plus de huit jours ;

3. la réclusion criminelle à perpétuité s'il en est résulté une mutilation, une amputation ou la privation de l'usage d'un membre, la cécité, la perte d'un œil ou d'autres infirmités permanentes ou la mort sans que l'auteur ait eu l'intention de la donner.

Le projet du nouveau Code pénal inclut également cette forme particulière d'atteinte à l'intégrité physique dans son art. 11122 en visant « les coups, violences ou voies de fait commis volontairement (...) lorsqu'ils entraînent une lésion grave et définitive ou une infirmité permanente. »

Ces textes traduisent clairement le principe selon lequel la loi garantit le droit de conserver l'intégrité de son corps et de jouir de ses fonctions essentielles, et que l'atteinte volontaire à cette intégrité est punissable.

Code de déontologie

Décret n° 79-506 du 28 Juin 1979 portant code de déontologie médicale (JO du 30 juin 1979) :

Article 22

Aucune mutilation ne peut être pratiquée sans motif médical très sérieux et, sauf urgence ou impossibilité, qu'après information des intéressés et avec leur consentement.

Article 44

Le médecin doit être le défenseur de l'enfant malade lorsqu'il estime que l'intérêt de la santé de celui-ci est mal compris ou mal servi par l'entourage.

Article 45

Lorsqu'un médecin observe qu'un mineur auprès duquel il est appelé est victime de sévices ou de privations il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour le protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection mais en n'hésitant pas, si cela est nécessaire, à alerter les autorités compétentes s'il s'agit d'un mineur de quinze ans.

Article 2

Le médecin au service de l'individu et de la santé publique exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine.

aus: COLLECTIF 1984: 66-67

L'ordre national des médecins – 1982 –
Mutilations sexuelles chez les fillettes et adolescentes.

Le Conseil national, après un échange de vues auquel participent le Président, MM. René, Ferrand, Savy, adopte le texte suivant :

« Des poursuites pour coups et blessures volontaires ont été récemment engagées devant le Tribunal de Grande Instance de Paris contre un Malien qui avait pratiqué une excision sur sa fillette âgée de quelques mois.

La presse a également rapporté le décès d'une fillette morte des suites d'une excision.

A plusieurs reprises, le Conseil National de l'Ordre des médecins a été interrogé par des médecins sur l'attitude à adopter lors de tels cas.

Si le médecin appelé auprès d'une fillette qui, au décours de telles mutilations, présente des complications hémorragiques, infectieuses... il doit d'abord lui donner ses soins.

En outre, la loi relative aux sévices sur la personne de mineurs de quinze ans autorise les médecins à prévenir les autorités médicales ou administratives. Mais il faut éviter que les conditions maladroites d'une dénonciation aboutissent à priver l'enfant (et, éventuellement, ses sœurs) de tout secours médical en conduisant les parents à ne plus avoir recours, pour tous les soins, qu'à la pratique clandestine.

Quant aux éventuelles demandes de pratique d'excision, le Conseil national n'a jamais eu connaissance jusqu'à présent d'un manquement, en France, de la part d'un médecin, à l'article 22 du Code déontologie : "Aucune mutilation ne peut être pratiquée sans motif médical très sérieux."

aus: COLLECTIF 1984: 67

APPEL DE 65 MÉDECINS DE PMI, octobre 1981

En octobre 1981, soixante-cinq médecins de Protection maternelle et infantile, réunis à Paris dans le cadre de leur association nationale, signaient la pétition suivante :

Des millions de femmes ont subi ou subiront des mutilations sexuelles de par le monde. Mais des enfants ont été ou seront excisés en France.

Les mutilations sexuelles féminines sont un problème de santé publique qui concerne les praticiens français et particulièrement les médecins de protection maternelle et infantile. Nous avons pour mission de protéger les enfants en danger, ces petites filles d'origine africaine n'en sont-elles pas ?

Le Parquet de Paris a été saisi à plusieurs reprises et des enquêtes sont actuellement conduites pour retrouver les matrones africaines opérant en France. Les poursuivra-t-on pour exercice illégal de la médecine si les enquêtes aboutissent ?

Nous refusons de collaborer à ces recherches car il s'agit d'un faux débat. Les solutions sont d'un autre ordre.

Nous faisons appel à tous les responsables de santé des différents états concernés d'Afrique de l'Ouest d'où sont originaires les migrants s'établissant en France, à ceux de notre pays, à ceux de l'OMS et de l'Unicef :

- afin qu'un programme d'éducation sanitaire soit établi en concertation ;

- afin que soient soutenues toutes recherches scientifiques en ce domaine et notamment les études ayant pour objet l'éradication des mutilations sexuelles ;

- afin que soient condamnés sans équivoque les praticiens de santé qui mutilent sans justification recevable des enfants sans défense.

LISTE DES SIGNATAIRES

Docteurs Dominique Allevy, Tarn ; Guy Bontemps, Maine-et-Loire ; Nicole Borrely, Haute-Corse ; Jeanne Boudignon, Ardèche ; Eveline Boudou, Morbihan ; France Bourdeix, Alpes-Maritimes ; Annie Breant, Isère ; Jacques Burnod, Drôme ; Marie-Claude Brachet, Paris ; Marie-France Candela, Hauts-de-Seine ; Danièle Castaing, Brigitte Cayrade, Yvelines ; Chantal Chaudoreille, Bouches-du-Rhône ; Nina Claude, Seine-Saint-Denis ; Lucie Cordeau, Yvelines ; Paulette Crebassa, Aveyron ; Marie-Lise Cressens, Savoie ; Marie-Thérèse Croiset, Moselle ; Jeanine d'Angely, Essonne ; Jacqueline Debrand, Doubs ; Jacqueline de Chambrun, Seine-Saint-Denis ; Jacqueline Delahaye, Ille-et-Vilaine ; Marie-Françoise Delchelle, Aisne ; Marie-Anne Dinhot, La Réunion ; Jeanine Djabourov, Essonne ; Jacqueline Dor, Alpes-Maritimes ; Claude Ducos-Mieral, Rhône ; Françoise Fassio, Hérault ; Patricia Fourous, Tarn ; Françoise Fradetel, Hauts-de-Seine ; Marie-Hélène Franjou, Yvelines ; Odile Gabrielsen, Charente-Maritime ; Aline

Garat, Rhône ; Anne Gavalet, Val-de-Marne ; Elisabeth Genova, Puy-de-Dôme ; Jocelyne Gestin, Doubs ; Francis Golla, Eure ; Anne Huet, Aisne ; Nadine Job, Andrée Journot, Gard ; Emile Jurt, Jacqueline Koroluski, Alain Koroluski, Ardèche ; Françoise Krispin, Lot ; Monique Lesnoff, Manche ; Brigitte Ladieu, Pyrénées-Orientales ; Annie Le Bris, Loire-Atlantique ; Françoise Le Quellec, Morbihan ; Monique Lesnoff, Manche ; Françoise Marty, Aveyron ; Bernadette Massey, Odile Mouquet, Morbihan ; Dominique Nancy, président de l'Association nationale des médecins de protection maternelle et infantile, Pyrénées-Atlantiques ; Michel Perrier, Marie-Madelaine Pouvreau, Yvelines ; Chantal Renan, Côtes-du-Nord ; Jean Renaudie, Bouches-du-Rhône ; Anny Rodriguez, Haute-Saône ; Line Saint-Martin, Vaucluse ; Chantal Stichelbout, L.-P. Stichelbout, La Réunion ; Gilles Taib, Gilles Tassin, Gironde ; Dominique Leraie-Varnier, Var ; Arlette Vincent. Cette démarche a été soutenue par la Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles (CAMS) ; l'association sénégalaise « Femmes et sociétés », le Mouvement pour la défense des droits de la Femme Noire (Modéfem) ; par des médecins d'autres secteurs, des administratrices, de nombreuses féministes africaines, américaines, européennes, des hommes et des femmes soucieux du respect du droit à la santé de la personne humaine, des personnalités, Françoise d'Eaubonne, Simone de Beauvoir, Benoîte Groult, Fran Hosken, Claude Imbert, Clara Malraux, Renée Saurel...

ELIZABETH II

Prohibition of Female
Circumcision Act 1985

1985 CHAPTER 38

Be it enacted by the Queen's most Excellent Majesty, by and with the advice and consent of the Lords Spiritual and Temporal, and Commons, in this present Parliament assembled, and by the authority of the same, as follows:—

1.—(1) Subject to section 2 below, it shall be an offence for any person—

- (a) to excise, infibulate or otherwise mutilate the whole or any part of the labia majora or labia minora or clitoris of another person; or
- (b) to aid, abet, counsel or procure the performance by another person of any of those acts on that other person's own body.

(2) A person guilty of an offence under this section shall be liable—

- (a) on conviction on indictment, to a fine or to imprisonment for a term not exceeding five years or to both; or
- (b) on summary conviction, to a fine not exceeding the statutory maximum (as defined in section 74 of the Criminal Justice Act 1982) or to imprisonment for a term not exceeding six months, or to both.

2.—(1) Subsection (1)(a) of section 1 shall not render unlawful the performance of a surgical operation if that operation—

- (a) is necessary for the physical or mental health of the person on whom it is performed and is performed by a registered medical practitioner; or
- (b) is performed on a person who is in any stage of labour or has just given birth and is so performed for purposes connected with that labour or birth by—

(i) a registered medical practitioner or a registered midwife; or

(ii) a person undergoing a course of training with a view to becoming a registered medical practitioner or a registered midwife.

(2) In determining for the purposes of this section whether an operation is necessary for the mental health of a person, no account shall be taken of the effect on that person of any belief on the part of that or any other person that the operation is required as a matter of custom or ritual.

3.—(1) Offences under section 1 shall be included—

- (a) in the list of extradition crimes contained in Schedule 1 to the Extradition Act 1870; and
- (b) among the descriptions of offences set out in Schedule 1 to the Fugitive Offenders Act 1967.

(2) In paragraph 1 of the Schedule to the Visiting Forces Act 1952 (offences against the person in the case of which a member of a visiting force is in certain circumstances not liable to be tried by a United Kingdom court), at the end of paragraph (b) there shall be inserted, appropriately numbered, the following paragraph—

'() section 1 of the Prohibition of Female Circumcision Act 1985.'

4.—(1) This Act may be cited as the Prohibition of Female Circumcision Act 1985.

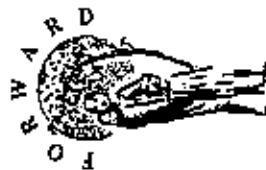
(2) This Act shall come into force at the end of the period of two months beginning with the day on which it is passed.

(3) This Act extends to Northern Ireland.

THE FIRST STUDY CONFERENCE ON GENITAL MUTILATION OF GIRLS IN EUROPE

London, 6 - 8 July 1992

FINAL ACT



LONDON DECLARATION

Conference was organised by FORWARD - Foundation for Women's Health Research and Development.

Participants: WHO, UNICEF, UN Centre for Human Rights

France, Germany, Italy, Netherlands, Sweden, United Kingdom, Canada, USA and the Gambia.

Minority Rights Group International, Defence for Children International, Radda Barnen, Population Crisis Committee, Inter-African Committee on Traditional Practices Detrimental to the Health of Women and Children(IAC), Italian Association for Women in Development(AIDOS) and Save the Children, UK.

LONDON DECLARATION

The First Study Conference on Genital Mutilation of Girls in Europe was called to respond to the need for action against the practice of genital mutilation of the girl child in Europe and other western countries. Mutilation is any definitive and irreversible removal of a healthy organ, or serious and irreversible damage to any part of the body. Genital mutilation is the removal of, or injury to, any part of the female genital organ. Our aim is to develop a co-ordinated, unified approach to the abolition of the practice in Europe and in other western countries.

Thus:

1. The Conference agrees that any form of genital mutilation of, or genital injury to, the girl child is a violation of her basic human rights, and must be abolished.
2. The Conference agrees that the practice of genital mutilation of the girl child has a European/Western dimension requiring a co-ordinated programme of action, using as a model, the work of FORWARD in the United Kingdom and the work of groups in France.
3. The Conference agrees that combating genital mutilation of the girl child within each country is the primary responsibility of the Governments.
4. The Conference calls on all international and national groups within European and other Western countries to pull resources and to co-operate with each other in a coalition against this detrimental practice. To facilitate this, the Conference calls for the establishment of a co-ordination machinery, including networking to ensure mutual support and sharing of experiences within a European - Western perspective.
5. The Conference calls on all groups to take efforts against genital mutilation of the girl child to the grassroots, and to ensure the provision of both community support services and rehabilitation programmes as well as their effective delivery. This must include:
 - i) Protection of the child at risk, which must be paramount to any other consideration.
 - ii) Education, and promotion of self-help activities within communities practising genital mutilation.
 - iii) Rehabilitation of survivors of genital mutilation.
 - iv) Training for all health, education and social service professionals working within communities.
6. The Conference urges national groups and individuals to promote a legal framework for action, based either on specific and FGM legislation or laws against injury to the body of the child, including action to ensure that those responsible for the genital mutilation of a girl child are punished.
7. The Conference urges all Governments and all health authorities to stand firm against any attempt to 'redefine' the genital mutilation of, or genital injury to, the girl child. Further the Conference urges all medical and health authorities to develop policies and strategies to eradicate this practice.
8. The Conference calls on all Governments, development assistance agencies, Foundations, Trusts and all other funding institutions to provide financial support for the European - Western agenda.
9. The Conference calls for the establishment of a machinery to provide policy and operational guidance for the European - Western programme of action on FGM. The Conference accepts the offer of the services of FORWARD to assume the responsibility of setting up this machinery through FORWARD International which shall have its own governing body. The activities of FORWARD International shall be:
 - i) To promote networking.
 - ii) To promote exchange of information and sharing of experiences.
 - iii) To assist national groups and individuals at their request, with community support services, training of professionals and advocacy work.
 - iv) Publications.
10. The Conference instructs FORWARD and its affiliates to distribute this Declaration to European - Western Governments and to give it the widest possible publicity.

Beilage zum Brief von Marcel Reyners an Efua Dorkenoo vom 10.2.1993

Ministerraad:

Vrouwenbesnijdenis ontoelaatbaar

De ministerraad is op 5 februari akkoord gegaan met het standpunt van minister D'Ancona en staatssecretaris Simons van WVC en minister Hirsch Ballin van Justitie inzake vrouwenbesnijdenis. Deze bewindslieden vinden dat geen enkele vorm van vrouwenbesnijdenis toelaatbaar is, omdat het in Nederland als een vorm van vrouwenonderdrukking wordt beschouwd. Zij vinden voorlichting noodzakelijk bij het bestrijden en voorkomen van vrouwenbesnijdenis.

Met zijn standpunt sluit het kabinet zich aan bij de adviezen van onder andere de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, het Landelijk Overleg Staatstoezicht-Openbaar Ministerie, de Federatie van Vluchtelingenorganisaties in Nederland en de Emancipatieraad. Deze adviesorganen zijn unaniem in hun afwijzing van elke vorm van vrouwenbesnijdenis. Onlangs stelden twee onderzoeksters in een onderzoeksrapport aan WVC voor om een niet-mutillerende vorm van vrouwenbesnijdenis toe te staan. Het kabinet ziet de niet-mutillerende vorm niet als een alternatief om de praktijk van vrouwenbesnijdenis uit te bannen. De preventieve waarde van de niet-

mutillerende vorm is niet voldoende overtuigend aangeleend en draagt mogelijk bij aan de instandhouding van vrouwenbesnijdenis.

Informatiepunt

Per 1 januari 1993 is er een informatieconsultatiepunt vrouwenbesnijdenis gestart bij de stichting Pharos in Utrecht. Ontwikkeling van voorlichtingsprogramma's voor vluchtelingen, asielzoekers en hulpverlening is hun eerste taak. In een brief aan de Tweede Kamer laten de bewindslieden weten dat vrouwenbesnijdenis op basis van de bestaande Nederlandse wetgeving bestreden kan worden.

BIBLIOGRAPHIE

Nur die zitierte Literatur ist aufgeführt. Eine umfangreiche von der Arbeitsgruppe ANTAGEM zusammengestellte Dokumentation kann am Institut für Ethnologie der Universität Bern eingesehen werden.

- ADAMSON, Fiona 1992: Female genital mutilation. A counselling guide for professionals. London: FORWARD.
- ARNAUD, Marie-Dominique et al. 1981: A propos de l'excision en Afrique. Tribune libre. *Bulletin de l'Association française des Anthropologues* 4/février 1981: 37-39.
- BARTELS, Koos & HAAIJER, Ineke 1991: Somali female refugees in base-line health care. *VENA-Journal* 3/1: 14-17.
- BARTELS, Koos & HAAIJER, Ineke 1992: 's Lands wijs 's lands eer? Vrouwenbesnijdenis en Somalische vrouwen in Nederland. Rijswijk: Uitgave Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen.
- BECK-KARRER, Charlotte 1992: Frauenbeschneidung in Afrika. *Arbeitsblätter des Instituts für Ethnologie der Universität Bern* 5: 1-46.
- BÉGUIN STÖCKLI, Dominique 1993: Genitale Verstümmelung von Frauen: eine Bibliographie. *Arbeitsblätter des Instituts für Ethnologie der Universität Bern* 8.
- BERARDI, J.C. et al. 1985: Conséquences obstétricales de l'excision féminine. Etude chez 71 femmes africaines excisées. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction* 14/6: 743-746.
- CAILLÉ, Alain 1989a: Brève réponse à Olivier Mongin. *Revue du MAUSS* 4: 149-150.
- CAILLÉ, Alain 1989b: Notes sur le problème soulevé par l'excision. *Revue du MAUSS* 4: 116-123.
- COLLECTIF 1984: Les mutilations du sexe des femmes aujourd'hui en France. Paris: Editions Tierce.
- DORKENOO, Efua & ELWORTHY, Scilla 1992: Female genital mutilation: proposals for change. London: Minority Rights Group (revised und updated edition).
- DORKENOO, Efua 1992a: Female genital mutilation in the Western World. An overview of the UK experience. Paper presented at the 'Symposium on genital mutilation of girls in the Netherlands', Leiden 2 October 1992.
- DORKENOO, Efua 1992b: A review of proceedings and outcome. Paper presented at the 'Symposium on genital mutilation of girls in the Netherlands', Leiden, 2 October 1992.
- DROITS et CULTURES 20 (1990): 145-215.
- ECHARD, Nicole & MATHIEU, Nicole-Claude 1982: Les mutilations du sexe des femmes. Tribune libre. *Bulletin de Association française des Anthropologues* 9/septembre 1982: 45-49.
- FORTES, Marian & HENDRICKS, Marina 1990: Specific problems of refugee women. Rijswijk: Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen.

- GILLETTE-FRENOY, Isabelle 1992: L'excision et sa présence en France. *L'Ethnographie* 88/2: 21-50.
- HEDLEY, Rodney & DORKENOO, Efua 1992: Child protection and female genital mutilation. Advice for health, education, and social work professionals. London: FORWARD.
- HELMAN, Cecil 1986: Culture, health and illness. An introduction for health professionals. Bristol: Wright.
- HORAT WEINGARTNER, Eva 1993: Weibliche Genitalverstümmelung an Mädchen in der Schweiz. Bern: Institut für Ethnologie. Unpubliziertes Manuskript.
- HOSKEN, Fran P. 1982: The Hosken report. Genital and sexual mutilation of female. Lexington, Mass.: Women's International Network News (3rd updated edition).
- JUNGER, Karin 1992: Barbarie en Europe: l'excision rituelle. Fernsehfilm, französisch, 50'. Am 26.2.1993 im Westschweizer Fernsehen (TSR) ausgestrahlt.
- KOGBARA, Donu, ALDERSON, Andrew & WATTS, Andy 1992: Trapped: doctor who admits illegal operations on women. Harley St surgeon agreed to perform female circumcision. *The Sunday Times* 18 October 1992: 5.
- van der KWAAK, Anke 1992: Female circumcision and gender identity: a questionable alliance? *Social Science and Medicine* 35/6: 777-787.
- LAING-IMHOF, Eveline 1992: Auch in der Schweiz gibt es beschnittene Frauen. *Tages-Anzeiger* 22. September 1992: 74.
- LIGHTFOOT-KLEIN, Hanny & SHAW, Evelyn 1991: Special needs of ritually circumcised women patients. *Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing* 20/2: 102-107.
- LIGHTFOOT-KLEIN, Hanny 1989: Prisoners of ritual. An odyssey into female genital circumcision in Africa. New York & London: Harrington Park Press.
- MONGIN, Olivier 1989: L'excision en procès. *Revue du MAUSS* 4: 137-143.
- NISAK, Catherine 1986: L'excision: une pratique en recul? *Enfant d'abord* 33-58.
- OGIAMEN, T.B.E. 1988: A legal framework to eradicate female circumcision. *Medicine, Science, and the Law* 28/2: 115-119.
- RAULIN, Anne 1987: Femme en cause: mutilations des fillettes africaines en France aujourd'hui. Paris: Fédération de l'Education nationale.
- RAULIN, Anne 1990: Problèmes éthiques d'une recherche en sciences sociales: l'excision et sa présence en France. *Cahiers internationaux de Sociologie* 88: 157-171.
- REVUE du MAUSS 4 (1989): 116-151.
- REYNNERS, M.M.J. 1989: Circumcisie bij vrouwen en infibulatie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 133/51: 2557-2561.
- SARGENT, Carolyn 1984: Between death and shame: dimensions of pain in Bariba culture. *Social Science and Medicine* 19/12: 1299-1304.

- SAUREL, Renée 1981: *L'enterrée vive*. Genève, Paris: Slatkine.
- SCHÄDELI, Sibyl 1992: Frauenbeschneidung im Islam. *Arbeitsblätter des Instituts für Ethnologie der Universität Bern* 5: 47-68.
- SCHWEIZERISCHE AKADEMIE der MEDIZINISCHEN WISSENSCHAFTEN 1983: Erklärung zur Vornahme ritueller, sexuell verstümmelnder Eingriffe bei Frauen. *Schweizerische Ärztezeitung* 64/34: 1274.
- SCHWEIZERISCHES MEDIZINISCHES JAHRBUCH 1991. Basel: Schwabe.
- SHAW, Evelyn 1985a: Female circumcision. *American Journal of Nursing* 85/6: 684-687.
- SHAW, Evelyn 1985b: Female circumcision: perceptions of clients and caregivers. *Journal of American College Health* 33/5: 193-197.
- de SILVA, S. 1989: Obstetric sequelae of female circumcision. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 32/3: 233-240.
- SONE, Kendra 1992: Sexuality, abuse and culture. *Community Care* 11 June 1992: 16-17.
- UNGEHEUER, Barbara 1991: Auf die Klinge setzen. Die Beschneidung - in Frankreich schwelt ein Konflikt zwischen kultureller Tradition und Menschenrechtsverletzung. *Die Zeit* 25. Oktober 1991: 99.
- VERDIER, Raymond 1990: Chercher remède à l'excision: une nécessaire concertation. *Droit et Cultures* 20: 147-150.
- VERNIER, Dominique 1990: Le traitement pénal de l'excision en France: historique. *Droit et Cultures* 20: 193-199.
- WHYTE, Alison 1991: Female circumcision exposed in Britain. *Geographical Magazine* February 1991: 16-18.
- ZORAN, Sonia 1992: Des Africaines excisées vivent en Suisse. Que doivent faire les gynécologues? *Le Nouveau Quotidien* 5 novembre 1992: 24.

ABSTRACT

Durch Migration und Flucht afrikanischer Menschen werden Angehörige medizinischer und sozialer Berufe auch in der Schweiz zunehmend mit den Folgen genitaler Verstümmelung von Frauen und Mädchen konfrontiert. Die vorliegende Datenerhebung erfasst, wie häufig und mit welchen spezifischen Problemen beschnittene Afrikanerinnen bis Ende des Jahres 1991 in unseren öffentlichen Spitälern behandelt wurden. Mit der Diskussion dieser Erfahrungen und dem Vergleich mit denjenigen anderer europäischer Staaten werden Ansätze für Informations- und Präventionsstrategien vorgestellt, die sowohl einen adäquaten Umgang mit beschnittenen Frauen wie auch das Verhindern von zukünftigen Mädchenbeschneidungen im Migrationskontext anstreben.

Avec l'intensification ces dernières années de l'immigration venant d'Afrique le personnel médical et les assistants sociaux suisses sont de plus en plus souvent confrontés au problème des mutilations sexuelles féminines. Cette étude traite de la fréquence des consultations ainsi que des problèmes médicaux spécifiques aux femmes mutilées rencontrés dans les hôpitaux publics jusqu'à la fin 1991. Nous comparons l'expérience suisse avec celle faite dans les autres pays européens et présentons différentes stratégies d'information et de prévention dans l'espoir de prévenir les mutilations des fillettes africaines en Suisse.

In the past few years Swiss social workers and health care professionals have been increasingly concerned with female genital mutilation of African refugee women. This survey presents data on the frequency of medical attention and on specific health problems of circumcised African women calling on Swiss public hospitals up to 1991. Comparing the Swiss experience to other European countries, we outline different approaches of information and prevention strategies which should be set to work in order to prevent future mutilation of African girls living in Switzerland.

Publikationen des Instituts für Ethnologie der Universität Bern

In der Reihe **ARBEITSBLÄTTER** sind bisher erschienen:

- 1 Gnägi, Adrian (1988): Entwicklungsprojekte mit Bienenhaltung in Afrika – Empfehlungen für zukünftige Projekte. 76 S. (Xerox)
- 2 Prodolliet, Simone (1989): «Die Dajakirche wird nicht ohne die Frau ihre Fundamente legen». Die Konditionierung von fremden Frauen durch das europäische Frauenideal. Die Arbeit der Basler Frauenmission in Südkalimantan, 1920-1943. 56 S. (Xerox)
- 3 Hostettler, Ueli (1992): Sozioökonomische Stratifizierung und Haushaltstrategien. Eine Untersuchung zur Wirtschaft der cruzob Maya des Municipio Felipe Carrillo Puerto, Quintana Roo, Mexiko. 67 S. (Xerox)
- 4 Brandstetter, Renward (1992/1939): Wir Menschen der indonesischen Erde. XII: Ein Muster für all-indonesische Sprachvergleiche – mit indogermanischen Parallelen (Herausgegeben und mit einem Nachwort versehen von Wolfgang Marschall). 29 S. ISBN 3-906465-03-9 (Xerox)
- 5 Beck, Charlotte (1992): Frauenbeschneidung in Afrika
Schädli, Sibyl (1992): Frauenbeschneidung im Islam
68 S. ISBN 3-906465-01-2 (Xerox)
- 6 Wicker, Hans-Rudolf (1993): Die Sprache extremer Gewalt. Studie zur Situation von gefolterten Flüchtlingen in der Schweiz und zur Therapie von Folterfolgen. 142 S. ISBN 3-906465-04-7 (Xerox)
- 7 Gretler Bonanomi, Simone (1993): Subtile Formen struktureller Gewalt. Weiblicher Habitus und das Ideal der Androgynie aufgezeigt am Beispiel schweizerischer Jugendverbände. 41 S. ISBN 3-906465-05-5 (Xerox)
- 8 Béguin Stöckli, Dominique (1993): Genitale Verstümmelung von Frauen: Eine Bibliographie
Mutilations génitales féminines: une bibliographie
Female Genital Mutilation: a Bibliography
72 S. ISBN 3-906465-06-3 (Xerox)
- 9 Moser, Catherine und Judith Baumgartner (1994): Flüchtlinge – Arbeitslosigkeit: was nun? Studie über arbeitslose anerkannte Flüchtlinge im Kanton Luzern, im Auftrag von Caritas Luzern. 103 S. + 40 S. Anhang ISBN 3-906465-07-1 (Xerox)
- 10 Nyfeler, Doris und Dominique Béguin Stöckli (1994): Genitale Verstümmelung – Afrikanische Migrantinnen in der schweizerischen Gesundheitsversorgung. 41. S + 42. S. Anhang ISBN 3-906465-08-X (Xerox)
- 11 Katona Lehner, Barbara (1994): An-Naqab/Ha-Negev: Streiten um Land und Wirklichkeit – Eine semiotische Interpretation des arabisch-jüdischen Konfliktes in Israel/Palästina. 65 S. ISBN 3-906465-09-8 (Xerox)
- 12 Stienen, Angela (1995): Die schick gestylte Stadt der 90er Jahre. Neue Theorien zur Stadtentwicklung und die «Multikulturelle Stadt». 88 S. ISBN 3-906465-11-X (Xerox)
- 13 Prodolliet, Simone (1995): Feministische Ansätze in der Ethnologie – von den Anfängen bis Mitte der achtziger Jahre. 45 S. ISBN 3-906465-13-6 (Xerox)
- 14 Hostettler, Ueli (Hrsg.) (1996): Los Mayas de Quintana Roo. Investigaciones antropológicas recientes. 91 S. ISBN 3-906465-15-2 (Xerox)
- 15 Kopp, Christine (1996): Cerro Akāngue, Paraguay. 87 S. ISBN 3-906465-14-4 (Xerox)

In der Reihe ARBEITSBLÄTTER sind bisher erschienen (Fortsetzung):

- 16 Jost, Susanne Christina (in Vorbereitung): *Vorsicht – keine Angst vor Kultur. Ein Leitfaden durch die Ethnologie mit Vorschlägen für ihren Einsatz im Schulunterricht.* ISBN 3-906465-16- (Xerox)
- 17 Buchs, Karin M. (1998): *Tamilische Frauen in der Schweizer Geburtshilfe. Eine handlungsorientierte Studie zur Prävention pathologischer Schwangerschafts- und Geburtsverläufe mit Berücksichtigung kulturspezifischer Ressourcen.* 91 S. ISBN 3-906465-17-9 (Xerox).

In der Reihe STUDIA ETHNOLOGICA BERNENSIA bzw. ETHNOLOGICA BERNENSIA sind bisher erschienen:

- 1 Moser, Rupert R. and Mohan K. Gautam (eds.) (1978):
Aspects of Tribal Life in South Asia 1: Strategy and Survival. Proceedings of an International Seminar held in Berne 1977.
233 p., ISBN 3-260-04529-5 (paperback)
- 2 Schneeberger, W. F. (1979):
Contributions to the Ethnology of Central Northeast Borneo (Parts of Kalimantan, Sarawak and Sabah).
143 p. ISBN 3-260-04669-0 (paperback)
- 3 Werner, Roland (1986):
Bomoh/Dukun. The Practices and Philosophies of the Traditional Malay Healer.
106 p. ISBN 3-260-05152-X (paperback)
- 4 Marschall, Wolfgang (ed.) (1994):
Texts from the Islands – Oral and Written Traditions of Indonesia and the Malay World (Proceedings of the 7th European Colloquium on Indonesian and Malay Studies)
410 p. ISBN 3-906465-10-1 (paperback)

Ferner:

Marschall, Wolfgang (1995):
Indonesisch – Kleiner Sprachführer. 2., erweiterte Auflage
118 S. ISBN 3-906465-00-4 (paperback)

Bestellungen sind zu richten an:
Universität Bern, Institut für Ethnologie
Länggassstr. 49A, CH-3000 Bern 9 (Schweiz)
FAX: +41 31 / 631 42 12

URL: http://www.ethno.unibe.ch/arbeitsblaetter/AB08_Beg.pdf

This is the electronic edition of Dominique Béguin Stöckli "Genitale Verstümmelung von Frauen: Eine Bibliographie", Arbeitsblätter Nr. 8, Institut für Ethnologie, Universität Bern, Bern 1993

ISBN 3-906465-06-3

Electronically published August 23, 2001

© Dominique Béguin Stöckli und Institut für Ethnologie der Universität Bern. All rights reserved.

This text may be copied freely and distributed either electronically or in printed form under the following conditions. You may not copy or distribute it in any other fashion without express written permission from me or the Institut für Ethnologie. Otherwise I encourage you to share this work widely and to link freely to it.

Conditions

You keep this copyright notice and list of conditions with any copy you make of the text.

You keep the preface and all chapters intact.

You do not charge money for the text or for access to reading or copying it.

That is, you may not include it in any collection, compendium, database, ftp site, CD ROM, etc. which requires payment or any world wide web site which requires payment or registration. You may not charge money for shipping the text or distributing it. If you give it away, these conditions must be intact.

For permission to copy or distribute in any other fashion, contact: information@ethno.unibe.ch