

# **Recht auf Entscheidung**

## **Betreuung von Frauen mit genitaler Beschneidung in der Schwangerschaft und unter der Geburt**

### **Bachelor-Thesis**

Hagmann Andrea

Kugler Sabrina

Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit

Bachelor of Science Hebamme

Bern, 03. August 2015

## Vorwort

Eine somalische Frau erzählt:

*During delivery we have to ask the midwives to cut, sometimes the midwife calls a doctor to find out whether she should cut or not. During this argument the baby pops out causing too much tearing and bleeding. It is very frustrating to be confronted with a situation where the professionals appear as though they do not have control and are unsure of what is to be done (Widmark, Tishelman & Ahlberg, 2002, S.120).*

Das Zitat von Widmark et al. (2002) in Deutsch übersetzt heisst:

*Wenn wir während der Geburt den Hebammen sagen, dass sie schneiden sollen, dann ruft die Hebamme manchmal den Arzt um herauszufinden, ob sie schneiden soll oder nicht. Während einer solchen Diskussion plumpst das Kind heraus und verursacht viele Risse und Blutungen. Es ist sehr frustrierend mit einer solchen Situation konfrontiert zu sein, in der anscheinend Fachpersonen keine Kontrolle haben und unsicher sind, was gemacht werden soll.*

Ein Zitat, welches zum Nachdenken anregt... Wie ist es möglich, das Recht auf Entscheidung zu gewähren?

Das nachfolgende Bild soll darstellen, wie einer afrikanischen Frau das Recht auf Entscheidung (Blume) angeboten wird:



Abbildung 1. Recht auf Entscheidung (Hagmann, 2015)

# Inhaltsverzeichnis

<b>ABSTRACT .....</b>	<b>5</b>
<b>1 Einleitung.....</b>	<b>6</b>
1.1 Ziele .....	6
1.2 Fragestellung .....	7
1.3 Eingrenzung.....	7
<b>2 Theoretische Grundlagen .....</b>	<b>8</b>
2.1 Definition .....	8
2.1.1 Klassifizierung nach WHO (2008):.....	8
2.2 Tradition .....	9
2.3 Gesundheitsschädigende Folgen .....	11
2.4 Kompetenzen des Fachpersonals .....	12
2.5 Hebammenkodex .....	14
2.6 Gesetzgebung Schweiz.....	14
<b>3 Methoden .....</b>	<b>15</b>
3.1 Suchmethoden .....	15
3.2 Auswahlkriterien .....	16
3.2.1 Studiendesign .....	16
3.2.2 Studienteilnehmerinnen.....	17
3.2.3 Untersuchte Verfahren .....	17
3.2.4 Ausschlusskriterien .....	17
3.3 Analyse und Auswertung der Daten .....	17
3.1 Ethik.....	18
<b>4 Ergebnisse.....</b>	<b>18</b>
4.1 Ergebnisse der Literaturrecherche und –auswahl.....	18
4.2 Literaturanalyse.....	19
4.2.1 Charakteristika der eingeschlossenen Literatur .....	19
4.2.2 Stärken und Schwächen der einbezogenen Literatur .....	20
4.3 Datenanalyse der ausgewählten Literatur .....	31
4.4 Synthese der Ergebnisse .....	41
4.4.1 Geburtsart.....	41
4.4.2 Episiotomie oder Defibulation.....	42
4.4.3 Evidenzbasierte Informationen .....	44
4.4.4 Voraussetzung für eine ganzheitliche Betreuung und Beratung .....	45
<b>5 Diskussion .....</b>	<b>47</b>
5.1 Welche Geburtsart ist bei Frauen mit FGC indiziert? .....	47

5.2	Soll bei einer vaginalen Geburt eine Episiotomie bzw. eine Defibulation geschnitten werden?.....	48
5.3	Wie soll man die Frau im Vorfeld evidenzbasiert informieren? .....	49
5.4	Wann sind welche Informationen schon in der Schwangerschaft sinnvoll, um der Frau die informierte Wahl zu ermöglichen? .....	52
5.5	Kritische Würdigung dieser Literaturreview .....	54
<b>6</b>	<b>Schlussfolgerung</b> .....	<b>55</b>
<b>7</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>57</b>
<b>8</b>	<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>62</b>
<b>9</b>	<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>62</b>

## ABSTRACT

**Einleitung:** Immer öfters begegnen Hebammen und andere Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz Frauen mit genitaler Beschneidung. Die traditionell durchgeführte Beschneidung findet sich häufig bei nordafrikanischen und asiatischen Ländern. Die Beschneidungen sind sehr unterschiedlich. Sie werden in vier verschiedene Typen eingeteilt. Zu einer guten Betreuung von Familien mit Migrationshintergrund braucht es die Fähigkeit der transkulturellen Kompetenz und genügend Fachwissen rund um die Beschneidung und deren Management. Teil des Hebammenkodex ist es, dass den Frauen ein Recht auf Entscheidung gegeben wird. Das Ziel dieser Review ist es, die aktuelle Evidenzlage der Geburtsart und allfälliger Episiotomien oder Defibulationen bei beschnittenen Frauen zu untersuchen um eine informierte Wahl zu ermöglichen.

**Methode:** Im Zeitraum von Oktober 2014 bis Juni 2015 wurde in den Datenbanken von Midirs, Pubmed, Cinahl, Cochrane und Medline nach Studien und Reviews gesucht. Zudem wurden Internetseiten von Organisationen nach Leitlinien durchforscht. Die verwendete Literatur, welche alle Antworten auf die Fragestellungen dieser Literaturreview lieferte, wurde auf ihre wissenschaftliche Qualität geprüft.

**Ergebnisse:** Die Review wurde anhand sieben Studien, einer Review und drei Leitlinien erstellt. Bezüglich Sectiorate, instrumenteller oder erschwerter Geburten und Episiotomierate liegen widersprüchliche Ergebnisse vor. Hingegen zeigt sich, dass Frauen mit genitaler Beschneidung ein erhöhtes Risiko einer Geburtsverletzung, prolongierter Austreibungsphase und erhöhtem Blutverlust haben. Aus den Interviews ging hervor, dass es den beschnittenen Frauen an Informationen fehlte und sie verschiedene Ängste rund um die Geburt hatten. **Diskussion und Schlussfolgerung:** Grundsätzlich soll bei beschnittenen Frauen eine vaginale Geburt angestrebt werden. Eine Episiotomie ist nach den üblichen Indikationen durchzuführen. Den infibulierten Frauen sollte eine Defibulation bereits in der Schwangerschaft angeboten werden. Diese wird empfohlen, obwohl keine statistisch signifikanten Unterschiede im Geburtsoutcome von infibulierten und defibulierten Frauen nachgewiesen werden konnten. Damit die Frauen eigenständige Entscheidungen für ihre Geburten treffen können, ist eine vollständige und verständliche Informationsabgabe erforderlich. Dies gilt auch für die Aufklärung bezüglich Geburtskomplikationen und Sectio caesarea (Sectio). Für diese Betreuung braucht es Fachpersonen, die sich Fachwissen über genitale Beschneidung und deren Auswirkungen aneignen.

**Schlüsselbegriffe:** Weibliche Genitalbeschneidung, Geburtsart, Defibulation, Episiotomie, informed choice, Betreuung

# 1 Einleitung

Unter Female Genital Cutting (FGC) versteht man die teilweise oder vollständige Entfernung der weiblichen äusseren Genitalien. Sie wird aus kulturellen oder religiösen Gründen praktiziert (World Health Organization [WHO], 2015). Man nimmt an, dass weltweit zirka 150 Millionen Frauen beziehungsweise (bzw.) Mädchen von diesem traditionellen Vorgehen betroffen sind. Es sind dies vor allem Frauen aus Afrika, Indonesien und Malaysia. In gewissen Ethnien Afrikas sind nahezu alle Frauen beschnitten (Friedrich, 2013). Man geht davon aus, dass in der Schweiz rund 13'000 Frauen und Mädchen von genitaler Beschneidung betroffen oder bedroht sind (Bundesamt für Gesundheit [BAG] zitiert in Terre des femmes, 2014).

Die Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG) (2013) schreibt, dass aufgrund mangelnder Erfahrung der Fachkräfte die Betreuung betroffener schwangerer Frauen oft nicht adäquat ist. Das kann Grund dafür sein, dass unnötige Sectiones caesarea (Sectiones) durchgeführt werden. Zudem führt die Wissenslücke zu unvollständiger Aufklärung und Information von Schwangerschaft, über Geburt bis hin zum Wochenbett. Ein Eingehen auf Wünsche und Anliegen kann somit nicht ermöglicht werden. Auch wenn man versucht, diese Frauen wie alle anderen Klientinnen zu behandeln, spielen manchmal Vorurteile mit, welche einem beim Anblick der Genitale aufschrecken lassen. Friedrich (2013) schreibt ausserdem, dass diese Frauen ein Anrecht auf empathische Betreuung haben ohne Bemitleidung oder Ablehnung.

An einigen Praxisinstitutionen gibt es keine internen Richtlinien oder Informationen, die ein adäquates Handeln ermöglichen würden. Im Fachbuch *Hebammenkunde* unter dem Kapitel *Betreuung von Frauen mit Gewalterfahrung* von Friedrich (2013) wird das Thema aufgegriffen, aber für die individuelle Betreuung ist die Beschreibung ungenügend. Im Fachbuch *Die Geburtshilfe* wird im Kapitel *pathologische Geburt* von Drack & Schneider (2011) die Thematik nur kurz erwähnt. In anderen Fachbüchern lässt sich nichts über die Betreuung von Frauen mit FGC lesen.

## 1.1 Ziele

Mit dieser Arbeit soll die Evidenzlage von der Geburtsart und allfälligen Episiotomien bzw. Defibulationen bei Frauen mit FGC untersucht werden. Anhand der Evidenzlage soll ausserdem abgeklärt werden, ob angemessene Informationen im Vorfeld eine informierte Wahl ermöglichen würden.

## 1.2 Fragestellung

Aufgrund der Ziele dieser Arbeit resultieren die folgenden Forschungsfragen:

- Welche Geburtsart ist bei Frauen mit FGC indiziert?
- Soll bei einer vaginalen Geburt eine Episiotomie bzw. eine Defibulation geschnitten werden?
- Wie soll man die Frau im Vorfeld evidenzbasiert informieren?
- Wann sind welche Informationen schon in der Schwangerschaft sinnvoll, um der Frau die informierte Wahl zu ermöglichen?

## 1.3 Eingrenzung

Diese Arbeit beschäftigt sich mit allen vier Typen der genitalen Beschneidung. Es werden Studien untersucht, in welchen das mütterliche Outcome berücksichtigt wird. Ausserdem auch solche, die die Zufriedenheit der Frauen mit der Betreuung durch die zuständige Fachperson unter der Geburt untersuchen. Es werden Studien verwendet, welche verschiedene Interventionen, wie zum Beispiel die Episiotomie oder die Defibulation kritisch hinterfragen. Die kindlichen Outcomes und Ergebnisse zur Reinfibulation werden nicht explizit untersucht und werden nur am Rande in diese Literaturreview eingeschlossen. Dies ist dann der Fall, wenn in der verwendeten Literatur relevante Resultate beschrieben werden, die für eine vollständige Informationsabgabe von Nutzen sind. Für die Review werden nur Studien verwendet, bei welchen gesunde Frauen, abgesehen von FGC, am Termin geboren haben. Es werden hauptsächlich die Schwangerschafts- und die Geburtsphase eingeschlossen. Für die Zeit des Postpartums werden höchstens Tipps abgegeben.

Es wird bewusst auf die Verwendung des Begriffs *Female genital mutilation*, auf Deutsch *weibliche Genitalverstümmelung*, verzichtet. Dadurch soll eine wertende Haltung gegenüber dieser Tradition vermieden werden.

Bei der Übersetzung aus dem Englischen wird darauf geachtet, eine gendergerechte Sprache zu verwenden. Der Leitfaden für die sprachliche Gleichstellung (Berner Fachhochschule, 2014) diene dabei als Vorlage. Mit der Bezeichnung *Hebamme* sind sowohl Frauen wie auch Männer gemeint, welche diese Tätigkeit ausüben.

## 2 Theoretische Grundlagen

### 2.1 Definition

Genitale Beschneidung ist ein Begriff, der für alle Praktiken verwendet wird, in denen die teilweise oder vollständige Entfernung bzw. andere Verletzungen der äusseren Genitalien erfolgen. Diese Eingriffe werden stets ohne medizinische Indikation vorgenommen. Grundlegend kann die weibliche Genitalbeschneidung in vier Typen unterteilt werden, welche teilweise noch in weiteren Unterklassifikationen spezifiziert werden (WHO, UNICEF, UNFPA, 1997 in WHO, 2008).

Zum besseren Verstehen der Einteilung der vier Typen, dient die folgende Abbildung der Anatomie der äusseren Genitalien der Frau:

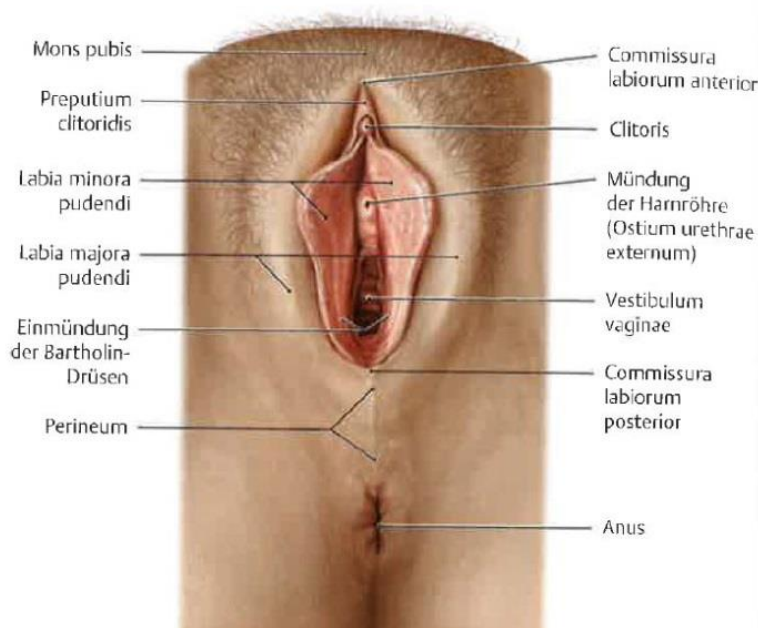


Abbildung 2. Äussere Genitalen Frau (Schünke et al., 2014)

#### 2.1.1 Klassifizierung nach WHO (2008):

**Typ I:** In diese Gruppe werden alle FGC eingeteilt, die eine teilweise oder vollständige Entfernung der Clitoris und/oder des Preputium clitoridis beinhalten. Typ Ia beinhaltet die alleinige Entfernung des Preputium clitoridis. Unter Typ Ib werden genitale Beschneidungen eingeteilt, die sowohl die Clitoris wie auch das Preputium clitoridis betreffen.



**Typ II:** Die teilweise oder vollständige Entfernung der Clitoris und der Labia minora pudendi mit oder ohne Beschneidung der Labia majora pudendi, gehören zu dieser Gruppe. Auch dieser zweite Typ wird noch weiter unterteilt. Typ IIa beinhaltet nur die Entfernung der Labia minora pudendi, Typ IIb umfasst die teilweise oder vollständige Entfernung der Clitoris und der Labia minora pudendi. Beim Typ IIc kommt zusätzlich die Beschneidung der Labia majora pudendi hinzu.

**Typ III:** Die Beschneidung der Labia minora pudendi und/oder der Labia majora pudendi mit oder ohne Entfernung der Clitoris. Anschliessend wird das Orificium vaginae bis auf eine kleine Öffnung verschlossen. Dieser Vorgang wird auch Infibulation genannt. Unter Typ IIIa versteht man die Entfernung der Labia minora pudendi und die anschliessende Zusammenführung der daraus entstandenen Wundränder. Beim Typ IIIb wird gleich vorgegangen, allerdings bei der Labia majora pudendi.

**Typ IV:** Dieser Typ umfasst alle anderen schädlichen Praktiken, die ohne medizinische Gründe an den weiblichen Genitalien vorgenommen werden. Als Beispiel werden Ausbrennen, Kratzen, Piercen, Einschneiden und Stechen genannt. Bei keiner der Praktiken wird jedoch Genitalgewebe entfernt. Aus diesem Grund geht man davon aus, dass die genitalen Beschneidungen dieses Typs weniger gefährlich und schädlich sind, als diejenigen der Typen I bis III.

Normalerweise nimmt die Menge an entferntem genitalem Gewebe von Typ I bis III zu. Es gibt aber auch Ausnahmen. Um den Schweregrad und die Gefahr einer solchen Verletzung einschätzen zu können, muss deshalb immer sowohl der Typ, wie auch die Menge an entferntem Gewebe berücksichtigt werden.

## 2.2 Tradition

Grassivaro, Viviani und Pasquinelli zitiert in Abdulcadir, Margairaz, Boulvain & Irion (2011) beschreiben die weibliche genitale Beschneidung als eine altertümliche Praktik, welche bis zu den Pharaonen zurückgeht. Infibulation wird aus dem lateinischen Wort „fibula“ abgeleitet, was die Fibel der Römer bezeichnet. Diese diente der Befestigung der Toga, der traditionellen Kleidung der Römer. Diese Toga wurde bei Sklavinnen als eine Art Keuschheitsgürtel benutzt.

Sie schreiben weiter, dass die genitale Beschneidung oft fälschlicherweise mit dem Islam in Verbindung gebracht wird. Die Beschneidung wird aber von keiner Religion vorgeschrieben und kommt genauso bei Christen, Juden und Animisten vor. In diesen patriarchalischen Gesellschaften stellt die Tradition der Beschneidung die Kontrolle der weiblichen Sexualität, die Keuschheit und die Ehre der Gemeinschaft sicher. Ausserdem ist die Beschneidung ein tief verwurzelttes Abkommen, welches dem Kind und der

Familie den sozialen Status gewährt. Das Nichtbefolgen dieser Praktik würde bedeuten, dass die Familie stigmatisiert und ausgeschlossen wird und grosse Scham empfinden würde. Das Ritual gibt dem Mädchen Ehre, Wert, Stolz, Identität und ein Gefühl von Zugehörigkeit. Der Sinn ist, dass Mädchen dadurch keusch bleiben und von ihrem sexuellen Verlangen abgeschirmt werden. Zudem garantiert das Ritual eine Hochzeit. Catania & Abdulcadir zitiert in Abdulcadir et al. (2011) schreiben zudem, dass die Infibulation auch mit Schönheit in Verbindung gebracht wird.

Grassivaro & Viviani zitiert in Abdulcadir et al. (2011) nennen verschiedene Gründe für diese Tradition, welche je nach Land stark variieren können. In einigen Ländern wird die Beschneidung als Einleitung des Erwachsenwerdens durchgeführt, in Anderen mit dem Grund, das Vergnügen des Mannes beim Geschlechtsverkehr zu optimieren. Ahmadu zitiert in Abdulcadir et al. (2011) schreibt dazu, dass die Klitoris in manchen Ländern als maskuliner Teil angeschaut wird, welcher entfernt werden muss.

Die WHO (2001a) geht davon aus, dass die Anzahl genitaler Beschneidungen aktuell rückläufig ist. Sie rechnet aber damit, dass weiterhin ungefähr zwei Millionen Mädchen jährlich von dieser Prozedur bedroht sind. Die meisten davon leben in afrikanischen Ländern.

Einen Überblick über die Länder, welche die Praktik durchführen, gibt die folgende Weltkarte von Women Stats Project (n.d.). Durch die unterschiedlichen Farben lässt sich erkennen, wie viele Frauen in den jeweiligen Ländern betroffen sind.

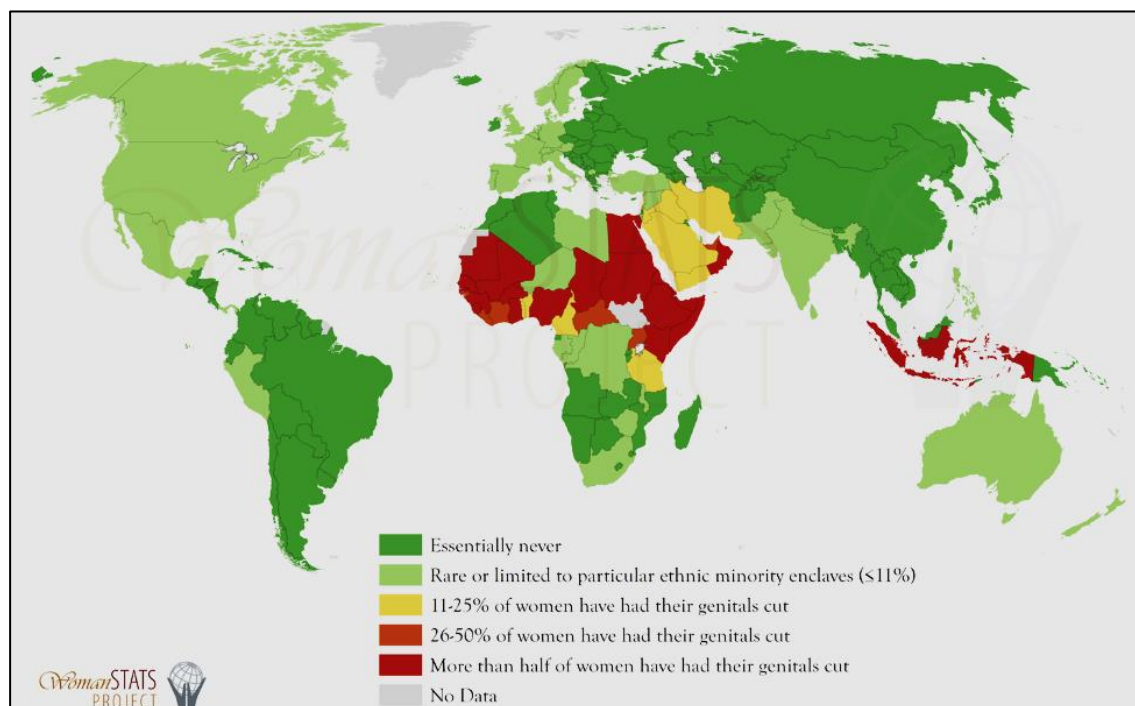


Abbildung 3. Prävalenz von FGC (Women Stats Project, n.d.)

Gemäss WHO (2001a) hängt das Alter, in welchem die Beschneidung durchgeführt wird, stark von der jeweiligen Ethnie ab. Dies kann vom Neugeborenen bis hin zur ersten Schwangerschaft sein. In Ländern, in welchen die Beschneidung selbstverständlich ist, wird bei der Frau nach der Geburt eine routinemässige Reinfibulation durchgeführt. Die Beschneidung wird oft von einer älteren Frau *Beschneiderin* aus dem Dorf, bei der heimischen Coiffeuse oder einer traditionellen Geburtsbegleiterin durchgeführt. In einigen Ländern kommt es auch vor, dass wohlhabendere Familien für die Prozedur eine medizinische Fachperson aufsuchen. Dadurch wollen sie unprofessionelle und unhygienische Eingriffe verhindern.

### **2.3 Gesundheitsschädigende Folgen**

Die WHO (2001a) schreibt, dass die genitale Beschneidung viele Komplikationen zur Folge haben kann. Vor allem Typ III führt häufig zu Problemen beim Urinieren und Menstruieren, so wie auch beim Geschlechtsverkehr und Gebären.

In der Studie von Rouzi et al. (2012) werden zusätzlich Keloide, Zysten an der Klitoris, Dysmenorrhoe, wiederkehrende Infektionen der Harnwege, Urin- und Stuhlinkontinenz, psychische bzw. sexuelle Probleme, Krankheitsübertragungen sowie Infertilität aufgeführt.

Abdulcadir et al. (2011) beschreiben unmittelbare Komplikationen. Diese können Schmerzen, Brennen beim Urinieren, Harnverhalt, Hämorrhagie, Anämie, Schock bis hin zum Tod, Infektionen und Dehiszenz der Verletzung sein. Auch zu Tetanus oder Infektionskrankheiten wie HIV oder Hepatitis kann es durch die unsterilen Instrumente kommen, welche häufig mehrmals verwendet werden.

Weiter betonen Abdulcadir et al. (2011) die Wichtigkeit, zu wissen, dass einige Frauen unter Komplikationen der Beschneidung leiden können, ohne diese als solche zu erkennen. Oft glauben die Frauen, dies seien die normalen Beschwerden, die alle Frauen haben.

Die SGGG (2013) schreibt, dass auch während der Schwangerschaft Komplikationen auftreten können. Es kann sein, dass Infektionen nicht erkannt werden. Daneben beobachtet man, dass sich beschnittene Frauen unzureichend ernähren, was zu einer Anämie führen kann. Grund dafür könnte die Angst vor Komplikationen wegen eines grossen Kindes sein.

## 2.4 Kompetenzen des Fachpersonals

Daley (2004) hat in ihrem Artikel beschrieben, wie die Hebammenbetreuung von Frauen mit FGC aussehen sollte. Neben den sprachlichen Problemen und der Wichtigkeit, eine adäquate Schmerztherapie anzubieten, gibt es auch kulturelle Aspekte, denen Beachtung geschenkt werden sollte. Beispielsweise sollte die Geburt von weiblichen Betreuungspersonen begleitet werden, um die Frau nicht in ihrer Würde zu verletzen. Dazu gehört auch, dass eine besondere Wichtigkeit auf Intimsphäre gesetzt wird. Ein weiterer Punkt ist, dass die Männer normalerweise die Entscheidungen bezüglich der Betreuung ihrer Frau treffen und deshalb müssen sie in den Geburtsprozess miteinbezogen werden. Daley (2004) schreibt, dass die informierte Einwilligung (informed consent) praktiziert werden sollte.

Gemäss Bürge (2012) wird das Selbstbestimmungsrecht im Englischen oft mit informed consent bezeichnet. Das Selbstbestimmungsrecht umfasst jedoch mehr als die Zustimmung nach einer Information. Die Information sollte umfassend sein und eine Ablehnung oder eine Entscheidung für eine alternative Behandlungsmöglichkeit beinhalten. Deshalb umschreibt der Begriff informierte Wahl (informed choice) dieses Recht besser.

Schmid (2011) schreibt, dass eine Hebamme, die eine Person in der informierten Entscheidung stärken will, sich ihrer eigenen Erfahrungen und Wünschen bewusst werden muss. Diese Erfahrungen dürfen die Hebammenarbeit nicht beeinflussen und werden somit bewusst zurückgenommen. Für eine informierte Entscheidung werden objektive Informationen erteilt. Das können beispielsweise Forschungsergebnisse, Erklärungen der physiologischen Prozesse oder Erlebnisse aus dem beruflichen Alltag sein, die frei von subjektiven Werten sind. Die Hebamme klärt über Vorteile und Risiken oder Nachteile auf und benützt eine angepasste Wortwahl.

Die Entscheidungsfindung wird von Schäfers (2010) in drei Modelle eingeteilt. Die *Informierte Zustimmung* berücksichtigt die schwächste Wahl- und Handlungsfreiheit, gefolgt von der informierten Wahl. Mit der *informierten Entscheidung* liegt die Macht der Entscheidung bei der Frau. Der Hebamme unterliegt die Vielfalt und Vollständigkeit der Informationen. Ein Optimum der Wahl- und Handlungsfreiheit wird beim Modell der *partizipativen Entscheidungsfindung* (shared decision making) erreicht. Dieses Modell, das auch als evidenzbasierte Medizin bezeichnet wird, fördert die Autonomie der Frau und besteht aus drei Grundbausteinen. Das individuelle Erfahrungswissen der jeweiligen Hebamme bildet den ersten Grundbaustein. Als zweite wichtige Substanz gelten die besten verfügbaren externen Evidenzen (Studien) und als Drittes tragen die Situa-

tion der Frau, deren Normen, Werte und Wünsche sowie Rechte zur partizipativen Entscheidung bei.

Die sexuelle Gesundheit Schweiz (2013) betont, dass es neben der Verständigung auch wichtig ist, dass sich das Fachpersonal auf die Klientin einlassen kann, um eine gute Beratung anbieten zu können. Dazu benötigt das Personal die Fähigkeit der transkulturellen Kompetenz. Domening (2007) beschreibt die transkulturelle Kompetenz als Fähigkeit, eine Person in ihrer individuellen Lebenssituation zu sehen und mit dem Kontext der aktuellen Lebenssituation zu verstehen. Sie reflektiert ihre eigenen Wertvorstellungen und Prägungen und kann sich so, ohne zu Stereotypisieren, in die Person hineindenken. Die Interaktionsfähigkeit im Migrationskontext entsteht durch die narrative Empathie, die Selbstreflexion und die eigenen Erfahrungen sowie dem Hintergrundwissen. Das Hintergrundwissen besteht aus den verschiedenen Aspekten der Migration wie beispielsweise migrationsbedingten Lebensbedingungen und weniger über die eigentliche Kultur der Migrantin. Das Wissen wird meist neben der kognitiven Ebene auch aufgrund Erfahrungen dazu gewonnen. In der Selbstreflexion wird man sich seiner eigenen Lebenswelt bewusst, um dann in die Lebenswelt der Klientin eintauchen zu können. Dabei betrachtet man die Lebenswelt der Klientin wertneutral und kann entsprechende Handlungen ableiten. Bei der kulturellen Kompetenz ist Empathie eine wichtige Voraussetzung, da man nicht auf Bekanntes zurückgreifen kann, sondern Neues entdecken muss. Im Gespräch wird die Lebenswelt des Gegenübers mit Erzählungen erklärt, was eine narrative Empathie ermöglicht. Schildberger (2012) beschreibt die Betreuung von Frauen mit Migrationshintergrund. Ein wichtiger Punkt neben der kulturellen Kompetenz ist es, eine niedrige Sprachbarriere anzustreben und allenfalls Übersetzerinnen bzw. Übersetzer anzubieten. Daneben soll die Frau über die Rahmenbedingungen des Geburtsortes aufgeklärt werden. Dies beinhaltet auch, dass sie ihre Wünsche einbringen kann.

Die Studie von Jacoby & Smith (2013) zeigt auf, dass für eine angemessene Betreuung während Schwangerschaft und Geburt ein fundiertes Fachwissen von Bedeutung ist. Widmark et al. (2002) haben mit ihrer Studie aufgezeigt, dass es den Hebammen teilweise an Fachwissen und Erfahrung fehlt und die Wünsche der gebärenden Frauen mit FGC nicht immer erfüllt werden können. Abdulcadir, Rodriguez & Say (2014) schreiben, dass die Ausbildung der betreuenden Fachpersonen wichtig ist und das maternale Outcome verbessern kann. Auch die SGGG (2013) empfiehlt, dass FGC in den Aus- und Weiterbildungen des Fachpersonals integriert werden soll. Mit dem Wissen können sich Fachpersonen für die Prävention einsetzen. Abdulcadir et al. zitiert in Abdulcadir et al. (2014) haben jedoch festgestellt, dass die Hälfte des untersuchten

medizinischen Personals entweder keine richtige Klassifizierung der Beschneidung durchführen kann oder sogar gar keine Klassifizierung vornimmt. Ausserdem schreibt Abdulcadir et al. (2014), dass die schwierigen Themen rund um die Beschneidung allenfalls besser mit den Frauen besprochen werden könnten, wenn explizite Kommunikationstrainings zum Thema FGC angeboten würden. Grapentin (2008) schreibt unter anderem in ihrem Artikel, dass das Wissen um FGC dem Personal eine Sicherheit im Umgang mit FGC geben kann, was wiederum dazu führt, dass unangenehme oder sogar missverständliche Situationen verhindert werden können. Kästner (2005) betont, dass das Wissen um die körperlichen und seelischen Folgen in die Betreuung der Frauen mit FGC einfließen soll. Eine Retraumatisierung, die durch die Schmerzen oder durch Instrumente wie eine Episiotomieschere erfolgen kann, sollte möglichst verhindert werden.

## **2.5 Hebammenkodex**

Mit den folgenden Zitaten des Hebammenkodex soll die Problemschilderung dieser Arbeit verdeutlicht werden.

Hebammen respektieren das Recht der Frau, informiert zu sein und auswählen zu können, und fördern deren Bereitschaft, die Verantwortung für die Entscheidungen zu übernehmen.

Hebammen arbeiten mit Frauen und unterstützen deren Recht, sich aktiv an Entscheidungen betreffend ihre Betreuung zu beteiligen. Sie bestärken die Frauen, bei Themen, welche die Gesundheit von Frauen und deren Familien in ihrer Kultur/ ihrer Gesellschaft betreffen, für sich selbst zu sprechen.

Hebammen sorgen für die Betreuung und Pflege von Frauen und Familien, die Kinder bekommen. Sie respektieren dabei die kulturelle Vielfalt und setzen sich gleichzeitig für die Abschaffung schädlicher Bräuche und Sitten innerhalb dieser Kulturen ein (Schweizerischer Hebammenverband, 1994, p.1-2)

## **2.6 Gesetzgebung Schweiz**

Gemäss Abdulcadir et al. (2011) ist in der Schweiz nicht nur die Durchführung einer genitalen Beschneidung verboten, sondern auch deren Planung. Dies auch dann, wenn die Beschneidung im Ausland durchgeführt werden soll. Die SGGG (2013)

beschreibt, dass die genitale Beschneidung in der Schweiz zu den schweren Körperverletzungen zählt. Dabei spielt es keine Rolle, ob der Eingriff auf Wunsch der Frau passiert. Ein solcher Verstoß gegen das Gesetz hat eine Zuchthausstrafe von bis zu zehn Jahren oder eine Gefängnisstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zur Folge.

Terre des femmes (2014) beschreiben, dass gegen die Verstümmelung weiblicher Genitalien im Jahr 2012 eine neue Strafnorm (Art. 124 StGB) in Kraft gesetzt worden ist. Diese folgte auf die parlamentarische Initiative „Verbot von sexuellen Verstümmelungen“.

In internationaler Gesetzgebung verstößt FGC gegen das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes (SGGG, 2013).

### **3 Methoden**

In den vergangenen Jahren wurden bereits viele Studien über das gewählte Thema veröffentlicht. Genitale Beschneidung ist ein Thema, welches aus ethischer Sicht schwierig zu erforschen ist. Besonders in der Schweiz stellen die Rekrutierung von genügend Teilnehmerinnen und die sprachliche Barriere eine Herausforderung dar. Aus diesen Gründen wurde diese Arbeit anhand einer Literaturreview verfasst. In diesem Kapitel werden die Such- und Auswahlstrategien sowie das analytische Vorgehen erläutert.

#### **3.1 Suchmethoden**

Die Literatursuche wurde in drei Etappen gemacht. Die Erste fand im Oktober statt. Zu diesem Zeitpunkt wurden Abklärungen zur Themenrelevanz und zu der Literaturlage gemacht. Die zweite Suche fand zwischen dem 13.02.2015 und dem 27.04.2015 in den Datenbanken von Cochrane, Medline, Pubmed und Midirs statt. Zudem wurden die Internetseiten von der SGGG, WHO und sexueller Gesundheit nach nützlichen Informationen und Guidelines durchsucht. Auch in der Hochschulbibliothek wurden relevante Fachbücher sowie Bachelorarbeiten über genitale Beschneidung gesichtet. Mit der ersten gefundenen Literatur beschafften sich die Autorinnen einen Überblick. Um die Literatursuche vollständig abschliessen zu können, wurde eine dritte Suche zwischen dem 24.05.2015 und dem 11.06.2015 in den Datenbanken von Midirs, Pubmed, Cinahl, Cochrane und Medline durchgeführt. Um für die Fragestellung geeignete Literatur zu finden, wurde mit passenden Suchbegriffen gesucht.

Nach Behrens & Langer (2010) können die Suchbegriffe mit Boole'schen Operationen AND und OR miteinander verknüpft werden.

Mit diesem Vorgehen konnten die Datenbanken breitflächig durchforstet werden und eine Vielfalt an Literatur wurde gefunden. Auf eine Suche mit Mesh-Terms wurde verzichtet.

Folgende Suchbegriffe wurden definiert und ins Englische übersetzt:

Tabelle 1. Suchbegriffe deutsch / englisch

Deutsch	Englisch
Wahl	option, alternative, choice, selection, variety, choosing
Entscheidung	decision, determination
Umgang (Fachpersonen)	manag*, knowledge
Risiko/ Outcome	risk, outcome
Betreuung	care, assistance
Geburtsart	type of birth, medical attendance
Geburtsverletzungen	episiotomy, perineal tears, trauma, perineal laceration, outcome
Defibulation	defibulation
empfehlen	recommend
Beschneidung	circumcision, female circumcision, female genital mutilation, mutilation, genital mutilation, FGM, female genital cutting, genital cutting, cutting, infibulation
Schwangerschaft	pregnancy, gestation, gravidity
Geburt	birth, labor, labour, delivery, childbirth
Mutterwerden	childbearing
Erfahrungen	experiences

## 3.2 Auswahlkriterien

Die verwendete wissenschaftliche Literatur wurde zwischen 2000 und 2015 publiziert. Der grosse Zeitraum von 15 Jahren wurde gewählt, weil sich bei der ersten Recherche herausstellte, dass es ältere Studien gibt, die eine gute Qualität aufweisen und in diese Review miteingeschlossen werden sollten. Es wurde englische und deutsche Primärliteratur verwendet.

### 3.2.1 Studiendesign

Um die vier Fragestellungen bestmöglich beantworten zu können, wurden sowohl quantitative als auch qualitative Studien eingeschlossen. Da es keine experimentellen Studien zu diesem Thema gibt, wurden zur Qualitätssicherung nur quantitative Studien ausgewählt, die mit einer Kontrollgruppe arbeiteten.



### 3.2.2 Studienteilnehmerinnen

Die Teilnehmerinnen sind gesunde (abgesehen von FGC) Erst- sowie Mehrgebärende mit genitaler Beschneidung vom Typ I-IV. Untersucht wird deren Schwangerschaft und/oder Geburt, falls sie eine physiologische Einlingsschwangerschaft und ab der 37. Schwangerschaftswoche geboren haben.

### 3.2.3 Untersuchte Verfahren

Mögliche Interventionen sind Sectio, Episiotomien oder Defibulationen. Die eingeschlossenen Studien sollten das maternale Outcome, wie beispielsweise Geburtsverletzungen, in ihren Resultaten festhalten. Ausserdem werden Studien eingeschlossen, die die Geburtserfahrungen von beschnittenen Frauen untersuchten.

### 3.2.4 Ausschlusskriterien

Alle Studien bzw. Leitlinien, die vor dem 1. Januar 2000 publiziert wurden, die sich mit Hausgeburten beschäftigen, die nicht nachvollziehbare Ergebnisse darstellen, die nicht in Englisch oder Deutsch erschienen sind oder die keine Antworten auf eine der vier Fragestellungen dieser Literaturreview liefern, werden ausgeschlossen. Zusätzlich wird auch Literatur ausgeschlossen, die ethisch fragwürdig ist oder die grobe Bias beinhaltet.

## 3.3 Analyse und Auswertung der Daten

Literatur, die aufgrund ihres Titels und Abstracts mindestens eine der vier Fragestellungen zu beantworten schien, wurde von den Autorinnen im Volltext gelesen. Dabei wurde sie auf ihre Nützlichkeit für die Beantwortung der Fragestellungen geprüft. Anschliessend wurde die nützliche Literatur unter den Autorinnen ausgetauscht und gegengelesen. Danach wurde gemeinsam eine Qualitätsprüfung anhand verschiedener Lehrbücher (Behrens & Langer, 2010; Steinke, 1999; Kunz et al., 2007; Kunz, Khan, Kleijnen & Antes, 2009; Polit, Beck & Hungler 2010; Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften [AWMF], 2008) durchgeführt. Zudem werden die wichtigsten Qualitätspunkte und die Resultate der einzelnen Studien, Reviews und Leitlinien in Analyseraster der Berner Fachhochschule übertragen. Die Ergebnisse und Qualitätsmerkmale wurden dann von beiden Autorinnen kritisch hinterfragt, bei unterschiedlichen Meinungen wurde diskutiert und gegebenenfalls eine andere Mitstudentin beigezogen.

Anhand dieser kritischen Würdigung und den dokumentierten Ergebnisse der Studien wurde dann entschieden, ob die jeweilige Literatur die Fragestellung dieser Arbeit beantwortet, eine genügende Qualität aufweist und somit verwendet werden kann.

### **3.1 Ethik**

Bei allen verwendeten Studien, Leitlinien und der Review wurde darauf geachtet, ob ethische Aspekte berücksichtigt wurden. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2009) beschreibt, dass die Forschungsethik in drei Grundprinzipien unterteilt werden kann:

- Wohltun: Pflicht, Nutzen zu maximieren und Schaden zu vermeiden
- Respekt für Personen: Deren Schutz und Autonomie gewähren
- Gerechtigkeit: Gerechte Verteilung von Nutzen und Chancen

Ob eine klinische Forschung ethisch vertretbar ist, wird an folgenden Anforderungen gemessen: Eine angepasste wissenschaftliche Methodik, der gesellschaftliche Wert der Studie, die gleichberechtigte Auswahl der Teilnehmenden, ein tragbares Verhältnis von Risiken und Nutzen, eine eigenständige Begutachtung, Respekt gegenüber allen Beteiligten und die informierte Zustimmung der Teilnehmenden. Die Grundsteine der Forschungsethik sind, dass die Teilnehmenden vollständig über die durchzuführende Studie informiert wurden und ihr Einverständnis an der Beteiligung erklärt haben, dass die Forschenden selbst über ethische Aspekte reflektieren, dass das Vorhaben unabhängig von einer Ethikkommission studiert wird und dass die ethischen Kriterien und Vorgehen in einer öffentlichen Besprechung verankert werden.

## **4 Ergebnisse**

### **4.1 Ergebnisse der Literaturrecherche und –auswahl**

Bei der Suche in den fünf Datenbanken Cinahl complete, Medline Ovid SP, Midirs Ovid SP, Cochrane liberty und Pubmed wurden mit den definierten Suchbegriffen 4'273 Treffer registriert. Rund 480 Abstracts wurden gelesen, davon haben die Autorinnen 30 Studien im Volltext gelesen. Mit 13 Studien wurde anschliessend das Analyseverfahren gemacht. Fünf von diesen 13 Studien wurden nach einer detaillierten Analyse ausgeschlossen.

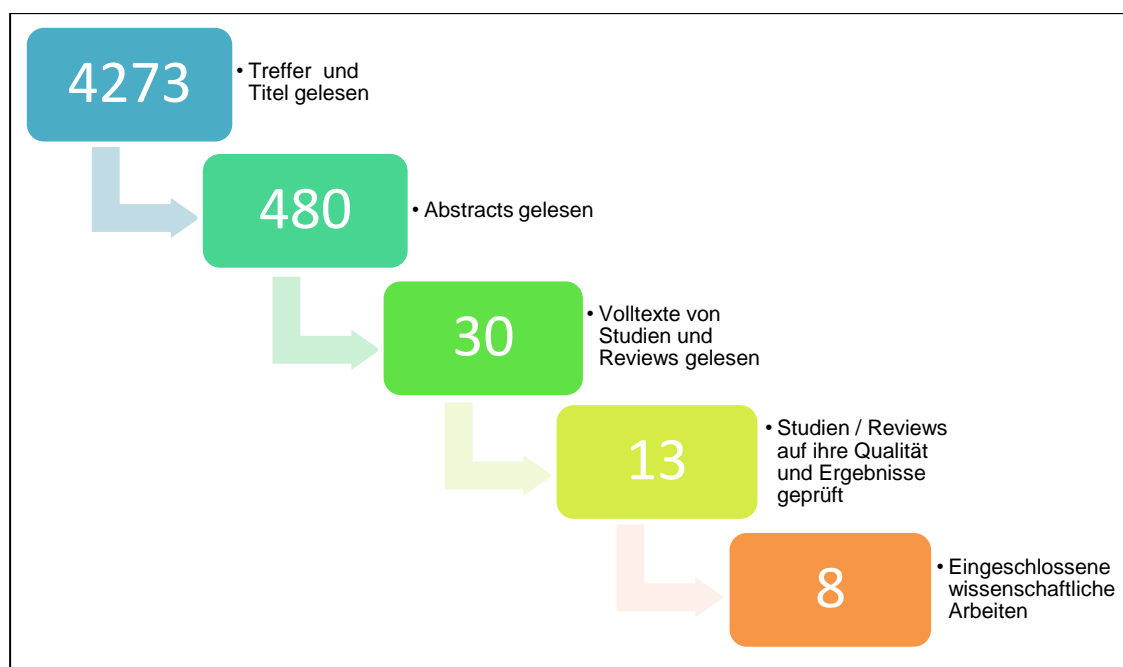


Abbildung 4. Schematische Darstellung des Auswahlverfahrens

## 4.2 Literaturanalyse

### 4.2.1 Charakteristika der eingeschlossenen Literatur

Es wurden sieben Studien (Ameresekere et al., 2011; Berggren, Gottvall, Isman, Bergström & Ekéus, 2012; Frega et al., 2012; Lundberg & Gereziher, 2006; Raouf, Ball, Hughes, Holder & Papaioannou, 2011; Rouzi et al., 2012; Vangen et al., 2003), eine Review (Berg & Underland, 2013) und drei Leitlinien (SGGG, 2013; Sexuelle Gesundheit Schweiz, 2013; WHO, 2001b) in die Analyse eingeschlossen.

Die Studien haben unterschiedliche Designs, wobei es sich entweder um qualitative ethnographische Designs handelt oder um quantitative Kohorten- bzw. Fallkontrollstudien. Es wurden je nach Studie unterschiedliche Interventionen und Outcomes untersucht. Auch die Teilnehmerinnenzahl und die Settings sind unterschiedlich. Gemeinsam haben sie, dass bei allen Studien Teilnehmerinnen mit genitaler Beschneidung dabei waren.

In der Review von Berg & Underland (2013) und den Studien von Frega et al. (2012) und Berggren et al. (2012) wurden Frauen mit FGC mit jenen verglichen, welche nicht beschnitten waren. Bei Berggren et al. (2012) bestand die Fallgruppe nur aus Frauen mit FGC Typ III. Der Schwerpunkt dieser Kohortenstudie wurde auf die Untersuchung von Analsphinkterissen gelegt. Es werden aber trotzdem auch Ergebnisse zur Episiotomie und vaginal operativen Geburten geliefert. Auch Frega et al. (2012) untersuchten in ihrer Fallkontrollstudie das Vorkommen dieser Interventionen. Die Fall-

gruppe bestand hier allerdings aus Frauen mit FGC Typ I und II. Zudem stellten sie Vergleiche in der Dauer der Austreibungsphase (AP), der Apgar-Werte und der Sectorate auf, was in dem Review von Berg & Underland (2013) ebenfalls erforscht wurde. Berg & Underland (2013) unterscheiden die FGC-Typen nur selten in ihrer Ergebnisaufzählung.

In den Fallkontrollstudien von Rouzi et al. (2012) und Raouf et al. (2011) wurden nur Frauen mit FGC Typ III eingeschlossen. Sie stellten einen Vergleich zwischen defibulierten und infibulierten Frauen unter der Geburt auf. Beide Studien liefern Ergebnisse über Blutverlust, Episiotomierate und Apgar-Werten unter Berücksichtigung des kindlichen Geburtsgewichts. Rouzi et al. (2012) machte keinen Unterschied zwischen Primi- und Multiparas, was hingegen in der Studie von Raouf et al. (2011) gemacht wurde.

In den drei qualitativen Studien von Ameresekere et al. (2011), Vangen et al. (2003) und Lundberg & Gerezgiher (2006) wurden Interviews mit Frauen, die von genitaler Beschneidung betroffenen sind, durchgeführt. Man wollte mehr über die Geburtserfahrungen betroffener Immigrantinnen und ihre Vorstellungen von der Geburt, insbesondere auch einer Sectio, herausfinden. In allen drei Studien wurde auch auf die Gesundheitsfachpersonen eingegangen. Beispielsweise wie die Betreuung erlebt oder wie kommuniziert wurde.

Die Leitlinie der WHO (2001b) beinhaltet detaillierte Empfehlungen über die Betreuung von Frauen mit FGC während Schwangerschaft und Geburt. Im Unterschied zu der Leitlinie der SGGG (2013) macht die WHO differenzierte Empfehlungen für Frauen mit FGC Typ I, II und IV bzw. Typ III. Beide Guidelines geben Empfehlungen zur Durchführung einer Defibulation bzw. Episiotomie ab. In der Leitlinie der Sexuellen Gesundheit Schweiz (2013) wurde der Schwerpunkt der Empfehlungen auf die Beratung von betroffenen Frauen gelegt.

#### 4.2.2 Stärken und Schwächen der einbezogenen Literatur

Die identifizierten Stärken und Schwächen der in dieser Arbeit enthaltenen Literatur werden nachfolgend aufgeführt. Eine Übersicht dieser Vor- und Nachteile ist in Tabelle 2 und Tabelle 3 zu finden.

Die Stärken der Studie von *Ameresekere et al. (2011)* liegen in der angemessenen Rekrutierungsart, den Originalzitatzen der Interviews, welche mit offenen Fragen geführt wurden, die Teilnehmerinnen die Interviewsprache wünschen konnten, die Forschungsfrage dem Studiendesign entspricht, das Vorwissen deklariert ist und der Datenschutz beachtet wird. Weitere Stärken sind der klare Beschrieb der Erhebungsmethoden und Transkriptionsregeln, das Aufzeigen von Problemen und Diskussionen

sowie deren Lösungsansätze, die Angaben zu dem jeweiligen Departement der Forschenden, die Beantwortung der Forschungsfragen anhand der Ergebnisse und dass diese mit ähnlicher Literatur verglichen werden. Insgesamt ist es eine kohärente Arbeit. Als Schwäche wurden folgende Punkte herausgearbeitet: Die kleine Teilnehmerinnenzahl, die Entlohnung der Teilnehmerinnen, dass der FGC Typ von den Frauen nur beschrieben und nicht untersucht wurde, das Fehlen einer kommunikativen Validierung, des vollständig transkribierten Textes und der Beschreibung der Selbstreflexion der Forschenden, der Mangel an Sprachaufnahmen der Interviews und dass nicht klar ersichtlich ist, ob einige Ergebnisse auch nur aus Beobachtungen stammen.

In der Review von *Berg & Underland (2013)* wurden nur Studien mit dem höchsten Evidenzniveau miteinbezogen. Es wurde darauf geachtet, dass möglichst alle Studien eine Kontrollgruppe aufwiesen. Weitere Stärken liegen in der ausführlichen Beschreibung der Such- und Auswahlstrategie und der grossen Studienzahl aus unterschiedlichen Ländern. Letzteres führt zu Ergebnissen, welche auf die Population übertragen werden können. Die Nachvollziehbarkeit der Studienbeurteilung, die ausführliche und verständliche Dokumentation, dass die Bewertung durch mehrere Forschende gemacht und diskutiert wurde, sowie dass keine Sucheinschränkungen bezüglich Publikationsdatum oder Sprache gemacht wurden, zählen ebenfalls zu den Stärken. In die Metaanalyse wurden verschiedene Forschungsdesigns (auch retrospektive Designs) eingeschlossen und vorgängig wurde eine Heterogenität gemessen. Die Forscherinnen erwähnen, dass sie das Random-Effects-Modell eingesetzt haben, was als Stärke gewertet werden kann. Behrens & Langer (2010) schreiben, dass mit dem Random-Effects-Modell die Forscherin bzw. der Forscher die Möglichkeit hat, bei einer hohen Heterogenität alle Studien gleich zu gewichten. Mit diesem Verfahren wird angenommen, dass die Effekte normal verteilt sind und von den Studiendesigns abhängig sein können. Der Konfidenzintervall wird grösser und stellt somit eine sicherere Berechnung dar. Berg, Odgaard-Jensen, Fretheim, Underland & Vist (2014) haben aufgrund von Rückmeldungen in einem Update eine neue Berechnung vorgenommen und auch prospektive Studien eingeschlossen. Sie kamen zu den gleichen Ergebnissen. Diese neue Berechnung stärkt die Glaubwürdigkeit der Forscherinnen und Forscher.

Identifizierte Schwächen lagen in der Allgemeinhaltung der Ein- und Ausschlusskriterien, wobei jedoch zu erwähnen ist, dass einzelne Outcomes miteinander verglichen wurden. Ausserdem wurde kein Eggers-Test oder Funnel-Plot durchgeführt. Diese würden gemäss Behrens & Langer (2010) ein Risiko eines Publikationsbias minimieren. Die Indikation für eine Episiotomie oder eine Sectio wurde nicht untersucht. Zudem

gab es in den Resultaten zwischen den Studiendesigns teilweise eine hohe unerklärliche Heterogenität.

Die Stärken der Studie von *Berggren et al. (2012)* liegen in der klar fokussierten und geeigneten Fragestellung, der angemessenen Teilnehmerinnenzahl, der klaren Beschreibung der Kriterien, nach welchen die Risse eingeteilt wurden. Die prospektive Datensammlung, welche zu einer Minimierung eines Selektionsrecalls oder Bias führt, die kritische Hinterfragung einiger Schwächen der Studien durch die Forschenden selbst und dass die Studie durch ein ethisches Komitee genehmigt wurde, sind weitere Stärken. Zudem wurde das Risiko eines Bias minimiert, indem die Multiparas ausgeschlossen, zwei Kontrollgruppen gemacht und das kindliche Geburtsgewicht berücksichtigt wurde. Eine Schwäche ist allerdings die reine Annahme, dass die Frauen infibuliert sind aufgrund ihres Herkunftslandes. Zudem ist die eine Kontrollgruppe der Schwedinnen um ein Vielfaches grösser als die anderen Gruppen. Ausserdem waren die verwendeten Datendokumentationen lückenhaft. Es ist zum Beispiel nicht ersichtlich, ob mit medianer Episiotomie eine Defibulation gemeint ist. Weiter ist die Indikation der Episiotomie nicht beschrieben und Angaben zu Geburtsposition oder Dammschutz fehlen.

Die Studie von *Frega et al. (2012)* verfügt über eine angemessene Fragestellung und Stichprobengrösse unter Berücksichtigung der Forschungsdauer und dem Setting. Die Ergebnisse von Primi- und Multiparas werden getrennt aufgezeigt und das kindliche Geburtsgewicht wird berücksichtigt. Die Indikation der Sectiones und der Oxytocingabe wird aufgeführt und die Ausschlusskriterien sind für alle Fälle und Kontrollen gleich. Zudem werden einige Schwächen der Studie offen dargelegt, was die Glaubwürdigkeit der Studie erhöht. Minuspunkte sind die fehlenden Angaben zu weiteren Einflüssen auf das Geburtsoutcome wie zum Beispiel die Gewebebeschaffenheit der Frau, die Geburtsposition und Angaben zum Dammschutz. Da die Studie in einem Hospital durchgeführt wurde und nur wohlhabendere Frauen in einer Klinik gebären, sind die Ergebnisse nur beschränkt auf die Gesamtpopulation übertragbar. Weitere Schwächen sind das nicht beschriebene Vorgehen, wie die Frauen der Fall- und Kontrollgruppe aufeinander abgestimmt wurden, was ein möglicher Selektionsbias ist. Ausserdem werden keine ethischen Aspekte deklariert. Eine weitere Schwäche ist die Beeinflussung der Ergebnisse durch teils fehlende Instrumente in dieser Klinik mit tiefem Standard.

*Lundberg & Gereziher (2006)* führten die Interviews bei den Frauen zu Hause in deren Muttersprache durch. Dies wirkt sich positiv auf die Glaubwürdigkeit der Aussagen aus, da die Teilnehmerinnen in ihrer Sprache und gewohnten Umgebung freier

über das heikle Thema sprechen konnten. Das Interview wurde nach einem Probendurchgang überarbeitet und verbessert. Wichtige Aussagen wurden mit Interviewzitate belegt und eine kommunikative Validierung durchgeführt. Die Transkriptionsregeln und Auswertungsmethoden werden beschrieben. Das Studiendesign und die Samplingstrategie sind angemessen, das Problem wird aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet und das Ziel der Studie ist klar ersichtlich. Ergebnisse mit hoher Relevanz wurden herausgearbeitet und die Resultate mit ähnlicher Literatur verglichen. Die Autorinnen reflektieren einige Schwächen der Studie kritisch. Insgesamt ist es eine kohärente Arbeit. Allerdings ist die Verallgemeinerbarkeit durch die kleine Teilnehmerinnenzahl schwierig. Eine mögliche Fehlerquelle ist die Übersetzung der Interviews ins Englische. Weitere Schwächen sind das Fehlen der vollständig transkribierten Texte, wodurch nicht ersichtlich ist, ob einige Ergebnisse auch aus Beobachtungen stammen, sowie dass die Autorinnen nur wenig reflektieren.

Stärken der Studie von *Raouf et al. (2011)* liegen in der geeigneten Fragestellung, den vergleichbaren Fall- und Kontrollgruppen und dass die Schwangerschaftsdauer sowie das kindliche Geburtsgewicht berücksichtigt wurden. Die Ergebnisse wurden anhand angemessener statistischer Tests berechnet. Zudem weisen die Forscherinnen und Forscher auf Schwierigkeiten der gleichmässigen Rekrutierung von defibulierten und infibulierten Frauen hin. Zusätzlich weisen sie auf Störfaktoren der sprachlichen Barriere und kulturellen Konflikte hin. Auch mögliche Risiken systematischer Fehler werden deklariert. Hingegen wird die Indikation einer Episiotomie oder einer Sectio nicht geschildert und es werden nur wenige Angaben zu den ethischen Aspekten gemacht. Ausserdem sind die Fall- und Kontrollgruppe sehr unterschiedlich gross.

*Rouzi et al. (2012)* verfügen in ihrer Studie über eine angemessene Fragestellung und Stichprobengrösse. Das Kliniksetting wird genau beschrieben. Es kann davon ausgegangen werden, dass aufgrund der Datenerhebung alle Frauen mit FGC Typ III und einer Defibulation während der Geburt eingeschlossen wurden. Eine weitere Stärke ist die Berücksichtigung des kindlichen Geburtsgewichtes. Ein möglicher Bias der Studie ist, dass beim Matching der Fall- und Kontrollgruppe nicht auf die Parität geachtet wurde. Ausserdem sind keine weiteren Angaben zu den Geburten vorhanden, wie zum Beispiel in welcher Geburtsposition die Frau geboren hat oder wie die Frauen ihre Entscheidung für oder gegen eine Defibulation fällen konnten. Das Signifikanzniveau wird nicht explizit angegeben. Aufgrund der Ergebnisse und den Tabellen kann jedoch davon ausgegangen werden, dass sie den  $p$ -Wert von 0.05 verwendet haben.

In der Studie von *Vangen et al. (2003)* wurden die Teilnehmenden mehrmals befragt und wörtliche Zitate werden aufgeführt. Eine kommunikative Validierung fand statt. Die

Forschenden reflektieren einige Schwächen der Studie kritisch. Weitere Stärken sind die Deklaration des Vorwissens und dessen Belegung mit aktueller Literatur, dass die Interviews bei den Frauen zu Hause mit offenen Fragen und durch nur eine Person durchgeführt wurden, was zu einer vertrauensvollen Atmosphäre führt. Weiter konnte bei Bedarf eine Dolmetscherin bzw. ein Dolmetscher beigezogen werden, die Interviews wurden aufgenommen oder aufgeschrieben und anschliessend transkribiert. Die Kodierung und Anonymität sind gegeben und die Reflexion der Forschenden wird immer wieder aufgezeigt. Zudem werden die Forschungsfragen beantwortet und eine Theorie wird beschrieben. Die Resultate werden mit Literatur verglichen und eine Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse wird kritisch hinterfragt. In der Studie nahmen überdurchschnittlich viele Somalierinnen mit einem guten Ausbildungsstand teil, was ein möglicher Selektionsbias ist. Zudem ist nicht ersichtlich, ob die Ergebnisse auch aus Beobachtungen der Forschenden stammen und die Glaubwürdigkeit der Aussagen der Studienteilnehmenden wird nicht eingeschätzt. Die vollständig transkribierten Texte, der Umgang mit Widersprüchen und Angaben zur Tätigkeitsdauer der Forschenden in diesem Forschungsfeld fehlen.

Bei der Leitlinie der *Sexuellen Gesundheit Schweiz (2013)* sind der Geltungsbereich und der Zweck klar aufgeführt. Die Empfehlungen sind spezifisch und eindeutig und mit wissenschaftlicher Literatur verknüpft. Vor der Veröffentlichung wurde die Leitlinie durch externe Expertinnen begutachtet und die möglichen finanziellen Auswirkungen bei einer Implementierung werden diskutiert. Die Leitlinie wurde im Auftrag des BAG erstellt. Sie ist einfach zugänglich. Allerdings werden keine Angaben zu den Methoden der Leitlinienentwicklung, den Messgrössen für die Überprüfung der Anwendung, einem Konzept zur Implementierung der Leitlinie oder zu Interessenkonflikten gemacht.

Bei der Guideline der *WHO (2001b)* wird die Verbindung von Empfehlungen zu den zugrunde liegenden Evidenzen explizit dargestellt. Der Geltungsbereich und der Zweck sind klar ersichtlich und die Empfehlungen spezifisch und eindeutig. Die WHO verfügt über ein Guidelines Review Committee, welches die Leitlinien vor der Veröffentlichung überprüft. Es wird darauf geachtet, dass nur qualitativ hochstehende Methoden verwendet werden. Die Implementierung wird beschrieben und die Leitlinie wurde bereits in der Praxis getestet. Die finanzielle Unterstützung wird deklariert. Die Leitlinie ist kostenlos im Internet verfügbar. Allerdings werden keine Angaben zu den finanziellen Ausgaben bei einer Implementierung gemacht und auch Interessenkonflikte werden keine beschrieben.

Die Stärken der Leitlinie der *SGGG (2013)* liegen in den spezifischen und eindeutigen Empfehlungen, dem klar ersichtlichen Geltungsbereich und Zweck und dass eine



Kommission für die Qualitätssicherung zuständig ist. Die beteiligten Interessengruppen sind klar ersichtlich. Die Leitlinie ist kostenlos im Internet verfügbar und somit einfach zugänglich. Schwächen liegen darin, dass keine Interessenkonflikte kommentiert und keine Angaben zu finanziellen Ausgaben bei einer Implementierung gemacht werden.

Tabelle 2. Stärken, Schwächen und Evidenzstärke der Studien bzw. des Reviews

Autorinnen und Autoren, Jahr	Einschätzung: Stärken	Einschätzung: Schwächen	Evidenzstärke
Amereseke et al., 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forschungsfrage</li> <li>• Rekrutierung</li> <li>• offene Fragen</li> <li>• Originalzitate</li> <li>• Vorwissen deklariert</li> <li>• Datenschutz</li> <li>• Aufzeigung Probleme und Diskussionen und Lösungsansätze</li> <li>• Beschreibung Erhebungsmethoden und Transkriptionsregeln</li> <li>• Interviewsprache</li> <li>• Departement ersichtlich</li> <li>• Beantwortung Forschungsfragen</li> <li>• Vergleich Resultate</li> <li>• Kohärente Arbeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl Teilnehmerinnen</li> <li>• Entlohnung Teilnehmerinnen</li> <li>• Keine Untersuchung des FGC Typs</li> <li>• transkribierte Texte</li> <li>• Sprachaufnahmen</li> <li>• Selbstbeobachtung der Forschenden</li> <li>• Ergebnisse aus Beobachtungen?</li> <li>• Keine kommunikative Validierung</li> </ul>	-
Berg & Underland, 2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Studien mit höchst möglichem Evidenzniveau</li> <li>• Kontrollgruppen</li> <li>• Beschreibung der Such- und Auswahlstrategie</li> <li>• Prüfung auf Heterogenität</li> <li>• Studienzahl</li> <li>• Nachvollziehbare Beurteilung der Studien, verständliche Dokumentation</li> <li>• Bewertung</li> <li>• Sucheinschränkungen</li> <li>• Update</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allgemeinhaltung Ein- und Ausschlusskriterien</li> <li>• Kein Eggers-Test oder Funnel-Plot</li> <li>• Indikationen Episiotomie oder Sectio</li> <li>• Heterogenität</li> </ul>	Level 4, Niveau I

Berggren et al., 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fragestellung</li> <li>• Teilnehmerinnenzahl</li> <li>• ethisches Komitee</li> <li>• Ausschluss Multiparas und Berücksichtigung kindliches Geburtsgewicht</li> <li>• Zwei Kontrollgruppen</li> <li>• Datensammlung prospektiv</li> <li>• Klare Beschreibung der Einstufungskriterien der Risse</li> <li>• Kritische Hinterfragung einiger Schwächen durch Forschende</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Annahme der Infibulation</li> <li>• Grösse Kontrollgruppe</li> <li>• Unvollständige Dokumente</li> <li>• Fehlende Angaben</li> <li>• Indikationen Episiotomie nicht beschrieben</li> </ul>	Level IV (AWMF)
Frega et al., 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angemessene Fragestellung</li> <li>• Ausschlusskriterien</li> <li>• Trennung der Ergebnisse von Primi- und Multiparas</li> <li>• Beschreibung Indikation Oxytocingabe und Sectiones</li> <li>• Stichprobengrösse</li> <li>• Miteinbezug des Geburtsgewichts der NG</li> <li>• Kritische Hinterfragung einiger Schwächen durch Forschende</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fehlende Angaben</li> <li>• Beeinflussung der Ergebnisse</li> <li>• keine repräsentative Stichprobe</li> <li>• ethische Aspekte</li> <li>• Matching</li> </ul>	Level IV (AWMF)

Lundberg & Gereziher, 2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Studiendesign und Samplingstrategie</li> <li>• Problemschilderung</li> <li>• Interviewzitate</li> <li>• Interviewort und -sprache</li> <li>• Probedurchgang</li> <li>• Dokumentation der Auswertungsmethoden</li> <li>• Beschreibung Transkriptionsregeln</li> <li>• Kommunikative Validierung</li> <li>• Vergleich der Resultate</li> <li>• Ziel der Studie klar ersichtlich</li> <li>• Herausarbeitung der Ergebnisse mit hoher Relevanz</li> <li>• Kritische Hinterfragung einiger Schwächen durch Autorinnen</li> <li>• Kohärente Arbeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teilnehmerinnenzahl</li> <li>• Keine vollständig transkribierte Texte</li> <li>• Übersetzung</li> <li>• Ergebnisse auch aus Beobachtungen?</li> <li>• Wenig Selbstreflexion</li> </ul>	-
Raouf et al., 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fragestellung</li> <li>• Aufzeigen von Schwierigkeiten, Störfaktoren und möglichen Risiken systematischer Fehler</li> <li>• Vergleichbare Fall- und Kontrollgruppe</li> <li>• Berücksichtigung Schwangerschaftsdauer und Geburtsgewicht</li> <li>• statistische Tests</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ungleichgrosse Fall- und Kontrollgruppe</li> <li>• Indikation Episiotomie und Sectio unbekannt</li> <li>• ethische Aspekte</li> </ul>	Level IV (AWMF)
Rouzi et al., 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fragestellung</li> <li>• Datenerhebung</li> <li>• Stichprobengrösse</li> <li>• Beschreibung Kliniksettings</li> <li>• Berücksichtigung kindliches Geburtsgewicht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Vergleiche zwischen Primi- und Multiparas gemacht</li> <li>• Matching</li> <li>• fehlende Angaben</li> <li>• statistische Berechnung der Ergebnisse</li> <li>• Entscheid für oder gegen Defibulation</li> </ul>	Level IV (AWMF)

Vangen et al., 2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorwissen</li> <li>• Interviewort</li> <li>• Wörtliche Zitate</li> <li>• Reflexion Samplingstrategie</li> <li>• offene Fragen</li> <li>• mehrmalige Befragung</li> <li>• Übersetzungsdienst</li> <li>• eine Interviewerin</li> <li>• Aufnahme, Aufschreiben der Interviews</li> <li>• Kritische Hinterfragung der Übertragbarkeit auf Population</li> <li>• Kodierung und Anonymität</li> <li>• Vergleich Resultate</li> <li>• Kommunikative Validierung</li> <li>• Selbstreflexion der Forschenden</li> <li>• Beantwortung Forschungsfragen und Beschreibung einer Theorie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine vollständig transkribierte Texte</li> <li>• Keine Einschätzung der Glaubwürdigkeit</li> <li>• Ergebnisse auch aus Beobachtungen?</li> <li>• Tätigkeitsdauer der Forschenden?</li> <li>• Umgang mit Widersprüchen?</li> <li>• viele Somalierinnen mit gutem Ausbildungsstand</li> </ul>	-
---------------------	---	---	---

Tabelle 3. Stärken und Schwächen der Leitlinien

Organisation, Jahr	Einschätzung: Stärken	Einschätzung: Schwächen
Sexuelle Gesundheit Schweiz, 2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geltungsbereich und Zweck</li> <li>• Empfehlungen</li> <li>• wissenschaftliche Literatur</li> <li>• Begutachtung durch Expertinnen</li> <li>• Diskussion finanzieller Auswirkungen</li> <li>• Auftrag des BAG</li> <li>• kostenlos im Internet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Angaben zu Methoden</li> <li>• Keine Messgrößen für Anwendungsüberprüfung</li> <li>• Keine Informationen über Implementierungskonzept</li> <li>• Keine Erwähnung von Interessenkonflikten</li> </ul>
WHO, 2001b	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geltungsbereich und Zweck</li> <li>• Empfehlungen</li> <li>• Verbindung zwischen Empfehlungen und zugrunde liegender Evidenz</li> <li>• Guidelines Review Committee</li> <li>• Überprüfung in Praxis, Beschreibung der Implementierung</li> <li>• Deklaration finanzieller Unterstützung</li> <li>• kostenlos im Internet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Angaben zu finanziellen Ausgaben bei Implementierung</li> <li>• Keine Erwähnung von Interessenkonflikten</li> </ul>
SGGG, 2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geltungsbereich und Zweck</li> <li>• Empfehlungen</li> <li>• Qualitätssicherung durch Kommission</li> <li>• kostenlos im Internet</li> <li>• Beteiligte Interessengruppen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Angaben zu finanziellen Ausgaben bei Implementierung</li> <li>• Keine Erwähnung von Interessenkonflikten</li> </ul>

### 4.3 Datenanalyse der ausgewählten Literatur

Die ausgewählten Studien wurden analysiert und von den eingeschlossenen Studien und dem Review in der folgenden Tabelle die wichtigsten Eckpunkte zusammengefasst.

Tabelle 4. Datenanalyse eingeschlossene Studien / Review

	<b>Titel</b>	<b>Fragestellung</b>	<b>Design</b>	<b>Population/Sample</b>
<b>Ameresekere et al., 2011, USA</b>	Somali immigrant women's perceptions of cesarean delivery and patient-provider communication surrounding female circumcision and childbirth in the USA	Vorstellung einer Sectio und Kommunikation mit Fachpersonen über Beschneidung und Geburt	Qualitativ: Ethnografie	Beschnittene Somalierinnen
	<b>Ergebnisse:</b>	<p>Angst vor Sectiones: Alle ausgenommen einer Frau sagten, sie fürchteten sich vor Sectiones, da es ein operativer Eingriff war und Operationen tödlich enden oder zu einer permanenten Behinderung führen könnten.</p> <p>Sectiones wurden vor ihrer Ankunft in den USA nicht diskutiert: 15 Frauen sagten, dass Sectiones in Somalia oder Flüchtlingslager normalerweise nicht durchgeführt und besprochen wurden.</p> <p>Klare Kommunikation zwischen Patientin und Geburtshelferin bzw. Geburtshelfer ist wichtig für die Geburtserfahrung: Die Frauen wollten die Prozedur und die Notwendigkeit einer Sectio klar erklärt bekommen.</p> <p>Geburtshelferinnen bzw. Geburtshelfer in den USA diskutierten FGC nur selten:</p> <p>Die meisten Frauen sagten, dass ihre Ärztin bzw. ihr Arzt in den USA die Beschneidung nicht diskutierte.</p>		

Titel	Fragestellung	Design	Population/Sample
The Obstetric cosequences of female genital mutilation/cutting: a systematic review and meta-analysis	Fragestellung: Welches sind die geburtshilflichen Konsequenzen der weiblichen genitalen Beschneidung?	Systematisches Review und Metaanalyse	44 Studien: Frauen mit FGC Typ I-IV und Frauen ohne FGC
Berg & Underland, 2013, Schweden	Ergebnisse:	<p>Prolongierte Geburt: Fünf Studien wurden in eine Meta-Analyse eingeschlossen. Diese zeigte einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen Frauen mit bzw. ohne FGC. Frauen mit FGC hatten eher eine prolongierte Geburt.</p> <p>Geburtsverletzungen: Es wurden 15 Studien untersucht und die Forscherinnen stellten fest, dass es einen signifikanten Unterschied gibt. Frauen mit FGC Typ I-IV weisen statistisch signifikant mehr Dammrisse auf als Frauen ohne FGC.</p> <p>Sectio: Es gibt keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen Frauen mit und ohne FGC bezüglich Sectio-Entbindung.</p> <p>Episiotomie: Mit 11 Studien wurde der Unterschied der beiden Gruppen bezüglich Episiotomie untersucht. Es konnte keine statistische Signifikanz festgestellt werden.</p> <p>Vaginal-Operative-Geburt: Zwischen den Resultaten der Register- und der Querschnittstudien (insgesamt acht Studien) gibt es einen signifikanten Unterschied.</p> <p>Ergebnis Querschnittstudien (Studienteilnehmerinnen werden von der gleichen Population ausgewählt): Frauen mit FGC benötigen statistisch signifikant mehr instrumentelle Geburten. Ergebnis Registerstudien (Vergleich von Somalierinnen mit westlichen Frauen): unerklärliche Heterogenität; Das Resultat ist statistisch nicht signifikant.</p> <p>Intrapartale Blutungen: Frauen mit FGC weisen statistisch signifikant mehr Hämorrhagien auf.</p> <p>Dystokien/ erschwerte Geburten: Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Querschnittstudien aus Afrika und den Registerstudien.</p> <p>Resultat der Querschnittstudien (Studienteilnehmerinnen werden von der gleichen Population ausgewählt): Frauen mit FGC haben ein statistisch signifikant grösseres Risiko einer erschwerten Geburt.</p> <p>Resultat der Registerstudien (Vergleich von Somalierinnen mit Amerikanerinnen): Es werden keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den zwei Gruppen aufgezeigt.</p>	



	<b>Titel</b>	<b>Fragestellung</b>	<b>Design</b>	<b>Population/Sample</b>
<b>Berggren et al., 2012, Schweden</b>	Infibulated women have an increased risk of anal sphincter tears at delivery: A population-based Swedish register study	Inwiefern besteht das Risiko eines Analsphinkterrisisses bei infibulierten Frauen?	Quantitativ: Kohortenstudie	Frauen mit FGC Typ III und Frauen ohne FGC
	<b>Ergebnisse:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei Frauen der Gruppen Eritrea-Sudan-Äthiopien und Somalia konnte ein signifikant höheres Vorkommen an Analsphinkterissen (ASR) nachgewiesen werden.</li> <li>• Frauen aus Eritrea-Sudan-Äthiopien und Frauen aus Somalia haben eine höhere Rate an instrumentellen Geburten. Frauen aus den anderen afrikanischen Ländern haben eine tiefere Rate an Vaginal-Operativen Geburten als Schwedinnen. Es wird keine Signifikanz angegeben.</li> <li>• Episiotomien wurden bei den Somalierinnen am Häufigsten geschnitten, gefolgt von den Frauen aus Eritrea, Sudan oder Äthiopien, den Schwedinnen und zum Schluss den übrigen Afrikanerinnen. Bei den medianen Episiotomien war die Verteilung der Ergebnisse vergleichbar.</li> </ul>		
	<b>Titel</b>	<b>Fragestellung</b>	<b>Design</b>	<b>Population/Sample</b>
<b>Frega et al., 2012, Burkina Faso</b>	Obstetric and neonatal outcomes of women with FGC I and II in San Camillo Hospital, Burkina Faso	Gibt es einen Unterschied zwischen Frauen mit FGC Typ I oder II und Frauen ohne FGC hinsichtlich geburtshilflichen Outcomes?	Quantitativ: Fallkontrollstudie	85 Frauen mit FGC Typ I/II und 95 Frauen ohne FGC
	<b>Ergebnisse:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Fallgruppe benötigte statistisch signifikant häufiger Oxytocin.</li> <li>• Die Fallgruppe hatte eine statistisch signifikant längere AP.</li> <li>• Es wurden statistisch signifikant häufiger Episiotomien bei Primi- wie auch Multiparas in der Fallgruppe geschnitten als in der Kontrollgruppe</li> <li>• Apgar-Werte 9 (1 Min) und 10 (5 Min): Fallgruppe: 17.65 % der NG, Kontrollgruppe: 51.6 % der NG</li> <li>• Die Neugeborenen der Kontrollgruppe hatten statistisch signifikant häufiger einen Apgar-Wert von 9 (1 Min) / 10 (5 Min) als in der Fallgruppe</li> <li>• In der Fallgruppe mussten die NG statistisch signifikant häufiger reanimiert werden und auch stillgeborene Kinder kamen statistisch signifikant häufiger vor.</li> <li>• In der Fallgruppe gab es signifikant häufiger Sectiones. Hauptgründe dafür waren Kopf-Becken-Missverhältnis und prolongierte Geburt mit fetalem Stress.</li> </ul>		

Lundberg & Gerezgiher, 2006, Schweden	Titel	Fragestellung	Design	Population/Sample
	Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden	Welche Erfahrungen machen Migrantinnen aus Eritrea während Schwangerschaft, Geburt und der Wochenbettzeit in Schweden?	Qualitativ: Ethnografie	15 in Eritrea geborene Frauen mit FGC
Ergebnisse:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angst und Furcht: Alle 15 Frauen hatten Angst während Schwangerschaft und Geburt. Sie hörten, dass andere Frauen unter der Geburt starben wegen Infektionen oder weil sie verbluteten. Niemand hatte ihnen erklärt, wie sie sich vorbereiten sollten während Schwangerschaft und Geburt. Zudem hatten einige Angst vor einer Sectio, weshalb sie nicht mehr viel assen. Die Frauen hatten auch Angst vor Geburtsverletzungen oder dass ihnen oder dem Kind etwas passieren könnte. Zudem fürchteten sie sich davor, inkontinent zu werden und dadurch von ihrem Mann und der Gemeinschaft isoliert zu werden.</li> <li>• Fachwissen der Fachpersonen: Grundsätzlich machten die Teilnehmerinnen gute Erfahrungen in Schweden, da sie freundlich empfangen, gut umsorgt und sachte untersucht wurden.</li> </ul>			

Titel	Fragestellung	Design	Population/Sample
Obstetric and neonatal outcomes for women with reversed and non-reversed type III female genital mutilation	Es werden geburtshilfliche und neonatale Komplikationsraten bei Frauen mit defibulierter bzw. nicht defibulierter Beschneidung erfasst und miteinander verglichen.	Quantitativ: Fallkontrollstudie	20 Frauen mit FGC Typ III ohne Defibulation und 230 Frauen mit FGC Typ III mit Defibulation
Raouf et al., 2011, United Kingdom	Ergebnisse:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es gibt keinen statistisch signifikanten Unterschied in der Sectiorate zwischen defibulierten und infibulierten Primiparas. Auch der Unterschied zu durchschnittlichen Sectiorate der Klinik ist statistisch nicht signifikant.</li> <li>• Die Sectiorate bei den infibulierten Multiparas ist statistisch signifikant höher als bei den defibulierten Multiparas und den durchschnittlichen Mehrgebärenden der Klinik.</li> <li>• Defibulierte Multiparas haben eine statistisch signifikant kleinere Wahrscheinlichkeit mittels Sectio zu gebären als im Allgemeinen die Multiparas des Krankenhauses.</li> <li>• In der Gruppe der defibulierten Frauen hat die Mehrheit normal vaginal geboren. In der Gruppe der nicht defibulierten Frauen hat nur gut ein Drittel vaginal geboren. Keine Angaben zur Signifikanz</li> <li>• Infibulierte Frauen haben statistisch signifikant häufiger eine Episiotomie. Alle anderen Ergebnisse bezüglich Geburtsverletzungen sind statistisch nicht signifikant.</li> <li>• Der Unterschied bezüglich Blutverlusts der beiden Gruppen war statistisch nicht signifikant.</li> <li>• Es gibt keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Apgarscores bezüglich Geburtsmodus oder Defibulation.</li> <li>• 1.73% stillgeborene Kinder in der Gruppe der defibulierten Frauen. Dieses Ergebnis konnte aber nicht mit FGC in Verbindung gebracht werden.</li> </ul>	

	<b>Titel</b>	<b>Fragestellung</b>	<b>Design</b>	<b>Population/Sample</b>
<b>Rouzi et al., 2012, Saudi Arabien</b>	Defibulation During Vaginal Delivery for Women With Type III Female Genital Mutilation	Die Beurteilung der routinemässigen Durchführung der Defibulation während der vaginalen Geburt bei Immigrantinnen mit FGC Typ III.	Quantitativ: Fallkontrollstudie	388 Frauen mit FGC Typ III ohne Defibulation und 388 Frauen mit FGC Typ III und intrapartalen Defibulation
	<b>Ergebnisse:</b>	Geburtsdauer: Es gab keine statistisch signifikanten Unterschiede. Episiotomien: Es gab keine statistisch signifikanten Unterschiede. Blutverlust: Es gab keine statistisch signifikanten Unterschiede. Apgar-Werte: Es gab keine statistisch signifikanten Unterschiede.		

Titel	Fragestellung	Design	Population/Sample
Qualitative study of perinatal care experiences among Somali women and local health care professionals in Norway	Es sollen Hypothesen formuliert werden, wie die Betreuung von Somalierinnen während Schwangerschaft und Geburt das perinatale Outcome beeinflussen kann.	Qualitativ: Ethnografie	23 Beschnittene Somalierinnen und 36 Gesundheitsfachpersonen
Vangen et al., 2003, Norwegen	Ergebnisse:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Befürchtung keine adäquate Geburtsbetreuung zu erhalten, ungenügendes Wissen über Infibulation der Fachpersonen und dass diese nicht genügend geöffnet würde.</li> <li>• Die Somalierinnen erwarteten, dass Gesundheitsfachpersonen mit ihnen in der Schwangerenvorsorge über die Beschneidung sprachen. Wegen Schüchternheit, Sprachproblemen, Schmerz und Angst vor Stigmatisierung sprachen nur wenige Somalierinnen die Beschneidung von selbst an.</li> <li>• Die Somalierinnen haben keine Informationen wahrgenommen über verschiedene Methoden der Schmerzreduktion und anderen Geburtsabläufen. Wenn sie schriftliche Informationen erhielten, haben sie diese entweder nicht gelesen oder nicht richtig verstanden und fanden es schwierig, diese mit der eigenen Situation in Verbindung zu bringen.</li> <li>• Alle Frauen drückten eine grosse Abneigung gegen Sectiones aus, weil sie diese mit grosser Gefahr in Verbindung bringen. Im Allgemeinen wurde die Geburt mit der Angst vor dem Sterben assoziiert.</li> <li>• Viele Somalierinnen hatten entweder davon gehört oder machten eigene Erfahrungen damit, dass das Gesundheitsfachpersonal ignorierende oder beleidigende Kommentare machte. Andere erzählten von erschrockenen oder empörten Reaktionen der Hebammen, wenn diese die Frau untersuchten. Einsamkeit und die Angst, alleine gelassen zu werden während der Geburt, wurde ebenfalls häufig erwähnt.</li> </ul>	

Neben den sieben Studien und der Review wurden drei Leitlinien analysiert. Nachfolgend werden die wichtigsten Daten und Empfehlungen aufgelistet.

### **Sexuelle Gesundheit Schweiz, 2013**

Die Leitlinie dient zur Beratung von Migrantinnen und Migranten zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und enthält wichtige Informationen, Tipps und Empfehlungen.

Es wurden keine Angaben zu beteiligten Interessensgruppen gemacht. Die Leitlinie stützt sich auf Evidenzen und wurde vor der Veröffentlichung durch externe Expertinnen genehmigt.

Für diese Review sind die folgenden Empfehlungen relevant und werden nachfolgend hervorgehoben:

- Im Beratungsgespräch soll die Frau oder das Paar darüber informiert werden, dass die Fachpersonen Kenntnis haben von der Anwendung von FGC in den Herkunftsländern.
- Die Frau soll über mögliche Probleme während der Geburt informiert werden.
- Es soll der Frau oder dem Paar die gesetzliche Situation in der Schweiz geschildert werden.

### **SGGG, 2013**

Die Leitlinie soll als offizielle Behandlungsempfehlung dienen für Patientinnen mit genitaler Beschneidung. Diese Schweizerischen Empfehlungen sind für Ärztinnen bzw. Ärzte, Hebammen und Pflegefachfrauen bzw. Pflegefachmänner.

Beteiligte Interessengruppen sind die SGGG, der SHV, das BAG, das Schweizerische Tropeninstitut, die IAMANEH Schweiz, die Sexuelle Gesundheit Schweiz, die UNICEF Schweiz und die Caritas Schweiz.

Die bereits bestehenden internationalen und nationalen Empfehlungen sind in diese Leitlinie miteinbezogen worden. Die SGGG verfügt über eine Kommission zur Qualitätssicherung.

Die nachfolgenden Empfehlungen sind für das Review von Bedeutung:

- Mediolaterale Episiotomie nach den üblichen Indikationen durchführen
- Wenn die Frau bisher keine Defibulation erhalten hat, kann die erste Phase der Geburt normal verlaufen, dann Inzision des infibulierten Bereichs unter Lokal- bzw. Peridural-Anästhesie.
- Defibulation während der Schwangerschaft in Betracht ziehen, wo kein Vaginaluntersuch gemacht werden kann.

- Die Patientinnen sollten schon früh in der Schwangerschaft über die Defibulation und über deren Vorteile informiert werden. Der Ehemann sollte miteinbezogen werden.
- Wenn eine Defibulation vorgesehen ist, muss man die Operationstechnik mittels Schemata erläutern. Die Frau bzw. das Paar muss bzw. müssen auch klar über die zu erwartenden anatomischen und physiologischen Veränderungen nach dem Eingriff informiert werden.
- Gynäkologinnen bzw. Gynäkologen und Hebammen sollten das Thema FGC bei allen Frauen ansprechen, die aus Regionen stammen, in denen der Brauch praktiziert wird.
- Das Thema Reinfibulation sollte mit der Frau alleine, aber auch im Beisein des Mannes besprochen werden.

### **World Health Organization, 2001**

Die Leitlinie *Female Genital Mutilation – Integrating the Prevention and the Management of the Health Complications into the curricula of nursing and midwifery* wurde primär für Pflegefachfrauen bzw. -männer und Hebammen entwickelt, welche Lernende in diesen Professionen ausbilden. Durch die Leitlinie soll das Training von Gesundheitsfachpersonen in der Betreuung von Frauen mit genitaler Beschneidung vereinfacht werden.

Die beteiligten Interessengruppen sind Hebammen und Pflegefachfrauen bzw. -männer, Ärztinnen bzw. Ärzte, International Council of Nurses, International Confederation of Midwives, Human Right, UNFIP, DFID, AUSAID.

In dieser Leitlinie wird die Verbindung zwischen Evidenz und Empfehlungen beschrieben. Alle Leitlinien der WHO werden von Experten begutachtet und auf die Anwendung von qualitativ hochstehenden Methoden geprüft. Es wird darauf geachtet, dass eine systematische Suchstrategie angewendet wird um die bestmöglichen Evidenzen zu finden. Das Guidelines Review Committee ist für diese Aufgaben zuständig.

Die Empfehlungen sind nach den FGC-Typen aufgeteilt. Für die Schwangerschaftsbetreuung von Frauen mit Typ I, II und IV sind die folgenden Empfehlungen für diese Review relevant:

- Es ist keine spezielle Behandlung nötig sofern keine Komplikationen auftreten.
- Es soll der Frau versichert werden, dass sie kein erhöhtes Risiko hat.
- Es soll die Möglichkeit geboten werden, Informationen über die Gesundheit grundsätzlich, über normale und beschnittene Genitalien, sowie über die Geburt

und die Postpartum-Pflege abgeben zu können. Es soll möglich sein Fragen zu stellen.

- Mehr Informationen sollten anhand eines Flyers zur Verfügung gestellt werden.

Für die Schwangerschaftsbetreuung von Frauen mit Typ III werden die folgenden Empfehlungen gemacht:

- Frauen mit kleiner Öffnung (einem Zentimeter oder weniger) haben ein höheres Risiko einer höhergradigen Dammverletzung. Als grundlegende Regel gilt, die Beschneidung führt kaum zu physischen Geburtsproblemen, wenn die Harnröhrenöffnung sichtbar oder zwei Finger ohne Schmerzen in die Vagina eingeführt werden können.
- Die Frau soll über die Auswirkungen ihrer Beschneidung auf ihre Schwangerschaft und Geburt informiert werden.
- Die Frau, der Ehemann und allenfalls weitere Familienmitglieder sollen über die Wichtigkeit einer Defibulation vor der Geburt informiert werden. Dazu gehören auch die Informationen, dass es mögliche physische Veränderungen (Urinieren, Geschlechtsverkehr) geben kann.
- Die Information, dass eine Geburt mit intaktem Damm nach einer Defibulation möglich ist, soll abgegeben werden.
- Der ideale Zeitpunkt für eine Defibulation ist während zweitem Trimester
- Frauen, welche eine Defibulation während der Schwangerschaft ablehnen, sollen über die mit der Infibulation assoziierten Gefahren informiert werden. Eine Geburt im Spital ist zu empfehlen.
- Es soll informiert werden, dass keine Reinfibulation im Postpartum durchgeführt wird.
- Es soll keine routinemässige Episiotomie geschnitten werden.

Die folgende Empfehlung wird bezüglich Geburtsbetreuung von Frauen mit FGC Typ I, II und IV gemacht:

- Normalerweise gleiches Management wie bei nicht beschnittenen Frauen. Eine Ausnahme wird bei einer Vaginalstenose oder Unelastizität des perinealen Muskels gemacht. In diesem Fall könnte die Durchführung einer Episiotomie notwendig sein.



Zur Geburtsbetreuung von Frauen mit FGC Typ III werden Empfehlungen gemacht, die nachfolgend aufgelistet sind:

- Wenn keine antenatale Defibulation durchgeführt wurde, dann soll die Frau während der Eröffnungsphase über die Notwendigkeit einer Defibulation informiert werden.
- Die Vulva sollte während einer Wehenakme in der Austreibungsphase eröffnet werden.
- Wenn die Narbe zu einer starken Unelastizität der Haut führt, ist allenfalls zusätzlich eine Episiotomie notwendig.
- Eine Episiotomie sollte durchgeführt werden, wenn es offensichtlich ist, dass sie die Geburt erleichtert.

#### **4.4 Synthèse der Ergebnisse**

Aus den beschriebenen Daten der ausgewählten Literatur lassen sich nun folgende relevanten Ergebnisse für die Beantwortung der vier Fragestellungen zusammenstellen.

##### 4.4.1 Geburtsart

###### **Sectio:**

Gemäss der Review von Berg & Underland (2013) zeigen Frauen mit und ohne FGC keine statistisch signifikanten Unterschiede in der Häufigkeit von Geburten mittels Sectio. Frega et al. (2012) können in ihrer Studie eine statistische Signifikanz nachweisen. Frauen mit FGC Typ I oder II haben signifikant häufiger mittels Sectio geboren. Allerdings konnte deren Indikation nicht direkt mit der genitalen Beschneidung in Verbindung gebracht werden.

In der Studie von Raouf et al. (2011) wird ein statistisch signifikant höheres Risiko für eine Sectio für infibulierte Multiparas beschrieben im Vergleich mit den durchschnittlichen Mehrgebärenden der Klinik. Hingegen haben Multiparas, bei welchen eine Defibulation durchgeführt wurde, ein statistisch signifikant kleineres Risiko mittels Sectio zu gebären, als die infibulierten oder durchschnittlichen Multiparas dieser Klinik. Bei den Primiparas gibt es keinen statistisch signifikanten Unterschied in der Sectorate von defibulierten und infibulierten Erstgebärenden. Und auch der Unterschied zur allgemeinen Sectorate dieser Klinik ist nicht signifikant.

###### **Instrumentelle Geburt:**

Die Resultate innerhalb der Review von Berg & Underland (2013) zeigen widersprüchliche Ergebnisse im Vorkommen von instrumentellen Geburten. Querschnittstudien aus

vorwiegend afrikanischen Ländern zeigen, dass Frauen mit FGC statistisch signifikant mehr instrumentelle Geburten haben als Frauen ohne FGC. Die Registerstudien weisen eine unerklärliche Heterogenität auf und zeigen diesbezüglich keine statistischen Unterschiede.

Die Studie von Berggren et al. (2012) liefert keine statistisch signifikanten Ergebnisse zu dem Vorkommen von instrumentellen Geburten. Allerdings zeigen sie auf, dass diese bei Frauen aus Somalia, Eritrea, Sudan und Äthiopien vermehrt vorkommen im Vergleich zu Frauen aus Ländern, in denen keine FGC-Tradition besteht.

#### **Erschwerte Geburt:**

In der Review von Berg & Underland (2013) sind die Resultate der erschwerten Geburten bei den Querschnittstudien anders als bei den Registerstudien. Die Querschnittstudien zeigen auf, dass Frauen mit FGC statistisch signifikant mehr erschwerte Geburten erleben, als Frauen ohne FGC. Die Registerstudien, die Frauen mit somalischer Abstammung mit in den USA geborenen Frauen vergleichen, zeigen hingegen keinen statistisch signifikanten Unterschied auf.

#### 4.4.2 Episiotomie oder Defibulation

##### **Episiotomie:**

In der Review von Berg & Underland (2013) wird die Episiotomierate zwischen Frauen mit bzw. ohne FGC untersucht. Es kann kein statistisch signifikanter Unterschied festgestellt werden. Gegensätzlich dazu weisen Frega et al. (2012) in ihrer Studie nach, dass sowohl bei Primi- wie auch Multiparas mit FGC Typ I oder II signifikant häufiger eine Episiotomie durchgeführt wird als bei nicht beschnittenen Frauen. Auch Berggren et al. (2012) haben in ihrer Studie das Vorkommen einer Episiotomie untersucht. Sie liefern zwar keine statistisch signifikanten Ergebnisse dazu, zeigen aber auf, dass bei Frauen aus Somalia, Eritrea, Sudan und Äthiopien häufiger eine Episiotomie geschnitten wird, als bei Schwedinnen.

In der Studie von Raouf et al. (2012) gibt es einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen der Episiotomierate von defibulierten und infibulierten Frauen. Die infibulierten Frauen haben mehr Episiotomien. Gegensätzlich zu diesem Ergebnis können Rouzi et al. (2012) in ihrer Studie mit derselben Untersuchung keinen statistisch signifikanten Unterschied feststellen. Die WHO (2001b) empfiehlt keine routinemässige Episiotomie durchzuführen, ausser wenn es offensichtlich ist, dass sie die Geburt erleichtern wird. Die SGGG (2013) schreibt diesbezüglich, dass die Episiotomie nach den üblichen Indikationen durchgeführt werden sollte. Die WHO (2001b) empfiehlt in ihrer

Guideline zudem, dass die Durchführung einer Episiotomie notwendig sein könnte, wenn man bereits in der Schwangerschaft eine Vaginalstenose oder unelastische perineale Muskeln beobachtet. Auch bei defibrierten Frauen mit unelastischem Narbengewebe um die Vagina, soll eine Episiotomie geschnitten werden.

### **Empfehlungen zur Defibulation:**

Die SGGG (2013) schreibt, dass vor allem dann eine Defibulation in Betracht gezogen werden sollte, wenn während der Schwangerschaft kein vaginaler Untersuchung gemacht werden kann. Die WHO (2001b) empfiehlt eine Defibulation durchzuführen, sofern diese unter der Geburt als notwendig betrachtet wird. Ein idealer Zeitpunkt für die Defibulation ist während der 20. bis 28. Schwangerschaftswoche. So bleibt genügend Zeit für die Heilung vor der Geburt. Ausserdem ist in dieser Zeit das Risiko eines Spontanabortes geringer. Vielleicht würde die Frau die Ursache des Spontanabortes der Defibulation zuschieben. Vorteile einer Defibulation während der Schwangerschaft sind beispielsweise einfachere Untersuchungen bei Schwangerschaftskomplikationen. Die beschnittene Frau mit FGC Typ III, deren Ehemann und allenfalls andere Familienmitglieder sollen über die Wichtigkeit einer pränatalen Defibulation informiert werden. Dabei soll die Frau über die möglichen Veränderungen, wie zum Beispiel beim Miktieren oder beim Geschlechtsverkehr, in Kenntnis gesetzt werden. Ausserdem ist es wichtig, die Frau zu informieren, dass sie nach der Defibulation mit einem intakten Dammbären kann. Die SGGG (2013) schreibt in ihrer Leitlinie ähnlich wie die WHO, dass die Frauen allenfalls mit Einbezug ihres Ehemannes schon in der Schwangerschaft über die Defibulation und über deren Vorteile informiert werden sollen. Auch in dieser Leitlinie wird empfohlen, die Frauen klar über die physischen und anatomischen Veränderungen zu informieren. Weiter empfehlen sie, dass die Operationstechnik einer Defibulation mittels Schemata erläutert werden soll.

Die WHO (2001b) empfiehlt ausserdem, dass eine Frau, die die pränatale Defibulation ablehnt, über die mit der Infibulation assoziierten Gefahren und der Wichtigkeit einer Geburt im Spitalsetting aufgeklärt werden sollte. Während der Geburt soll die Frau während der Eröffnungsphase über die Notwendigkeit einer Defibulation informiert werden, welche dann in der AP durchgeführt werden soll. Auch die SGGG (2013) empfiehlt, die Defibulation, falls nicht schon in der Schwangerschaft geschehen, in der AP durchzuführen.

#### 4.4.3 Evidenzbasierte Informationen

##### **Geburtsverletzungen:**

Frauen, die in Somalia, Eritrea, Sudan bzw. Äthiopien geboren sind, zeigen in der Studie von Berggren et al. (2012) ein statistisch signifikant vermehrtes Vorkommen eines Analsphinkterrisses auf als die nicht beschnittenen Frauen. In der systematischen Review von Berg & Underland (2013) wird ebenfalls ersichtlich, dass Frauen mit FGC ein statistisch signifikant höheres Vorkommen von Geburtsverletzungen aufweisen als Frauen ohne FGC.

Hingegen konnte zwischen defibulierten und infibulierten Frauen kein statistisch signifikanter Unterschied bezüglich Geburtsverletzungen wie Dammrisse, -schürfungen und bilateralen Urethralrissen nachgewiesen werden (Raouf et al., 2011).

Die WHO (2001b) schreibt in ihrer Guideline, dass Frauen mit FGC Typ III und einer Vaginalöffnung von einem Zentimeter oder weniger, ein erhöhtes Risiko einer Dammverletzung aufweisen.

##### **Blutverlust:**

Berg & Underland (2013) zeigen in ihrer Review auf, dass auch intrapartale Blutungen bei den Frauen mit FGC häufiger vorkommen als bei Frauen ohne FGC. Die Resultate ihrer im Review durchgeführten Metanalyse sind statistisch signifikant. Sowohl Rouzi et al. (2012) wie auch Raouf et al. (2011) schreiben zu diesem Outcome, dass sie keinen statistisch signifikanten Unterschied bezüglich Blutverlust von defibulierten bzw. infibulierten Frauen nachweisen können.

##### **Oxytocin:**

Frega et al. (2012) zeigen in ihrer Studie auf, dass Frauen mit FGC Typ I oder II in der letzten Phase der Geburt signifikant häufiger Oxytocin zur Unterstützung benötigen, als nicht beschnittene Frauen. Oxytocin wurde erst nach einem erfolglosen Kristellern verabreicht.

##### **Dauer der AP/Geburt:**

Frega et al. (2012) zeigen in ihrer Studie auf, dass die Dauer der AP statistisch signifikant länger ist bei Frauen mit FGC Typ I oder II als bei nicht beschnittenen Frauen. Auch in der systematischen Review von Berg & Underland (2013) wird ersichtlich, dass ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Frauen mit und ohne FGC bezüglich prolongierte Geburt besteht.

Rouzi et al. (2012) untersuchten in ihrer Studie ebenfalls die Dauer der AP, allerdings zwischen defibulierten und infibulierten Frauen. Sie können keinen statistisch signifikanten Unterschied feststellen.

### **Apgar-Werte:**

In den Studien von Raouf et al. (2011) und Rouzi et al. (2012) kann kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Apgarscores zwischen defibulierten und infibulierten Frauen nachgewiesen werden.

Frega et al. (2012) verglichen in ihrer Studie Frauen mit FGC Typ I und II mit Frauen ohne FGC. Sie können nachweisen, dass bei den Neugeborenen von Frauen mit FGC statistisch signifikant häufiger ein tieferer Apgar-Wert als 9 (1 min) und 10 (5 min) gegeben wird, als bei Neugeborenen von Frauen ohne FGC.

### **Reanimationen und Stillgeborene:**

Frega et al. (2012) konnten in ihrer Studie nachweisen, dass Reanimationen des Neugeborenen wie auch Stillgeborene bei beschnittenen Frauen signifikant häufiger vorkommen als bei nicht beschnittenen Frauen.

Raouf et al. (2011) schreiben, dass die vier tot geborenen Kinder wegen mangelnden Daten nicht mit der Beschneidung der Frau in Verbindung gebracht werden.

#### 4.4.4 Voraussetzung für eine ganzheitliche Betreuung und Beratung

### **Erfahrungen der beschnittenen Frauen:**

Manche Somalierinnen in der Studie von Vangen et al. (2003) erzählten in den Interviews, dass sie sich vor einer inadäquaten Geburtsbetreuung fürchteten. Auch erklärten sie ihre Befürchtung, dass das Fachpersonal zu wenig über die Infibulation wissen könnte und sie diese zu wenig eröffnen würde. Die meisten Frauen in der Studie von Ameresekere et al. (2011) sagten, dass ihre Ärztin bzw. ihr Arzt in den USA die Beschneidung nicht diskutierte. Weiter sagten 15, dass die Beschneidung nie Thema war. Sechs sagten, dass die Ärztin bzw. der Arzt die Beschneidung zwar wahrnahm, aber sie nicht im Kontext mit der Geburt besprach. Fünf Frauen äusserten den Wunsch, ihre Geburtshelferin bzw. ihr Geburtshelfer hätte die Beschneidung mit ihnen besprochen. Vangen et al. (2003) schrieben in ihrer Studie auch, dass die Somalierinnen in der Schwangerschaftsvorsorge ein Ansprechen der Beschneidung erwarten würden. Es wurde erklärt, dass sie wegen ihrer Schüchternheit, Sprachproblemen, Schmerzen oder Angst vor einer Stigmatisierung meist ihre Beschneidung nicht von sich aus ansprachen. Ein weiterer wichtiger Aspekt, den die Somalierinnen nannten, war die Reaktion des Gesundheitspersonals bei der ersten Untersuchung. Diese sei

teilweise ignorierend, beleidigend, empörend oder erschreckend gewesen. Bezüglich Methoden zur Schmerzreduktion oder Geburtsabläufen hätten sie keine Informationen wahrgenommen. Schriftliche Informationen hätten sie nicht richtig verstanden, nicht gelesen oder nicht mit ihrer Situation in Verbindung bringen können.

Die Eritreerinnen der Studie Lundberg & Gerezgiher (2006) sagten aber auch, dass sie mit den Fachpersonen in Schweden grundsätzlich gute Erfahrungen machten, da sie freundlich empfangen, gut umsorgt und sachte untersucht wurden.

Alle Frauen erklärten, dass sie eine grosse Abneigung gegen die Entbindung mittels Sectio hätten. Sie würden diese Geburtsart mit einer grossen Gefahr in Verbindung bringen. Ähnliche Aussagen machten auch die Somalierinnen in der Studie von Amerekere et al. (2011) Alle ausser einer Frau sagten, sie fürchteten sich vor Sectiones, da es ein operativer Eingriff war und Operationen tödlich enden oder zu einer permanenten Behinderung führen könnten. 15 Frauen sagten, dass Sectiones in Somalia oder Flüchtlingslager normalerweise nicht durchgeführt und besprochen wurden. Die Frauen wollten die Prozedur und die Notwendigkeit dieser klar erklärt bekommen. Lundberg & Gerezgiher (2006) beschreibt, dass einige Frauen nicht mehr viel assen aus Angst vor einer Sectio.

Die Frauen fürchteten sich ausserdem vor Geburtsverletzungen oder dass ihnen oder dem Kind etwas passieren könnte. Zudem äusserten sie Angst davor, inkontinent zu werden und dadurch von ihrem Mann und der Gemeinschaft isoliert zu werden. In der Studie von Vangen et al. (2003) erzählten Teilnehmerinnen, dass sie die Geburt allgemein mit der Angst vor dem Sterben assoziierten. Auch Lundberg & Gerezgiher (2006) beschreiben in ihrer Studie mit Eritreerinnen, die einen FGC Typ III aufweisen, dass alle Frauen während der Schwangerschaft und Geburt Angst hatten. Sie hörten, dass andere Frauen unter der Geburt starben, weil sie Infektionen hatten oder verbluteten. Niemand hatte ihnen erklärt, wie sie sich vorbereiten sollten während Schwangerschaft und Geburt.

Auch in der Studie von Vangen et al. (2003) wird aufgezeigt, dass Einsamkeit und die Angst während der Geburt alleine gelassen zu werden, in den Interviews häufig erwähnt wurden.

### **Empfehlungen:**

Die WHO (2001b) schreibt in ihrer Leitlinie, dass während der Schwangerschaft bei Frauen mit FGC Typ I, II und IV kein spezielles Management bzw. Behandlung nötig ist, sofern die Beschneidung zu keinen Komplikationen führt. Es soll der Frau versichert werden, dass für sie kein erhöhtes Risiko aufgrund ihrer Beschneidung besteht. Mehr Informationen sollen den Frauen schriftlich zur Verfügung gestellt werden. Auch die Organisation Sexuelle Gesundheit Schweiz (2013) empfiehlt in ihrer Leitlinie, dass

die Frau über mögliche Probleme während der Geburt informiert werden soll. Die WHO (2001b) schreibt, es kann davon ausgegangen werden, dass es aufgrund der Beschneidung kaum zu grösseren physischen Problemen während der Geburt kommt, falls die Harnröhrenöffnung sichtbar ist und zwei Finger ohne Schmerzen in die Vagina eingeführt werden können.

Die WHO (2001b) betont, dass die Frau und gegebenenfalls auch ihr Ehemann frühzeitig, wenn möglich in der Schwangerschaft, darüber informiert werden sollte, dass keine Reinfibulation nach der Geburt durchgeführt wird. In der Leitlinie der Organisation Sexuelle Gesundheit Schweiz (2013) wird empfohlen, dass der Frau oder dem Paar die gesetzliche Situation in der Schweiz geschildert wird. Auch die SGGG (2013) schreibt zu diesem Thema, dass die Reinfibulation mit der Frau alleine, aber auch im Beisein des Mannes besprochen werden sollte.

## **5 Diskussion**

Nachfolgend wird auf die einzelnen Ergebnisse eingegangen. Dabei wird die Bedeutung der einzelnen Ergebnisse aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet. Zudem werden Konsequenzen für die Praxis und Limitationen dieser Literaturreview aufgezeigt.

### **5.1 Welche Geburtsart ist bei Frauen mit FGC indiziert?**

Diese Frage kann aufgrund der vorhandenen Literatur nicht abschliessend beantwortet werden. Es konnte keine Studie gefunden werden, in welcher der Geburtsmodus untersucht wurde.

Gemäss Raouf et al. (2011) müssten Multiparas mit FGC Typ III darüber informiert werden, dass das Risiko einer Sectio durch eine Defibulation gesenkt werden kann.

Bei der Frage, ob beschnittene Frauen häufiger mittels Sectio entbinden als nicht beschnittene Frauen, liegen in dieser Review widersprüchliche Ergebnisse vor. In der Studie von Frega et al. (2012) wurden gegensätzlich zur Review von Berg & Underland (2013) die Indikationen der Sectiones aufgeführt. Aufgrund der schwer nachvollziehbaren Kausalität zwischen FGC und Vorkommen von Sectiones müssen diese Ergebnisse jedoch kritisch betrachtet werden.

Anhand der Ergebnisse von Ameresekere et al. (2011), Lundberg & Gerezgiher (2006) und Vangen et al. (2003) kann davon ausgegangen werden, dass beschnittene Frauen eine Entbindung mittels Sectio nicht bevorzugen. Daneben lässt sich aus den Aussagen schliessen, dass die Frauen bei einer indizierten Sectio gut informiert werden müssen, was in der vierten Fragestellung in Kapitel 5.4 näher erläutert wird.

Keine der Forschenden stellte sich die Frage, bei beschnittenen Frauen eine primäre Sectio durchzuführen. Auch Drack & Schneider (2011) geben nur Empfehlungen zur vaginalen Geburt ab. Coad & Dunstall (2007) schreiben, Frauen mit FGC, die nicht vaginal gebären können, unterlaufen der Gefahr, von ihrer Familie verstossen zu werden. Gemäss Informationen der SGGG (2013) kann es auch in der Schweiz durch mangelnde Fachkenntnisse zu inadäquater Betreuung kommen. Beispielsweise kann die Unkenntnis der Defibulationstechnik zu einer Entbindung mittels Sectio führen.

Alle diese Fakten lassen die Autorinnen dieser Arbeit darauf schliessen, dass eine primäre Sectio nur aufgrund der Beschneidung nicht indiziert und erwünscht ist. Viel wichtiger ist es, die Fachpersonen und die betroffenen Frauen über dieses wichtige Thema zu schulen bzw. zu informieren.

## **5.2 Soll bei einer vaginalen Geburt eine Episiotomie bzw. eine Defibulation geschnitten werden?**

Auch diese Frage ist aufgrund der Literatur schwierig zu beantworten. Es gibt zwar einige Forschende, welche das Vorkommen einer Episiotomie untersuchten. Aus den Resultaten ist jedoch nicht ersichtlich, ob die Episiotomie zu einem besseren Geburtsoutcome beigetragen hat. In den Ergebnissen von Berggren et al. (2012) ist zudem klar ersichtlich, dass eine Episiotomie keinen positiven Effekt auf die Verhinderung eines Analsphinkterrisses hat.

Je nach Studie ist die Signifikanz bezüglich Episiotomierate bei Frauen mit bzw. ohne Defibulation unterschiedlich (Raouf et al., 2011, Rouzi et al., 2012). Es wird in beiden Studien keine Indikation der Episiotomie angegeben. Zudem widersprechen sich die beiden Ergebnisse, was zu keiner abschliessenden Erkenntnis betreffend Nutzen dieser Intervention führt.

Zu beachten ist auch der Aspekt, dass keine Forscherin bzw. Forscher aufgrund ihrer bzw. seiner Ergebnisse eine routinemässige Durchführung einer Episiotomie bei beschnittenen Frauen empfiehlt. Auch die Leitlinien der WHO (2001b) und der SGGG (2013) fordern dazu auf, eine Episiotomie auch bei beschnittenen Frauen nach den üblichen Indikationen durchzuführen. Die Autorinnen dieser Review stimmen aufgrund der beschriebenen Ergebnisse mit dieser Empfehlung überein.

Aufgrund eines erhöhten Risikos eines Analsphinkterrisses bei infibulierten Frauen, weisen Berggren et al. (2012) darauf hin, dass eine Defibulation während der Geburt durchgeführt werden sollte.



Die analysierten Studien von Raouf et al. (2011) und Rouzi et al. (2012) lassen beide darauf schliessen, dass eine Defibulation keinen positiven Effekt auf das maternale und neonatale Geburtsoutcome hat. Bei der Studie von Raouf et al. (2001) sind die Fall- und Kontrollgruppe sehr unterschiedlich gross. Dies lässt einerseits an der Glaubwürdigkeit zweifeln, andererseits zeigt es aber auch auf, dass der Defibulation einen grossen Nutzen zugeschrieben und von vielen infibulierten Frauen gewünscht wird.

Die Leitlinien der WHO (2001b) und der SGGG (2013) empfehlen, eine Defibulation spätestens in der AP durchzuführen. Auf den optimalen Zeitpunkt der Durchführung einer Defibulation sowie deren angemessener Information wird in der vierten Fragestellung im Kapitel 5.4 näher eingegangen.

In der Studie von Widmark et al. (2002) wird das Problem geschildert, dass viele Fachpersonen zu wenig über die Technik der Defibulation wissen. Deshalb haben sie Respekt davor, der Frau bei der Durchführung eine Verletzung zuzuführen.

Daraus ziehen die Autorinnen dieser Arbeit den Schluss, dass das Angebot einer routinemässigen Defibulation unter der Geburt, in Anbetracht der eher hektischen Atmosphäre, zu Schwierigkeiten führen könnte. Zudem sind in der Schweiz viele Gesundheitsfachpersonen noch sehr unerfahren in der Betreuung von Frauen mit genitaler Beschneidung. Hier stellt sich die Frage, ob FGC-spezialisierte Abteilungen sinnvoll wären, um den Frauen eine optimale Betreuung zu gewährleisten. Terre des femmes (2014) schreiben, dass sieben Spitäler angegeben haben, dass sie ein spezifisches Angebot für Frauen mit FGC zur Verfügung stellen. In diesen Kliniken arbeiten teilweise spezialisierte Fachpersonen, die mit Dolmetscher zusammenarbeiten. Weiterbildungen für das Fachpersonal wird in diesen Kliniken teilweise angeboten. Drei Kliniken haben Angaben zu ihrem standardisierten Vorgehen in der Betreuung von Frauen mit FGC gemacht. Dies sind die Frauenklinik in Bern, das Spital in Neuenburg und das Universitätsspital in Genf. Die Autorinnen dieser Review sind der Ansicht, dass der Entscheid der Frau, ob sie eine Defibulation während der Schwangerschaft oder unter der Geburt machen lassen möchte, nicht von den Kompetenzen und dem Angebot der Gesundheitsfachpersonen und -einrichtungen abhängig sein darf.

### **5.3 Wie soll man die Frau im Vorfeld evidenzbasiert informieren?**

#### **Maternale Outcomes:**

Frauen mit FGC Typ III können darüber informiert werden, dass statistisch gesehen eine Defibulation keinen Einfluss auf den Blutverlust hat (Rouzi et al., 2012 und Raouf et al., 2011). Gemäss der Studie von Raouf et al. (2011) könnte man auch die Informa-

tion abgeben, dass die Defibulation keinen Einfluss auf die Geburtsverletzungen hat. Allerdings wurden in dieser Studie nur 20 infibulierte Frauen gegenüber 230 defibulierten Frauen eingeschlossen. Von diesen 20 infibulierten Frauen haben mehr als die Hälfte mittels Sectio entbunden, bei einem Fünftel wurde eine Episiotomie geschnitten und bei den verbleibenden 20 % entstand ein Dammriss II. Grades. Die Indikationen einer Episiotomie oder einer Sectio sind nicht bekannt. Die Autorinnen dieser Review sind deshalb der Ansicht, dass dieses Ergebnis nur bedingt relevant ist.

Wie bereits im Kapitel 5.2 erwähnt, können die Frauen mit FGC Typ III gemäss den Ergebnissen von Berggren et al. (2012) darüber informiert werden, dass das Risiko eines Analsphinkterisses durch eine Defibulation gesenkt wird.

Die Autorinnen dieser Arbeit sind der Ansicht, dass beschnittene Frauen über die möglichen Geburtsverletzungen und intrapartalen Blutungen informiert werden sollten. Dies schliessen sie aus den Ergebnissen von Berg & Underland (2013). Diese Informationen sind für die Wahl eines geeigneten Geburtsortes ausschlaggebend.

In der Studie von Wuest et al. (2009) wurde ersichtlich, dass die hohe maternale und neonatale Morbidität in den Ursprungsländer von Frauen mit FGC hoch ist. In der Schweiz trifft dies jedoch nicht zu. Dies lässt die Autorinnen dieser Arbeit darauf schliessen, dass die erhöhte Morbidität eher mit der medizinischen Ausrüstung und den Kompetenzen des Fachpersonals zusammenhängt, als mit den beschneidungsbedingten Veränderungen.

#### **Erschwerte Geburten:**

Die Frauen sollen über die aufgeführten Ergebnisse in Kapitel 5.1 bezüglich Vorkommen von Sectiones bei beschnittenen Frauen informiert werden. Es soll klar vermittelt werden, dass die Beschneidung alleine kein Grund für eine Sectio darstellt. Auch diese Informationen können die Wahl eines geeigneten Geburtsortes beeinflussen.

Die Diskrepanz in den Ergebnissen bezüglich erschwerter Geburten (Berg & Underland, 2013) könnte auf das Vorhandensein von adäquaten medizinischen Versorgungsmitteln in westlichen Ländern und einem gut ausgebildeten Fachpersonal zurückzuführen sein. Aus diesem Grund stellt sich die Frage, inwiefern beschnittene Frauen in der Schweiz über dieses Outcome informiert werden sollen.

#### **Prolongierte Geburten:**

Frauen mit FGC Typ III können informiert werden, dass es keinen statistischen Unterschied in der Dauer der AP gibt, ob sie defibuliert sind oder nicht (Rouzi et al., 2012).

Gemäss den Ergebnissen von Berg & Underland (2013) und Frega et al. (2012) kann die Information abgegeben werden, dass bei beschnittenen Frauen die AP länger dauern könnte, als bei nicht beschnittenen Frauen. Hier sollten auch die Ergebnisse von Wuest et al. (2009) genauer betrachtet werden, die keinen statistisch signifikanten Unterschied feststellen. Diese Studie wurde bereits im Review von Berg & Underland (2013) analysiert und verwendet. Da es den Autorinnen dieser Arbeit als wichtig erscheint, explizit die Situation in der Schweiz zu beleuchten, wird dieses Resultat von Wuest et al. (2009) hervorgehoben.

Frega et al. (2012) beschreiben in ihrer Studie das signifikant häufigere Vorkommen von Oxytocin zur Geburtsunterstützung bei Frauen mit FGC Typ I und II verglichen mit nicht beschnittenen Frauen. Es wurde beschrieben, dass die Oxytocin-Infusion erst nach ineffizienten Kontraktionen und einem erfolglosen Kristellerhandgriff in der AP eingesetzt wurde. Die Autorinnen dieser Arbeit möchten an dieser Stelle darauf hinweisen, dass die Anwendung des Kristellerhandgriffs gemäss Krause (2004) kritisch betrachtet werden sollte. Es konnte nicht nachgewiesen werden, dass sich die AP verkürzt. Weiter stellen sich die Autorinnen die Frage, inwieweit sich die Frauen mit FGC öffnen und sich der Geburt hingeben konnten. Simkin & Ancheta (2006) beschreiben neben den physischen Faktoren auch die Wichtigkeit der psychoemotionalen und psychologischen Aspekte, die für den Geburtsfortschritt von Bedeutung sind. Sie schreiben, dass die Betreuungs- und die Begleitpersonen viel dazu beitragen, ob sich die Frau geborgen fühlt. Schämt sich die Frau, fühlt sie sich beobachtet oder sogar respektlos behandelt, dann kann dies einen angemessenen Geburtsfortschritt behindern.

Gemäss der Review von Berg & Underland (2013) gehen die Meinungen bezüglich häufigerem Auftreten von vaginal operativen Geburten bei beschnittenen Frauen auseinander. Die Resultate der Querschnittstudien widerlegen jene der Registerstudien. Allerdings ist hier zu beachten, dass die Registerstudien eine unerklärliche Heterogenität aufweisen, was an der Richtigkeit der Ergebnisse zweifeln lässt.

Wuest et al. (2009) untersuchte das Vorkommen von instrumentellen Geburten und stellte fest, dass es keine Unterschiede zwischen Frauen mit bzw. ohne FGC gibt.

Die Autorinnen dieser Arbeit empfinden es aufgrund der genannten Punkte wichtig, die Frauen über mögliche prolongierte Geburten zu informieren und ihnen das Vorhandensein von unterstützenden Interventionen aufzuzeigen.

#### **Neonatale Outcomes:**

Das neonatale Outcome wird in keiner der vier Fragestellungen dieser Arbeit explizit erwähnt, jedoch erscheint es den Autorinnen wichtig, auch diese Erkenntnisse in die

Synthese einfließen zu lassen. Nur so kann der Frau mit FGC eine vollumfängliche Informationsabgabe zur Entscheidungsfindung vermittelt werden.

Infibulierte Frauen können darüber informiert werden, dass es keinen statistisch signifikanten Unterschied in den Apgar-Werten zwischen defibulierten und infibulierten Frauen gibt (Rouzi et al., 2012, Raouf et al., 2011).

Frauen mit FGC Typ I und II könnten darüber informiert werden, dass es für sie und das Kind sicherer wäre, in einer geschützten Umgebung mit adäquater medizinischer Ausrüstung zu gebären. Dies schliessen die Autorinnen aus den Ergebnissen der Studie von Frega et al. (2012) bezüglich der schlechteren neonatalen Outcomes bei beschnittenen Frauen. Da diese Studie Limitationen aufweist, ist es zwar sinnvoll, diese Empfehlung in die Beratung einfließen zu lassen, allerdings sollte auch immer individuell auf die Bedürfnisse der Frau eingegangen werden. Die SGGG (2013) schreibt in ihrer Leitlinie, dass Komplikationen, wie eine zerebrale Schädigung oder sogar der perinatale Kindstod, in der Schweiz aufgrund der adäquaten Behandlung nicht höher ist als bei Frauen ohne genitale Beschneidung.

#### **5.4 Wann sind welche Informationen schon in der Schwangerschaft sinnvoll, um der Frau die informierte Wahl zu ermöglichen?**

Es ist wichtig, dass die Gesundheitsfachpersonen mit der Frau über ihre Beschneidung sprechen und ihr vermitteln, dass Wissen vorhanden ist im Umgang mit genitaler Beschneidung. Dadurch können den Frauen Ängste vor einer inadäquaten Behandlung genommen werden, welche in mehreren Interviews zum Vorschein kamen (Vangen et al., 2003).

Anhand der Ergebnisse der qualitativen Studien (Ameresekere et al., 2011, Lundberg & Gerezgiher, 2006, Vangen et al., 2003) geht hervor, dass beschnittene Frauen unbedingt über die Geburt aufgeklärt werden müssen. Eine Aufklärung über die Indikationen einer Sectio, die Risiken dieser Operation und der genaue Ablauf sind unabdingbar. Auch die vaginale Geburt soll erläutert werden inklusive möglicher Komplikationen und vorhandener Hilfsmittel. Diese Informationen müssen in einer für die Frau verständlichen Sprache übermittelt werden. Hier ist es auch wichtig, die Frau über die Möglichkeit eines Geburtsvorbereitungskurses zu informieren.

Hinsichtlich der Informationsabgabe für schwangere Frauen sind in dieser Review widersprüchliche Angaben vorhanden. Einerseits empfiehlt die WHO (2001b) in ihrer Guideline, dass den Frauen Informationen in Form eines Flyers zur Verfügung gestellt werden sollen. Andererseits sagten Somalierinnen, sie würden schriftliche Informatio-

nen nicht lesen oder nicht verstehen (Vangen et al., 2003). Wie man die Frau am besten informiert, ist sicherlich von Frau zu Frau sehr unterschiedlich. Wichtig ist dabei, sicherzustellen, dass die Frau alle Informationen verstanden hat und dadurch befähigt wird, informierte Entscheidungen zu treffen.

Weiter soll die Frau darüber aufgeklärt werden, dass es in der Schweiz die Möglichkeit einer Beleghebamme oder Doula zur Unterstützung während der Geburt gibt. Auch Familienmitglieder oder Freundinnen können die Frau zur Geburt begleiten. Dadurch soll jenen Frauen die Angst genommen werden, welche sich davor fürchten, während der Geburt alleine gelassen zu werden (Vangen et al., 2003).

Den Frauen sollte erklärt werden, dass die Gesundheitseinrichtungen in der Schweiz sehr hygienisch sind und es deshalb nur selten zu Infektionen kommt. Die schweizerischen Standards sind nicht mit jenen in Entwicklungsländern zu vergleichen. Diese Empfehlung ergibt sich aufgrund der Aussagen von beschnittenen Frauen in den Studien von Lundberg & Gereziher (2006) und Vangen et al. (2003).

Über den optimalen Zeitpunkt einer Defibulation gehen die Meinungen auseinander. Es gibt nicht viele Studien, welche diese Intervention untersuchen. Eine Frau mit FGC Typ III soll darüber informiert werden, dass eine Defibulation sowohl während Schwangerschaft, wie auch unter der Geburt möglich ist. Zudem soll sie anhand der Empfehlung der WHO (2001b) und der SGGG (2013) beraten werden. Wuest et al. (2009) haben in ihrer Studie festgestellt, dass Frauen mit FGC häufiger durch eine notfallmässige Sectio entbunden werden mussten, als Frauen ohne FGC. Die Forscherinnen und Forscher vermuten, dass dieses Resultat mit der inadäquaten Überwachung des Geburtsfortschritts zusammenhängt. Die Frauen mit FGC konnten teilweise nur erschwert vaginal untersucht werden. Die Autorinnen dieser Arbeit erachten es als wichtig, dass die Frau über alle Vor- und Nachteile einer Defibulation informiert wird. Erst wenn die Frau genügend Informationen über den Ablauf der Defibulation, die zu erwartenden physischen und allenfalls auch psychischen Veränderungen, möglichen Konsequenzen und dem weiteren Prozedere nach der Geburt hat, ist sie vollumfänglich informiert und kann eine informierte Entscheidung treffen.

Zu der Aufklärung der Defibulation gehört auch immer eine Informationsabgabe über das Schweizer Gesetz. Der Frau soll klar vermittelt werden, dass eine Reinfibulation in der Schweiz verboten ist (Sexuelle Gesundheit Schweiz, 2013).

Neben den Informationen ist auch eine adäquate antenatale Betreuung wichtig. Hierzu schreiben Wuest et al. (2009), dass dadurch die Frauen mit FGC zu Spezialisten überwiesen werden können. In den Sprechstunden könnte eine pränatale Defibulation

besprochen werden. Daneben würden allenfalls Komplikationen, die prä- bzw. intra-partal auftreten könnten, verhindert werden. Die Autorinnen dieser Arbeit befürworten diese Empfehlung, sind sich jedoch bewusst, dass nicht alle schwangeren Frauen mit FGC schon früh, respektive überhaupt in die Schwangerschaftskontrolle gehen. Gemäss BAG (2013) fehlt es den Migrantinnen und Migranten oft an Wissen über die Gesundheitsinstitutionen und deren Angebote. Dazu schreiben Terre des femmes (2014), dass Asylantinnen mit FGC der Zugang zu spezialisierten Kliniken oft nicht gewährleistet ist. Häufig werden sie in das am nächsten gelegene Spital gebracht.

## **5.5 Kritische Würdigung dieser Literaturreview**

Die vorliegende Literaturreview wurde von zwei Autorinnen verfasst. Die Einschätzung der Qualität und auch die Verwendbarkeit der Ergebnisse der verwendeten Literatur wurden von beiden Autorinnen durchgeführt, was die Validität der Ergebnisse stärkt. Eine weitere Stärke dieser Arbeit scheint die Verwendung von mehrheitlich aktueller Literatur. Die meisten wissenschaftlichen Artikel wurden vor weniger als fünf Jahren publiziert, was eine Analyse der aktuellen Evidenz ermöglicht. Die Suche fand in verschiedenen Datenbanken statt. Dies minimiert laut Kunz et al. (2009) ein potenzielles Publikationsbias. Um alle vier Fragestellungen adäquat beantworten zu können, wollten die Autorinnen auch die Perspektive der beschnittenen Frauen in die Ergebnisse dieser Literaturreview einfließen lassen. In den eingeschlossenen qualitativen Studien wurden die Erfahrungen und Vorstellungen von betroffenen Frauen untersucht. Diese Erkenntnisse liefern wichtige Hinweise, die bei der Informationsabgabe beachtet werden müssen. Ausserdem sind diese für eine Implementierung in die Praxis bedeutsam.

Eine Limitation dieser Arbeit besteht darin, dass wegen der untersuchten Zielgruppe und dem ethisch heiklen Thema lediglich quantitative Studien mit einem retrospektiven Forschungsdesign verwendet werden konnten. Gemäss Kunz et al. (2009) ist die Evidenzstärke dieser Studien tiefer als die der experimentellen und prospektiven Studien, da sie anfällig auf Bias sind. Bei retrospektiven Studien ist es wichtig, dass ein Merkmal mit einer Kontrollgruppe beobachtet wird, um die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse zu erhöhen. Da es zu diesem Thema kaum prospektive Studien von guter Qualität gibt, waren sich die Autorinnen dieser Limitation bewusst und haben nur Fallkontroll- und Kohortenstudien mit einer Kontrollgruppe in diese Literaturreview eingeschlossen. Eine andere Schwäche dieser Literaturreview sehen die Autorinnen in der Einschränkung auf englische und deutsche Literatur, die ein Bias darstellen könnte. Kunz et al. (2009) schreibt, dass Studien mit einem positiven Ergebnis in englischer Sprache veröffentlicht werden. Es könnte jedoch sein, dass Studien mit einem negativen Ergebnis in der Landessprache der Forscherinnen und Forscher veröffentlicht wurden.

## 6 Schlussfolgerung

Die Fragestellungen dieser Literaturreview konnten nicht alle abschliessend beantwortet werden. Zur Frage, welche Geburtsart für beschnittene Frauen indiziert ist, konnte die Schlussfolgerung gezogen werden, dass bei beschnittenen Frauen grundsätzlich die vaginale Geburt anzustreben ist. Dies scheint auch im Interesse der Frauen zu liegen. Die Beschneidung allein sollte keinen Einfluss auf den Geburtsmodus haben.

Ob eine Episiotomie bzw. eine Defibulation notwendig ist, ist anhand der vorhandenen Literatur schwierig zu beantworten. In den untersuchten Studien war die Indikation einer Episiotomie nie angegeben. Eine Defibulation wird für Frauen mit FGC Typ III empfohlen (WHO, 2001b; SGGG, 2013), allerdings fehlen hierzu Untersuchungen zum direkten Vergleich von infibulierten Frauen mit sowohl defibulierten wie auch nicht beschnittenen Frauen. Wichtig ist es, dass die Frauen über die Möglichkeit der beiden Interventionen informiert werden, damit sie selber entscheiden können, was sie möchten. Dieser Grundsatz gilt auch für die Fragestellung, wie die Frauen im Vorfeld evidenzbasiert informiert werden sollen. Auch hier ist es wichtig, dass ihnen alle Fakten bezüglich maternalem und neonatalem Geburtsoutcome vermittelt werden und sie darüber aufgeklärt werden, welche Risiken mit ihrer Beschneidung oder auch Infibulation in Verbindung gebracht werden. Somit haben die Frauen die Möglichkeit, selbst über mögliche Behandlungen, wie zum Beispiel die Defibulation, zu entscheiden.

Für die Beantwortung der vierten Frage hat sich gezeigt, dass viele beschnittene Frauen nur wenig Wissen über die Geburt oder auch die Sectioentbindung haben. Aus diesem Grund ist es besonders wichtig, die Frauen gut aufzuklären und damit ihr Kohärenzgefühl zu stärken. Eine Schwierigkeit, die sich hier herausstellt ist, dass beschnittene Frauen häufig zu einer Randgesellschaft gehören, welche keine antenatale Vorsorge in Anspruch nehmen. Dadurch wird eine rechtzeitige Informationsabgabe erschwert. Hinzu kommt die häufig anzutreffende sprachliche Barriere. Die Beratung ist also stark abhängig vom Zeitpunkt, wann die beschnittene Frau zum ersten Mal ein Gesundheitszentrum aufsucht. Hier wäre sicherlich der enge Kontakt zu Asylzentren von grossem Vorteil, damit man von FGC betroffene Frauen frühzeitig erreichen kann.

Ein weiterer problematischer Aspekt, welcher sowohl in vielen Studien beschrieben, wie auch in einigen Schweizer Hospitälern erlebt wird, ist die ungenügende Kompetenz der Fachpersonen bezüglich Betreuung von Frauen mit genitaler Beschneidung. Neben dem Vermitteln des Fachwissens an Ausbildungsstätten, wären regelmässige Weiterbildungen zu den aktuellen Evidenzen sinnvoll. Ebenfalls stellt ein Erfahrungs-

austausch unter den Gesundheitsfachpersonen eine wichtige Ressource dar. Nur wenn die Fachpersonen richtig ausgebildet werden und sich selbst kompetent fühlen, können sie die betroffenen Frauen gut und richtig informieren.

Für die Autorinnen dieser Arbeit ist es von grosser Wichtigkeit allen Frauen und Familien eine gute Betreuung anzubieten. Dies beinhaltet eine Betreuung angepasst auf die individuelle Situation. Mit der kulturellen Kompetenz kann man Frauen und Familien ohne Vorurteile gegenüberreten und vor allem das heikle Thema der weiblichen genitalen Beschneidung behutsam ansprechen. Neben der kommunikativen Herausforderung ist es unabdingbar, sich durch Erfahrungsaustausch, Weiterbildungen oder Studium der aktuellsten Evidenzen, das Fachwissen anzueignen. Nur so kann man Frauen oder Familien adäquat informieren und ihnen die informierte Entscheidung ermöglichen. Die Autorinnen dieser Review sind der Ansicht, dass jede Frau und jeder Mann das Recht auf eine informierte Entscheidung haben sollte.



## 7 Literaturverzeichnis

- Abdulcadir, J., Margairaz, C., Boulvain, M., & Irion, O. (2011). Care of women with female genital mutilation / cutting. *Swiss Medical Weekly*, 140(1), 1-8. doi:10.4414/smw.2011.13137
- Abdulcadir, J., Rodriguez, M., & Say, L. (2014). Research gaps in the care of women with female genital mutilation: An analysis. *BJOG*, 122(12), 294-303. doi:10.1111/1471-0528.13217
- Ameresekere, M., Borg, R., Frederick, J., Vragovic, O., Saia, K., & Raj, A. (2011). Somali immigrant women's perceptions of cesarean delivery and patient-provider communication surrounding female circumcision and childbirth in the USA. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 115(8), 227-230. doi:10.1016/j.ijgo.2011.07.019
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). (2008). *Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinienbewertung (Delbi): Fassung 2005/2006 + Domäne 8*. Abgerufen von <http://www.leitlinien.de/leitlinienmethodik/leitlinienbewertung/delbi/dokumente>
- Behrens, J., & Langer, G. (2010). *Evidence-based nursing and caring: Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung* (3. Aufl.). Bern, Schweiz: Huber.
- Berg, R. C., & Underland, V. (2013). *Obstetric consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C)*. Retrieved from <http://www.kunnskapssenteret.no/en/publications/obstetric-consequences-of-female-genital-mutilation-cutting-fgm-c>
- Berg, R. C., & Underland, V. (2013). The obstetric consequences of female genital mutilation/cutting: A systematic review and meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology International*, 2013(6), 1-15. doi:10.1155/2013/496564
- Berg, R. C., Odgaard-Jensen, J., Fretheim, A., Underland, V., & Vist, G. (2014). An updated systematic review and meta-analysis of the obstetric consequences of female genital mutilation/cutting. *Obstetrics and Gynecology International*, 2014(11), 1-8. doi:10.1155/2014/542859
- Berggren, V., Gottvall, K., Isman, E., & Bergström, S. (2012). Infibulated women have an increased risk of anal sphincter tears at delivery: A population-based Swedish register study of 250 000 births. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92(9), 101-108. doi:10.1111/aogs.12010

- Berner Fachhochschule. (2014). *Leitfaden für die sprachliche Gleichstellung*.  
Abgerufen von  
[https://www.bfh.ch/bfh/chancengleichheit/gender\\_management.html](https://www.bfh.ch/bfh/chancengleichheit/gender_management.html)
- Bundesamt für Gesundheit . (2013). *Migrationsgerechte Gesundheitsförderung und Prävention in den Kantonen*. Abgerufen von  
<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12512/14944/index.html?lang=de>
- Bürge, L. (2012). Informed Choice - Aufklärungspflicht und Selbstbestimmungsrecht. *Hebamme.ch*, 4(2012), 4-6.
- Coad, J., & Dunstall, M. (2007). *Anatomie und Physiologie für die Geburtshilfe*. München Jena, Deutschland: Urban & Fischer.
- Daley, A. (May 2004). Female genital mutilation: Consequences for midwifery. *British journal of midwifery*, 12(5), 292-298.
- Domening, D. (2007). Das Konzept der transkulturellen Kompetenz. In D. Domening (Hrsg.), *Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* (2. Aufl., S.166-188). Bern, Schweiz: Huber.
- Drack, G., & Schneider, H. (2011). Pathologische Geburt. In H. Schneider, P.-W. Husslein, & K. T. Schneider (Hrsg), *Die Geburtshilfe* (4. Aufl., S. 819-866). Berlin Heidelberg, Deutschland: Springer.
- Frega, A., Puzio, G., Maniglio, P., Catalano, A., Milazzo, G. N., Lombardi, D., Nitiema, H., Bianchi, P. (2013). Obstetric and neonatal outcomes of women with FGM I and II in San Camillo Hospital, Burkina Faso. *Arch Gynecol Obstet*, 288(3), 513-519. doi:10.1007/s00404-013-2779-y
- Friedrich, J. (2013). Betreuung von Frauen mit Gewalterfahrung. In A. Stiefel, C. Geist, & U. Harder (Hrsg.), *Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (5. Aufl., S. 69-76). Stuttgart, Deutschland: Hippokrates.
- Grapentin, J. (2008). Genitale Beschneidung bei Frauen und deren Auswirkungen auf Schwangerschaft und Geburt. *Die Hebamme*, 21(2008), 28-31.
- Hagmann, A. (2015). Recht auf Entscheidung.
- Jacoby, S. D., & Smith, A. (2013). Increasing certified nurse-midwives' confidence in managing the obstetric care of women with female genital mutilation/cutting. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 58(4), 451-456. doi:10.1111/j.1542-2011.2012.00262.x

- Kästner, R. (2005). Geburtshilffliche Probleme bei beschnittenen Frauen. *Geburtsh Frauenheilk*, 65(2005), 806-808.
- Krause, M. (2004). Ist der Kristeller-Handgriff heute noch aktuell? *Die Hebamme*, 17(2004), 38-41.
- Kunz, R., Khan, K. S., Kleijnen, J., & Antes, G. (2009). *Systematische Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen: Einführung in Instrumente der evidenzbasierten Medizin für Ärzte, klinische Forscher und Experten im Gesundheitswesen* (2. Aufl.). Bern, Schweiz: Huber.
- Kunz, R., Ollenschläger, G., Raspe, H., Jonitz, G., & Donner-Banzhoff, N. (Hrsg.). (2007). *Lehrbuch Evidenz-basierte Medizin in der Klinik und Praxis* (2. Aufl.). Köln, Deutschland: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Lundberg, P. C., & Gerezgiher, A. (2008). Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden. *Midwifery*, 24(10), 214-225. doi:10.1016/j.midw.2006.10.003
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2010). *Lehrbuch Pflegeforschung: Methodik, Beurteilung und Anwendung*. Bern, Schweiz: Huber.
- Raouf, S. A., Ball, T., Hughes, A., Holder, R., & Papaioannou, S. (2011). Obstetric and neonatal outcomes for women with reversed and non-reversed type III female genital mutilation. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 113(1), 141-143. doi:10.1016/j.ijgo.2010.10.028
- Rouzi, A. A., Al-Sibiani, S. A., Al-Mansouri, N. M., Al-Sinani, N. S., Al-Jahdali, E. A., & Darhouse, K. (2012). Defibulation during vaginal delivery for women with type III female genital mutilation. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 120(1), 98-103. doi:10.1097/AOG.0b013e3182590343
- Schäfers, R. (2010). Entscheidungsfindung. In Deutscher Hebammenverband (Hrsg.), *Geburtsarbeit: Hebammenwissen zur Unterstützung der physiologischen Geburt* (S.26-31). Stuttgart, Deutschland: Hippokrates.
- Schildberger, B. (2012). In guter Hoffnung in der Fremde - zur geburtshilfflichen Betreuung von Frauen mit Migrationshintergrund. *Hebamme.ch*, 9(2012), 4-7.
- Schünke, M., Schulte, E., Schumacher, U., Voll, M., & Wesker, K. (2014). *Prometheus. LernAtlas der Anatomie* (2. Aufl.). Stuttgart, Deutschland: Thieme.

- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. (2009). *Forschung mit Menschen. Ein Leitfaden für die Praxis*. Abgerufen von [http://www.samw.ch/dms/de/Projekte/Forschung-mit-Menschen/d\\_Leitfaden\\_Forschung/LeitfForschMensch\\_Web\\_Nov09.pdf](http://www.samw.ch/dms/de/Projekte/Forschung-mit-Menschen/d_Leitfaden_Forschung/LeitfForschMensch_Web_Nov09.pdf)
- Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. (2013). *Patientinnen mit genitaler Beschneidung: Schweizerische Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegefachkräfte*. Abgerufen von [http://www.sggg.ch/fileadmin/user\\_upload/Dokumente/3\\_Fachinformationen/2\\_Guidelines/Patientinnen\\_mit\\_genitaler\\_Beschneidung\\_2005.pdf](http://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/3_Fachinformationen/2_Guidelines/Patientinnen_mit_genitaler_Beschneidung_2005.pdf)
- Schweizerischer Hebammenverband. (1994). *Internationaler Ethik-Kodex für Hebammen*. Abgerufen von [www.hebamme.ch/x\\_dnlld/doku/ethikkodexd.pdf](http://www.hebamme.ch/x_dnlld/doku/ethikkodexd.pdf)
- Sexuelle Gesundheit Schweiz. (2013). *Beratung von Migrantinnen und Migranten zu sexueller und reproduktiver Gesundheit: Ein Leitfaden für Fachpersonen*. Abgerufen von <https://www.sante-sexuelle.ch/shop/de/fuer-fachpersonen/beratung-von-migrantinnen-und-migranten-zu-sexueller-und-reproduktiver-gesundheit>
- Simkin, P., & Ancheta, R. (2006). *Schwierige Geburten - leicht gemacht: Dystokien erfolgreich meistern* (2. Aufl.). Bern, Schweiz: Huber.
- Steinke, I. (1999). *Kriterien qualitativer Forschung: Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung*. Weinheim, Deutschland: Juventa.
- Terre des femmes Schweiz (2014). *FGM in der Schweiz: Bestandesaufnahme über die Massnahmen gegen weibliche Genitalverstümmelung in der Schweiz in den Bereichen Prävention, Unterstützung und Schutz*. Abgerufen von [http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12512/14074/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,lnp6l0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCLfHt8gWym162epYbg2c\\_JjKbNoKSn6A--](http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12512/14074/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,lnp6l0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCLfHt8gWym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--)
- Vangen, S., Johansen, R. E., Sundby, J., Træen, B., & Stray-Pedersen, B. (2004). Qualitativ study of perinatal care experiences among Somali women and local health care professionals in Norway. *European Journal of Obstetric & Gynecology and Reproductive Biology*, 112(4), 29-35. doi:10.1016/S0301-2115(03)00313-0
- Widmark, C., Tishelman, C., & Ahlberg, B. M. (2002). A study of Swedish midwives' encounters with infibulated African women in Sweden. *Midwifery*, 18(2), 113-125. doi:10.1054/ymidw0307

Woman Stats Project. (n.d.). *Woman Stats*. Retrieved from <http://womanstats.org/maps.html>

World Health Organization. (2001a). *The prevention and the management of the health complications: Policy guidelines for nurses and midwives*. Retrieved from [http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_FCH\\_GWH\\_01.5.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_FCH_GWH_01.5.pdf)

World Health Organization. (2001b). *Female genital mutilation: Integrating the prevention and the management of the health complications into the curricula of nursing and midwifery. A teacher's Guide*. Retrieved from [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66857/1/WHO\\_FCH\\_GWH\\_01.3\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66857/1/WHO_FCH_GWH_01.3_eng.pdf?ua=1)

World Health Organization. (2008). *Sexual and reproductive health. Classification of female genital mutilation*. Retrieved from <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/overview/en/>

Wuest, S., Raio, L., Wyssmueller, D., Mueller, M., Stadlmayr, W., Surbek, D., & Kuhn, A. (2009). Effects of female genital mutilation on birth outcomes in Switzerland. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116(5) 1204-1209. doi:10.1111/j.1471-0528.2009.02215.x

## 8 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Suchbegriffe deutsch / englisch .....	16
Tabelle 2. Stärken, Schwächen und Evidenzstärke der Studien bzw. des Reviews.....	26
Tabelle 3. Stärken und Schwächen der Leitlinien .....	30
Tabelle 4. Datenanalyse eingeschlossene Studien / Review .....	31

## 9 Abkürzungsverzeichnis

AP	Austreibungsphase
ASR	Analosphinkterriss
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BAG	Bundesamt für Gesundheit
bzw.	beziehungsweise
CI	Konfidenzintervall
FGC	Female genital cutting
OR	Odds ratio
Sectio	Sectio caesarea
Sectiones	Sectiones caesarea
SGGG	Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
WHO	World Health Organization