Nadia Bisang

Weibliche Genitalbeschneidung
Ein Leitfaden für die professionelle Beratung im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich

1. Auflage 2019
110 Seiten, Broschur 164 x 234 mm
ISBN 978-3-906036-38-0

interact
Hochschule Luzern
Soziale Arbeit

interact Verlag
Hochschule Luzern – Soziale Arbeit
Werftestrasse 1
Postfach 2945
6002 Luzern
www.hslu.ch/interact

Webshop: www.interact-verlag.ch

Schriftenreihe Sexuelle Gesundheit und Soziale Arbeit
Band 4

Nadia Bisang

WEIBLICHE GENITALBESCHNEIDUNG

EIN LEITFADEN FÜR DIE PROFESSIONELLE BERATUNG IM BILDUNGS-, GESUNDHEITS- UND SOZIALBEREICH

interact
Hochschule Luzern
Soziale Arbeit

Weibliche Genitalbeschneidung

Ein Leitfaden für die professionelle Beratung im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich

Nadia Bisang

Weibliche Genitalbeschneidung

Ein Leitfaden für die professionelle Beratung im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich

von Nadia Bisang

interact · Luzern

Die **Schriftenreihe Sexuelle Gesundheit und Soziale Arbeit** wird vom Institut für Sozialpädagogik und Bildung der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit herausgegeben. Sie bietet einen Publikationsort für Veröffentlichungen, die einen Beitrag zur Professionalisierung der Sozialen Arbeit in den Handlungsfeldern der sexuellen Gesundheit leisten.

Diese Publikation wurde durch die Unterstützung der Fondation Sana, des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), der Paul Schiller Stiftung und Caritas Schweiz ermöglicht. Caritas Schweiz und Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz unterstützten die Autorin, Nadia Bisang, bei ihrer Publikationsarbeit.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über https://portal.dnb.de abrufbar.

Bibliografische Zitation
Bisang, Nadia (2019). Weibliche Genitalbeschneidung. Ein Leitfaden für die professionelle Beratung im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich. Luzern: interact Verlag.

ISBN 978-3-906036-38-0

Hochschule Luzern – Soziale Arbeit
www.hslu.ch/interact

Bilder: Fotolia.de
Lektorat und Korrektorat: Detlev Freigang, Daniel Kunz
Gestaltung: Martina Pelosi, Cyan GmbH, Luzern
Druck: edubook, Merenschwand
Papier: Mondi DNS

Diese Publikation wurde ausschliesslich in der Schweiz produziert.

Seite

Inhaltsverzeichnis

Seite

Grusswort

Im Herbst 2015 hat der Bundesrat beschlossen, das Engagement gegen FGM/C zu verstärken und gab das Projekt *«Massnahmen gegen weibliche Genitalverstümmelungen 2016 – 2019»* in Auftrag. Caritas Schweiz, TERRE DES FEMMES Schweiz, das Schweizerische Kompetenzzentrum für Menschenrechte sowie SEXUELLE GESUNDHEIT Schweiz haben sich zu diesem Zweck zu einer Trägerschaft zusammengeschlossen, dem Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz.
Das Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz unterhält ein Informationsportal zu FGM/C, berät Betroffene und Fachpersonen, betreibt Präventionsarbeit in den Communities, sensibilisiert Fachpersonen und baut regionale Anlaufstellen auf. Das Netzwerk fördert die Vernetzung und stellt einen niederschwelligen Zugang zu Informationen sicher. Das Ziel ist es, gefährdete Mädchen und Frauen vor weiblicher Genitalbeschneidung zu schützen und die medizinische Versorgung für die Betroffenen zu gewährleisten.
Nadia Bisang hat ihre langjährige Erfahrung und Auseinandersetzung mit weiblicher Genitalbeschneidung in das Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz eingebracht, und ihre Masterarbeit im Rahmen des MAS Sexuelle Gesundheit im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich zu diesem Thema verfasst. Sie legt nun mit dieser Publikation ein wertvolles Instrument in die Hände der Fachpersonen und unterstützt sie in einem professionellen und respektvollen Umgang mit betroffenen Frauen. Denn diese haben ein Recht auf professionelle Beratung, sei dies im Gesundheits-, Bildungs- oder Sozialbereich. Und nur so werden die sexuellen, auf den Menschenrechten basierenden Rechte der Frauen mit genitaler Beschneidung gewährleistet. Ihr Recht auf Unversehrtheit wurde in der Vergangenheit verletzt. Umso wichtiger ist die professionelle Beratung, die jetzt ihre Rechte beachtet.

Barbara Berger, Geschäftsleiterin SEXUELLE GESUNDHEIT Schweiz

Vorwort

Ich habe sechs Jahre bei Caritas Schweiz zur Prävention weiblicher Genitalbeschneidung gearbeitet. Immer wieder wurde ich mit der Unsicherheit von Fachpersonen – insbesondere aus der Sozialen Arbeit – konfrontiert: Wie und wo kann ich betroffene Migrantinnen ansprechen? Soll ich die weibliche Genitalbeschneidung in der Sexualpädagogik thematisieren? Was muss ich im Umgang mit betroffenen Frauen und ihren Familien wissen? Welche spezialisierten Fachpersonen gibt es bezüglich Schwangerschaften und Geburten in meiner Region? Welche physischen und psychischen Folgen hat weibliche Genitalbeschneidung für betroffene Mädchen in der Schweiz?

Dies hat mich angeregt, den vorliegenden Leitfaden für die alltägliche Praxis zu verfassen. Er ging aus meiner Abschlussarbeit im Rahmen des Masters of Advanced Studies MAS Sexuelle Gesundheit im Bildungs-, Sozial- und Gesundheitsbereich an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit hervor.

Ich möchte mich an dieser Stelle bei all den Personen und Institutionen bedanken, die mich während der Entstehung der vorliegenden Publikation unterstützt haben: Als erstes bei Professor Daniel Kunz (Dozent und Projektleiter MAS Sexuelle Gesundheit im Bildungs-, Sozial- und Gesundheitsbereich der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit) und Frau Dr. med. Yvonne Gilli für die konstruktiven Rückmeldungen. Sie haben mich motiviert, mich vertieft mit der Thematik der weiblichen Genitalbeschneidung auseinanderzusetzen.

Bedanken möchte ich mich bei all den genital beschnittenen Frauen, deren Geschichten mich bestärkt haben, Öffentlichkeit und Fachpersonen weiter zu informieren und zu sensibilisieren.

Caritas Schweiz möchte ich danken, dass ich mit Arbeitszeit für die Abfassung der Publikation grosszügig unterstützt wurde. Die Möglichkeit zur theoretischen Auseinandersetzung mit Fragen aus meinem Arbeitsgebiet war spannend und sehr lehrreich.

Wichtig waren auch die Anmerkungen und Anregungen von Fachkolleginnen, die ich hier wertschätzend erwähnen möchte: Es sind dies Denise Schwegler von Caritas Schweiz, Marisa Birri von Terre des Femmes Schweiz sowie Christine Sieber von Sexuelle Gesundheit Schweiz.
Bedanken möchte ich mich auch bei Frau Dr. med. Jasmine Abdulcadir, deren Sprechstunde zu weiblicher Genitalbeschneidung zusammen mit ihren vielen Publikationen ein wichtiger Beitrag dazu ist, dass weibliche Genitalbeschneidung in der sozio-medizinischen Versorgung von Migrantinnen in der Schweiz eine angemessene Rahmung und Bearbeitung erfährt[1]. Jederzeit beantwortete sie alle meine Fragen gerne und umfassend. Vielen Dank für diese Unterstützung!
Abschliessend bedanke ich mich beim Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz, das in der Schweiz bedeutende Projekte rund um dieses komplexe Thema initiiert und realisiert. All die Begegnungen im Netzwerk haben mich ebenfalls motiviert, mich zu engagieren.

Nadia Bisang

1 Frau Dr. Jasmine Abdulcadir leitete die Expertengruppe der WHO zur Erstellung der *Guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*. Mehr über ihre Arbeit unter: www.researchgate.net/profile/Jasmine_Abdulcadir

1 Einleitung

Da sich die Zahl der genital beschnittenen Migrantinnen in den letzten Jahren in der Schweiz deutlich erhöht hat, sind immer mehr Fachpersonen mit dieser Thematik konfrontiert. In welchen Fachbereichen arbeiten diese Fachpersonen und welche Möglichkeiten haben sie, weibliche Genitalbeschneidung mit ihren Klientinnen[2] zu thematisieren?

Die Praxis weiblicher Genitalbeschneidung ist in Europa weitgehend unbekannt und zählt bestenfalls zum Standartwissen von Ethnologinnen und Ethnologen. Daher findet das Thema in aller Regel auch in der Aus- und Weiterbildung von Fachpersonen in den Bereichen Migration und Gesundheit so gut wie keine Beachtung. Es bleibt so den meisten Mitarbeiterinnen dieser wichtigen Arbeitsfelder in der Schweiz zumindest fremd, wo nicht unbekannt. Werden sie in ihrer Alltagsarbeit damit konfrontiert, fühlen sie sich dann meist – aus guten Gründen – überfordert.

Eine neue Studie (Integra, 2017) zur weiblichen Genitalbeschneidung unter Migrantinnen in Deutschland zeigt auch entsprechende Resultate: Die Mehrheit der genital beschnittenen Frauen erleben Kontakte mit sozialem und medizinischen Fachpersonal als irritierend oder gar verstörend. Selbst der Kontakt mit Ärztinnen und Ärzten wird als schwierig erlebt. Es gäbe zwar informierte und sensibilisierte Ärztinnen und Ärzte, doch die Mehrheit würde Frauen nicht auf

2 Weibliche Genitalbeschneidung ist ein hochgradig weibliches Thema: Es sind Frauen betroffen und sie sprechen in aller Regel auch nur mit anderen Frauen über sich und ihre Beschneidungsfolgen. Aus diesem Grund weicht die vorliegende Publikation von der sonst üblichen gendergerechten Sprache der Veröffentlichungen der HSLU – Soziale Arbeit ab und ist explizit in der weiblichen Form formuliert – ausser, der Kontext verlangt es ausdrücklich anders.

ihre Beschneidung ansprechen. Andere seien nach wie vor geschockt, wenn sie beschnittene Frauen sähen:

«Mitunter wünschten die Fachkräfte dann von den Klientinnen genauere Informationen über den Hergang der Praktik, was für diese wiederum sehr befremdlich sei. Da sie sich selbst in solchen Situationen schämten, würde sie als betroffene Frauen es eher vermeiden, die Thematik anzusprechen.» (ebd., S. 34).

Der vorliegende Leitfaden soll ein Beitrag sein, diese Unsicherheiten zu überwinden. Er ist als Unterstützung gedacht, damit Fachpersonen aus dem Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich einen adäquaten Umgang mit genital beschnittenen Migrantinnen finden. Neben den nötigen Hintergrundinformationen bietet er Fallbeispiele aus dem Präventions- und Beratungsalltag mit hilfreichen Tipps, wie das Gespräch mit einer genital beschnittenen Frau gestaltet werden kann.

1.1 Ausgangslage und Eingrenzung

Die Migration in die Schweiz aus Ländern wie Somalia oder Eritrea hat in den letzten Jahren stark zugenommen, weshalb Fachpersonen in ihrer Beratungsarbeit vermehrt mit Fragen rund um die weibliche Genitalbeschneidung konfrontiert werden. In der Schweiz leben zurzeit ungefähr 15 000 Mädchen und Frauen, die selber betroffen sind oder Gefahr laufen, beschnitten zu werden (Bundesamt für Gesundheit, BAG, 2015, S. 4).
Weltweit sind Schätzungen des Kinderhilfswerks UNICEF (2017) zufolge mehr als 200 Millionen Mädchen und Frauen von unterschiedlichen Formen der weiblichen Genitalbeschneidung betroffen. In der englischsprachigen Fachliteratur, den vorhandenen Forschungen und den Veröffentlichungen von UNICEF wird für alle Formen genitaler Beschneidung zusammenfassend die Abkürzung *FGM* (Female Genital Mutilation) gebraucht[3]. Schätzungen gehen von jährlich drei Millionen neuen Fällen aus; meistens Mädchen vom siebten Lebenstag bis ins Vorschulalter (ebd.).
Praktiziert wird die weibliche Genitalbeschneidung in einer Reihe von afrikanischen Ländern, hauptsächlich Somalia, Eritrea, Sudan, Ägypten, Guinea, Mali, Sierra Leone und Djibouti. Sie existiert jedoch auch in einigen Ländern Asiens, wie Malaysia oder Indonesien sowie im mittleren Osten, beispielsweise dem Irak oder im Jemen. In Südamerika sind Betroffene aus Kolumbien bekannt (UNICEF, 2016 a).

3 Der Sprachgebrauch der vorliegenden Publikation wird in Kapitel 2.1 erläutert.

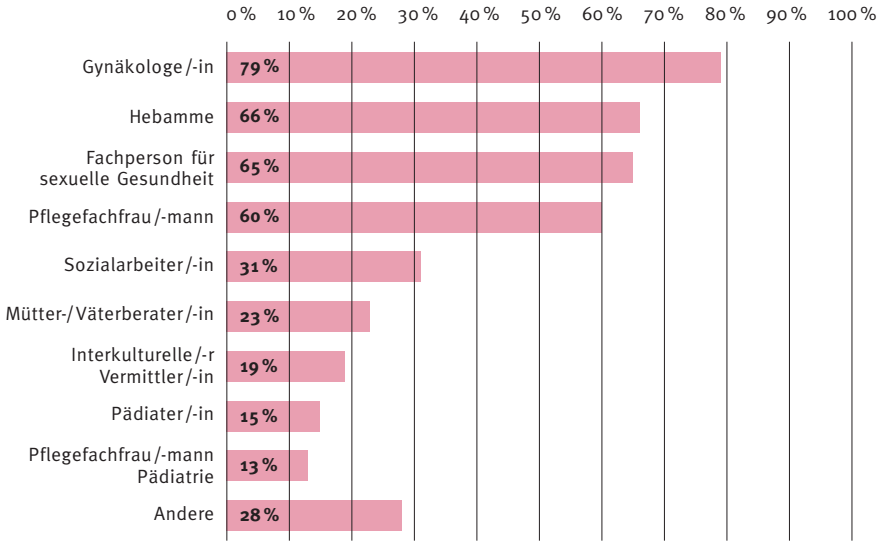
In dieser Publikation wird es nicht – oder nur am Rande – um Mädchen gehen, die Gefahr laufen beschnitten zu werden, sondern um diejenigen Frauen, die bereits eine Genitalbeschneidung erlebt haben. Wie viele dies von den oben geschätzten 15 000 Mädchen und Frauen sind, kann nicht gesagt werden, da hierzu keine verlässlichen Zahlen existieren. Trotzdem ist es wichtig zu sagen, dass genital beschnittene Migrantinnen momentan in vielen Fachstellen eine wichtige Zielgruppe sind. Beispielsweise haben Fachstellen für sexuelle Gesundheit[4] in Bern, Freiburg und Genf bestätigt, dass sie, in den Jahren 2017 und 2018 oft von Eritreerinnen aufgesucht wurden. Der Hauptfokus der hier stattfindenden Gespräche liegt zwar nicht auf der weiblichen Genitalbeschneidung und deren Konsequenzen als solche, sondern sie wird zum Gegenstand bei Beratungsgesprächen zu Schwangerschaft, Infektionskrankheiten und Sexualität dieser Klientinnen.

UNICEF Schweiz (2013) hat die aktuellen Zahlen bezüglich des Kontakts von Fachpersonen mit der Thematik weibliche Genitalbeschneidung in der Schweiz publiziert. Sie hat eine Umfrage unter Fachpersonen durchgeführt, die in ihrer Berufstätigkeit mit Gemeinschaften[5] zu tun haben, die weibliche Genitalbeschneidung praktizieren. Befragt wurden Pädiaterinnen und Pädiater, Hebammen, Gynäkologinnen und Gynäkologen, Mütter- und Väterberaterinnen und -berater, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, interkulturelle Dolmetscherinnen und Dolmetscher sowie Vermittlerinnen und Vermittler, Fachpersonen aus dem Asylbereich sowie Fachpersonen für sexuelle Gesundheit in Bildung und Beratung (SGCH). Die Umfrage zeigt, dass nicht nur Fachpersonen aus dem Gesundheitsbereich (40%), sondern auch aus dem Sozial- (27%) und Asylbereich (42%) in ihrer Berufstätigkeit mindestens einmal mit beschnittenen Mädchen oder Frauen in Kontakt kommen (UNICEF Schweiz, 2013, S. 10). An dieser Erhebung haben 1025 Fachpersonen teilgenommen, wobei 372 Fachpersonen angegeben haben, dass sie bereits mit genital beschnittenen Mädchen und Frauen in Kontakt gekommen sind. Die Aufgliederung dieser Fachpersonen nach Berufsgruppen ergibt folgendes Bild:

4 Fachstellen für sexuelle Gesundheit sind Einrichtungen in allen Kantonen der Schweiz, die zu Themen der Schwangerschaft, Schwangerschaftsverhütung, Schwangerschaftsambivalenz, Schwangerschaftsabbruch, sexuell übertragbaren Infektionen, Sexualität, Partnerschaft und Sexualpädagogik Information, Bildung und Beratungen anbieten. Gefunden werden diese Fachstellen unter: www.sante-sexuelle.ch/beratungsstellen

5 In Fachkreisen wird oft auch der englische Begriff für Gemeinschaften, nämlich communities, verwendet.

Abbildung 1: Kontaktrate nach Berufsgruppen



Am häufigsten treffen genital beschnittene Mädchen oder Frauen demnach auf Gynäkologinnen und Gynäkologen. Aber auch Hebammen und Fachpersonen für sexuelle Gesundheit werden nicht selten mit genital beschnittenen Frauen konfrontiert (65%). Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter treffen seltener auf sie; hier geben 31% der Teilnehmenden aus dieser Berufsgruppe an, schon mindestens einmal mit einer von FGM/C betroffenen Frau in Kontakt gewesen zu sein. Dieser deutlich niedrigere Wert könnte jedoch auch darin begründet sein, dass Gesundheitsthemen nur mittelbar Gegenstand von Beratungsgesprächen in der Sozialen Arbeit sind, viele von FGM/C betroffene Klientinnen hier also nicht als solche bemerkt werden.

1.2 Ziel der Publikation

Die vorliegende Publikation möchte für die oben genannten Fachpersonen inhaltliche Klarheit in diesem komplexen Themenbereich schaffen und aufzeigen, wie sie genital beschnittene Frauen mit Migrationshintergrund in der Schweiz im ressourcenorientierten Umgang mit ihrer Situation bestärken können. Fachpersonen erhalten über den hier vorgelegten Leitfaden nicht nur wichtige Grundlageninformationen zum Thema, sondern auch Handlungsempfehlungen für den Umgang mit betroffenen Frauen. Dafür wurden aktuelle Forschungsergebnisse zusammengetragen und kritisch reflektiert.

In der Praxis muss zuerst jedoch erkannt werden, ob es überhaupt einen Handlungsbedarf gibt. Viele genital beschnittene Frauen aus Eritrea, Mali, Somalia und anderen Ländern leben seit zwei Jahrzehnten und länger mit ihrer Beschneidung. Die betroffenen Frauen empfinden sich häufig selbst nicht als «unvollständig» – ganz im Gegenteil (Fana Asefaw, 2017, S. 47f.). Für ein ressourcenorientiertes und hilfreiches Gespräch ist daher das Bewusstsein nötig, dass diese beschnittenen Frauen oft keinen Bedarf für eine diesbezügliche Veränderung sehen und diese Sichtweise als Teil ihrer kulturellen Identität auch beibehalten; nicht selten ist ihnen nicht einmal bewusst, dass beispielsweise ihre gesundheitlichen Probleme in direktem Zusammenhang mit FGM/C stehen. Hier sind Fachpersonen in ihrer Professionalität besonders gefordert, um Klientinnen zur Verfügung zu stehen, falls sich eine Frau im Verlaufe des Integrationsprozesses doch entschliesst, sich mit ihrer genitalen Beschneidung und deren Folgen vertieft auseinander zu setzen. Dabei ist es wichtig, vom jeweiligen Einzelfall auszugehen und stets neu zu entscheiden, ob in diesem Fall Handeln gefordert ist oder nicht. Allgemeiner Erfahrung nach ist FGM/C im Leben und Beratungsbedarf der betroffenen Frauen mit Migrationshintergrund irgendwann – oder mehrmals – ein Thema.
Die Alltagserfahrung im Kontakt mit FGM/C zeigt, dass die Unsicherheiten auf Seiten der Fachpersonen gegenüber dem Thema immer wieder unprofessionellen Umgang und mangelhafte Begleitung von genital beschnittenen Mädchen und Frauen zur Folge haben. Die nachstehenden Alltagssituationen sollen dies verdeutlichen:

- Berücksichtigen Hebammen bei der Geburtsvorbereitung von Migrantinnen, die FGM/C nicht als mögliches Thema, können bei der Geburt Komplikationen daraus resultieren. Zu beachten ist, dass seitens Migrantinnen das Thema FGM/C selten angesprochen wird.

- Bemühungen der Arbeitsintegration können scheitern, wenn die Sozialarbeiterin physische Probleme der Klientin, wie beispielsweise Kopfschmerzen, nicht als mögliche Folge der FGM/C erkennt.

- Werden Beratungsgespräche nicht kultursensibel geführt, können die Folgen den Beratungsprozess und letztlich die Integration gefährden. Migrantinnen reagieren bei Unverständnis gegenüber ihrer Kultur oft abweisend und unkooperativ, da sie sich nicht verstanden und ernst genommen fühlen.

- Ein Rollenbruch im Verhältnis Klientin-Fachperson kann entstehen, wenn die Fachperson aufgrund mangelnder Information zum Thema ihre persönlichen Emotionen zum Ausdruck bringt.

- Fachpersonen sind gefordert, Schweizer Eltern in der Begleitung während eines Adoptionsverfahrens adäquat zu informieren, wenn es um Kinder aus Ländern geht, in denen diese von FGM/C betroffen worden sein könnten.

Für Fachpersonen in der Schweiz gibt es viele Gelegenheiten, die Lebenssituation genital beschnittener Frauen zu verbessern (vgl. Kapitel 4). Die Erfahrung der Fachstelle zur Prävention von Mädchenbeschneidung hat gezeigt, dass das Thema weibliche Genitalbeschneidung teilweise aus Unwissenheit, jedoch häufig aus Unsicherheit im Kontakt tabuisiert und zu wenig beachtet wird. Fachpersonen im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich, die in ihrem Arbeitsalltag mit genital beschnittenen Frauen in der Migration arbeiten oder damit rechnen können auf solche zu treffen, haben die Möglichkeit, die sexuelle und reproduktive Gesundheit ihrer Klientinnen nachhaltig zu verbessern.

1.3 Relevanz für sexuelle Gesundheit und sexuelle Rechte

Wie die Zahlen in Kapitel 1.1 zeigen, ist die Wahrscheinlichkeit gross, als Fachperson im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich in der Arbeit irgendwann einmal mit genital beschnittenen Frauen konfrontiert zu werden. Ohne Frage sind auch diese in der Schweiz lebenden Frauen und Mädchen nach den hier geltenden Massstäben professionell zu beraten. Denn nur so ist die angemessene soziale und medizinische Versorgung gewährleistet, auf die alle in der Schweiz lebenden Menschen aufgrund ihrer sexuellen und reproduktiven Rechte Anspruch haben (Schweizerische Bundesverfassung (BV) Art. 117a; International Planned Parenthood Federation, (IPPF), 2009). In diesem Kontext ist auf das Aktionsprogramm der Kairoer Konferenz für Bevölkerung und Entwicklung hinzuweisen[6], das festhält, was unter reproduktiver Gesundheit und den diesbezüglichen Rechten zu verstehen ist (Ulrike Busch, 2010):

6 Die Weltbevölkerungskonferenz von Kairo, die 1994 stattfand, erhielt global besondere Aufmerksamkeit, weil das hier verabschiedete Aktionsprogramm erstmalig die sexuellen und reproduktiven Rechte der Menschen in den Vordergrund stellte, statt sich – wie bis dahin stets geschehen – hauptsächlich mit Fragen der Empfängnisverhütung als Schlüssel wirtschaftlicher und sozialer Entwicklung zu befassen. Das Aktionsprogramm bildet bis heute die Grundlage der Arbeit zu sexuellen und reproduktiven Rechten weltweit. Grundlagentexte – z.B. der Konvention in der erweiterten Fassung von 2010 – und Kontakte finden sich unter: https://www.unfpa.org/Node/9038 und www.istanbulkonvention.ch

Für alle Menschen muss ein befriedigendes und ungefährliches Sexualleben möglich sein. Sie sollen die Fähigkeit zur Fortpflanzung und die freie Entscheidung darüber haben, ob, wann und wie oft sie hiervon Gebrauch machen wollen. Ebenso eingeschlossen sei das Recht auf Zugang zu angemessenen Gesundheitsdiensten, die es Frauen ermöglichen, eine Schwangerschaft und Entbindung sicher zu überstehen und für die Paare die bestmöglichen Voraussetzungen zu schaffen, ein gesundes Kind zur Welt zu bringen. (S. 9)

Damit genital beschnittene Frauen in der Schweiz diese Rechte wahrnehmen können, müssen sie entsprechend unterstützt und beraten werden. Die Fachpersonen brauchen hierzu einerseits Hintergrundwissen bezüglich weiblicher Genitalbeschneidung:

- Wo wird sie praktiziert?
- Wann wird sie praktiziert?
- Mit welcher Motivation?
- Welche gesundheitlichen Konsequenzen resultieren daraus?
- Was bedeutet die weibliche Genitalbeschneidung für die Sexualität dieser Frauen?
- Was löst die Migration bei genital beschnittenen Frauen aus?

Andererseits sind Fachpersonen gleichzeitig gefordert, sich mit der Bewertung dieser Praxis auseinandersetzen:

- Was für eine (soziale) Bedeutung hat sie im Herkunftsland?
- Welche Bedeutung hat sie im Einwanderungsland?
- Welche Haltung habe ich selber diesbezüglich?

Nur in der Auseinandersetzung mit diesen Fragen kann eine professionelle Beratung als Grundlage einer angemessenen Versorgung genital beschnittener Frauen umgesetzt werden.
Der vorliegende Leitfaden soll dabei als Orientierungshilfe dienen. Das Hintergrundwissen ist relevant, um im Einzelfall den vorhandenen Bedarf einer Klientin einzuschätzen. Die Handlungsanleitungen beschreiben konkrete Möglichkeiten, wie das Thema FGM/C im Arbeitsalltag hilfreich integriert werden kann.

1.4 Aufbau

Der vorliegende Leitfaden ist als Arbeitsbuch und Nachschlagewerk für die Praxis konzipiert. Er soll helfen, schnell und unkompliziert zu den notwendigen Informationen in Beratungssituationen mit genital beschnittenen Frauen zu gelangen. Deshalb sind die Kapitel jeweils am Ende zusammengefasst.
Das erste Kapitel dient der Einführung in die Thematik und stellt die Ziele sowie den Aufbau dieses Leitfadens vor.

Das zweite Kapitel bietet Hintergrundinformationen zur Praxis der weiblichen Genitalbeschneidung:

- Welche Formen von weiblicher Genitalbeschneidung gibt es?
- Wo werden sie praktiziert?
- In welchem Alter und wer führt sie durch?
- Wie wird die Praxis begründet?
- Welche Folgen hat dies auf Gesundheit, Psyche und Sexualität genital beschnittener Mädchen und Frauen?

Das dritte Kapitel geht auf die Migration praktizierender Gemeinschaften in westlichen Ländern und deren Folgen ein:

- Internationale und nationale Rechtslage,
- Kontroversen, welche die Migration genital beschnittener Mädchen und Frauen in den Aufnahmeländern auslöst,
- Vorstellung von Resultaten aus Forschungsarbeiten zu genital beschnittenen Frauen in der Migration.

Auch wird im dritten Kapitel das Thema Sexualität und weibliche Genitalbeschneidung aufgenommen. Es gibt dazu sehr unterschiedliche Aussagen, welche Fachpersonen des Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereichs als Grundlagen ihrer Beratungstätigkeit zu sexueller und reproduktiver Gesundheit unbedingt kennen müssen.
Im vierten Kapitel werden diejenigen Faktoren dargestellt, welche für die Beratung von genital beschnittenen Frauen mit Migrationshintergrund eine Rolle spielen. Für professionelle Beratungsgespräche mit Betroffenen ist insbesondere die transkulturelle Kompetenz der Beraterinnen gefragt. Beratungen im Schweizer Bildungs-, Gesundheits- und Sozialwesen sollen menschenrechtsbasiert sein und Aufgabe der Fachpersonen ist es, ihre Klientinnen und Klienten in ihren Rechten zu stärken. Massnahmen und Handlungen müssen stets in Absprache

mit der Klientin ausgearbeitet und vollzogen werden. Was dies hinsichtlich FGM/C bedeutet, wird in diesem vierten Kapitel beschrieben. Dort sind auch die Hilfsmittel vorgestellt, die Fachpersonen in der Beratung zu sexueller und reproduktiver Gesundheit sowie spezifisch zu weiblicher Genitalbeschneidung zur Verfügung stehen. Im fünften Kapitel werden aufgrund der Informationen aus den vorhergehenden Kapiteln Handlungsempfehlungen für die Praxis abgeleitet. Hilfreiche Adressen, sowie ein Literatur und Digitalquellenverzeichnis runden die Publikation ab.

2 Weibliche Genitalbeschneidung

In diesem Kapitel werden Verbreitung, Formen, Durchführung sowie die physischen und psychischen Folgen weiblicher Genitalbeschneidung dargestellt. Zwei Exkurse – einer zur Knabenbeschneidung und einer zur weiblichen Genitalbeschneidung in Europa, Stichwort «Designer-Vagina» – schliessen es ab. Ziel dieses Kapitels ist es, professionelle Beraterinnen für die Arbeit mit genital beschnittenen Frauen mit möglichst vollständigen Fakten zum Thema auszustatten.

2.1 Begriffsklärung

Im internationalen Sprachgebrauch hatte sich für lange Zeit der Ausdruck *Female Genital Mutilation,* abgekürzt FGM, mit der deutschen Übersetzung «weibliche Genital*verstümmelung*», durchgesetzt. Damit sollten die dramatische Dimension dieser Praxis und der politische Akzent betont werden. Auch die Weltgesundheitsorganisation hat FGM als Ausdruck in ihren Veröffentlichungen benutzt und propagiert (Asefaw, 2017, S. 13).
Im vorliegenden Leitfaden wird hingegen der objektivere Begriff weibliche Genital*beschneidung* oder *Female Genital Cutting*, abgekürzt FGC, verwendet, der auch die Selbstwahrnehmung der betroffenen Frauen berücksichtigt. In den FGC praktizierenden Gesellschaften werden für die weibliche Genitalbeschneidung grundsätzlich Begriffe gebraucht, die positiv konnotiert sind. So wird in Eritrea für die Beschneidung von Mädchen der Ausdruck «Mekinschab» (deutsch: rein) verwendet (Asefaw, 2017, S. 14). Die oben zitierte eritreische Ärztin Fana Asefaw, die in der Schweiz arbeitet und zum Thema veröffentlicht hat, schlägt deshalb vor, den Begriff der weiblichen Genitalbeschneidung zu gebrauchen, da sich be-

troffene Frauen am ehesten mit diesem Terminus identifizieren können. Die Bezeichnung *weibliche Genitalbeschneidung* bezieht den gesellschaftlichen Kontext und den Stolz ein, welcher mit der Tradition verbunden ist.
Die Anwendung der Begrifflichkeiten ist sorgfältig und wiederholt zu reflektieren. Falls Fachpersonen in rechtlichen Situationen handeln oder sich im politischen Kontext bewegen, ist es angebrachter, den Begriff «Verstümmelung» oder FGM zu gebrauchen. Damit wird klargestellt, dass es sich bei der Praxis der weiblichen Genitalbeschneidung um eine Menschenrechtsverletzung handelt und diese Gewalt an Mädchen und Frauen aus Sicht des Aufnahmelandes bzw. der Aufnahmeländer klar verurteilt wird.
Die Verwendung der Begrifflichkeiten wird zudem auch kontrovers diskutiert. Das Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz (2017) hat dazu wie folgt Stellung genommen:

> *Die Bezeichnung «Genitalverstümmelung» (Female Genital Mutilation, FGM) wurde von Aktivistinnen und Aktivisten geprägt, um auf die Tragweite des Eingriffs aufmerksam zu machen. In den 1990er Jahren hat sich der Begriff «FGM» international durchgesetzt. Er wird so auch von der Weltgesundheitsorganisation WHO verwendet. Allerdings lehnen viele Betroffene diese Begriffsverwendung ab, da sie sich vom Bild der «verstümmelten Frau» stigmatisiert fühlen. Sie bevorzugen deswegen die neutralere Form «Beschneidung». Diese Bezeichnung wird wiederum von anderer Seite kritisiert, da sie die Praktiken von FGM /C verharmlosen würde. Das Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz vermag diese Widersprüchlichkeit nicht aufzulösen. Es verwendet daher den Begriff «weibliche Genitalbeschneidung» oder Abkürzung «FGM /C».*

Diese Stellungnahme zeigt, dass die Begriffswahl vom Kontext und der Zielgruppe abhängt. Die Begriffs- bzw. Wortwahl ist ein grundlegender Aspekt für die medizinische Betreuung und die Gesprächsführung im Kontext der Sozialen Arbeit und wird daher in Kapitel 3 noch einmal näher diskutiert.

2.2 Typen der weiblichen Genitalbeschneidung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert das Phänomen folgendermassen:

> *«Weibliche Genitalverstümmelung (FGM) fasst alle Praktiken zusammen, bei welchen die äusseren weiblichen Geschlechtsorgane aus nicht medizinischen Gründen teilweise oder vollständig entfernt, beziehungsweise verletzt werden»* (WHO 2016 a/ eigene Übersetzung).

Die WHO unterscheidet vier Typen und Subtypen der weiblichen Genitalbeschneidung (ebd.), die nachfolgend mit Erweiterung (Dan mon O'Day, 2017, S. 2) dargestellt werden:

Typ I: Die Klitoridektomie

Anteilige oder komplette Entfernung der Klitorisvorhaut und/oder der äusseren Klitoris

Abbildung 2: Typ I a: Entfernung der Klitorisvorhaut

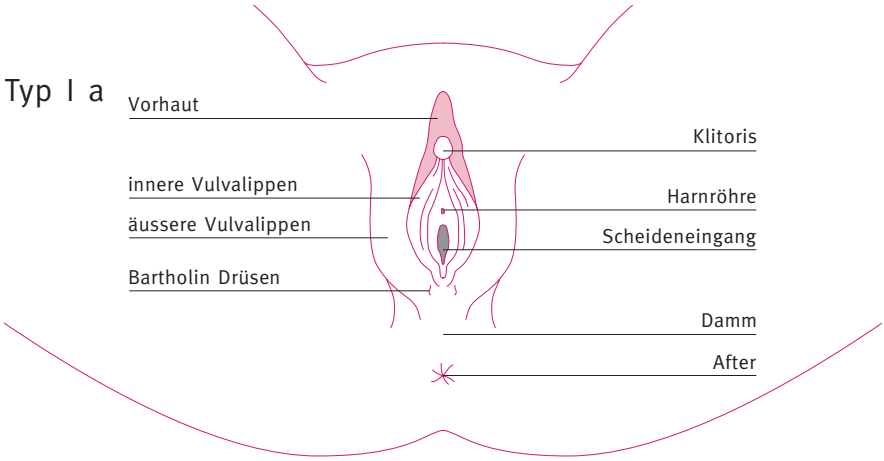
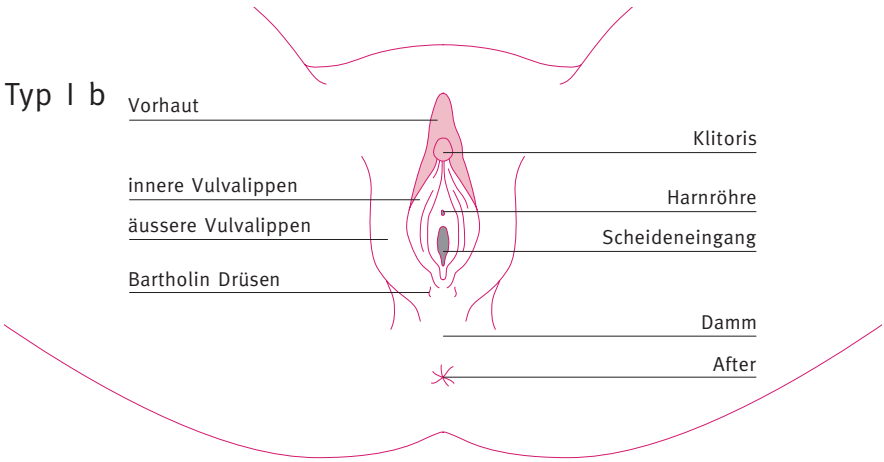


Abbildung 3: Typ I b: Entfernung der Klitorisvorhaut und äusseren Klitoris, eigentliche Klitoridektomie



Typ II: «Exzision»

Die partielle oder komplette Entfernung der äusseren Klitoris und der inneren Vulvalippen, mit und ohne Entfernung der äusseren Vulvalippen

Abbildung 4: Typ II a: Entfernung der inneren Vulvalippen

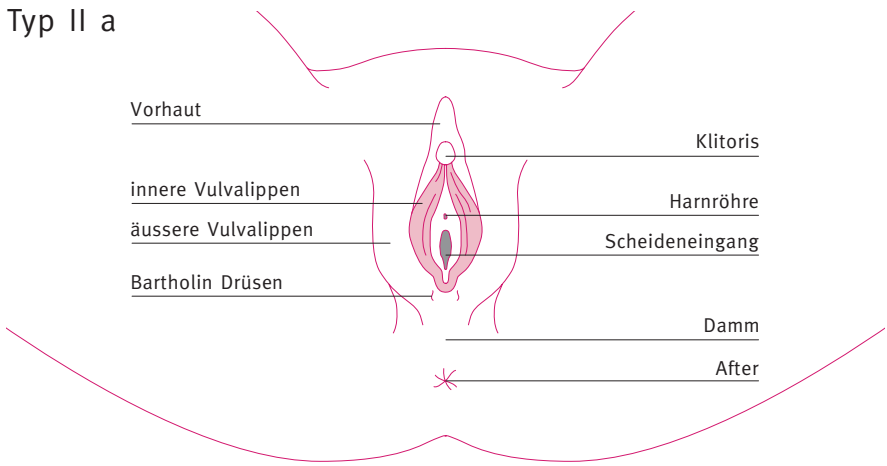


Abbildung 5: Typ II b: Partielle oder komplette Entfernung der äusseren Klitoris mit Vorhaut und inneren Vulvalippen.

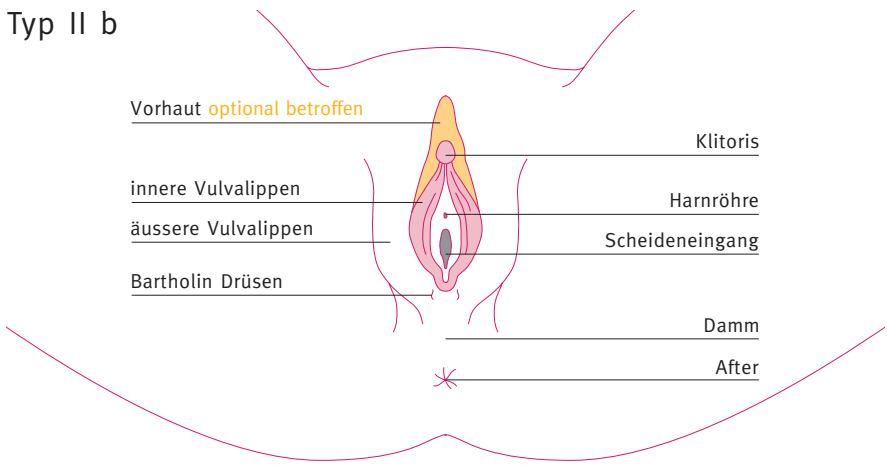
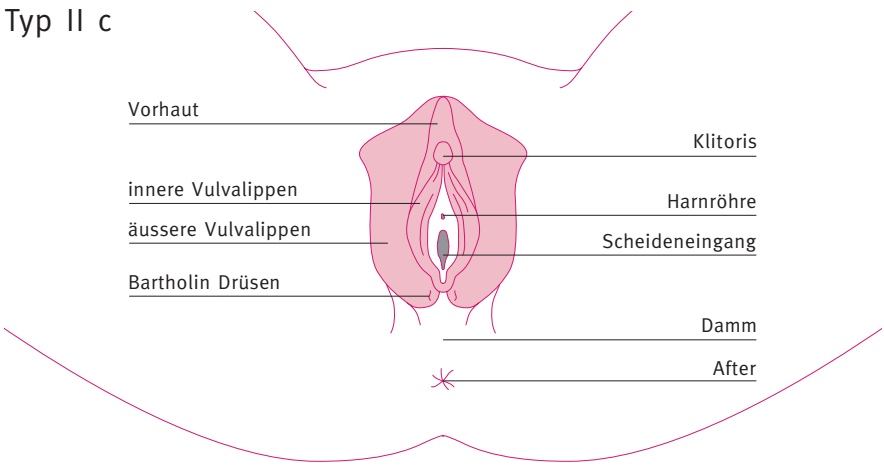


Abbildung 6: Typ II c: Entfernung aller sichtbaren Teile des Genitals *ohne* Infibulation



Typ III: Infibulation oder pharaonische Beschneidung

Entfernung aller sichtbaren Teile des äusseren Genitals mit Vernähung der Wundränder der inneren bzw. äusseren Vulvalippen, die äussere Klitoris kann fallweise nicht betroffen sein. Die Verschliessung der Vulva kann auch das Ergebnis des Heilungsprozesses sein, wenn die Wundränder spontan zusammenwachsen!

Abbildung 7: Typ III a: Entfernen von Klitoris und Vorhaut sowie der inneren Vulvalippen und Zusammennähen der Wundränder der *inneren* Vulvalippen. Die äussere Klitoris wird manchmal auch unverletzt erhalten, sodass dieser Typus in zwei Varianten existiert.

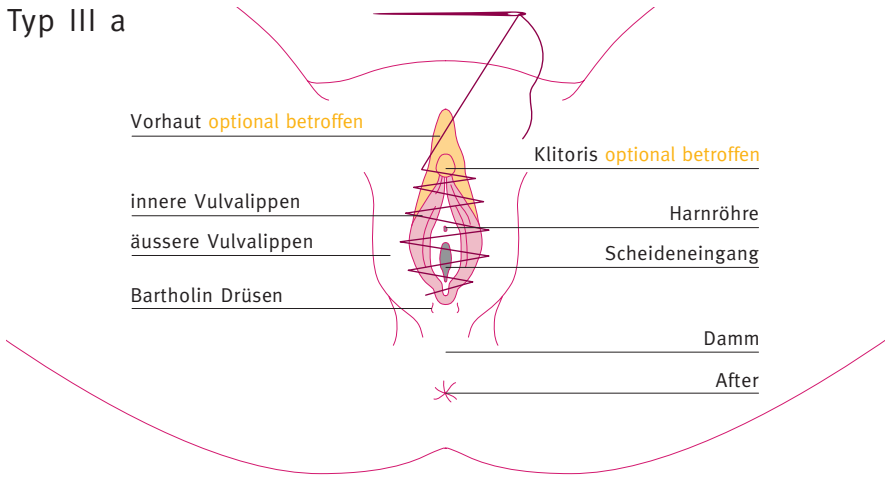
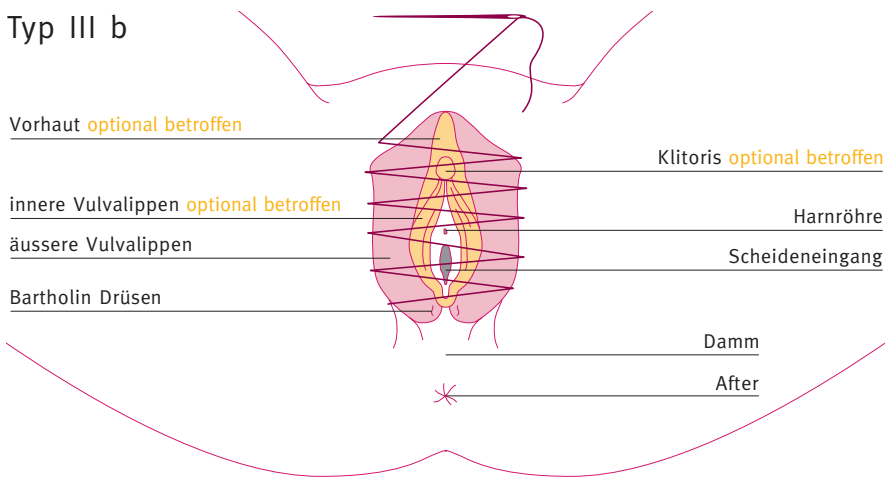


Abbildung 8: Typ III b: Vollständige Ausschneidung (lat.: Exzision) der äusseren weiblichen Geschlechtsorgane und Verschliessen der Vulva durch Vernähen oder Verklammern der Wundränder der *äusseren* Vulvalippen, wobei nur eine winzige Öffnung im Bereich des Damms übriggelassen wird. Die äussere Klitoris wird in gewissen Fällen nicht entfernt.



Typ IV

Nach WHO (2016, S. 2-4) fallen alle weiteren Praktiken darunter, welche die inneren und äusseren Genitalien ohne medizinische Indikation verletzen oder verändern wie beispielsweise einstechen, durchbohren, einschneiden, ausschaben, verätzen oder Streckung der Vulvalippen.

Diese Typisierung ist eine wissenschaftliche «Idealisierung», die in erster Linie dazu dient, die grosse Bandbreite der Formen weiblicher Genitalbeschneidung medizinisch darzustellen. Da FGM/C in der Regel von medizinischen Laien mit unzureichenden Instrumenten bei wenig Licht und vollem Bewusstsein der Mädchen durchgeführt wird, ist es möglich, dass Reste der äusseren und inneren Vulvalippen, der Klitoris und ihrer Vorhaut zurückbleiben und die Zuordnung zu einem der Typen nicht eindeutig zulassen; das gleiche gilt für nachfolgende Vernarbungen, insbesondere nach mehreren Geburten genital beschnittener Frauen mit jeweils erneuter Infibulation. Die Verschliessung der Vulva kann auch ursprünglich nicht zur Beschneidung gehört haben, sondern das Ergebnis des Heilungsprozesses sein, während dem den Mädchen häufig die Beine fest mit Bandagen zusammengebunden werden, sodass die Wundränder spontan zusammenwachsen, ohne eigens vernäht zu werden. Dies kann für die Frage, ob eine dauerhafte Öffnung der Vulva (sog. *Defibulation*) für die betroffene Frau eine Option darstellt, von grosser Bedeutung sein (vgl. Kap. 3 und 4).

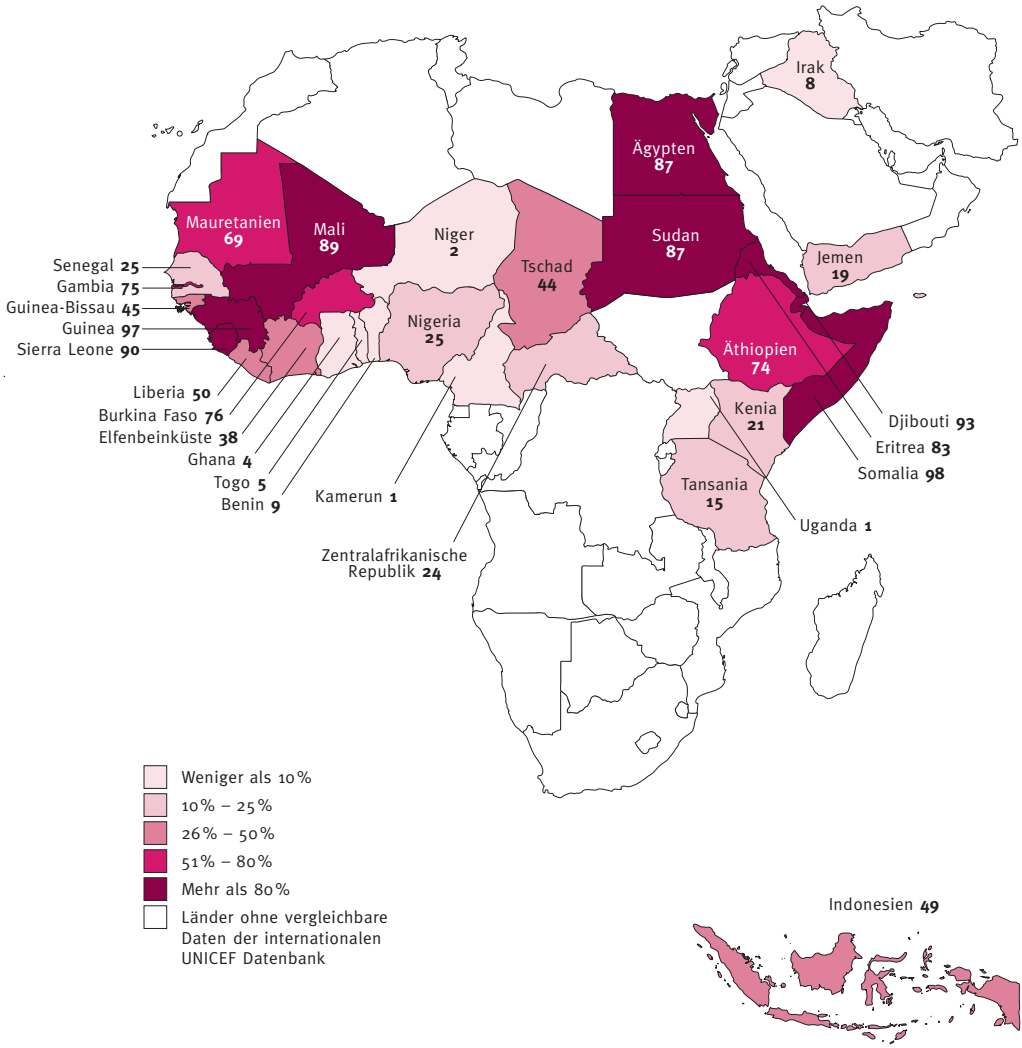
Fachpersonen sollten sich bewusst sein, dass die betroffenen Frauen oft selber nicht genau wissen, welche Form der Beschneidung an ihnen vollzogen wurde. Sie kennen ihre Geschlechtsteile nur in dieser veränderten Form. Auch was von den beschnittenen Frauen als «kleiner» und «grosser» Eingriff erlebt wird, ist sehr unterschiedlich. Um den jeweiligen Typ zu eruieren, können die schematischen Abbildungen/Zeichnungen hilfreich sein. Manchmal möchten sich betroffene Frauen von einer spezialisierten Gynäkologin untersuchen lassen, um Erklärungen zu erhalten und Fragen stellen zu können.

Selbst viele medizinische Fachpersonen kennen die Typisierungen nicht genau (Jasmine Abdulcadir, 2014, S. 256). Für Fachpersonen ist es wichtig zu wissen, dass die Bandbreite der weiblichen Genitalbeschneidungen sehr gross ist und dass von FGM/C betroffene Frauen mit Migrationshintergrund deshalb zur Klärung ihrer Bedürfnisse bei medizinischen Problemen zunächst an spezialisierte Fachpersonen – Gynäkologinnen, Hebammen, Fachpersonen für sexuelle Gesundheit, Psychologinnen etc. – weitergeleitet werden sollten.

2.3 Verbreitung der weiblichen Genitalbeschneidung

Die aktuellen Zahlen von UNICEF (2017) dokumentieren, dass heute weltweit mindestens 200 Millionen Mädchen und Frauen leben, bei denen Formen weiblicher Genitalbeschneidung praktiziert wurden. Folgende Grafik (ebd.) zeigt, wie hoch der prozentuale Anteil genital beschnittener Mädchen und Frauen an der Gesamtbevölkerung einzelner Länder Afrikas und Teilen des Nahen Ostens sowie Indonesiens ist.

Abbildung 9: Prävalenz weiblicher Genitalbeschneidung variiert von Land zu Land



Wie schon in der Einleitung erwähnt, leben in der Schweiz nach neusten Schätzungen ungefähr 15 000 Mädchen und Frauen, die betroffen oder in Gefahr sind, genital beschnitten zu werden. Dies sind vor allem Mädchen und Frauen aus Somalia, Eritrea, Äthiopien, dem Sudan und Ägypten (UNICEF Schweiz, 2013, S. 13). Da dies Länder sind, die sehr hohe Prävalenzraten haben, wurde die weibliche Genitalbeschneidung auch in der Schweiz ein Thema, das für Fachpersonen nicht mehr zu vernachlässigen ist. In Somalia sind laut der Zahlen von UNICEF (2017) 98%, in Ägypten und dem Sudan jeweils 87%, in Eritrea 83% und in Äthiopien 65% der Mädchen und Frauen genital beschnitten.

Die Zahlen von UNICEF (2016 a, S. 2) zeigen jedoch auch, dass die hohen Prävalenzraten nur noch für Mädchen und Frauen über 14 Jahre stimmen. Das heisst, die Zahl der genital beschnittenen Mädchen im Alter von 0-14 Jahre ist stark zurückgegangen. In Eritrea beispielsweise von 83% auf 33%, im Sudan von 87% auf 32%, in Äthiopien von 74% auf 24% und in Ägypten von 87% auf 14%.

Diese Zahlen deuten zwar auf eine positive Entwicklung hin, müssen jedoch mit Vorsicht betrachtet werden. Weibliche Genitalbeschneidung ist eine Praxis, die es seit Jahrtausenden gibt und sehr tief verankert ist. Dies zeigt sich beispielsweise in den Zahlen aus Somalia: die Beschneidungsrate ist trotz Präventionsarbeit nur von 98% auf 97% zurückgegangen (UNICEF, 2016 b). Das heisst, dass es trotz Präventionskampagnen noch Jahrzehnte dauern kann, bis die weibliche Genitalbeschneidung nicht mehr ausgeübt wird, falls überhaupt.

Der berufliche Kontakt von Fachpersonen mit Migrantinnen aus den oben aufgezählten Ländern macht es daher in hohem Masse wahrscheinlich, früher oder später mit genital beschnittenen Mädchen und Frauen zu arbeiten. Eine Studie von Integra zu weiblicher Genitalbeschneidung in Deutschland zeigt klar auf, dass die Mehrheit dieser Migrantinnen Situationen mit sozialem und medizinischem Fachpersonal erlebte, die sie irritierten oder gar verstörten (Integra 2017, S. 34). Um diesen Mädchen und Frauen eine angemessene Versorgung bzw. Behandlung zu ermöglichen, müssen die Fachpersonen sich mit dem Thema FGM/C auseinandersetzten. Dies ist umso wichtiger, da die von ihnen angebotene Beziehungs- und Begegnungsqualität für den angestrebten Wertewandel bezüglich weiblicher Genitalbeschneidung ein entscheidender Faktor zu sein scheint: Statt einer «verordneten» Abschaffung von FGM/C wünschen sich die meisten der für die Reflexion hierüber offenen Frauen bzw. Familien mehr Aufklärungsarbeit und weisen gleichzeitig darauf hin, dass diese Aufklärung Zeit brauche und stark von einer vertrauensvollen Beziehung zu Fachpersonen abhänge (ebd., S. 42).

Um die physischen und psychischen Folgen sowie die Konsequenzen auf die Sexualität zu kennen, ist es neben den Prävalenzzahlen für Fachpersonen auch wichtig zu wissen, von welchem Typ der weiblichen Genitalbeschneidung die Frauen betroffen sein können. Folgende Grafik der UNICEF (2013, S. 47) gibt hierzu die Zahlen:

Abbildung 10: Typen weiblicher Genitalbeschneidung, prozentual nach Ländern aufgeschlüsselt

Länder	**Typ FGM/C**		
	Typ I und II	*Typ III*	*Typ IV*
Benin	95	2	2
Burkina Faso	–	1	–
Zentralafrikanische Republik	61	6	24
Tschad	81	8	9
Elfenbeinküste	82	6	7
Djibouti	53	30	15
Ägypten	–	2	–
Eritrea	6	38	52
Äthiopien	–	4	–
Gambia	86	12	0
Ghana	68	17	8
Guinea	85	10	2
Guinea-Bissau	88	10	0
Kenia	79	17	3
Mali	71	3	16
Mauretanien	80	–	6
Niger	63	35	0
Nigeria	69	6	16
Senegal	–	21	–
Sierra Leone	70	12	1
Somalia	25	63	5
Tansania	98	2	1

- Weniger als 10%
- 10% – 25%
- 26% – 50%
- 51% – 80%
- Mehr als 80%

Diese Übersicht zeigt beispielsweise, dass 63% der Mädchen und Frauen in Somalia von einer Genitalbeschneidung Typ III betroffen sind. Diese sehr invasive Form zieht häufig massive gesundheitliche Beeinträchtigungen nach sich, die im Kapitel 2.5 näher erläutert werden. Fachpersonen im Gesundheits- und Sozialbereich sollten daher für Klientinnen aus Somalia in der Bildung von Arbeitshypothesen die Möglichkeit von FGM/C in Betracht ziehen und entsprechend in ihre

Beratungsgespräche einbauen. In Eritrea hingegen scheint Typ IV am weitesten verbreitet zu sein. Da hierunter sehr verschiedene Manipulationen der äusseren weiblichen Geschlechtsorgane zusammengefasst sind, ist die Klärung dessen, was einer individuellen Klientin widerfahren ist – insbesondere, wenn diese von physischen Problemen berichtet – durch qualifizierte ärztliche Fachpersonen besonders angeraten. Hingegen sind in derselben Region nur 6% von einer Beschneidung Typ I und/oder II sowie 38% der Mädchen und Frauen von Typ III betroffen. Dies mag damit zusammenhängen, dass insbesondere in Eritrea sehr verschiedene Volksgruppen zusammenleben, die unterschiedlichen Religionen angehören (Asefaw 2017, S. 21).
Für die Planung und Durchführung professioneller Beratungsgespräche im soziomedizinischen Bereich lautet eine wichtige Grundannahme daher, dass genital beschnittene Frauen mit Migrationshintergrund, die beispielsweise bezüglich ihrer Sexualität eine Beratung in Anspruch nehmen, je nach Typ der an ihnen vollzogenen Form der Beschneidung andere Bedürfnisse haben können.

2.4 Kulturelle Hintergründe von FGM/C

2.4.1 Erklärungsansätze

Die Beschneidungsgründe sind äusserst vielfältig und für Aussenstehende häufig schwer zu verstehen. Sie variieren nicht nur von Land zu Land, sondern auch von Gemeinschaft zu Gemeinschaft:

Tradition

Viele Afrikanerinnen berufen sich auf ihre kulturelle Tradition. Die Begründung lautet dann «bei uns macht man es, weil man es immer gemacht hat», «es gehört zu unserer Tradition» (Dominique Béguin Stöckli, 2007, S. 478).

Religion

Die älteste Erwähnung weiblicher Genitalbeschneidung findet sich in einem Papyrus von 163 v. Chr. in Griechenland. Das heisst, es gab sie bereits vor der Entstehung des Christentums und des Islam. In keiner der Weltreligionen gibt es schriftliche Belege, die eine weibliche Genitalbeschneidung verlangen. Trotzdem wird die Religion häufig als Begründung der Praxis aufgeführt (Internationales Institut der Rechte der Kinder (IDE), 2012, S. 24).
FGM/C wird sowohl von islamischen wie christlichen Gemeinschaften und auch von Anhängern der Naturreligionen vollzogen. Die Zugehörigkeit zu einem religiösen Bekenntnis ist also durchaus *kein* Indikator dafür, ob ein Mädchen oder Frau beschnitten wurde oder vielleicht wird.

Soziale Integration

Töchter werden beschnitten, damit sie sozial gut integriert sind und einen Ehemann finden (IDE, 2012, S. 22). Unter dieser Perspektive wird auch das Phänomen verständlich, dass sich die Formen der Beschneidung in einer Familie von einer Generation zur nächsten verändern können – wenn nämlich die Familie auf der Flucht in ein Gebiet migriert, in dem andere Formen vorherrschend sind, werden die noch unbeschnittenen Töchter in aller Regel den dort vorherrschenden Formen von FGM/C unterzogen, um sowohl sie als auch die Familie nicht sozial zu isolieren. Selbst wenn die Mütter ihren Töchtern diese Eingriffe eigentlich nicht zumuten möchten, stimmen sie schliesslich mit Blick auf die Zukunft der Familie und der Tochter zu. Diese Begründung ist in Gesellschaften mit wenig bis gar nicht vorhandener staatlicher Infrastruktur und nur wenigen Möglichkeiten der Frauen auf Selbsterhalt durch Arbeit ein ernst zu nehmendes Argument (vgl. Asefaw, 2017, S. 63f.).

Jungfräulichkeit und Treue

Die Infibulationsnarbe «garantiert» dem Ehemann, dass die Frau Jungfrau ist. Zusätzlich führt die weibliche Genitalbeschneidung ihrer Meinung nach zu verringerter Libido, weshalb die Ehefrau treu bleibt (Béguin Stöckli, 2007, S. 478). Zu diesem Aspekt bestehen jedoch auch andere Sichtweisen: Die bereits weiter oben mehrfach zitierte Fana Asefaw (2017) weist darauf hin, dass sowohl in ihrem Heimatland Eritrea, aber auch in anderen FGM/C praktizierenden Kulturen Afrikas, die Jungfräulichkeit bei der Eheschliessung einen sehr hohen Stellenwert geniesst und beispielsweise ausschlaggebend für einen hohen Brautpreis ist, der wiederum eine zentrale Bedeutung für die Familienökonomie hat. Was jedoch genau unter «Jungfräulichkeit» zu verstehen ist, kann in diesen Gesellschaften stark von der europäischen Vorstellung abweichen. Ist es im Westen das intakte Hymen, das «Jungfernhäutchen», das den erstrebten Zustand der Braut belegt, steht in vielen FGM/C praktizierenden Kulturen die intakte Infibulationsnarbe in der Hochzeitsnacht dafür – und zwar unabhängig von den sexuellen Erfahrungen der Braut oder der Häufigkeit der Defibulation mit erneuter Infibulation. Ultimativer Beleg der «Jungfräulichkeit» der Braut ist der mit Stolz präsentierte Blutfleck auf dem Laken des Ehebetts; nicht anders als in Europa in ländlichen Gegenden bis weit ins 19. Jahrhundert hinein. Eine Beschneidung mit Infibulation muss also nicht automatisch bedeuten, dass Mädchen und Frauen aus einem männlichen Machtanspruch heraus sexuelle Erfahrungen vor der Ehe verwehrt werden (ebd., S. 44f.).

Eindämmung der weiblichen Sexualität

Die weibliche Sexualität wird manchenorts als so triebhaft und unberechenbar angesehen, dass sie «chirurgisch» eingedämmt werden muss (Béguin Stöckli, 2007, S. 478). Auch zu dieser Sichtweise gilt, was bereits oben zum Thema Jungfräulichkeit gesagt wurde.

Ästhetik

Unbeschnittene Genitalien gelten als unschön und müssen entfernt oder operativ verschönert werden (ebd.). Häufig ist es grade diese Sichtweise, die Fachpersonen des sozialen und medizinischen Bereichs auf dem Hintergrund des europäischen und nordamerikanischen Feminismus der letzten 50 Jahre besonders irritiert. Es ist hier jedoch darauf hinzuweisen, dass auch im Westen in jüngster Zeit ein eigener Zweig der kosmetischen Chirurgie boomt. Dieser befasst sich ausschliesslich mit der ästhetischen Angleichung der äusseren weiblichen Geschlechtsorgane an die Wunschbilder von Frauen, die mit dem Aussehen ihres Genitals nicht zufrieden sind. Auch hier wirken Bilder und ästhetische Ansprüche von aussen mit, sei es durch Peers oder die Medien, sodass dieses Phänomen innerhalb gewisser Grenzen durchaus mit den ursprünglich als «afrikanisch» wahrgenommenen Sichtweisen übereinstimmt (Marina Schüssler und Kathrin Bode, 1992; Susanne Donner, 2018; Ada Borkenhagen & Heribert Kentenich, 2009).

Initiation

Die weibliche Genitalbeschneidung stellt den Übergang ins Erwachsenenleben dar (Béguin Stöckli, 2007, S. 478). Dies gilt jedoch nur für einen Teil der Gesellschaften, in denen FGM/C praktiziert wird. So kann es in Westafrika vorkommen, dass eine junge Frau tatsächlich erst im Zuge ihrer Hochzeitsvorbereitungen beschnitten wird, wobei darauf hinzuweisen ist, dass Mädchen allgemein in den betreffenden Ländern und Gesellschaften sehr früh verheiratet werden bzw. zum ersten Mal gebären (Asefaw 2017, S. 23 f. und S. 67).

In der professionellen Beratung können Fachpersonen von betroffenen Frauen ganz unterschiedliche Begründungen für ihre Beschneidung hören, die sich aber alle auf die eine oder andere Weise unter die oben dargestellten Argumentationen einreihen lassen. Es gibt rund um die weiblichen Geschlechtsorgane viele Mythen, die für die Umsetzung der Praxis eine Rolle spielen. Beispielsweise, dass wenn ein Kind bei der Geburt die Klitoris berührt, schlechte Geister mitgegeben werden (ebd., S 52).

Für die Prävention bzw. Bildungsarbeit ist es wichtig, dass ein Dialog zu diesen kulturbedingten Erklärungsmustern stattfindet und die betroffene Frau auf Augenhöhe über ihre Situation reflektieren kann. Nur so wird ihr ermöglicht, allenfalls eine Verhaltensänderung einzuleiten – beispielsweise ihre Tochter nicht beschneiden zu lassen – und gegebenenfalls auch nach Möglichkeiten zu suchen, für sich selbst einen anderen Umgang mit ihrer Beschneidung zu finden; vielleicht sogar bis hin zu einer Rekonstruktion ihres ursprünglichen Genitals.

2.4.2 Durchführung einer weiblichen Genitalbeschneidung

Die weibliche Genitalbeschneidung wird in der Regel von älteren Frauen vorgenommen, die viel Respekt in ihren Gemeinschaften geniessen. Teilweise sind diese Hebammen oder professionelle Beschneiderinnen. Stehen solche Frauen nicht zur Verfügung, übernehmen die Beschneidung manchmal auch einfach alte Frauen aus dem Dorf oder Frauen aus den Familien selber (Asefaw, 2017, S. 41f.).

In der Regel wird aber eine traditionelle Beschneiderin mit der Ausführung beauftragt. Meist sind dies Frauen, für die diese Tätigkeit die einzige Einkommensquelle darstellt. Sie verfügen über keine angemessene medizinische Bildung und oftmals keinerlei Kenntnisse über steriles Arbeiten oder Anatomie. Bestenfalls kennen sie einige traditionelle Mittel zur Blutstillung. Als Schneidewerkzeug dienen den Beschneiderinnen aufgrund einer mangelhaften ökonomischen Basis mehrfach gebrauchte Rasierklingen, Messer, Scheren, Glasscherben und ähnliches (Jana Graf, 2013, S. 55.; Asefaw 2017, S. 83f.). Eine Narkose findet nicht statt. Ist das Mädchen kein Säugling mehr, müssen es mehrere Frauen während des Eingriffs festhalten.

Neuste Zahlen zeigen, dass es einen Trend zur Medikalisierung gibt, das bedeutet, Familien lassen die Beschneidung ihrer Töchter vom Personal dörflicher Gesundheitsstationen oder städtischer Spitäler vornehmen. Dabei wird zwar steriles Material gebraucht, jedoch widerspricht die Durchführung einer FGM/C von ausgebildeten Medizinerinnen und Medizinern unzweifelhaft deren Berufsethos und ist in den Ländern oft selbst, beispielsweise in Eritrea, gesetzlich verboten (Graf, 2013, S. 55; Asefaw, 2017, S. 105; S. 121ff.).

Hygienische Bedingungen und medizinische Infrastruktur sind – in Stadt und Land – meistens sehr schlecht. Die auf dem Lande in einigen Dörfern existierenden medizinischen Stationen sind auf Akutfälle wie Infektionen, Brüche und ähnliches angelegt; häufig sind die leitenden Ärztinnen und Ärzte oft tagelang nicht anwesend, weil sie mehrere solche Einrichtungen alleine betreuen. Dann versehen dort nur eine oder zwei Krankenschwestern den Dienst. Weder die Kompetenzen dieses Personals noch die Ausstattung dieser Stationen erlauben eine angemessene Betreuung beschnittener Mädchen und Frauen nach der Beschneidung oder gar während einer Geburt (Asefaw, 2017, S. 66ff.).

2.4.3 Beschneidungsalter

Das Alter, in dem ein Mädchen beschnitten wird, variiert von einer Region zur anderen, und innerhalb eines Landes von einer Gemeinschaft zur anderen (Berhane Ras-Work, 2001; zit. in IDE, 2012, S. 24):

> *In Äthiopien, bei den Bewohnern der Hochplateaus zum Beispiel, wird ein kleines Mädchen im Alter von sieben Tagen beschnitten. Bei den Bewohnern der Ebenen nahe der Grenze zu Somalia werden die Mädchen im Alter von sechs oder sieben Jahren infibuliert. In den Ländern Westafrikas, wo FGM als Initiationsritus praktiziert wird, geht das Alter von 13 Jahren bis zur Heirat. Bei den Ibos (sic!) in Nigeria wird die Beschneidung kurz vor der Hochzeit durchgeführt.*

Der Typ I mit Entfernung der Klitorisvorhaut, wird in Eritrea mit zirka drei Monaten durchgeführt (Philipp Eyer & Régine Schweizer, 2010, S. 83). Daher erinnern sich eritreische Frauen normalerweise nicht bewusst an ihre Beschneidung und wissen teilweise nur aufgrund von Erzählungen ihrer Eltern, ob sie genital beschnitten wurden. Somalische Frauen hingegen können meistens die Beschneidung sehr konkret beschreiben. Das liegt daran, dass die somalischen Frauen in der Regel invasiveren Beschneidungsformen in höherem Alter unterzogen wurden und werden (ebd.).

Eine Beschneidung vom Typ III a und III b mit Infibulation, wird häufig im Alter von vier bis acht Jahren durchgeführt. In höherem Lebensalter ist ihre Umsetzung eher selten, da die Schmerzintensität sehr gross ist und die Mädchen dann zu stark werden, um für die Dauer der Operation festgehalten werden zu können (Graf, 2013, S. 55). Wie die Tabelle auf Seite 18/19 zeigt, wird dieser Typ eher in Ostafrika praktiziert, in Ländern wie Somalia, dem Sudan oder Djibouti. Es sind jedoch auch in Westafrika Gemeinschaften bekannt, die diesen hochinvasiven Typ weiblicher Genitalbeschneidung praktizieren.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die vollzogene Beschneidungsform, das Alter in welchem sie vorgenommen wurde und die Begründung, mit der diese Praxis einhergeht, nicht nur von Land zu Land unterschiedlich sind, sondern sich von Community zu Community oder gar von Familie zu Familie wandeln können. Daher finden sich im kulturell und sozial sehr heterogenen Eritrea beispielsweise die oben beschriebenen Formen der weiblichen Genitalbeschneidung von Typ I bis Typ IV, mit allen Zwischenstufen; sowohl christliche als auch muslimische und animistische Gemeinschaften betrachten sie als Teil ihrer kulturellen Tradition (Asefaw 2017, S. 49f.).

Für Fachpersonen bedeutet diese sehr komplexe Ausgangslage, dass sie grundsätzlich in Erwägung ziehen müssen, dass eine Frau aus einem der oben erwähnten Länder Afrikas möglicherweise von einer Form von FGM/C betroffen ist. Diese Annahme ist in einem professionellen Gespräch kultursensibel zu klären und zu überprüfen, ob und inwiefern ein Gesprächsbedarf auf Seiten der Klientin besteht, woraus sich wiederum der weitere Verlauf dieser individuellen Beratung ableitet. Wie das Thema kultursensibel und nutzbringend angesprochen werden kann, wird in den Kapiteln 4 und 5 dargestellt.

2.5 Folgen der weiblichen Genitalbeschneidung

Eine weibliche Genitalbeschneidung, unabhängig vom Zeitpunkt ihrer Durchführung und von ihrem Typ, kann langfristig mittlere bis schwere physische und psychische Folgen nach sich ziehen. Es ist jedoch wichtig zu sagen, dass nicht alle nachfolgend angesprochenen Probleme bei allen beschnittenen Frauen auftreten. Einerseits spielt, wie in Kapitel 2.2 dargestellt, das Ausmass der individuellen Beschneidung eine Rolle, anderseits, wie diese durchgeführt wurde bzw. heilte. Hinsichtlich der möglichen psychischen Belastungen ist daran zu denken, dass jede Frau ihre Beschneidung anders erlebt hat und über individuell andere Ressourcen zur Bewältigung des traumatischen Erlebnisses verfügt (Graf, 2013, S. 56).
Häufig gehen invasivere Formen weiblicher Genitalbeschneidung eher mit grösseren gesundheitlichen Folgen einher. In der täglichen Arbeit sind Fachpersonen jedoch auch mit Frauen konfrontiert, die trotz ihrer relativ wenig invasiven Beschneidung vom Typ I über starke Schmerzen im Genitalbereich klagen oder grosse Probleme bezüglich ihrer Sexualität beschreiben (Asefaw, 2017, S. 73ff.).

2.5.1 Akute physische Folgen

Weil die äusseren Genitalien sehr dicht mit Nervenbahnen durchzogen und darum sehr sensibel sind, verursacht deren akute Verletzung grösste Schmerzen. Zudem werden die Klitoris und die kleinen Vulvalippen von zahlreichen Arterien versorgt, sodass die Verletzung eines oder mehrerer dieser Gefässe zu unstillbaren Blutungen führen kann. Der hohe Blutverlust und die starken Schmerzen können zum Schock oder gar zum Tod führen (Béguin Stöckli, 2007, S. 476). Auch die völlig unzureichenden traditionellen Gegenmassnahmen, beispielsweise Räucherungen oder Honigpflaster, können hier, mit Blick auf die gebotene Antisepsis, kaum geeignete Hilfe bieten (Asefaw 2017, S. 42/43).

2.5.2 Langfristige physische Folgen

Langfristige Folgen einer genitalen Beschneidung können eine besondere Herausforderung in der Sensibilisierung betroffener Frauen durch professionelle Beratung sein: «Langzeitfolgen werden von den Betroffenen oft überhaupt nicht mit der Beschneidung in Zusammenhang gebracht, sondern als «normales Frauenleiden», «gottgewolltes Schicksal» oder «Strafe für ein Vergehen» aufgefasst (Béguin Stöckli, 2007, S. 476).

Alle durch eine genitale Beschneidung hervorgerufenen Narben können langfristig Ursache unterschiedlichster urologisch-gynäkologischer Probleme werden. Insbesondere infibulierte Frauen leiden langfristig mit hoher Wahrscheinlichkeit unter den nachfolgend aufgelisteten Symptomen, die vielfältige Folgeerscheinungen verursachen (WHO, 2016/ eigene Übersetzung; Asefaw, 2017, S. 61ff.):

- Infektionen mit HIV und/oder Hepatitis B durch nicht sterile Instrumente bei der Beschneidung
- Komplikationen im Heilungsprozess durch «handwerkliche Fehler» der Beschneiderin, wie unvollständige Entfernungen oder zu enges Vernähen, genannt «tight circumcision», sowie Sepsis durch mangelnde Hygiene
- erhebliche, dauerhafte Schmerzen durch Nervenverletzung, wuchernde Narben, sogenannte Hypertrophie, und Neubildungen, beispielsweise Neurinome, bis hin zum völligen Verschluss der verbliebenen Scheidenöffnung
- Schwierigkeiten beim Wasserlassen, von Inkontinenz bis völlige Harnverhaltung
- verlängerte und schmerzhafte Menstruation, bis hin zur dauerhaften Sterilität
- häufig wiederkehrende bzw. dauerhafte Infektionen
- Geburtskomplikationen

Wie im Zitat am Beginn des Kapitels gesagt, werden diese langfristigen Folgen oft aufgrund der mangelhaften Bildung der betroffenen Frauen von diesen nicht als unmittelbare Folge ihrer Beschneidung wahrgenommen. Diese haben für sie zunächst keinen Einfluss auf ihre Überlegungen hinsichtlich einer eventuellen Änderung ihres eigenen Zustands bzw. hinsichtlich der Bescheidung ihrer eigenen Töchter.

So ist beispielsweise das Wasserlassen für infibulierte Frauen oft eine ausserordentlich langwierige Angelegenheit, die bis zu 60 Minuten in Anspruch nehmen kann (Asefaw 2017, S. 62). Dieser gestörte Abfluss kann auch eine dauerhafte Inkontinenz der betroffenen Frau, mit ständigem «Tröpfeln» des Harns bei gleichzeitiger Geruchsbelästigung ihrer Umwelt bedeuten, die sie, selbst in ihrer Heimat, sozial isoliert.

Besonders dramatisch sind unter den langfristigen Folgen chronische Harnwegsinfektionen von Harnblase, Harnleiter und Nieren, die ein komplettes Nierenversagen nach sich ziehen können. Ebenso der durch eine zu enge Infibulation, die «tight circumcision», hervorgerufene erschwerte Abfluss der Menstruation, bei der sich das abgehende Blut fallweise bis in die Scheide und Gebärmutter und über diese sogar in die Eileiter zurückstauen kann. Andauernde Infektionen der Eileiter können zu Verklebungen und damit zu ungewollter Sterilität führen. Dringt die Menstruation über das offene Ende der Eileiter in den Bauchraum vor, kann sie dort durch Sepsis grossflächige Infektionen hervorrufen, die dauerhafte Sterilität oder sogar den Tod verursachen (Graf 2013, S. 56; Asefaw 2017, S. 61 ff.).
Da Beschneidungen zudem regelmässig unter unhygienischen Bedingungen mit mangelhafter Antisepsis stattfinden, kann es auch zur Übertragung von HIV und Hepatitis B kommen (Graf, 2013, S. 56).
Gestörte bzw. hypertrophe, also wuchernde Narbenbildung kann auch bei nicht infibulierten Frauen die Vulva langfristig verschliessen. Ist die Infibulation für die individuellen anatomischen Gegebenheiten der Frau zu eng ausgeführt worden und es liegt eine «tight circumcision» vor, kann es zur permanenten mechanischen Reizung der darunter liegenden Gewebe kommen, die sehr schmerzhaft sein können und fallweise auch wuchernde Neubildungen (Neurinome) nach sich ziehen, die insbesondere den Geschlechtsverkehr schmerzhaft beeinflussen (Asefaw 2017, S. 65); diese Symptome können auch, allerdings seltener, durch jede andere Narbenbildung infolge weniger invasiver Formen von FGM/C verursacht werden.
Damit infibulierte Frauen überhaupt entbinden können, muss eine *Defibulation*, das heisst die Öffnung der den Scheideneingang verschliessenden Narbe auf chirurgischem Weg vorgenommen werden (WHO, 2016; Asefaw, 2017, S. 56, S. 66ff.).
Die unter nicht sterilen Bedingungen von medizinischen Laien mit unzureichenden Instrumenten ausgeführten Formen von FGM/C haben also eine Vielzahl von sehr negativen Folgen für die Gesundheit und den Lebensalltag der betroffenen Frauen, die diesen häufig nicht als direkte Folgen ihrer Beschneidung bewusst sind.

2.5.3 Psychische Folgen

Die psychischen Probleme genital beschnittener Frauen können stark variieren. Es gibt Studien die besagen, dass Frauen unter «Panikattacken (zum Beispiel beim Anblick von Gegenständen, die sie an den Tag ihrer Beschneidung erinnern), Depressionen und Angststörungen leiden» (Marion Hulverscheidt, 2003 zit. in Isabelle Ihring, 2015, S. 26). Andere Befragungen zeigen, dass Betroffene die Genitalbeschneidung als «posttraumatische Belastungsstörung» erleben und Folgen wie Unruhezustände, Schlaflosigkeit, Beklemmung, Alpträume

und Panik auslösen (ebd.). Isabelle Ihring betont jedoch, dass über seelische Verletzungen von Betroffenen sehr wenig bekannt ist und fundierte Aussagen deshalb nicht möglich seien (ebd.). Der Grund für den Mangel an Studien vermutet Hanny Lightfoot-Klein in der Haltung Betroffener gegenüber dem Eingriff. «So würde von ihrem familiären wie sozialen Umfeld verlangt, dass die Mädchen den Schmerz ertragen, dann erst gelten sie als «mutig, stark und wertvoll» (Hanny Lightfoot-Klein, 2003 zit. in Ihring, 2015, S. 26). Die Mädchen sprechen deshalb nicht über Schmerzen, Schmerzen gehören zum Leben der Mädchen und werden als «normal» betrachtet. Dies wurde ebenso in einer aktuelleren Studie zu psychischer Gesundheit und weiblicher Genitalbeschneidung wieder bestätigt (International Center for Research on Women (ICRW), 2017).
Der Eingriff kann als Trauma erlebt werden. Es hängt jedoch stark davon ab, in welchen Kontext die Mädchen und Frauen eingebunden sind (Lucretia Catania et al., 2007, S. 1666). Da die Migration dabei ein wichtiger Faktor ist, möglicherweise sogar erst der eigentliche Auslöser (Asefaw, 2017, S. 82), wird dieser Aspekt im Kapitel 3.3 vertiefter beschrieben.

2.5.4 Folgen für die Sexualität

Ylva Hernlund und Bettina Shell-Duncan (2007, S. 30/eigene Übersetzung) weisen in ihrem einführenden Artikel zu einem Sammelband über weibliche Genitalbeschneidung im globalen Kontext darauf hin, dass sie in Bezug auf lustvolle Sexualität von genital beschnittenen Frauen mit Migrationshintergrund verschiedenste Positionen recherchieren konnten:

- weibliche Genitalbeschneidung hat keine Auswirkung auf das weibliche Lustempfinden
- weibliche Genitalbeschneidung beeinträchtigt Frauen in ihrer Sexualität
- weibliche Genitalbeschneidung unterdrückt die Lust vollständig
- weibliche Genitalbeschneidung führt durch fehlende sexuelle Befriedigung zu Promiskuität

Zudem weisen sie darauf hin, dass häufig nur Forschungsresultate Breitenwirkung erlangen, welche genital beschnittenen Frauen eine lustvolle Sexualität absprechen. Der genannte Sammelband gibt daher verschiedenen Autorinnen Raum, die auch anderslautende Erkenntnisse darstellen:
Mansura Dopico (2007) stellt beispielsweise ihre Forschungsergebnisse bezüglich sexueller Erfahrungen von infibulierten Frauen in einer ländlichen Gegend in Eritrea sowie infibulierten eritreischen Migrantinnen in Australien dar. Leider sind ihre Samples sehr klein – je zehn Frauen in beiden Ländern, ergänzt um je fünf Männer, ebenfalls in beiden Ländern. Ihre Schlussfolgerung lautet, dass

keine Verbindung zwischen unbefriedigtem Sexualleben und Infibulation besteht (S. 242/eigene Übersetzung). Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren viel mehr der Ansicht, dass die Beschneidung ihre Lust positiv beeinflusse: durch die Beschneidung ihrer Genitalien hätten die Frauen ihre Lust unter Kontrolle und entsprächen damit dem gewünschten Frauenbild (ebd., S. 242). Dies zeigt, dass Rollenbilder eine ganz zentrale Bedeutung für das Erleben von Sexualität einnehmen. Probandinnen der Studie von Dopico haben folgende Faktoren für ihre sexuelle Befriedigung als wichtig erachtet:

- den individuellen Zustand ihres Genitals
- die Qualität der Beziehung mit ihren Ehemännern
- die sexuelle Erfahrung des Partners (ebd., S. 241)

Dopico (2007) lässt hier eine der von ihr befragten Frauen mit Namen Lula zu Wort kommen, die heute in Australien lebt und deren Erfahrungen die obigen Studienergebnisse illustrieren:

> *Ich erlebe fast immer einen Orgasmus und wusste weder über weibliche Genitalbeschneidung, noch über die Klitoris Bescheid bevor ich hierhin kam (Australien). Weibliche Genitalbeschneidung ist nicht das eigentliche Problem; es ist die fehlende Fürsorge, der fehlende Austausch und Respekt in der Ehe, welcher Konflikte verursacht und zum Ende der ehelichen sowie sexuellen Befriedigung führt.* (S. 241/eigene Übersetzung)

Die meisten Publikationen hingegen berichten nur von negativen Folgen der weiblichen Genitalbeschneidung auf die Sexualität der betroffenen Frauen. Die WHO (2016 a; 2016 b) stellt ausdrücklich fest, dass die weibliche Genitalbeschneidung zu verschiedenen Problemen in der Sexualität führt:

- verminderte Lustempfindung
- Schmerzen beim Geschlechtsverkehr
- weniger häufiger oder gar keinen Orgasmus
- verminderte körpereigene Lubrikation der Vagina («Feuchtwerden»)

Diese objektiven Folgen begründen, weshalb die Praxis der weiblichen Genitalbeschneidung zu den «harmful practices» gezählt wird und die WHO sich mit anderen internationalen Organisationen für die Abschaffung dieser Praxis einsetzt (ebd./eigene Übersetzung).

Eindeutige und objektivierbare Daten zu den Auswirkungen der weiblichen Genitalbeschneidung auf die Sexualität, das heisst die Lustempfindung und das sexuelle Erleben genital beschnittener Frauen, sind demnach schwierig zu erhalten. Einerseits gibt es wenig Datenmaterial dazu (Catania et al., 2007, S. 1666). Andererseits wird die Sexualität je nach kulturellem Hintergrund anders gelebt und wahrgenommen (Ihring, 2015, S. 24). Die Auswirkung der Genitalbeschneidung auf die weibliche Sexualität muss deshalb im professionellen Beratungskontext transkulturell und entsprechend sensibel betrachtet werden. Die sexuelle Erregbarkeit einer Frau muss nicht zwingend mit ihrer Klitoris verbunden sein. Frauen, deren Klitoris teilweise entfernt wurde, kann ihre Orgasmusfähigkeit nicht einfach abgesprochen werden, sind sexuelle Erregung und Befriedigung doch nicht allein über die Genitalien, sondern auch über das Gehirn gesteuert (ebd.; Asefaw 2017, S. 74).
Christina Bauer, Marion Hulverscheidt und Idah Nabateregga (2015) beschreiben die komplexen Grundlagen des weiblichen Lustempfindens folgendermassen:

> *Die Klitoris und die inneren Schamlippen sind sehr sensibel und empfindsam. Sie enthalten spezielle Nervenendigungen, die nur dort zu finden sind. Bei genitalverstümmelten Frauen kann das Lustempfinden aus diesen anatomischen Gründen anders sein als bei «intakten» Frauen. Obwohl jedoch die Klitorisperle als Zentrum ihrer sexuellen Empfindungsfähigkeit gilt, kann eine Frau Befriedigung erlangen, da ihr sexuelles Empfinden nicht nur von ihrer Anatomie, sondern von vielen Einflüssen bestimmt ist. (S. 84)*

Das heisst, anatomisch kann die Lustempfindung durch die Verletzung wichtiger Nervenbahnen beeinflusst sein. Wie die genital beschnittenen Frauen dies jedoch erleben, ist auch von anderen Faktoren abhängig, beispielsweise von ihrem kulturellen Umfeld (Asefaw 2017, S. 129).
Es ist fraglich, ob mit solch schmerzhaften Erfahrungen überhaupt ein erfülltes Sexualleben möglich ist. Asefaw (2017) hat in ihren Interviews festgestellt, dass die Befragten dies sehr unterschiedlich bewerten. Manche geben an, ein erfülltes Sexualleben zu haben, andere wiederum betrachten den Geschlechtsverkehr als notwendiges Übel, das hauptsächlich der sexuellen Befriedigung des Ehemannes und der Zeugung von Nachwuchs dient (S. 73 ff.). Auch hier zeigt sich, dass die Sexualität sehr individuell erlebt wird und keine allgemeingültigen Aussagen gemacht werden können. Dennoch ist nicht von der Hand zu weisen, dass genital beschnittene Frauen, vor allem infibulierte Frauen, Schmerzen beim vaginalen Geschlechtsverkehr haben können.

Insbesondere beim ersten Geschlechtsverkehr kann die kleine Öffnung – unabhängig davon, dass sie zumindest zum Teil defibuliert werden muss, um ein Eindringen überhaupt möglich zu machen – grosse Schmerzen bereiten, da das Narbengewebe sehr starr ist und nur schwer gedehnt werden kann (Graf, 2013, S. 59). Nicht selten werden für die Öffnung der Frau scharfe Gegenstände als Hilfsmittel benutzt (Asefaw, 2017, S. 73). Diese gewaltsame Öffnung führt dann zu weiteren Schmerzen, Narbenrissen und Infektionen (ebd.).

Um mehr über Orgasmus und sexuelle Genussfähigkeit von genital beschnittenen Frauen zu erfahren, haben Catania et al. (2007) mit erwachsenen Frauen halbstrukturierte Interviews durchgeführt und einen Fragebogen evaluiert, der zum *Female Sexual Function Index* (FSFI)[7] ausgearbeitet wurde. Die untersuchte Zielgruppe bestand aus 137 genital beschnittenen Frauen. Sie kamen aus verschiedenen Ländern wie Somalia, Nigeria, Eritrea und dem Sudan, und waren von weiblicher Genitalbeschneidung der Typen I-IV betroffenen. Bereits im Abstract weist der Aufsatz darauf hin, dass Fachpersonen wie Gynäkologinnen und Gynäkologen, Urologen sowie Sexologinnen und Sexologen wenig über die Sexualität von genital beschnittenen Frauen wissen (S. 1666 / eigene Übersetzung). Sie erläutern beispielsweise, dass erektile Strukturen, die für den Orgasmus von Frauen wichtig sind, selbst durch die besonders invasiven Formen der Beschneidung nicht unbedingt beeinträchtigt werden und betroffene Frauen deshalb anatomisch durchaus die Möglichkeit haben, einen Orgasmus zu erleben – unabhängig vom Typ der weiblichen Genitalbeschneidung (ebd.). Auch bei Frauen mit Typ III ist unter der Narbe weiterhin einen grossen Teil des tiefer im Becken liegenden Gewebes der Klitoris vorhanden. Neuere Forschungsprojekte haben zudem gezeigt, dass das Erleben von Orgasmen hauptsächlich von der kulturellen Einbettung weiblicher Sexualität abhängig zu sein scheint. Das heisst, wenn Frauen ihre Beschneidung positiv einordnen, weil sie sich dadurch als vollwertige Frau und nicht als Verstümmelte erleben, haben sie Orgasmen (ebd.). Unter kulturellen Konflikten ist die Frequenz der erlebten Orgasmen reduziert, auch wenn die physischen Voraussetzungen vorhanden sind (ebd., S. 1675 / eigene Übersetzung). Die Autorinnen und Autoren betonen in ihrem Artikel, dass alle Frauen ein Recht auf sexuelle Gesundheit und ein erfülltes, lustvolles Sexualleben haben. Falls dies nicht der Fall sein sollte, müssten die genital beschnittenen Frauen mit geeigneten Sexualtherapien oder weiteren angepassten Massnahmen behandelt werden (ebd., S. 1666 / eigene Übersetzung).

7 Der FSFI ist ein kurzer Fragebogen zur Messung der sexuellen Funktion bei Frauen. Er wurde für den spezifischen Zweck der Bewertung von sexuellen Funktionsbereichen (z. B. sexuelle Erregung, Orgasmus, Zufriedenheit, Schmerz) in klinischen Studien entwickelt.

Asefaw (2017) weist darauf hin, dass auch Männer in ihrem sexuellen Erleben im Verkehr mit einer genital beschnittenen Frau beeinträchtigt sein können. Vor allem der erste Geschlechtsverkehr mit einer infibulierten Frau, die eine Beschneidung vom Typ III a oder III b hat, wird von Männern häufig als schmerzhaft beschrieben, da sie mit dem Penis die von ihnen nur zum Teil eröffnete Infibulationsnarbe weiter öffnen müssen (S. 76).
Wie schon beschrieben, gibt es zur Sexualität genital beschnittener Frauen nur eine schmale Datenbasis. Die wissenschaftlichen Ergebnisse sind sehr unterschiedlich, zum Teil sogar widersprüchlich. Wichtig im Umgang mit genital beschnittenen Frauen in der Migration im sozio-medizinischen Beratungskontext scheint, dass die Vielfalt im sexuellen Erleben der Betroffenen anerkannt wird. Nicht alle Frauen leiden bezüglich ihrer Sexualität unter ihrer Beschneidung. Jene Frauen jedoch, die über Schmerzen und psychisches Leid klagen, müssen sich auf die unvoreingenommene Hilfe und Unterstützung der für sie zuständigen Fachpersonen verlassen können.

2.6 Fakten der weiblichen Genitalbeschneidung – das Wichtigste in Kürze

Das zweite Kapitel hat mit den medizinischen und sozialen Fakten weiblicher Genitalbeschneidung bekannt gemacht. Abschliessend das Wichtigste in einer Zusammenfassung:

- ***Es besteht kein einheitlicher Sprachgebrauch:*** WHO und UNICEF benutzen mit Blick auf die quasi weltweite rechtliche und politische Ablehnung dieser Praxis den Begriff FGM, englisch «female genital mutilation», der ins Deutsch mit «weibliche Genital*verstümmelung*» übersetzt wird. Da die betroffenen Frauen sich häufig nicht mit ihrer Fremddefinition als «verstümmelte Opfer» identifizieren und ihr Selbstbild als vollwertige Frauen mit ihrer Beschneidung zusammenhängt, wird in der kultursensiblen Kommunikation der Begriff FGC, englisch «female genital cutting», benutzt, der ins Deutsche übersetzt «weibliche Genital*beschneidung*» lautet.

- Es existieren ***drei Hauptformen der weiblichen Genitalbeschneidung (I-III)*** mit zunehmend invasivem Charakter. Sie verursachen aus unterschiedlichen Gründen unterschiedliche Beschwerden, sind jedoch in der Schweiz rechtlich alle gleich schwerwiegende Eingriffe in die Integrität der betroffenen Frauen nach Artikel 124 StGB. Eine vierte Kategorie fasst alle nicht unter die ersten drei fallenden anderweitigen Manipulationen der äusseren weiblichen Genitalien zusammen. Sie ist ebenso wie die anderen drei strafrechtlich relevant.

- Weibliche Genitalbeschneidung ist ***ein hauptsächlich afrikanisches Phänomen,*** mit deutlich geringerem Vorkommen im Vorderen Orient und in Indonesien.

- Es bestehen ***kulturell begründete Erklärungsmuster,*** die den Menschenrechten und damit auch Schweizer Rechtsnormen diametral gegenüberstehen.

- Weibliche Genitalbeschneidungen werden in der Regel an ***Mädchen zwischen dem siebenten Lebenstag und etwa Vorschulalter*** vorgenommen; in seltenen Fällen, in Ländern Westafrikas, wird die Beschneidung auch noch im Jugendalter durchgeführt.

- Die ***physischen Folgen sind vielfältig und häufig schmerzhaft,*** da sie mit einem unzureichenden Abfluss der Menstruation, der Vaginalsekrete und des Urins zusammenhängen.

- Die ***psychischen Folgen*** variieren individuell offenbar sehr stark und reichen von Nichtbeeinträchtigung bis zu Panikattacken, Depressionen und Angststörungen. Häufig lassen sich Symptome posttraumatischer Belastungsstörung beobachten. Es sind nur wenige Daten verfügbar. Die Betroffene sind selbst wenig kooperativ in entsprechenden Befragungen. Ihr Erleben des Eingriffs hängt stark von ihrer soziokulturellen Einbindung ab. Die Migration ist möglicherweise erst der Auslöser für eine problematisch erlebte FGM/C.

- Über die ***Folgen für die Sexualität*** gibt es gleichfalls eine Reihe sehr unterschiedlicher Positionen. Breitenwirkung erlangen meist nur Forschungsresultate, die von FGM/C betroffenen Frauen eine lustvolle Sexualität absprechen. Die Anzahl der befragten Frauen ist in der Regel zu klein für fundierte Ergebnisse. Orgasmusfähigkeit kann den von FGM/C Betroffenen jedoch nicht generell abgesprochen werden und die Beziehungsqualität mit dem Ehepartner scheint von erheblichem Einfluss auf das lustvolle sexuelle Erleben zu sein. Klassische negative Folgen von FGM/C laut WHO: vermindertes Lustempfinden, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, weniger oder ausbleibender Orgasmus, verminderte körpereigene Lubrikation der Scheide.

Exkurs Knabenbeschneidung

Immer wieder wird von Fachpersonen sowie Eltern der Vergleich zwischen weiblicher Genitalbeschneidung und Knabenbeschneidung gezogen. Die Vergleichbarkeit von FGM/C und Knabenbeschneidung ist jedoch nur beschränkt möglich, da die Typen von FGM/C sehr unterschiedlich sind und die daraus resultierenden gesundheitlichen Folgen demzufolge stark variieren. Den Diskurs hierüber aufzunehmen, sprengt den Rahmen dieser Publikation. Was also ist eine Knabenbeschneidung und wie lässt sie sich zu FGM/C ins Verhältnis setzen?

Bei der männlichen Beschneidung, medizinisch Zirkumzision genannt, wird die Vorhaut (Präputium) im Bereich der Eichel chirurgisch entfernt. Je nachdem, ob die Vorhaut ganz oder nur teilweise entfernt wird, spricht man von einer vollständigen Beschneidung oder Teilbeschneidung. Der Eingriff ist irreversibel. Die Entfernung der Vorhaut und der darin befindlichen Nervenendungen führt zu einem spürbaren Sensibilitätsverlust. Die verbleibende Sensitivität wird infolge der Entfernung der schützenden Vorhaut und der damit verbundenen Verhornung der Eicheloberfläche weiter reduziert. (humenrights.ch, 2017)

Sowohl die weibliche als auch die männliche Beschneidung werden meist an Säuglingen und Kleinkindern, ohne deren Einverständnis durchgeführt und verletzen damit das Menschenrecht dieser Kinder auf ihre körperliche Integrität, ungeachtet der Elternrechte oder der Ansprüche einer sozialen/religiösen Gemeinschaft an Eltern und Kinder. Für diese Operation werden medizinisch-therapeutische, medizinisch-präventive, religiöse oder kulturelle Gründe angeführt. Für die meisten jüdischen oder muslimischen Menschen ist die männliche Beschneidung ein Initiationsritual der Mannwerdung und Aufnahme in die Glaubensgemeinschaft. In anderen Communities, z.B. in den USA, werden oft hygienische Gründe angegeben (United to END FGM [UEFGM], männliche Beschneidung, 2017).

Bei FGM/C ist kein einziger gesundheitlicher Vorteil bekannt; ganz im Gegenteil stellt sie durch unhygienische Umstände, nicht qualifiziertes Personal und Folgeerscheinungen ein deutliches Gesundheitsrisiko für die betroffenen Mädchen und Frauen dar. Knabenbeschneidung hat jedoch gesundheitliche Vorteile, beispielsweise, dass die Übertragungsrate von HIV Infektionen reduziert werden kann (ebd.). Dazu muss jedoch beachtet werden, dass dies nur für vaginalen Geschlechtsverkehr gilt und für Länder mit sehr hohen STI Prävalenzraten. In der Schweiz gibt es keine Evidenz für einen präventivmedizinischen

Nutzen der Knabenbeschneidung (Eidgenössische Kommission für sexuelle Gesundheit (EKSG), 2015).

Die Knabenbeschneidung könnte demnach – sofern überhaupt – mit dem weiblichen Beschneidungstyp I a verglichen werden, bei welchem ausschliesslich die Vorhaut der Klitoris entfernt wird. Es gibt Forschende die betonen, dass in diesem Vergleich von FGM/C Typ I und Knabenbeschneidung letztere stärkere gesundheitliche Auswirkungen haben kann (Brian Earp, 2015, S. 89f.). In vielen Kulturen, in denen die Beschneidung von Mädchen praktiziert wird, wird sie auch bei Jungen durchgeführt (Hammond, 2003, S. 290). Hammond plädiert daher dafür, in diesen Kulturen Knabenbeschneidung sowie Mädchenbeschneidung als Menschenrechtsverletzung (körperliche Integrität wird ohne Einwilligung der Kinder verletzt) zu bekämpfen, nur so könne in diesen Gemeinschaften eine Einstellungsänderung erreicht werden. Hingegen hält Asefaw (2017) den Zugang zu Bildung, insbesondere für Mädchen und Frauen, und den damit einhergehenden Wandel von deren sozialer Situation in ihrer Herkunftskultur für den Schlüssel zum Aussterben von FGM/C (S. 30f. und 121ff.).

Exkurs weibliche Genitalbeschneidung in Europa

Die weibliche Genitalbeschneidung wird heute vor allem geschichtlich und rituell begründet und als kulturelles Phänomen des afrikanischen Kontinents betrachtet. Jedoch wurden bis ins 20. Jahrhundert auch in Europa und in den USA weibliche Genitalbeschneidungen als chirurgische Therapieform für spezifische weibliche «Krankheitsbilder» betrachtet und durchgeführt. Allerdings nie in dem Ausmass, wie in Ländern von Ost- und Westafrikas, beispielsweise Somalia oder Gambia, wo die systematische Beschneidung von Mädchen praktisch flächendeckend ist.

Marion Hulverscheidt (2015) hat die Medizingeschichte weiblicher Genitalverstümmelung in Europa in einem Artikel aufgearbeitet. Sie beschreibt, dass die weibliche Genitalbeschneidung dabei kein rein afrikanisches «Phänomen» ist, sondern eben auch ein Teil der Geschichte der europäischen Medizin (S. 259). Am besten dokumentiert sind zwar die Fälle des Arztes Isaac Braker Brown (1812-1872) in London, jedoch war er keineswegs ein Einzelfall (S. 266). Ein Wiener Frauenarzt namens Gustav Braun veröffentlichte 1865 und 1866 beispielsweise in der Wiener medizinischen Wochenschrift zwei Fallgeschichten, in denen er zur Behandlung von Vaginismus, das heisst Scheidenkrampf, respektive bei «exzessiver» Masturbation seiner Patientinnen die Entfernung von Klitoris und inneren Vulvalippen empfahl und durchführte (ebd.). Auch aus den USA der 1890er Jahre gebe es mehrere ähnlich gelagerte Fälle (S 271). Nach Hulverscheidt sollten diese Fälle nicht als Einzelfälle verstanden werden, sondern als offensichtliches Beispiel für die frauenfeindliche Haltung in der Medizin (ebd.). Die im Übrigen auch nicht bei der Klitoridektomie aufhörte, sondern Frauen auch beispielsweise wegen hysterischer Symptome oder neurotischen Verhaltens Eierstöcke oder die Gebärmutter entfernte (ebd.).

Die weibliche Genitalbeschneidung in Europa ist seit einiger Zeit auch kein Thema mehr einer fernen medizinischen Vergangenheit: Etwa seit der Jahrtausendwende wird die chirurgische «Verjüngung» weiblicher Genitalien unter den Schlagwörtern «vaginal rejuvenation» bzw. «Designer-Vagina» zunehmend zum Trend in der plastischen Chirurgie. Dabei handelt es sich mehrheitlich um die Kürzung der inneren Vulvalippen, sobald diese über die äusseren hinausreichen und die Verengung des Scheideneingangs, die rein chirurgisch nichts anderes ist als eine teilweise Infibulation, also Vernähung, der verbliebenen Reste der kleinen Schamlippen.

Ursprünglich wurden die dabei angewendeten Techniken entwickelt, um insbesondere Mehrfachgebährenden bei Inkontinenzstörungen und sexuellen Problemen zu helfen. Im Zuge der zunehmenden Selbstoptimierung und ei-

ner damit einhergehenden Ästhetisierung der männlichen und weibliche Geschlechtsorgane als imaginierter Grundlage einer erfüllten Sexualität unter dem Gebot der Jugendlichkeit, stieg in den vergangenen zwei Jahrzehnten die Zahl von Kürzungen der Vulvalippen und Verengungen des Scheideneingangs in erstaunlichem Masse an; obwohl diese Eingriffe teuer sind, es werden 2000 bis 5500 Schweizer Franken verlangt, und nur in gut begründeten Ausnahmefällen von den Krankenkassen übernommen werden. Genaue Zahlen sind hierzu nicht veröffentlicht, grundsätzlich stehen nur Schätzungen zur Verfügung. Auf diesem Hintergrund lässt sich sagen, dass beispielsweise in Grossbritannien in den vergangenen zehn Jahren ein etwa fünffacher Anstieg von plastischen Eingriffen zur Kürzung der inneren oder äusseren Vulvalippen festgestellt werden kann. Innerhalb der Gesamtzahl dieser Eingriffe wurden in 250 Fällen Mädchen unter 14 Jahren die Vulvalippen verkleinert; die Gründe dafür und auch die Konsequenzen sind unklar (Paul L. Wood, 2017, S. 2). Und die Zahlen klettern weiter: Gemäss dem Britischen Gesundheitsdienst wurden 2004/2005 in Grossbritannien bereits 800 Vulvalippenreduktionen durchgeführt. In Deutschland wurden allein im Jahr 2013 etwa 5400 solcher Eingriffe durchgeführt, die ebenfalls zu einem merklichen Teil minderjährige Patientinnen betrafen, ohne dass hier absolute Zahlen vorliegen (Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen, 2013; Birgit Hibbeler, 2014).

In der Schweiz ist von jährlich etwa 4000 ästhetisch intendierten, operativen Eingriffen an weiblichen Genitalien auszugehen; auch sie betreffen meist die Kürzung der inneren Vulvalippen und die Verengung des Scheideneingangs.

Mit diesen Zahlen soll nicht die weibliche Genitalbeschneidung verteidigt werden, sie ist als Gewalt an Mädchen und Frauen zu sehen und aus Menschenrechtsperspektive entsprechend zu verurteilen. Jedoch soll auch auf problematische Entwicklungen in den westlichen Gesellschaften hingewiesen werden. Ein klarer Unterschied zwischen ästhetischer Genitalchirurgie und traditioneller weiblicher Genitalbeschneidung ist dann zu ziehen, wenn erwachsene Frauen in Europa oder Nordamerika solche Eingriffe an sich selbstbestimmt durchführen lassen.

Das Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung (2017)[8] stellt hierzu fest: «Dennoch gibt es auch Gemeinsamkeiten: Es findet ein operativer Eingriff statt, bei welchem gesundheitliche Risiken existieren. Und es gibt in beiden Kontexten gesellschaftliche Erwartungen bis hin zum Druck, die weiblichen Genitalien in irgendeiner Form verändern zu lassen».

8 www.maedchenbeschneidung.ch/vorkommen

3 Migration und weibliche Genitalbeschneidung

Die mit Traditionen begründete weibliche Genitalbeschneidung ist eine Praxis, welche durch Migration auch in Europa zu einem Thema im öffentlichen Diskurs sowie der fachlichen Arbeit in den Bereichen Bildung, Gesundheit und Soziales wurde. In diesem Kapitel wird beschrieben, wie sich diese Traditionen und die menschenrechtsbasierte Gesetzeslage in der Schweiz einander gegenüberstehen, welche Auswirkungen die Migration auf das Selbstbild und die Haltung genital beschnittener Frauen zu FGM/C hat und wie Europa und die Schweiz in der Gesundheitsversorgung auf diese neue und wachsende Bevölkerungsgruppe reagieren.

3.1 FGM, Menschenrechte und nationale Rechtsnormen

Die weibliche Genitalverstümmelung (FGM) ist international wie national durch verschiedene Rechtsnormen fast weltweit verboten; Ausnahmen sind Liberia, Mali und Sierra Leone[9]. Der nachfolgende Überblick soll Beraterinnen helfen, dieses komplexe Gebiet in ihrem Arbeitsalltag nutzbringend einzusetzen.

3.1.1 Internationale Abkommen

In der Regel wird weibliche Genitalverstümmelung von international agierenden Gremien und Institutionen zu den schädlichen traditionellen Praktiken (*harmful traditional practices*, WHO, 2016 a) gerechnet. In den universell geltenden Menschenrechtsabkommen ist die weibliche Genitalbeschneidung nicht explizit

9 www.maedchenbeschneidung.ch/netzwerk/maedchenbeschneidung/recht-und-gesetz/herkunftslaender

erwähnt. Sie fällt als chirurgischer Eingriff jedoch unter diejenigen Rechtsnormen, welche explizit die physische und psychische Integrität von Mädchen und Jungen, Frauen und Männern sowie deren Recht auf Gesundheit garantieren und schützen. Hierdurch ist die Praxis der weiblichen Genitalbeschneidung weltweit indirekt sanktioniert.
Die Schweiz hat mehrere Menschenrechtsabkommen ratifiziert, die den Schutz der körperlichen Integrität garantieren und ein Verbot der Diskriminierung von Frauen und Mädchen enthalten:

- Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (Pakt I)
- Internationaler Pakt über bürgerliche und politische Rechte (Pakt II)
- Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe (CAT)

Die Praxis der weiblichen Genitalbeschneidung verletzt zudem Rechte von Mädchen und Frauen, die durch das Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW-Übereinkommen) sowie das Übereinkommen über die Rechte des Kindes (KRK) garantiert sind (Fanny de Weck & Christina Hausammann, 2014, S. 4).

Folgende Menschenrechte werden durch die weibliche Genitalverstümmelung tangiert bzw. verletzt:

- Verbot der Folter oder anderer grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe nach Art. 7 Pakt II, Art. 1, 2 und 16 CAT, Art. 37 KRK
- Verpflichtung der Unterzeichnerstaaten der KRK, insbesondere Kinder vor jeglicher Anwendung von Gewalt gegen sie zu schützen (Art. 19 KRK)
- Recht auf Gesundheit nach Art 24 KRK sowie Art. 12 Pakt I und Art. 12 CEDAW
- Recht auf Leben nach Art. 6 KRK sowie Art. 6 Pakt II, das fallweise tangiert sein kann
- Aufforderung der Unterzeichnerstaaten, mit wirksamen und geeigneten Massnahmen überlieferte Bräuche abzuschaffen, die für die Gesundheit der Kinder schädlich sind (Art. 24, Abs. 3 KRK) (vgl. auch Bundesamt für Gesundheit, 2015, S. 14)

Explizit verurteilt wird die weibliche Genitalbeschneidung durch verschiedene regionale Menschenrechtskonventionen. Von besonderer Bedeutung für die Schweiz ist die Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK). De Weck und Hausammann (2014) halten hierzu fest: «Der europäische Gerichtshof für

Menschenrechte (EGMR) hat in seiner Rechtsprechung deutlich gemacht, dass weibliche Genitalverstümmelung unter das Verbot der Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung in Art. 3 EMRK fällt» (S. 5). Und weiter: «Hinzuweisen ist ferner auf die europäische Konvention zur Verhinderung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häusliche Gewalt, die sogenannte «Istanbul-Konvention», vom 11. Mai 2011. Art. 38 dieser Konvention hält explizit die Verpflichtung der Vertragsparteien fest, die erforderlichen gesetzgeberischen oder sonstigen Massnahmen zu treffen, um sicherzustellen, dass weibliche Genitalverstümmelung unter Strafe gestellt wird. Der Bundesrat hat die Konvention am 11. September 2013 unterzeichnet» (ebd.).
Die oben genannte Konvention ist zum 1. April 2018 in der Schweiz in Kraft getreten. Damit ist der Bundesrat verpflichtet, sich gegen FGM/C einzusetzen und geeignete Massnahmen hierfür zu ergreifen.
Für die Umsetzung der Istanbul Konvention mit Blick auf FGM/C, hat der Europarat eine Zusammenstellung der wichtigsten Punkte publiziert. Unter anderem werden folgende Empfehlungen an die Regierungen der europäischen Länder gerichtet:

- Weibliche Genitalverstümmelung soll strafrechtlich verfolgt werden
- Anerkennung von FGM/C als frauenspezifischer Asylgrund
- Umsetzung bzw. Entwicklung von Präventionsarbeit, beispielsweise zur Sensibilisierung und Weiterbildung von Fachpersonen in der Sozialen Arbeit und im medizinischen Bereich
- Unterstützung genital beschnittener Frauen durch rechtliche und psychosoziale Beratung sowie die Erstellung von zielgruppenorientierten Informationen für betroffene bzw. gefährdete Mädchen und Frauen
- Sammlung von wissenschaftlichen Daten zu FGM/C

Momentan wird in der Schweiz ein zivilgesellschaftliches Netzwerk[10] aufgebaut, welches die Umsetzung der Istanbul Konvention in der Schweiz begleitet (Terre des Femmes Schweiz, 2017).

3.1.2 FGM und Rechtsnormen in der Schweiz

Die oben genannten internationalen Abkommen zeigen, dass in den letzten Jahren die Regelung der Gesetzeslage rund um die weibliche Genitalbeschneidung ein

10 Mehr Informationen dazu unter www.istanbulkonvention.ch

wichtiges Thema auf der politischen Agenda war. So ist auch in der Schweiz 2012 eine spezifische Strafnorm gegen die «Verstümmelung weiblicher Genitalien» in Artikel 124 des Schweizerischen Strafgesetzbuches [StGB] in Kraft getreten, die wie folgt lautet:

1.
Wer die Genitalien einer weiblichen Person verstümmelt, in ihrer natürlichen Funktion erheblich und dauerhaft beeinträchtigt oder sie in anderer Weise schädigt, wird mit Freiheitsstrafen bis zu zehn Jahren oder Geldstrafe nicht unter 180 Tagessätzen bestraft.

2.
Strafbar ist auch, wer die Tat im Ausland begeht, sich in der Schweiz befindet und nicht ausgeliefert wird. Artikel 7 Absätze 4 und 5 sind anwendbar.

Bereits vor dem Inkrafttreten der spezifischen Strafnorm war die Verstümmelung weiblicher Genitalien in der Schweiz strafbar. Entsprechende Verletzungen wurden unter dem Verbot der leichten, beziehungsweise schweren Körperverletzung behandelt. Der spezifische Gesetzesartikel zu weiblicher Genitalverstümmelung klassifiziert nun alle Formen der weiblichen Genitalbeschneidung als schwere Körperverletzung.
Da für Fachpersonen nicht nur die Versorgung von genital beschnittenen Frauen von Bedeutung ist, sondern auch die Themen Prävention und Kindsschutz, finden sich im Kapitel 4.3 «Rechtliche Rahmenbedingungen» weitergehende Erläuterungen zu diesen Rechtsnormen.

Erste Anwendung der Strafnorm gegen Genitalverstümmelung
In der Schweiz fand im Juli 2018 erstmals der Artikel 124 des Strafgesetzbuchs «Verstümmelung weiblicher Genitalien» Anwendung. Wer sich der Verstümmelung weiblicher Genitalien schuldig macht, wird demnach von Amtes wegen bestraft. Ein Regionalgericht im Kanton Neuenburg verurteilte eine somalische Mutter, die vor der Einreise in die Schweiz ihre beiden sechs- und siebenjährigen Töchter in ihrem Heimatland beschneiden liess, zu einer bedingten Freiheitsstrafe von acht Monaten. Dieses Urteil wurde im Februar 2019 vom Bundesgericht bestätigt. Das Bundesgericht trat nicht auf die beiden Einwände der Frau ein, dass zum einen ihre Töchter vor der Einreise in die Schweiz in Somalia beschnitten wurden und sie zum anderen nicht gewusst habe, dass ihr Tun strafbar sei. Die Beschneidungen der Kinder wurden heimlich durchgeführt und der Mutter war

sehr wohl bewusst, dass diese Praktik «nicht gut sei», wie sie selbst in der Befragung sagte, so das Bundesgericht[11] (Kathrin, Alder, 2019, S. 11; NZZ, 2019, S. 5).

3.2 Sexuelle und reproduktive Gesundheit von Migrantinnen

In Bezug auf die reproduktive Gesundheit von Migrantinnen gibt es eine Literaturübersicht des Swiss Tropical Health Institute STHI (Sonja Merten & Sara Gari, 2013), die im Rahmen des Bundesprogramms Migration und Gesundheit erstellt wurde. Diese Übersicht zeigt, dass Chancengleichheit im Bereich der reproduktiven Gesundheit bei weitem nicht realisiert ist. So sind beispielsweise Schwangerschaftsabbrüche trotz einer guten Gesundheitsversorgung in der Migrationsbevölkerung häufiger, ebenso postnatale Depressionen und es besteht eine deutlich höhere Mütter- und Kindersterblichkeit (Merten & Gari, 2013, iv-vii).

In vielen Herkunftsländern ist der Zugang zu Wissen über die verschiedenen Aspekte der sexuellen Gesundheit eingeschränkt und meist nicht Gegenstand der Schulbildung – sofern Mädchen in den betreffenden Ländern überhaupt Zugang zu irgendeiner Form von Bildung erhalten (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2016). Ängste und Unsicherheiten bei Frauen und Männern mit Migrationshintergrund können in dieser unzureichenden Bildung begründet sein (ebd.). Es ist davon auszugehen, dass beispielsweise viele der betroffenen Frauen über wenig bis gar kein Wissen über die Funktionsweise ihres Monatszyklus oder zu Methoden der Empfängnisverhütung verfügen. Dies hat dann unter anderem Konfliktschwangerschaften aus sozialen Gründen zur Folge und kann eine der Ursachen für die höhere Abbruchrate von Schwangerschaften sein, auf die oben hingewiesen wurde. Um diese Wissenslücken zu füllen, sind Bildung und Sexualaufklärung über geeignete Gefässe und Instrumente zu entwickeln und verfügbar zu machen, die eine nachhaltige Arbeit menschenrechtsbasiert und auf Augenhöhe überhaupt erst ermöglichen, wie nachfolgend auch das Kapitel 5.5 des vorliegenden Leitfadens noch einmal ausführen wird.

Aus Menschenrechtsperspektive ist es von zentraler Bedeutung, dass zunächst eine Chancengleichheit bzw. Teilhabegerechtigkeit für alle Teile der Bevölkerung erreicht wird. In Bezug auf die Gesundheit bedeutet dies, dass auch Migrantinnen und Migranten Zugang zu entsprechenden Gesundheitsangeboten haben müssen und über die gleichen Chancen zur Entwicklung ihres Gesundheitspo-

11 Weitere Informationen unter www.humanrights.ch/de/menschenrechte-schweiz/inneres/gewalt/genitalverstuemmelung/genitalverstuemmelung-uebersicht-vernehmlassung

tentials verfügen sollen, wie die einheimische Bevölkerung. Davon scheint die Schweiz noch weit entfernt zu sein – das Gesundheitsniveau von Migrantinnen und Migranten ist im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung deutlich schlechter (Merten & Gari, 2013, iv-vii).
Dennoch hat sich in der Schweiz in den letzten Jahren im Bereich der migrationsgerechten Gesundheitsversorgung und Prävention einiges bewegt (Martina Hermann, 2013, S. 2). So werden zum Beispiel vermehrt Informationskurse für Migrantinnen zu Schwangerschaft und Geburt angeboten und auch von diesen genutzt (ebd., S. 32). Zwei wichtige Elemente stechen in der Ausgestaltung der migrationsgerechten Angebote hervor (ebd., S. 2):

- *Interkulturelle Dolmetscherinnen und Dolmetscher* oder *interkulturelle Vermittlerinnen und Vermittler,* die wichtige Funktionen übernehmen, da sie als Fachpersonen mit Kenntnissen sozialer Codes in der Herkunfts- wie Aufnahmegesellschaft die interkulturelle Kommunikation befördern («Türöffner»)
- *Fachinternes Netzwerk* zur besseren Erreichbarkeit der Zielgruppe

Die Funktionsweise und Bedeutung interkultureller Dolmetscherinnen oder auch eines Netzwerks im Bereich von FGM/C, wird in den Handlungsempfehlungen im Kapitel 5 näher dargestellt.

3.3 Genital beschnittene Frauen im Kontext der Migration

Im Zuge der Migration aus Somalia wurde die weibliche Genitalbeschneidung in der Schweiz erstmals zu einem Thema im Gesundheitswesen. Dabei entstanden erste Empfehlungen zum Umgang von Fachpersonen mit genital beschnittenen Frauen. Beispielsweise hat die Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG) (2005)[12] hierzu publiziert. Diese Empfehlungen enthalten viele hilfreiche Tipps:

- Was bei der gynäkologischen Untersuchung einer genital beschnittenen Frau beachtet werden muss,
- was Fachpersonen für die Schwangerschaft einer genital beschnittenen Frau wissen sollten,

12 Die Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe SGGG werden momentan überarbeitet und werden voraussichtlich 2019 in einer neuen Version vorliegen.

- wann und wie eine Defibulation, das heisst die Öffnung einer Infibulationsnarbe indiziert ist, weil sie nach Schweizer Strafrecht nicht wieder restituiert werden darf, selbst wenn die betroffene Frau dies ausdrücklich wünscht, etc..

Wie genital beschnittene Frauen im Kontext der Migration leben und wie sie die Begegnung mit den Gesundheitssystemen in Europa und Nordamerika erleben, dazu gibt es noch wenig Literatur. Hernlund und Shell-Duncan (2007) betonen in der Einführung zum von ihnen herausgegebenen Sammelband, dass die Migration in Zusammenhang mit weiblicher Genitalbeschneidung in den Aufnahmeländern sehr kontroverse Diskussionen auslöst: Einerseits werden in liberalen Demokratien die individuelle Entscheidungsfreiheit und die Akzeptanz von Multikulturalismus sehr hoch gehalten, andererseits will man Individuen vor Ausbeutung schützen und soziale Gerechtigkeit fördern (ebd., S. 5/eigene Übersetzung). Dies bedeutet, Fragen nach der Toleranz gegenüber dieser Praxis aufzuwerfen. Wir sind aufgefordert, Grenzen auf dem Hintergrund der Regeln unseres Zusammenlebens zu formulieren und die im Raum stehende Frage, ob die Menschenrechte für alle Mädchen und Frauen gelten oder ob wir die uns fremde Kultur im Sinne eines postkolonialen Diskurses als gleichwertig akzeptieren müssen. Die aufgeworfenen Fragen werden in der Regel hochemotional und stark politisiert unter Aspekten des Feminismus und Postkolonialismus debattiert.
Tatsache ist, dass mit der Migration auch «klassische» Einwanderungsländer wie Australien, die USA oder Kanada sowie die Länder Europas sich diesen Fragen stellen müssen, da genital beschnittene Migrantinnen dort Asyl suchten und suchen, um dort zu leben (ebd.). Hernlund und Shell-Duncan (2007) möchten mit ihrem Band neue Aspekte in dieser komplexen Diskussion zur Migration und weiblichen Genitalbeschneidung aufzeigen. Sie betonen die besondere Verantwortung der Forscherinnen und Forscher auf diesem Gebiet, da das Thema häufig keine einfachen und klaren Antworten zulässt, sondern unterschiedlichste Aspekte und komplexe Gegebenheiten berücksichtigt werden müssen. Die Lösung des Problems FGM/C soll in westlichen Ländern für alle Beteiligten angemessen formuliert und umgesetzt werden. Es macht ihrer Meinung nach keinen Sinn, nur die «veraltete» Tradition zu verurteilen und sich sensationslüstern auf Details dieser Praxis zu stürzen. Durch die Migration wird FGM/C zu einem – wenn auch kleinen – Aspekt unseres sozialen Alltags als Einwanderungsgesellschaft(en) und wir sind aufgefordert, mit den betroffenen Frauen und ihren Ehemännern in einen individuellen wie gesellschaftlichen Diskurs darüber zu treten, wie wir gemeinsam mit diesem Phänomen umgehen sollen und wollen (ebd., S. 42).

3.4 Erfahrungen in Europa

Isabelle Ihring (2015) hat sich in ihrer Dissertation mit somalischen Migrantinnen und Migranten und ihren Erfahrungen in Bezug auf weibliche Genitalbescheidung in Europa befasst. Dazu hat sie Interviews mit insgesamt vierzehn somalischen Frauen und Männern in England, Italien, Deutschland und der Schweiz geführt und deren Sichtweise zu weiblicher Genitalbeschneidung in der Migration dargestellt (ebd., S. 82). In ihren Ergebnissen wird deutlich, dass die weibliche Genitalbeschneidung von somalischen Frauen und Männern in ihrem Herkunftsland selbst als «normal» betrachtet wird, das heisst als positiv besetzt und im Einklang mit dem Frauenbild ihrer Herkunftskultur. «Begründet wird diese Norm damit, dass Mädchen erst durch den Eingriff zu ‹reinen› und ‹treuen› Frauen werden» (ebd., S. 163). Die Interviews zeigen jedoch, dass es in der Migration möglich wird, die Praxis zu hinterfragen und im Dialog eine kritische Perspektive auf die weibliche Genitalbeschneidung entstehen kann. Des Weiteren geht aus den Interviews hervor, dass männliche Interviewpartner die Praxis deutlicher ablehnen. Ihring (2015, S. 164) begründet dies damit, dass Männer den Eingriff nicht mit ihrer Identität verbinden, die Ablehnung somit losgelöst von der eigenen Person erfolgen kann. Asefaw (2017, S. 54-55 und S. 76-77) hat in ihren Feldforschungen ähnliche Erfahrungen gemacht.

Nach dem Verlassen des Heimatlandes stellen die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner in Bezug auf die weibliche Genitalbeschneidung positive und negative Veränderungen fest (Ihring, 2015, S. 166). In erster Linie sind die Erfahrungen mit Fachpersonen, Gynäkologinnen und Gynäkologen oder Hebammen im Aufnahmeland jedoch negativ. Prägend erlebten die Frauen hier vor allem die schockierten Reaktionen dieser Fachpersonen. Sie spürten und spüren im Kontakt mit diesen Professionellen, dass sie nicht der herrschenden gesellschaftlichen Norm entsprechen und dass sie sich nun in einem Land befinden, das eine negative Haltung gegenüber FGC hat und explizit den Begriff FGM benutzt. Eine von den Frauen bislang nur positiv besetzte kulturelle Praxis wird also durch die Aufnahmegesellschaft eindeutig negativ wahrgenommen.

Diese Ergebnisse decken sich auch mit den Interviews, die Fana Asefaw (2017) mit eritreischen Frauen in Deutschland gemacht hat. Demnach werden beschnittene Frauen durch ihre traumatischen Erfahrungen im Gesundheitssystem gezwungen, sich mit ihrer Beschneidung als «abnormem» Zustand zu befassen. Die Migration ist also keine «Befreiung» – wie die westlichen Gesellschaften das ja oft gerne sehen möchten – sondern vielmehr eine demütigende Zwangslage, die ein bis anhin nicht bestehendes Problem überhaupt erst hervorruft (ebd., S. 79 und 81). Da die weibliche Genitalbeschneidung die Identität der somalischen Frauen konstituiert, kann diese negative Bewertung zu Identitätsverlust und

Traumatisierung führen (Katharina Strenge, 2013, S. 332ff). Strenge betont deshalb einerseits die Notwendigkeit, genital beschnittene Frauen mit Migrationsgeschichte psychologisch zu begleiten. Andererseits empfiehlt sie Fachpersonen, die mit solchen Klientinnen arbeiten, transkulturelle Konzepte für deren Versorgung zu entwickeln, damit Begleitung und Beratungen diese nicht traumatisieren (ebd., S. 335).

Armelle Andro, Emanuelle Cambois und Marie Lesclingand (2014, S. 177) haben anhand der Daten von über 2300 genital beschnittenen und unbeschnittenen Frauen die gesundheitlichen Folgen dieser Praxis in Frankreich untersucht. Hier zeigte sich, dass beschnittene Frauen im Vergleich zu nicht beschnittenen, erheblichen Gesundheitsproblemen ausgesetzt sind (ebd.). Erstaunlich ist dieses Resultat erstens, da die genital beschnittenen Frauen sich in Frankreich in einem gut ausgebauten Gesundheitssystem befinden, das ihnen adäquate Hilfe anbietet. Zweitens schliessen diese Resultate auch Frauen ein, die weniger invasiven Formen der Beschneidung, wie Typ I und Typ II unterzogen wurden. Ein Grund liegt gemäss der Studie darin, dass das Gesundheitspersonal immer noch ungeübt im Umgang mit genital beschnittenen Frauen ist und nicht weiss, wie es die Thematik mit den betroffenen Frauen ansprechen soll (Andro, Cambois & Lesclingand, 2014, S. 183). Deshalb wird vorgeschlagen, weibliche Genitalbeschneidung zu einem Aspekt bzw. einem Thema in der Ausbildung von Gesundheitspersonal zu machen, um die Mittel kennen zu lernen, mit denen die Lebensqualität betroffener Frauen verbessert werden kann (ebd.).

Die Migration in ein Land, welches weibliche Genitalbeschneidung nicht kennt und ihr ablehnend gegenübersteht, kann jedoch auch Möglichkeiten bieten, die eigene kulturelle Praxis kritisch zu hinterfragen. Die somalischen Interviewpartnerinnen und Interviewpartner von Ihring (2015) betonten, dass Gespräche über FGM/C und deren Konsequenzen in Somalia nicht möglich gewesen wären (S. 167). Diese Gespräche können also durchaus einen Prozess des Umdenkens initiieren (S. 186). Asefaw (2017) hat während ihrer Feldforschung ähnliche Erfahrungen gemacht, die sie in der Zusammenfassung der methodischen Einleitung ihrer Doktorarbeit und in einem eigenen Abschnitt zur Besonderheiten der Feldforschung anschaulich schildert (S. 147ff. und S. 153ff.).

Auch in der Fachstelle zur Prävention von Mädchenbeschneidung von Caritas Schweiz werden solche Erfahrungen gemacht. Es wenden sich immer wieder Frauen und Männer an die Fachstelle, die eine kritische Haltung gegenüber der Praxis entwickelt haben und nach Möglichkeiten im Umgang mit der weiblichen Genitalbeschneidung fragen. Eindrücklich war der Fall eines jungen Somaliers, der bei der Fachstelle zur Prävention von Mädchenbeschneidung Hilfe nachfragte:

Auf einer Informationsveranstaltung innerhalb seiner Community hatte er eine Multiplikatorin kennengelernt, die aktiv gegen FGM /C arbeitete und sie von sich aus angesprochen. Er hatte eine genital beschnittene Somalierin geheiratet, die nun in die Schweiz kommen sollte, um mit ihm zusammenzuleben. Er hatte auf der Veranstaltung der Multiplikatorin erfahren, dass es möglich sei, die Infibulationsnarbe der Frau bei einer Gynäkologin zu öffnen. Er würde gerne mit seiner Frau zu einer Gynäkologin gehen und dies dort besprechen und fragte, ob wir ihm eine gute Gynäkologin mit Erfahrung empfehlen könnten.

Tatsächlich kam ein solches Gespräch für das Paar zustande. Die Frau war jedoch zunächst ganz und gar nicht von einer Defibulation zu überzeugen und es brauchte mehrere Beratungstermine, bevor sie sowohl den gesundheitlichen Nutzen als auch die damit verbundene Verbesserung ihrer Lebensqualität nachvollziehen konnte. Schliesslich liess sie sich überzeugen und defibulieren. Sie lebt noch heute mit ihrem Ehemann in der Schweiz.

Bemerkenswert daran ist, dass der junge Mann sich zunächst aus eigenem Antrieb bei einer Multiplikatorin gemeldet hatte, von der er wusste, dass sie aktiv gegen FGM/C arbeitet. Sein Verhalten bei der Kontaktaufnahme und im weiteren Verlauf zeigten, dass er Verantwortung zu übernehmen bereit war und seiner Frau nicht nur unnötiges Leid ersparen wollte, sondern ihr sogar den Zugang zu entsprechenden Möglichkeiten eröffnete, die sie von sich aus vielleicht gar nicht in Anspruch genommen hätte.

Diese kleine Geschichte zeigt, dass nicht nur beschnittene Migrantinnen, sondern auch ihre Partner in einem Aufnahmeland, das die weibliche Genitalbeschneidung ablehnt, sich mit den hieraus erwachsenden Möglichkeiten auseinandersetzen und für sich im Wunsch nach Veränderung ihrer Situation auch einfordern. In ihren Heimatländern wäre dies aufgrund einer Vielzahl von sozialen und ökonomischen Zwängen meist nicht möglich.

Da das dritte und vierte Kapitel eng aufeinander bezogen sind, werden sie gemeinsam am Schluss des vierten Kapitels zusammengefasst, um eine bessere Übersicht zu gewährleisten.

4 Die professionelle Beratung genital beschnittener Frauen

Der Kontakt mit genital beschnittenen Frauen mit Migrationshintergrund kann in nahezu allen Bereichen der Sozialen Arbeit und der medizinischen Versorgung zustande kommen. Eine kleine Auswahl der üblichen Situationen aus dem Arbeitsalltag dieser Bereiche:

- Eine Hebamme betreut eine Frau aus Somalia in der Geburtsvorbereitung. Die Schwangere spricht schlecht Deutsch, ihre genitale Beschneidung bleibt unberücksichtigt und verursacht während der Geburt erhebliche Komplikationen, weil die anwesenden Gesundheitsfachpersonen unvorbereitet und überfordert sind. Mutter und Kind werden unnötig gefährdet.

- Die betreuende Frauenärztin muss einer von FGM/C betroffenen Frau nach der Entbindung mitteilen, dass die Infibulation, das heisst die Verschliessung ihres Scheideneingangs, nicht wiederhergestellt wird, da dies Schweizer Rechtsvorschriften widerspricht.

- Eine Mitarbeiterin des Sozialamts stellt fest, dass eine Klientin aus dem Tschad wiederholt gesundheitliche Probleme hat und die vereinbarten Massnahmen zur Arbeitsintegration scheitern lässt. Da die Sozialarbeiterin es nicht in Betracht zieht und die Klientin ihre Beschwerden nicht von sich aus in diesen Kontext setzt, wird ihre Genitalbeschneidung erst viel zu spät und nach vielen mühsamen Gesprächen thematisiert. Der Klientin sind zwischenzeitlich ihre Ansprüche gekürzt und ihre Lebenssituation unhaltbar geworden, ohne dass sie fachliche Hilfe erhalten hat.

- In einem Asylzentrum fällt den Mitarbeiterinnen auf, dass ihre Klientinnen den für sie zur Verfügung stehenden Bedarf an Monatsbinden stets innert kürzester Zeit aufbrauchen und nicht aufhören, Tag für Tag weitere Binden nachzufragen, obwohl ihre Periode längst vorbei sein müsste.

- Fachpersonen in der Schule sehen, dass insbesondere die Familien von Mädchen mit Migrationshintergrund aus Eritrea kein besonderes Interesse an deren schulischen Leistungen zeigen und auf Nachfrage stets darauf verweisen, dass ihre Töchter ja ohnehin heiraten würden.

Schon dieser kleine Ausschnitt aus dem Arbeitsalltag zeigt, dass professionelle Beratungsgespräche in der Arbeit mit beschnittenen Frauen beziehungsweise für die Prävention von FGM/C eine zentrale Bedeutung haben.

4.1 Beratung aus fachlicher Sicht

Beratung ist in der Sozialen Arbeit eine Handlungsmethode mit zentralem Stellenwert (Daniel Kunz, 2012, S. 10). Die zu beratende Person soll einen gelingenderen Umgang mit Hausforderungen der Lebensumwelt finden. Die Unterstützung durch Beratung besteht vor allem darin, Ressourcen hinsichtlich Persönlichkeit, Kontext und Beziehung zur Umwelt zu erschliessen und zu stärken (ebd.).
Die Beratung als Methode spielt demnach auch im Kontext der sexuellen Gesundheit eine wichtige Rolle. Sie ermöglicht Klientinnen und Klienten Zugang zu Informationen, stabilisiert, schützt, stösst Veränderungen an und hilft Probleme zu lösen (ebd., S. 12). Die weibliche Genitalbeschneidung kann inhaltlich und formal eines ihrer Themen sein. Die professionelle Beratung einer genital beschnittenen Frau mit Migrationshintergrund hat in jedem Fall das Ziel, die Ressourcen dieser Klientin im Umgang mit ihrer Beschneidung zu stärken, sei es, dass sie einen Veränderungswunsch hegt, sei es, dass sie mit ihrer Situation eigentlich zufrieden ist aber ihre Umwelt ihr Schwierigkeiten bereitet.
Dennoch bestehen für viele genital beschnittene Frauen in der Migration hohe Hürden bei der Inanspruchnahme von Beratungsangeboten. Die wirtschaftliche Sozialhilfe deckt zwar ihre grundlegende Existenzsicherung ab, nicht jedoch die Auseinandersetzung der Frauen mit sich selbst oder ihre Selbstentfaltung. Dass es hierfür Hilfe und Unterstützung gibt, ist ihnen häufig gar nicht bewusst, da solche Konzepte in den Herkunftsländern bzw. -kulturen unbekannt sind. Und selbst, wenn die von genitaler Beschneidung betroffenen Frauen von diesen Angeboten erfahren, können allein schon Sprachbarrieren ein für sie unüberwindliches Hindernis sein.

Auch die möglicherweise anfallenden Kosten überfordern die Frauen und ihre Familien häufig, sind sie in der Schweiz und anderen Aufnahmeländern meist im Niedriglohnsektor beschäftigt, leben in schwierigen sozioökonomischen Situationen und verfügen nur über ein bescheidenes Einkommen, deutlich unter dem jeweiligen Landesdurchschnitt (Eyer und Schweizer, 2010, S. 76). Zudem sind diese Frauen, Männer und Kinder häufig durch Kriegstraumata, Gewalterfahrungen auf der Flucht oder soziale Isolation im Aufnahmeland belastet (ebd., S. 89). Die weibliche Genitalverstümmelung tritt damit als eines von vielen Problemen der betroffenen Frauen in den Hintergrund. Deshalb sollte ein Beratungsangebot nicht nur auf FGM/C und die Folgen fokussieren. Es ist wichtig und eine Herausforderung im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich, das Thema integriert anzugehen. Damit von FGM/C betroffene Frauen einen möglichst niedrigschwelligen Zugang zu Hilfe und Unterstützung erhalten, sollten entsprechende Angebote für diese Zielgruppe in bereits bestehende Versorgung eingebunden werden, wie:

- ***Soziale Arbeit*** zu Themen wie Arbeit, Gesundheit, Erziehung und Kinder, Migration. Das Ziel besteht in der begründeten Weitervermittlung (qualifizierte Triage) der betroffenen Frauen an Fachstellen sexuelle Gesundheit oder mit dem Thema FGM/C vertraute Gynäkologinnen und Gynäkologen.

- ***Begleitung und Betreuung*** im Asyl- und Migrationskontext, indem die Bedürfnisse der Frauen und Frauengesundheit spezifischer Fokus werden; dies kann beispielsweise bedeuten, dass in Asylzentren neben den Artikeln der Monatshygiene auch leicht zugänglich Slipeinlagen gegen Inkontinenz zur Verfügung gestellt werden. Eine spezifische Qualifizierung zur kultursensiblen Beratung in Frauengesundheit ist für das Personal anzustreben.

- ***Fachstellen sexuelle Gesundheit*** nehmen bei Fragen zu Schwangerschaft und bevorstehender Geburt durch eine von FGM/C betroffene Frau dies zum Anlass, um für die gesundheitlichen Konsequenzen zu sensibilisieren und zu informieren.

- ***Hebammen*** haben einen passenden Gesprächsanlass während der Geburtsvor- bzw. -nachsorge, da in diesem Zusammenhang regelmässig das Problem der chirurgischen Eröffnung des Scheideneingangs auftritt, die Defibulation, die nach der Geburt aufgrund Schweizer Gesetzeslage nicht wieder verschlossen werden kann, weil sie eine erneute Infibulation darstellt.

Auch für alle weiteren Arbeitsfelder kann die qualifizierte Triage ein wichtiges Thema werden oder sein. Die betroffenen Fachpersonen sind daher gefordert, sich mit ihrer wachsenden Kompetenz zu FGM/C ein geeignetes Netzwerk von

Spezialistinnen und – wenn es Aufgrund der fachlichen Kompetenz unumgänglich ist – Spezialisten zu Einzelaspekten des Themas aufzubauen.
Nur so kann gewährleistet werden, dass genital beschnittene Migrantinnen von Angeboten für sie erfahren, Zugang zu einer ihnen adäquaten Versorgung erhalten und von ihr profitieren.
Die Folgen der weiblichen Genitalbeschneidung können so gravierend sein, dass sie den Alltag einer solchen Frau stark beeinflussen. Beispielsweise indem die Frauen mit ständigen Schmerzen belastet sind. Sozialarbeitende sollten dies im kultursensiblen und respektvollen Umgang mit diesen Klientinnen berücksichtigen und ihren Ermessens- und Handlungsspielraum in ihren Überlegungen der Ausgestaltung von Hilfe und Unterstützung einbeziehen (vgl. Tripelmandat von Silvia Staub-Bernasconi, 2007, S. 198-202; Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz, 2010). Die Herausforderung besteht dabei in der Art und Weise, in der sie die Integration des Themas in ihre Beratungstätigkeit berücksichtigen und gegenüber Behörden und anderen Ressourcentragenden entsprechende situationsadäquate Leistungen wissensbasiert und berufsethisch begründen. Die entsprechende Sensibilisierung von Fachpersonen ist für eine nachhaltige Präventionsarbeit essentiell.

4.2 Ethische Grundlagen: Sexualitätsbezogene Menschenrechte

Der menschenrechtsbasierte Ansatz anerkennt Menschen als Rechteinhaber und Rechteinhaberinnen. Sein Ziel ist es, Menschen mit ihren Rechten bekannt zu machen und sie zu befähigen, sie auch einzufordern (Daniel Kunz, 2014). Die sexualitätsbezogenen Menschenrechte bilden in diesem Kontext die Basis der professionellen Beratung.
Die nachfolgenden sexuellen und reproduktiven Rechte leiten sich ursprünglich aus den Menschenrechten ab (IPPF, 2009, S. 22-30):

- ***Art. 1:*** *Recht auf Gleichstellung, gleichen Schutz durch das Gesetz und Freiheit von allen Formen der Diskriminierung von Geschlecht, Sexualität oder Gender*

- ***Art. 2:*** *Recht auf Partizipation, unabhängig von Geschlecht, Sexualität oder Gender*

- ***Art. 3:*** *Recht auf Leben, Freiheit, Sicherheit der Person und körperliche Unversehrtheit*

- ***Art. 4:*** *Das Recht auf Privatsphäre*

- ***Art. 5:*** *Das Recht auf persönliche Selbstbestimmung und Anerkennung vor dem Gesetz*

- ***Art. 6:*** *Recht auf Gedanken- und Meinungsfreiheit, das Recht auf freie Meinungsäusserung und Versammlungsfreiheit*

- ***Art. 7:*** *Recht auf Gesundheit und das Recht, am wissenschaftlichen Fortschritt und dessen Errungenschaften teilzuhaben*

- ***Art. 8:*** *Recht auf Bildung und Information*

- ***Art. 9:*** *Recht auf freie Entscheidung für oder gegen die Ehe und für oder gegen die Gründung und Planung einer Familie sowie das Recht zu entscheiden, ob, wie und wann Kinder geboren werden sollen*

- ***Art. 10:*** *Recht auf Rechenschaftspflicht und Entschädigung*

Menschenrechtsbasierte Beratung bedeutet also grundsätzlich eine Beratung auf «Augenhöhe». Eine genital beschnittene Frau mit Migrationshintergrund ist in der professionellen Beratung mit ihren Werten und kulturellen Konzepten ernst zu nehmen. Lösungswege für die von ihr formulierten Schwierigkeiten oder Herausforderungen im Umgang mit ihrer Beschneidung sind daher stets partizipativ zu suchen.

4.3 Rechtliche Rahmenbedingungen

Wie schon in Kapitel 3.1 erwähnt, verstösst die traditionelle weibliche Genitalbeschneidung in jeder Form gegen die Menschenrechte. Sie ist in der Schweiz verboten und ihre Sanktionierung über eine spezifische Strafnorm geregelt, wie in Kapitel 3.1.2 dargestellt wurde. Die nachfolgenden Ausführungen zum Melderecht und zur Meldepflicht gelten jedoch nicht allgemein für jede genital beschnittene Frau, sondern sind nur sinnvolles Instrument der Arbeit, sofern die Betroffene minderjährig ist und als gefährdet eingestuft werden kann. Für die Lebenssituation einer volljährigen beschnittenen Frau ist die Meldung an die Strafverfolgungsbehörden oder die KESB nicht hilfreich und fördert ihre Integration nicht im Geringsten. Kapitel 4.3.1 ist somit als Exkurs zu einem speziellen

Aspekt im Rahmen einer vermuteten Gefährdung Minderjähriger in der Arbeit mit genital beschnittenen Frauen in der Migration zu verstehen.

4.3.1 Melderecht und Meldepflicht

In der Beratung erwachsener Frauen ist deren Vertrauensverhältnis mit der Beraterin von entscheidender Bedeutung: «Nur dann ist die Voraussetzung dafür geschaffen, dass Ratsuchende kooperieren und bereit sind, Dienstleitungen zu beanspruchen oder empfohlene Veränderungsschritte umzusetzen» (Weber & Kunz, 2012, S. 23).

Das heisst, im Kontext einer Beratung mit einer erwachsenen genital beschnittenen Frau ist die Meldepflicht kontraproduktiv, da sie das Vertrauensverhältnis nachhaltig belastet und zur Folge hat, dass keine betroffene Frau mehr über ihre Beschneidung und deren Folgen und Hilfe allgemein sprechen wollen würde.

Anders ist es, wenn es sich um minderjährige Mädchen handelt, da deren Beschneidung nach Schweizer Recht das Kindeswohl unmittelbar betrifft. In einem Verdachtsfall, bevor Kontakt mit Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden (KESB) aufgenommen wird, sollen die nationalen Anlaufstellen zur Prävention von Mädchenbeschneidung[13] kontaktiert werden. Sie verfügen über professionelle Erfahrung und können zum weiteren Vorgehen beraten. Letztere entscheiden dann mit Blick auf das Kindeswohl, ob im individuellen Fall Massnahmen diesbezüglich umgesetzt werden sollten. Hierunter können beispielsweise abklärende Untersuchungen bei einer spezialisierten Kinder- und Jugendgynäkologin oder spezifische Gespräche mit den Eltern des Mädchens fallen.

Das Melderecht und die Meldepflicht sind je nach Tätigkeitsfeld der Sozialen Arbeit sowie je nach kantonalen Vorgaben unterschiedlich geregelt. Für Fachpersonen im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereichs ist wichtig zu unterscheiden, ob sie einer Meldepflicht gegenüber Strafbehörden oder gegenüber der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) nachkommen müssen. Ein wichtiger Aspekt besteht darin, ob die betreffende Person minderjährig oder volljährig ist.

Melderecht

Jede Person, die nicht an das Amts- und Berufsgeheimnis gebunden ist, kann bei Verdacht auf weibliche Genitalverstümmelung Anzeige bei den Strafbehörden (Polizei und Staatsanwaltschaft) machen oder sich mit einer Gefährdungsmeldung an die Kindesschutzbehörden wenden. Personen, die dem Amts- oder Berufsgeheimnis unterstehen (z.B. Ärztinnen und Ärzte, Hebammen, Psychologinnen und Psychologen sowie ihre Hilfspersonen), dürfen nur dann eine Anzeige

13 www.maedchenbeschneidung.ch/netzwerk/traegerinnenschaft/

oder Meldung erstatten, wenn sie sich zuvor schriftlich von der vorgesetzten Behörde oder von der Aufsichtsbehörde vom Amts- oder Berufsgeheimnis entbinden liessen oder von der betroffenen Person die Erlaubnis zur Meldung oder Anzeige erhalten haben (*Art. 320 StGB* und *Art. 321 StGB*). Handelt es sich allerdings bei der betroffenen Person um ein Kind, sind auch die an das Amts- oder Berufsgeheimnis gebundenen Personen berechtigt, im Interesse des Kindes Meldung an die Kindesschutzbehörde zu machen (*Art. 364 StGB*).

Meldepflicht

Eine allgemeine Anzeigepflicht zu weiblicher Genitalverstümmelung gibt es in der Schweiz nicht. Jedoch besteht eine Meldepflicht für alle «Personen in amtlicher Tätigkeit» der Kindesschutzbehörde zu melden, wenn das Wohl eines Kindes gefährdet erscheint (*Art. 443 Abs. 2 ZGB*). Dabei ist der Begriff «amtliche Tätigkeit» weit auszulegen. Es ist kein Beamten- oder Angestelltenverhältnis vorausgesetzt; es genügt, wenn eine Person öffentlich-rechtliche Aufgaben erfüllt (beispielsweise Lehrpersonen, Sozialarbeiterinnen und -arbeiter, Schulärztinnen und -ärzte etc.). Personen, die unter diese Meldepflicht fallen, brauchen für die Meldung keine Entbindung vom Amtsgeheimnis (Netzwerk Mädchenbeschneidung, 2017).

Grundsätzlich sind also alle Fachpersonen *berechtigt*, Fälle von FGM/C an die Strafverfolgungsbehörden oder die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden (KESB) zu melden. *Verpflichtet* sind sie nur, wenn es um *minderjährige Klientinnen* geht und wenn dies von ihrer Tätigkeit vorgesehen ist. Kinderärztinnen und Kinderärzte fallen beispielsweise nicht unter diese Verpflichtung, weil sie an das Amts- und Berufsgeheimnis gebunden sind. Eine Schulsozialarbeiterin hingegen ist im Falle desselben Mädchens zu einer Meldung verpflichtet.

4.3.2 Umgang mit vermuteter und tatsächlicher Gefährdung

Der Umgang mit tatsächlicher oder vermuteter Gefährdung hinsichtlich FGM/C verlangt von den beteiligten Fachpersonen hohe Sensibilität. Während der Fokus in solchen Fällen meist auf dem oder den Mädchen liegt, gilt es doch auch stets zu bedenken, dass eine Gefährdungsmeldung das gesamte Familiensystem betrifft und eine ohnehin prekäre Lebenssituation dadurch vollständig destabilisiert werden kann; in jedem Fall sollten Fachpersonen daher stets zweimal über eine solche Meldung nachdenken, sich mit ihren Kolleginnen und Kollegen austauschen und allenfalls Alternativen suchen.

Das Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz hat Indikatoren formuliert, die für die Gefährdung eines Mädchens hinsichtlich FGM/C sprechen können – wobei diese Liste nicht vollständig ist und sein kann (Netzwerk Mädchenbeschneidung, 2017):

- Das Mädchen stammt aus einem Land, einer Gemeinschaft, einer Familie, die weibliche Genitalbeschneidung praktiziert.
- In der Familie wird weibliche Genitalbeschneidung praktiziert – die Mutter, Schwester oder Cousine ist beschnitten; der Vater kommt aus einer Familie, die FGM/C praktiziert.
- Die Familie gibt explizit die Absicht bekannt, dass sie ihre Tochter beschneiden will.
- Die Familie steht weiblicher Genitalbeschneidung positiv gegenüber oder bagatellisiert das Thema.
- Eine Reise ins Herkunftsland oder auch ein anderes, FGM/C praktizierendes Land ist geplant.
- Das Mädchen erwähnt eine «spezielle Behandlung» oder «Feier» im Herkunftsland oder einem anderen, FGM/C praktizierenden Land, und das Verbot, darüber zu sprechen.

Die meisten Sozialarbeiterinnen, aber auch Gesundheitsfachpersonen wie Hebammen, Kinderärztinnen und -ärzte etc., kommen selten mit dieser spezifischen Form der Kindswohlgefährdung in Kontakt. Daher empfiehlt das Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz (2017)[14] in jedem Fall Kontakt mit nationalen Anlaufstellen zur Prävention von Mädchenbeschneidung aufzunehmen, um sich beraten zu lassen und die weiteren Schritte zu planen. Im Gespräch können Indikatoren der vermuteten Beschneidung, Strategien für das Ansprechen der Thematik mit der Betroffenen und ihrem Umfeld sowie Inhalte eines solchen Gesprächs reflektiert und geplant werden. Dies ist eine hilfreiche Unterstützung in der Einschätzung einer eventuell vorhandenen Gefährdungslage. Zudem bieten diese Anlaufstellen Kontakte zu interkulturellen Dolmetschenden, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren oder spezialisierten Fachpersonen, die im Einzelfall konkrete Hilfe zur Verfügung stellen können.

14 www.maedchenbeschneidung.ch/netzwerk

Ein «Aktionsplan» könnte beispielsweise wie folgt aussehen:

1. Gefährdung feststellen
2. Überprüfen eigener Wahrnehmung im Austausch mit Fachkolleginnen und -kollegen
3. Kontakt mit einer nationalen Anlaufstelle zur Prävention weiblicher Genitalbeschneidung
4. Beratung einholen; weitere Schritte *nicht* allein unternehmen
5. Gespräch mit der Familie der Minderjährigen suchen und dieses antizipierend vorbereiten
6. Kontakt mit spezialisierten Fachpersonen suchen, beispielsweise interkulturell Dolmetschende
7. Im Gespräch mit der Familie Vermutung und Meldungsverpflichtung klar kommunizieren

In allen Handlungsschritten sollen nach Möglichkeit Alternativen für alle Beteiligten gesucht und angeboten werden.
Die letzte Verantwortung zum Handeln liegt dann bei den fallführenden Fachpersonen. Sie verhalten sich wie bei anderen Formen von Kindswohlgefährdung: Sie nehmen Kontakt mit lokalen Kinderschutzgruppen auf und/oder übermitteln eine Gefährdungsmeldung an die Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB).

4.4 Beratung und FGM/C

Bei allen Fachpersonen aus dem Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich, die mit Migrantinnen und Migranten aus einem der weiter oben aufgezählten Länder Afrikas stammen, kann weibliche Genitalbeschneidung ein Thema in der Arbeit werden und sich die Gelegenheit zu einem oder mehreren Beratungsgesprächen ergeben. Da das Thema jedoch sehr schambesetzt und tabuisiert ist, sprechen die Klientinnen bzw. Patientinnen es von sich aus in der Regel nicht an. Ob das Thema weibliche Genitalbeschneidung angesprochen werden kann, hängt nicht nur davon ab, inwieweit es der Fachperson gelungen ist, im Gespräch ein vertrauensvolles Verhältnis zur Klientin aufzubauen, sondern auch von Rahmenbedingungen wie Kontext, Zeit, Verfügbarkeit eines ruhigen Ortes und ähnliches. Falls diese Voraussetzungen sich nicht realisieren lassen, dienen die nationalen Anlaufstellen zu weiblicher Genitalbeschneidung als spezialisierte Einrichtungen, die Hilfestellung im Finden geeigneter regionaler Angebote wie zum Beispiel spezialisierte Fachpersonen, Spitäler, Fachstellen leisten und dorthin weitervermitteln.

In der Schweiz werden Beratungen zu Themen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit meist von Beratungsstellen für sexuelle Gesundheit – auch *Beratungsstellen für Familienplanung, Schwangerschaft und Sexualität* genannt – und von Fachstellen für HIV und STI angeboten[15]. Die Mitarbeitenden dieser Beratungsstellen haben sich zu weiblicher Genitalbeschneidung weitergebildet und sind aufgrund ihres Kernauftrags kompetent, Gespräche mit Migrantinnen und Migranten zu führen. Sie sind darin geübt, das Thema sensibel in andere Fragekomplexe, wie beispielsweise Verhütung einfliessen zu lassen.

In der Beratung ist es die Aufgabe der Fachpersonen,

- über weibliche Genitalbeschneidung und die möglichen Folgen informiert zu sein,
- professionell Kontakt mit Klientinnen herzustellen,
- respektvoll mit diesen über ihre Fragen zu sprechen,
- ihnen entsprechende Informationen zu vermitteln oder
- sie an geeignete Angebote zu vermitteln, sogenannte Triage (Sexuelle Gesundheit Schweiz, 2013, S. 14).

Eventuell nehmen betroffene Frauen ihre physischen und psychischen Beschwerden nicht als Konsequenz ihrer Beschneidung wahr, weshalb die Fachperson sensibilisiert sein muss, bestehende Zusammenhänge zu erkennen und zumindest als Arbeitshypothese zu formulieren, um sie über geeignetes Nachfragen zu bestätigen oder auszuschliessen.
Das Sprechen über körper- und sexualitätsbezogene Themen in den jeweiligen Herkunftskulturen dieser Frauen ist in der Regel schambesetzt. Vielleicht ist ihnen der Zusammenhang ihrer Beschwerden mit FGM/C gar nicht bewusst. Letzteres hängt stark vom individuellen Bildungsstand der Frau ab. Fachpersonen sollten jedoch stets davon ausgehen, dass Folgen der weiblichen Genitalbeschneidung ein Anliegen sein könnten – selbst, wenn «Kopfschmerzen» als Konsultationsgrund angegeben wurden (ebd., S. 15). Das Ziel eines Beratungsgespräches zu FGM/C sollte sein, die Ressourcen der Klientinnen für den täglichen Umgang mit ihrer Genitalbeschneidung zu stärken. Dafür können folgende Ziele als Orientierung dienen (ebd., S. 15):
Die von FGM/C betroffenen Frauen sollen darin unterstützt werden

- ihre Individualität als Frau wahrzunehmen und wert zu schätzen,
- zu erkennen, was weibliche Genitalbeschneidung für sie und ihren Mann bedeutet,

15 www.sante-sexuelle.ch/beratungsstellen

- ihre möglicherweise ambivalenten Gefühle zu ordnen und zu verstehen,
- die positiven Aspekte sowohl ihrer Herkunftskultur als auch der Aufnahmegesellschaft wahrzunehmen,
- herauszufinden, auf welche Weise sie ihren Traditionen weiterhin verbunden bleiben kann.

Folgende spezifische Punkte sollten nach Sexuelle Gesundheit Schweiz (2013, S. 15) im Gespräch möglichst berücksichtigt werden:

- Die Frau oder das Paar informieren, dass die Fachperson Kenntnis von der Anwendung von FGM/C in den Herkunftsländern hat.
- Erklärungen zu möglichen Konsequenzen von FGM/C für die Gesundheit der Frau geben und mögliche Probleme für die Geburt ansprechen.
- Die Frau informieren, dass die Behandelnden mit dem Wissen über eine Beschneidung die Behandlung oder Geburt erleichtern können.
- Die Frau oder das Paar über die gesetzliche Situation informieren.
- Zur besseren Verständlichkeit Zeichnungen oder Modelle verwenden, um die gesundheitlichen Auswirkungen von FGM/C begreiflich zu machen.
- Das von FGM/C bedrohte Mädchen auf Vertrauenspersonen ansprechen.

4.4.1 Die Rekonstruktion durch plastische Chirurgie

Für Fachpersonen ist es wichtig zu wissen, dass die plastische Chirurgie genital beschnittener Frauen anatomische Rekonstruktionsmöglichkeiten ihres Genitals bietet. Aufwand und Nutzen dieser Behandlungen setzt Dan mon O'Day (2017) wie folgt zueinander in Beziehung: «Diese rekonstruktiven Operationen sind zwar komplex, ermöglichen den betroffenen Mädchen und Frauen aber eine weitgehende anatomische Wiederherstellung und damit Wiedererlangung von Form und Funktion ihres äusseren Genitals» (S.2).
Dieselbe Autorin beschreibt folgende Möglichkeiten der chirurgischen Wiederherstellung des ursprünglichen Zustands des äusseren Genitals beschnittener Frauen:

- Wiedereröffnung des Scheideneingangs (Defibulation des Introitus)
- Neuformung der Vulva und des Scheideneingangs
- Bergung und Narbenbefreiung des Klitorisstumpfes
- Rekonstruktion und Neuformung einer Klitorisspitze sowie die Einbettung letzterer in eine neu zu formende klitorale Vorhaut

Asefaw (2017) ergänzt die obigen chirurgischen Therapien noch um die Entfernung von unerwünschten Neubildungen, wie Zysten, Dermoidzysten und Neurinomen, die sich nicht selten im beschnittenen Genital bilden, Schmerzen verursachen und ihrerseits Quellen permanenter Entzündungen sein können (S. 65).

Die Wirksamkeit dieser Eingriffe ist jedoch umstritten und es gibt hierzu auch nur sehr wenig Datenmaterial. Rigmor Berg (2017, S. 10) vom Norwegischen Public Health Institut hat mit ihren Kolleginnen weltweit Studien ausgewertet, in denen die Erfahrung von Mädchen und Frauen dokumentiert werden, die chirurgische Hilfe in Anspruch nahmen. Die Forscherinnen stellten fest, dass die Zahl der Frauen stetig steigt, die ihre Beschneidung im Rahmen des Möglichen rückgängig machen oder zumindest korrigieren lassen. Sie weisen zudem darauf hin, dass die westliche Medizin eine Vielzahl verschiedener chirurgischer Verfahren hierzu entwickelt hat, durch die das, was an Wiederherstellung möglich ist, nicht allein von der Form der Beschneidung abhängt. In ihrer Analyse fanden die Forscherinnen deutliche Anzeichen dafür, dass eine chirurgische Wiederherstellung bei Infibulation, also die Defibulation mit Wiedereröffnung des Scheideneingangs, vor allem für die Geburtshilfe günstig ist. Dies insbesondere mit Blick auf das meist sehr geringe Heiratsalter der betroffenen Frauen, das die Geburt neben der Beschneidung häufig auch noch durch ein ungünstiges Verhältnis zwischen Kindskopf und Becken verkompliziert, weil die Schwangere noch gar nicht voll ausgewachsen ist (Asefaw 2017, S. 66 ff.).

Pro Familia (2017) konnte für die darüberhinausgehenden Vorteile einer Rekonstruktion jedoch nur wenige Belege finden: «Zwar hätten die meisten Frauen nach der chirurgischen Korrektur von einem verbesserten Sexualleben berichtet, aber mehr als jede fünfte Frau (22 Prozent) erlebte nach dem Eingriff eine Verschlechterung in ihrer Sexualität» (S. 10). Es wird daher empfohlen, Frauen über die möglichen Risiken der Eingriffe aufzuklären und nicht allzu grosse Erwartungen im Vorfeld zu wecken (ebd.).

Zudem ist von Fachpersonen zu bedenken, dass ein solcher chirurgischer Eingriff gut in Gespräche zum Thema eingebettet werden muss. Er ist kein Allheilmittel und lässt sich in der Regel auch nur einmal durchführen. Sabine Müller (2003, S. 247) hält in einem Artikel über Beratung und Unterstützung genital beschnittener Frauen fest, dass diese von sexualmedizinischen psychosomatischen Gesprächen am meisten profitieren. Selbst wenn diese Klientinnen sich zu einem chirurgischen Eingriff entscheiden, sind ihrer Meinung nach lange und ausführliche Gespräche notwendig, da nur so realistische Erwartung entwickelt werden können und anschliessend selbst ein nicht ganz optimales Ergebnis positiver bewertet wird.

4.5 Transkulturelle Kompetenz von Fachpersonen

Fachpersonen im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich begegnen in ihrem Berufsalltag oft Migrantinnen und Migranten, deren soziale Praxis, Wertvorstellungen und Handlungskonzepte sie als «fremd» erfahren und die sie infolgedessen verunsichern. Diese Verunsicherung führt dazu, dass Fachpersonen die Lebensrealitäten von Frauen und Männern mit Migrationsgeschichte nicht wahrnehmen und nicht genügend auf deren Bedürfnisse eingehen (Dagmar Domenig, 2007, S. 166).

Dies kann auch im Umgang mit genital beschnittenen Frauen und ihren Familien sowie daraus resultierenden Bedürfnissen der Fall sein. Fachpersonen müssen diese Klientinnen und Klienten nicht nur sprachlich verstehen, sondern auch befähigt sein, deren Fragen rund um die weibliche Genitalbeschneidung im kulturellen Kontext einordnen und hilfreich beantworten zu können.

Transkulturelle Kompetenz befähigt hier, individuelle Lebenswelten zu erfassen, zu verstehen und angepasste Handlungsanweisungen abzuleiten. Oder, wie Domenig (2007) formuliert:

> *«Transkulturelle Kompetenz besteht im Kern aus einer transkulturell kompetenten Interaktionsfähigkeit im Migrationskontext»* (S. 174).

Dabei sind folgende Felder für die professionelle Arbeit wichtig:

- Selbstreflexion
- Hintergrundwissen und Erfahrung
- narrative Empathie

Selbstreflexion

Um individuelle Lebenswelten von betroffenen Frauen, und fallweise auch deren Männern, besser einordnen und verstehen zu können, müssen Fachpersonen zuerst lernen, ihre eigene Lebenswelt in einem selbstreflexiven Prozess wahrzunehmen (ebd.).

Das Thema weibliche Genitalbeschneidung kann starke Emotionen hervorrufen. Hier ist eine reflektierte Haltung der Beraterin gefragt, die den professionellen Umgang mit diesen Emotionen überhaupt erst ermöglicht.

Hintergrundwissen und Erfahrung

Das notwendige Hintergrundwissen basiert dabei nicht nur auf «kulturspezifischem» Wissen. Es umfasst beispielsweise auch Konzepte, die generell im Umgang mit Migrantengruppen in der professionellen Sozialen Arbeit von Bedeutung sind (Domenig, S. 176f.):

- Hintergrundwissen über Kultur, Migration, Integration, Grund- und Menschenrechte

- Kenntnisse über eine angepasste Kommunikation im Migrationskontext

- Kenntnisse über migrationsspezifische Lebenswelten wie Lebensbedingungen, integrationshindernde und -fördernde Faktoren, Zusammenhänge zwischen Migration und Gesundheit sowie migrationsspezifische Zugangsbarrieren zu Systemen der Gesundheitsversorgung

- Hintergrundwissen über Rassismus, rassistische Diskriminierung oder Gewalt und wo angebracht, die selbstverständliche Einbeziehung dieser Aspekte in die Beratung

- Kenntnisse über frauenspezifische Lebenswelten der Migrantinnen

- Grundkenntnisse zu psychischen Erkrankungen: Es ist möglich, dass Klientinnen und Klienten aufgrund ihrer Herkunfts-, Migrations- und Integrationsgeschichte psychisch instabil sind; häufig haben sie Kriegshandlungen und/oder schwierige Fluchtbedingungen überlebt und sind deshalb traumatisiert.

- Kenntnisse über Unterschiede in der sozialen Organisation von Gruppen (individuums- oder soziozentriert); beispielsweise haben soziozentrierte Systeme Auswirkungen auf die Kommunikation und das Rollenverständnis der Individuen; Grundkenntnisse dieser Fakten helfen, Missverständnisse im Beratungsgespräch zu vermeiden. So können bzw. dürfen Frauen in solchen sozialen Kontexten häufig Entscheide nicht selber treffen und sind daran gewöhnt, ihre Partner und die Familie einzubeziehen; diese sind daher möglichst auch in die Beratung und die davon ausgelösten Prozesse zu integrieren.

- Kenntnisse über medizinethnologische Konzepte: Es spielt eine grosse Rolle wie Krankheit beurteilt wird.

Die Fachstelle zur Prävention von Mädchenbeschneidung von Caritas Schweiz kann auf dem Hintergrund ihrer langjährigen Arbeitserfahrung feststellen, dass beispielsweise viele Eritreerinnen, die Beratung in Anspruch nehmen, vor ihrer Flucht eine kontrazeptive Drei-Monats-Spritze setzen liessen, um sich auf diese Weise gegen eine ungewollte Schwangerschaft zu schützen. Sie taten dies auch in dem Bewusstsein, dass Vergewaltigungen auf der Flucht eine grausame Realität sind und der Abbruch einer hieraus wachsenden Schwangerschaft ein unlösbares Problem und kaum zu bewältigende Belastung wäre. Solche Kenntnisse über Fluchtbedingungen sind in der Beratung unbedingt zu berücksichtigen.

Narrative Empathie

In der Interaktion mit Menschen und ihrem Migrationshintergrund ist nicht nur wichtig, diese Frauen und Männer zu verstehen und sich in sie hineinzuversetzen, sondern sich ihnen mittels narrativer Techniken zuzuwenden. Das bedeutet, dass die Fachpersonen ihre Klientinnen und Klienten oder Patientinnen und Patienten zum Erzählen animieren sollen. Die von ihnen erzählten Lebensgeschichten sind von zentraler Bedeutung, um diese Frauen und Männer in ihren Anliegen zu verstehen (Domenig, 2007, S. 178).

Ihre genitale Beschneidung ist für Frauen aus den genannten Ländern und Kulturen immer wieder ein Grund, von sich und ihrem Leben zu erzählen. Dabei müssen diese Geschichten nicht nur negativ sein. Das Ritual, das Fest, ihre erstmalige Wahrnehmung als Frau können hier thematisiert werden – nicht immer nur die negativen Folgen von FGM/C. Beschnittene Frauen mit Migrationshintergrund sprechen in Europa oft das erste Mal über dieses Thema und vollziehen erste Ansätze zu einer Reflexion des Erlebten und sozialer Ansprüche an sich als Frau. Es ist mit Blick auf einen nachhaltigen Beratungserfolg wichtig, ihnen dafür Zeit und Raum zu geben.

4.6 Interkulturelles Dolmetschen

Damit Beratungsgespräche erfolgreich sein können, braucht es einerseits die Sensibilität und Kompetenzen von Seiten der Fachpersonen. Andererseits ist es wichtig, dass sich die Klientinnen und Klienten und die Fachpersonen sprachlich gut verständigen können. Dazu hilft interkulturelles Dolmetschen. Die Dolmetschenden beherrschen beide Sprachen. Sie sind jedoch nicht nur in sprachlicher Hinsicht Brückenbauerinnen und Brückenbauer, sondern auch interkulturell Vermittelnde, da sie die kulturellen Codes und Deutungsmuster einer Situation kennen. Sie können darum den Fachpersonen helfen, diesbezügliche Missverständnisse zu überwinden. Durch die interkulturell Dolmetschenden wird aller-

dings die Gesprächssituation vom Dialog zum Trialog hin verändert. Die Kommunikation wird indirekt geführt. Dazu ist auf der einen Seite die Qualifikation der interkulturell Dolmetschenden gefordert, andererseits aber auch die passende Methodenkompetenz der Gesprächsleitenden (Monika Eicke, 2010, S. 170f).

Eine hilfreiche Anlaufstelle für die Suche nach solcher Unterstützung in der Beratung ist INTERPRET, die Interessengemeinschaft für interkulturelles Dolmetschen und Vermitteln in der Schweiz. Hier engagieren sich qualifizierte Fachpersonen seit vielen Jahren für das Angebot und die Qualität in diesem Bereich. Über die Website von INTERPRET[16] können nicht nur Vermittlungsstellen gefunden werden, die Kontakte zu qualifizierten Dolmetschenden herstellen. Diese Einrichtungen stellen auch Weiterbildungsangebote für Fachpersonen bereit, um sie für die Zusammenarbeit mit interkulturell Dolmetschenden zu schulen.

Insbesondere wenn die Beratungssituation intime und schambesetzte Themen beinhaltet, führt die Zusammenarbeit mit interkulturell Dolmetschenden oft zu positiven Resultaten. Dies ist eines der Ergebnisse von Elisabeth Kurth, Sibil Tschudin und Elisabeth Zemp Stutz (2010, S. 225). Ihre Fallstudien in Zusammenarbeit mit der Frauenklinik des Universitätsspitals Basel konnte zeigen, dass vor allem die unterschiedlichen Vorstellungen von Geschlechterrollen immer wieder für Missverständnisse zwischen den Beteiligten führte. Hier fällt den beigezogenen Dolmetschenden eine wichtige Doppelrolle zu: Sie vermitteln nicht nur zwischen zwei Sprachen, sondern auch zwischen den manchmal widersprüchlichen Gendervorstellungen der Beteiligten (ebd.).
Im Gespräch mit genital beschnittenen Frauen werden sehr intime, für diese schambesetzte Themen angegangen, zudem spielen andere Vorstellungen von Geschlechterrollen eine wichtige Rolle; beschnittene Frauen würden kaum mit einem Mann über ihre Beschneidung reden. In der professionellen Beratung ist mit Blick auf das erwähnte Vertrauensverhältnis daher dringend anzuraten, erfahrene und qualifizierte Dolmetscherinnen beizuziehen, die offen über Themen wie Sexualität und die mit der Beschneidung zusammenhängenden Folgen sprechen können. Falls es sich nicht vermeiden lässt, mit bisher unbekannten interkulturell Dolmetschenden zu arbeiten, sind im Vorfeld unbedingt deren Haltungen zu Themen wie Sexualität allgemein, dem Schwangerschaftsabbruch oder der weiblichen Genitalbeschneidung durch ein Vorgespräch zu klären.

16 www.inter-pret.ch

4.7 Beratung genital beschnittener Frauen – das Wichtigste in Kürze

Wie das dritte und vierte Kapitel gezeigt haben, stellt die professionelle Beratung von beschnittenen Frauen mit Migrationshintergrund hohe Anforderungen an das Fachwissen und die Kommunikationskompetenz von Beraterinnen. Zur besseren Übersicht hier noch einmal das Wichtigste:

- Die professionelle Beratung genital beschnittener Frauen hat im Arbeitsalltag viele Anknüpfungspunkte, setzen Sie Ihre ganze fachliche Kompetenz als «professionelle Gesprächsführerin» ein.

- Machen Sie die IPPF Erklärung der sexuellen Rechte (2009) zur Grundlage und zum Massstab Ihrer Beratungstätigkeit, sie hilft Ihnen, mit und für die Klientinnen zu beraten und bei Unsicherheiten im weiteren Vorgehen finden Sie darin gute Ideen zur Weiterarbeit.

- Machen Sie sich mit der Rechtslage zu FGM/C in der Schweiz, Europa und eventuell sogar in den Herkunftsländern vertraut, Rechtsnormen können Sie entlasten, stets persönlich für eine Argumentation einzustehen.

- Klarheit über die Anwendung von Melderecht und Meldepflicht gibt Handlungssicherheit. Halten Sie in den Gesprächen Folgen von FGM/C und eine Prävention davor auseinander.

- Bevor Sie ein gefährdetes minderjähriges Mädchen melden, suchen Sie nach Alternativen und Austausch mit anderen Fachpersonen.

- Wenn Sie ein gefährdetes minderjähriges Mädchen melden, lassen Sie diese und ihre Angehörigen nicht alleine; Ihr «Fall» ist damit nicht abgeschlossen.

- FGM/C ist für die betroffenen Frauen häufig ein stark schambesetztes Thema, wie übrigens die meisten sexualitäts- und partnerschaftsbezogenen Themen. Erwerben Sie sich einen kultursensiblen Umgang damit und schulen Sie Ihre Kommunikationskompetenzen.

- Setzen Sie sich mit den Möglichkeiten der plastischen Chirurgie zur Rekonstruktion des äusseren Genitals auseinander. Versprechen Sie in der Beratung eher zu wenig als zu viel, auch die Medizin vollbringt nur selten Wunder.

- Schulen Sie Ihre transkulturellen Beratungskompetenzen, Sie arbeiten mit Frauen aus anderen Kulturen mit möglicherweise völlig anderen Frauenbildern zusammen.

- Vernetzen Sie sich mit geeigneten interkulturellen Dolmetscherinnen, denn Sprachbarrieren sind ein grosses Beratungshindernis.

- Bei der Erschliessung und Gewährleistung der Existenzsicherung ist daran zu denken, Wege in der Vermeidung von Anspruchskürzungen zu suchen bzw. genital beschnittenen Frauen aufgrund ihrer verletzten sexuellen Integrität geeignete Beschäftigungsperspektiven zu verschaffen und sie dadurch vor Leistungskürzungen zu bewahren.

5 Handlungsempfehlungen für die Beratung genital beschnittener Frauen mit Migrationshintergrund

In der Schweiz leben mehrere tausend Frauen mit Migrationshintergrund aus Ländern, in denen die weibliche Genitalbeschneidung Norm ist und ihr Frausein definiert. Häufig fühlen sich Fachpersonen überfordert mit der angemessenen Bearbeitung dieses Themas in allfälligen Beratungen. Gleichwohl haben genital beschnittene Frauen mit Migrationshintergrund ein Recht auf professionelle und menschenrechtsbasierte Unterstützung und Hilfe.

5.1 Zielgruppe kennen – Erarbeiten eines Fallverständnisses

Ein wichtiges Ziel in der Arbeit mit Migrantinnen aus afrikanischen Ländern ist es, Unterstützung und Hilfe für genital beschnittene Frauen *mit* anzubieten. Zudem ist festzustellen, inwieweit die noch unbeschnittenen Töchter einer beschnittenen Frau Gefahr laufen, demselben Eingriff unterzogen zu werden.
Eine sinnvolle Vorbereitung der Beraterin besteht darin, sich zunächst mit den in Kapitel 2.3 vorgestellten Prävalenzraten von FGM/C in den jeweiligen Herkunftsländern ihrer Klientinnen auseinanderzusetzen. Dies ermöglicht bereits vorab eine gute Einschätzung, ob das Thema weibliche Genitalbeschneidung ein Aspekt des bevorstehenden Beratungsgesprächs sein könnte oder eher nicht.
Zudem besteht eine Vorbereitung der Beraterin darin, sich mit den in Kapitel 2.2 gezeigten Formen weiblicher Genitalbeschneidung zu beschäftigen, denn für ein hilfreiches und nachhaltiges Beratungsgespräch ist es von grosser Bedeutung, dass sowohl die Klientin als auch ihre Beraterin hinsichtlich dieses heiklen Themas vom Selben sprechen. Die Fachperson soll kultursensibel abklären, welcher Typ, wie und in welchem Alter eine weibliche Genitalbeschneidung bei ihrer Klientin vollzogen wurde. Es gibt Gemeinschaften, in denen FGM/C bereits am

siebten Tag nach der Geburt am Säugling praktiziert wird, in anderen Gemeinschaften im Kleinkindalter, teilweise jedoch auch erst im Übergang zur Pubertät; immer jedoch vor dem Eintritt ins heiratsfähige Alter. Hier wiederum ist es für die Beraterin wichtig, sich zu verdeutlichen, dass Mädchen in diesen Gesellschaften im Durchschnitt mit etwa 14 Jahren verheiratet werden (Asefaw 2017, S. 23 und S. 67).
Für ihre Selbstreflexion zum Thema FGM/C muss sich die beratende Fachperson zunächst bewusstmachen, dass weibliche Genitalbeschneidung in bestimmten Regionen des afrikanischen Kontinents sowie des Nahen Ostens eine teilweise seit Jahrtausenden praktizierte soziale Norm darstellt und dort ein Mädchen ohne Beschneidung unabhängig ihres Alters oder sonstigen sozialen Status bis heute nie als Frau akzeptiert wird und nicht heiraten kann. In Gesellschaften, in denen die Rolle der Frau einzig als Ehepartnerin und Mutter definiert wird, ist diese Rolle auch gleichzeitig ihre einzige soziale Absicherung.

Von welchen gesundheitlichen Folgen die Frauen betroffen sind, hängt stark vom individuell durchgeführten Typ der weiblichen Genitalbeschneidung, den hygienischen Bedingungen und der weiteren Lebensgeschichte ab. Die betroffenen Frauen gehen zudem sehr unterschiedlich mit dem Erlebten um. Drei Reaktionsmuster können in der Beratung regelmässig angetroffen werden, selbstverständlich auch in Mischformen oder nicht so deutlich, wie sie nachfolgend formuliert werden:

- Einige Frauen haben grosse gesundheitliche Probleme und leiden unter ihrer Beschneidung, ohne dass ihnen der Zusammenhang zwischen dem Eingriff und ihren aktuellen Beschwerden bewusst sein muss.

- Andere, gleichfalls genital beschnittene Frauen, wiederum fühlen sich als «normale» Frauen und haben nicht selten das Gefühl, die beratenden Fachpersonen im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich in den Aufnahmeländern wollten ihnen Probleme aufdrängen, die sie gar nicht haben.

- Bei einer dritten Gruppe von genital beschnittenen Frauen setzt durch die Beratung und die dort erhaltenen Informationen ein Prozess der Auseinandersetzung mit FGM/C und der eigenen Betroffenheit ein. Häufig ist der Auslöser die Migration in ein Land, in dem FGM/C explizit negativ konnotiert ist und unter Strafe steht. Diese Frauen erkennen möglicherweise für sich, dass ihre physischen, psychischen oder sexuellen Probleme in direktem Zusammenhang mit der an ihnen praktizierten Form weiblicher Genitalbeschneidung stehen und wollen diese Probleme lösen.

Die Beratung stellt hohe Ansprüche an die kultursensible Kommunikation, den Umfang der Kenntnisse von medizinischen, kulturellen und sozialen Hintergründen. Sie verlangt Geduld und Offenheit. Eine hohe Selbstreflexionskompetenz der Beraterin schützt zudem vor kontraproduktiven Schuldzuweisungen und Ignoranz gegenüber kulturellen Realitäten, die sich nicht so einfach beiseiteschieben lassen.

5.2 Vernetzungen schaffen

Im Folgenden gilt die Aufmerksamkeit der Erreichbarkeit von genital beschnittenen Migrantinnen und ihrem Umfeld. In der klassischen Beratung zu sexueller und reproduktiver Gesundheit ist die Zielgruppe der genital beschnittenen Frauen mit Migrationshintergrund eher selten zu erwarten, sei es aus Unwissenheit über die Existenz solcher Anlaufstellen oder vielleicht aus Scham oder Angst, dort mit den individuellen Anliegen nicht verstanden zu werden. Ihring (2015, S. 172) schlägt deshalb den Beratungsstellen vor, hier neue Wege einzuschlagen. Sie sollen von sich aus auf Familien oder auch auf Communities zu gehen, um dort Beratungs- und Aufklärungsarbeit zu leisten.
Um ihre Arbeit nachhaltig zu gestalten, insbesondere mit Blick auf die angestrebte Prävention von FGM/C bei noch unbeschnittenen minderjährigen Mädchen, ist es für Fachpersonen wichtig, sich zu fragen, wo und wie sie genital beschnittene Frauen mit Migrationshintergrund möglichst niedrigschwellig erreichen können.
Folgende Wege haben sich dabei in der Erfahrung der Vermittlungsstelle zur Prävention von Mädchenbeschneidung als besonders erfolgreich erwiesen:

- Die Vernetzung über Migrantenvereine
- Die Vernetzung mit Asylorganisationen und Institutionen der Flüchtlingsbetreuung
- Die Vernetzung über Integrationsfachstellen und -projekte
- Die Vernetzung mit Gesundheitsfachpersonen, wie Gynäkologinnen und Gynäkologen, Hebammen, Migrationsverantwortlichen in Spitälern, etc.

In der Kontaktaufnahme und dauerhaften Vernetzung mit den oben genannten Fachpersonen und Einrichtungen wird auf das bereits bestehende Vertrauensverhältnis zwischen diesen und den genital beschnittenen Migrantinnen und ihrem Umfeld zurückgegriffen. Die Beratungsstellen erhalten so einen Vertrauensvorschuss und können eventuell sogar auf bereits bestehende Gefässe bei diesen Partnerorganisationen für ihre Arbeit zurückgreifen, sodass sie sich optimal auf

die inhaltliche Seite der Vermittlung konzentrieren können. In einigen der weiter oben erwähnten Gesellschaften ist es nicht üblich, dass Frauen individuell und selbstgewählt ein solches Beratungsangebot in Anspruch nehmen würden. Diese in bereits gut eingeführte und durch die Migrantinnen akzeptierte Institutionen einzubetten, kann daher für alle Beteiligten ein schneller und einfacher Weg sein, über dieses wichtige Thema der Frauengesundheit miteinander ins Gespräch zu kommen. Auch die in diesen Einrichtungen arbeitenden Fachpersonen sind eine nicht zu unterschätzende Hilfe, da sie in engem alltäglichem Kontakt mit der Zielgruppe stehen.

Ein gelungenes Beispiel solcher Synergieeffekte durch Vernetzung bietet ein Pilotprojekt der Fachstelle Sexuelle Gesundheit Aargau: Diese bietet in Asylzentren für unbegleitete minderjährige Asylsuchende «Mädchensprechstunden» an. Dies gibt den jungen betroffenen oder gefährdeten Mädchen und Frauen die Möglichkeit, Informationen zu Themen der sexuellen Gesundheit zu erhalten und FGM/C in der einen oder anderen Form anzusprechen. Sie lernen beratende Fachperson kennen und erhalten einen ersten Kontakt für eine Beratung, wenn sie weitergehende Fragen haben. Es ist wünschenswert, dass dieses Projekt Nachahmung findet. Neben statistischen Daten zur Wissensbasierung sollen auch Erfahrungen in der Arbeit mit von FGM/C betroffenen Frauen gesammelt werden, die Fachpersonen sexueller und reproduktiver Gesundheit im Rahmen der Professionalitätsentwicklung zur Verfügung gestellt werden können.

5.3 Haltung reflektieren

Professionelle Beratung im Kontext der weiblichen Genitalbeschneidung bedeutet in erster Linie, als Beraterin genital beschnittenen Frauen mit einer reflektierten Haltung zu begegnen. Voraussetzungen sind hierfür zum einen das Fachwissen, also der weiter oben dargestellten Informationen zu Beschneidungstypen, Verbreitungsgebieten, kulturellen Hintergründen, medizinischen Risiken etc. und solide Kommunikationskompetenzen personenzentrierter Gesprächsführung nach Carl Rogers (Annette Boeger, 2013, S. 78-92), möglichst mit inter- oder transkultureller Spezialisierung.

Das Thema FGM/C ist in vielerlei Hinsicht eine grosse Herausforderung; für Beraterinnen nicht weniger als für genital beschnittene Frauen. Die Schlüsselposition in dieser Arbeit hat das Beratungsgespräch. Im Unterschied zur Unterstützung im Alltag, ist die Beratung im professionellen Kontext zielgerichtet und professionell reflektiert (Weber & Kunz, 2012, S. 20). Ihr Problemlösungsprozess folgt den Prinzipien methodischen Handelns: Erfassen und Klären der Ausgangslage, Hypothesenbildung, Zielformulierung, Intervention und Evaluation (ebd., S. 38).

Ziel psychosozialer Beratung ist nach Friedrich Dorsch (2004)

- zu begründeten und informierten Entscheidungen zu befähigen,
- Einstellungen und Verhalten verändern zu helfen,
- Lösungen von Konflikten zu erleichtern und
- externe Ressourcen aufzuzeigen und zu erschliessen.

Im europäischen Kontext von Frauengesundheit und feministischen Anliegen ist FGM/C selbst für erfahrene Beraterinnen oft noch so verstörend, dass es für eine nachhaltige, erfolgreiche Arbeit zur Stärkung einer professionellen vorurteilsbewussten Haltung durchaus sinnvoll sein kann, sich die Grundlagen der personenzentrierten Beratung nach Carl Rogers sowohl im allgemeinen Vorfeld, wie auch vor Einzelgesprächen ins Gedächtnis zu rufen und zu antizipieren.
Rogers (Boeger, 2013, S. 68-69) machte zu Beginn seiner therapeutischen Arbeit die Erfahrung, dass Klientinnen und Klienten häufig den Rat der Expertinnen und Experten nicht annahmen. Diese frustrierende Erfahrung verschwand, als er das «Problem» aus dem Mittelpunkt seiner Arbeit an den Rand verschob. Stattdessen wandte er sich der Klientin bzw. dem Klienten und den mit dem objektiven Problem verbundenen Gefühlen zu. Statt, dass zwei Personen über eine *Sache* sprachen, sprachen sie plötzlich über die damit verbundenen *Sichtweisen* und *Emotionen*.

Die Fremdartigkeit von FGM/C bietet viele offensichtliche und versteckte Kommunikationsfallen. Hier ist eine von Carl Rogers formulierte Grundannahme für ein gelingendes Beratungsgespräch hilfreich: Nicht das Problem steht im Mittelpunkt, sondern das Individuum und seine Entwicklung (ebd., S. 69). Die Entwicklung wird durch eine besondere Art der Beziehung zwischen Beraterin und Klientin gefördert.
Die gelungene Beziehung ist also in erster Linie eine *Haltungsfrage* der Beraterin. Neben ihrem Fachwissen ist es also wichtig, die Grundsätze der personenzentrierten Gesprächsführung nach Rogers zu beachten. Drei grundlegende Haltungsmerkmale realisieren dabei eine erfolgreiche Begegnungs- und Beziehungsqualität: Akzeptanz, Empathie und Kongruenz (Boeger, 2013, S. 79-87).
In diesen drei Anforderungen verbergen sich drei bedeutsame *Missverständnisse*, die jedes für sich genommen alle Bemühungen um den Aufbau einer gelungenen professionellen Beziehung zunichtemachen können:

- Akzeptanz und Wertschätzung sind nicht gleichbedeutend mit Gutheissen oder einer «Sei-lieb-zur-Klientin»-Einstellung. Vielmehr ist zwischen eigenen Bewertungsmassstäben und vorurteilsbewusstem Annehmen der Klientin zu unter-

scheiden. Wertschätzung bedeutet auch nicht, alles für wahr zu halten, was die Klientin erzählt. Aufgabe der Beraterin ist hier viel mehr zu akzeptieren, dass das Erzählte zunächst subjektiver Ausdruck des individuellen Erlebens ist (ebd., S. 81).

- Empathie bedeutet nicht, dass die Beraterin einfach alles wiederholt, was die Klientin sagt. Vielmehr ist Empathie eine erlernbare Haltung von Einfühlung und Sensibilität, bei der die Gefühle hinter den Worten erspürt und verbalisiert werden. Wie intensiv darauf eingegangen wird, hängt davon ab, wie weit die professionelle Beziehung zwischen Beraterin und Klientin gediehen ist (ebd., S. 84).

- Kongruenz bedeutet nicht, stets alles zu verbalisieren, was von der Beraterin gedacht oder gefühlt wird; und schon gar nicht, dass die Beraterin anfängt, von ihrem eigenen Leben zu erzählen. Kongruenz ist vielmehr das dosierte Mitteilen des eigenen Erlebens, hingegen nur, wenn es im Zusammenhang mit der Klientin und ihren Anliegen steht. Dies kann sinnvoll und hilfreich im Prozess der Selbstexploration der Klientin sein (ebd., S. 89).

Die Aufgabe der Beraterin besteht weiter nicht darin, die Klientin in irgendeiner Weise zu beeinflussen oder mit Blick auf ein bereits feststehendes Ziel («hidden agenda») zu indoktrinieren. Vielmehr soll sie ergebnisoffen arbeiten. Allein, dass ein Beratungsgespräch geführt wird, zeigt zur Genüge, dass die Klientin irgendeine Herausforderung im Zusammenhang mit ihrer FGM/C sieht, aus der sich für sie ein Handlungsbedarf ergibt. Durch offenes Fragen der Beraterin getrauen sich genital beschnittene Frauen vielleicht zum ersten Mal in ihrem Leben darüber zu sprechen, wie sie das Ritual ihrer Beschneidung und die damit verbundenen Folgen erlebt haben und erleben. Die Aufgabe der Beraterin besteht also darin, hilfreiche Begleiterin zu sein, statt einfach zu entscheiden, was ihrer Meinung nach gut für die Klientin ist.
Die Herstellung von Beziehungs- und Begegnungsqualität ist nicht nur Grundlage für eine tragfähige Arbeitsbeziehung, sondern stellt gleichzeitig einen «Raum der Würde» für die Klientinnen her, um schamhafte Themen der Sprache zugänglich zu machen (Marks, 2013). Demnach geht es nicht darum, die von Klientinnen und Klienten in Gespräche eingebrachten Schamgefühle «abzuschaffen» oder «loszuwerden» (ebd., S. 155). Diese gilt es vielmehr als solche zu erkennen, anzuerkennen und als Entwicklungsimpulse wahrzunehmen. Die vier Grundformen der Scham (ebd., S. 155-159) können so verstanden werden, dass sie durch die personenzentrierte Beratung nach Rogers bereits Berücksichtigung finden und hier der Bewahrung der Würde der Klientinnen dienen:

- ***Anerkennung:*** Ersparen vermeidbarer Beschämung, indem der Klientin mit einer Haltung von Anerkennung, Respekt und Wertschätzung begegnet wird.

- ***Schutz:*** Gewährleisten eines geschützten Raums durch Beratung, zum Beispiel in der Findung einer Sprache für schamhaft Erlebtes oder erlittene Beschämung; taktvoller Umgang mit Sprache und entsprechenden Deutungen; hier: Anwendung des Begriffs *FGC*.

- ***Zugehörigkeit:*** Vermitteln von Zugehörigkeit auch in einer Phase, in der Hilfe und Unterstützung in Anspruch genommen werden muss, unabhängig von Aufenthaltsstatus und Gesprächsanlass.

- ***Integrität:*** Schaffung eines «Raums», in dem Klientinnen integer sein dürfen, in dem sie sich nicht «verbiegen» müssen und sich treu bleiben können. Unterstützung im Umgang mit der Wahrnehmung und Deutung ihrer Tradition durch Dritte und Bestärkung in Selbstwahrnehmung und Selbstwertgefühl.

Damit genital beschnittene Frauen sich gegenüber der Beraterin oder Fachpersonen öffnen, müssen sie sich als Gegenüber akzeptiert fühlen und nicht als «Opfer» einer Praxis, dem nun «geholfen» werden soll. Zu vermeiden ist, dass die betroffenen Frauen in Rechtfertigungsdruck hinsichtlich ihrer Beschneidung kommen. In diesem Fall besteht nämlich die Gefahr, dass sie das Vertrauen verlieren, die Beraterin oder Fachperson ablehnen und ihre Probleme mitsamt den Konsequenzen unbehandelt bleiben. Ziel der Haltungsreflexion auf Seiten der Beraterin ist, dass die beschnittene Frau sich in ihrem Erleben akzeptiert fühlt und ein Dialog auf Augenhöhe zustande kommen kann (Ihring, 2015, S. 171). Insbesondere für eine nachhaltige Arbeit in der Prävention von FGM/C mit Blick auf die Töchter, Nichten oder Enkelinnen dieser Migrantinnen ist dieser Aspekt wichtig.

Selbstreflexion, Hintergrundwissen, Erfahrung und narrative Empathie sind die vier Kompetenzen, die eine Beraterin qualifizieren, das Thema weibliche Genitalbeschneidung professionell, hilfreich und nachhaltig anzusprechen.

Wie bereits oben beschrieben, ist FGM/C in verschiedenen Regionen und Ländern Afrikas die gesellschaftliche Norm. Die Migration kann für genital beschnittene Frauen die Möglichkeit bedeuten, diese Norm zu hinterfragen. Zudem ist der gesellschaftliche Kontext im Einwanderungsland ein vollständig anderer, FGM/C hat hier für die weibliche Identität überhaupt keine Bedeutung oder wird sogar unter dem Begriff FGM eindeutig negativ bewertet. War FGM/C im Herkunftsland identitätsstiftend, wird diese Praxis im Einwanderungsland explizit als Verlust der weiblichen Identität betrachtet (Ihring, 2015, S. 174f.; Asefaw, 2017, S. 82ff.).

Von vielen beschnittenen Migrantinnen wird dieser Verlust einer wichtigen Sinngebung ihrer Beschneidung als psychisch sehr belastend empfunden, weshalb beratende Fachpersonen hier sensibel vorgehen sollten (Asefaw, 2017, S. 96ff.). Oft beginnt bei den betroffenen Frauen ein Prozess des Umdenkens, der schneller oder langsamer, tiefgreifender oder mehr an der Oberfläche bleibend verlaufen kann und in adäquater Weise gewürdigt werden sollte, da er in jedem Fall positiv zu bewerten ist. Gleichwohl ist es die Aufgabe von Beraterin und Fachpersonen, klar zu kommunizieren, dass FGM/C in der Schweiz strafbar ist und nicht geduldet wird.

5.4 Weibliche Genitalbeschneidung ansprechen

Der erste Kontakt zwischen einer Fachperson in sexueller und reproduktiver Gesundheit und einer von genitaler Beschneidung betroffenen Frau kommt häufig zunächst über Fragen zu Schwangerschaft und Verhütung zustande; oft als Überweisung aus den verschiedenen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit. Auch diese Fachpersonen sind in ihrem Arbeitsalltag mit genital beschnittenen Migrantinnen in Kontakt und nicht selten wird hier erst im Verlauf eines oder mehrerer Beratungsgespräche klar, dass die genitale Beschneidung der Klientin ein Thema ist und weiterer Bearbeitung durch spezialisierte Fachpersonen bedarf.
Die nachfolgend aufgeführten Situationen können besonders geeignet sein, FGM/C anzusprechen (angelehnt an: IDE, 2012, S. 47):

- ***Nach Informationsveranstaltungen*** sowie Integrationskursen zu den Themen Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsversorgung

- ***In Beratungsgesprächen*** zu Schwangerschaft und Geburt, beispielsweise durch die Gesundheitsverantwortlichen in Asylzentren

- ***Nach Diskussionsrunden von Femmes-Tischen***[17] zu Frauengesundheit, Verhütung und Körperwissen

- ***In Gesprächen über Werte*** (z. B. die gewaltfreie Erziehung) in der Schweiz

17 Femmes-Tische ist ein nationales Präventionsprogramm, in welchem sich Frauen in Diskussionsrunden mit Fragen der Gesundheit, Erziehung und Integration auseinandersetzen. Diese Diskussionsrunden werden teilweise auch in Asylzentren angeboten. Es gibt auch ein spezifisches Moderationsset zu Frauengesundheit und weiblicher Genitalbeschneidung. Mehr Informationen dazu unter www.femmestische.ch

- ***Mit Migrantinnen, die über wiederkehrende Bauch- oder Kopfschmerzen klagen***, beispielsweise auch in Bezug auf ihre ungenügende Arbeitsintegration

- ***In Kontrolluntersuchungen*** des (weiblichen) Säuglings und ihrer Impfungen; besonders geeignete Ansprechpersonen sind hier Väter- und Mütterberaterinnen, weil sie über den Säugling einen speziellen Kontakt zu den Eltern herstellen können.

- ***Vor und nach einer Reise bzw. der Rückkehr ins Herkunftsland,*** durch die Schulsozialarbeitende, die Schulleitung und Lehrpersonen

- ***Nach sexualpädagogischem Unterricht:*** Hier sollte das Thema nicht in der Gruppe angesprochen werden, um betroffene Mädchen nicht blosszustellen; mit einer begründeten Gefährdungsannahme ist jedoch unbedingt nach Möglichkeiten zu suchen, im Anschluss an die Veranstaltung ein Einzelgespräch anzubieten.

Idah Nabateregga (2017, S. 8-9) hat für das Sprechen über FGM/C mit betroffenen Frauen eine Reihe praktischer Tipps zusammengestellt, die als Anregungen verstanden werden wollen und hier keinesfalls einen «Katalog» darstellen:

Gesprächsvorbereitung

- ***Informieren Sie sich*** bereits im Voraus fundiert über das Thema, zum Beispiel über Formen und kulturelle/soziale Hintergründe weiblicher Genitalbeschneidung im Herkunftsland Ihrer Klientin.
- ***Antizipieren Sie Argumente jenseits Ihrer eigenen Sichtweise*** in Ihrer Vorbereitung, denn Sie werden auf sie reagieren müssen.
- ***Überwinden Sie Sprachbarrieren***, indem Sie eine inter- oder transkulturell geschulte Dolmetscherin beiziehen, deren differenzierte Haltung zu FGM/C, Schwangerschaft und Sexualität Sie zuvor abgeklärt haben und die mit den einschlägigen Aspekten dieser Themen vertraut ist.
- ***Sorgen Sie für eine entspannte und offene Atmosphäre.***

Sprachlicher Ausdruck

Achten Sie darauf, wie Sie sich ausdrücken

- ***Wortwahl:*** Sprechen Sie im Umgang mit Betroffenen von «Beschneidung» und nicht von «Verstümmelung».
- ***Pauschalisierungen vermeiden:*** Verallgemeinerungen wie «In Afrika sind alle Frauen beschnitten», sind im professionellen Beratungsgespräch stets kontraproduktiv.
- ***Bleiben Sie differenziert:*** Trennen Sie beispielsweise deutlich die unterschiedlichen Formen genitaler Beschneidung von den damit einhergehenden typischen gesundheitlichen Beschwerden.

Vertrauensbasis

- ***Seien Sie geduldig:*** Weibliche Genitalbeschneidung ist in den Herkunftsländern der betroffenen Frauen oft ein Tabu-Thema, es fällt ihnen schwer, darüber zu sprechen; selbst mit einer anderen Frau.
- ***Gespräche zum gegenseitigen Kennenlernen:*** Vereinbaren Sie ein solches, bevor Sie zum Thema weibliche Genitalbeschneidung in eine Einrichtung kommen oder integrieren Sie diese in eine Veranstaltung zu allgemeinen Themen von Frauengesundheit, Körperwissen, Schwangerschaft und ähnlichen Themen.
- ***Bereitschaft erfragen:*** Fragen Sie Ihre möglichen Klientinnen nach deren Bereitschaft, über weibliche Genitalbeschneidung zu sprechen.
- ***Gehen Sie sensibel mit der Betroffenen um:*** Akzeptieren Sie, wenn diese ein Gespräch vielleicht beginnt, aber ab einem bestimmten Punkt nicht weiterführen möchte.

Präventionsarbeit

Mit folgenden Themen können Sie das Gespräch in der Präventionsarbeit strukturieren, wenn Sie begründet vermuten, dass ein minderjähriges Mädchen gefährdet ist, genital beschnitten zu werden:

- Herkunft (Land und Region)
- Familienstruktur: Mit wem leben Sie zusammen?
- Wie ist der Umgang mit Kindern, Jugendlichen oder Frauen zu Hause?
- Was sind positive Bräuche und Rituale in Ihrer Kultur?

- Vorhandenes Wissen über weibliche Genitalbeschneidung?
- Wer in der Familie spricht sich für die Beschneidung aus?
- Welche Freiheiten und Verbote gibt es in der Familie?
- Gibt es Familienmitglieder, die dagegen sind?
- Gibt es Gewalt in der Familie?
- Welche Familienmitglieder oder Freundinnen sind Vertrauenspersonen?
- Ist eine Reise ins Herkunftsland geplant?
- Kann Unterstützung durch eine Fachberatungsstelle mit Terminvereinbarung und Begleitung organisiert werden?

Partizipation

Versichern Sie Ihrer Gesprächspartnerin, dass sie an allen Entscheidungsprozessen beteiligt sein wird. Zeigen Sie der betroffenen Frau gegenüber in jedem Fall Ihren Respekt. Ein Gespräch über FGM/C und die Folgen kann für alle Beteiligten sehr emotional sein, deshalb:

- ***Kontrollieren Sie Ihre eigenen Gefühle;*** Sie sind eine professionell beratende Fachperson.
- ***Nutzen Sie Gesprächspausen,*** um die Kontrolle über Ihre Emotionen wiederzuerlangen bzw. der Klientin die Möglichkeit zu geben, emotional dem Gespräch folgen zu können.

Selbstorganisation der Betreuerin

Machen Sie Ihre Standpunkte deutlich, ohne zu verurteilen. Falls Ihre Gesprächspartnerin eine andere Meinung hat:

- ***Reflektierte Reaktion;*** bedenken Sie, dass es auch in Europa schädliche soziale Normen und Praktiken gegeben hat und gibt.
- ***Aufklärung:*** FGM/C hat in Europa als FGM klare juristische Konsequenzen; denken Sie im Gespräch daran, dass der Klientin möglicherweise der Zusammenhang ihrer Beschneidung mit ihren medizinischen Beschwerden gar nicht bewusst ist.
- ***Verbreitung von Informationen:*** Händigen Sie wo immer möglich für die Zielgruppe leicht lesbares Informationsmaterial zu FGM/C und Hinweise zum Schutz von gefährdeten Mädchen und Frauen aus; Überlegen Sie sich Möglichkeiten, wie diese Informationen auch für Analphabetinnen zugänglich gemacht werden können.

5.5 Sachgerecht informieren

Insbesondere Frauen mit Migrationshintergrund haben oft sehr beschränkte Kenntnisse über ihren eigenen Körper und Themen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, denn in ihren Herkunftsländern gibt es für die meisten von ihnen kaum Schulbildung und schon gar keinen sexualpädagogischen Unterricht (BZgA/Sensoa, 2016). Die Migrantinnen und Migranten haben jedoch ein Recht auf angemessene Information und Bildung zu sexualitätsbezogenen Themen, wie beispielsweise die Funktion ihrer Geschlechtsorgane, Beziehungen, Verhütung, Geschlechterrollen.
Gleichfalls sind diese Frauen und Männer häufig nicht gewohnt, Bilder oder Modelle vom menschlichen Körper oder Geschlechtsorganen zu betrachten. Es ist daher anzustreben, dass die beratenden Fachpersonen bzw. deren Arbeitgebende es möglich machen können, diesen Klientinnen und Klienten die Wahl zu überlassen, anhand einer Zeichnung, eines Modells oder einfach in Worten Erklärungen zu ihren Fragen zu erhalten.
Wenn es um Informationen zur Funktionsweise der weiblichen Geschlechtsorgane geht, ist im Sinne des Empowerments in Gesprächen mit genital beschnittenen Frauen unbedingt auf weiterhin vorhandene Ressourcen hinzuweisen. Ihnen fehlen zwar Teile ihrer Geschlechtsorgane, wie weiter oben in Kapitel 2.2 dargestellt, gleichwohl sind bei allen diesen Frauen die in den tieferen Bereichen des Beckens liegenden Sexual- und Fortpflanzungsorgane intakt vorhanden.

Besonders hilfreich, weil am anschaulichsten, ist die Arbeit mit dreidimensionalen Modellen. Hier ist ganz plastisch demonstrierbar, welche Teile der äusseren Geschlechtsorgane (möglicherweise) entfernt wurden und welche unverletzt in den Tiefen des Beckens liegen. Anhand eines Modells kann beispielsweise einer nach Typ II genital beschnittenen Frau gut erklärt werden, dass bei ihr zwar die Vulvalippen sowie der äussere Teil der Klitoris fehlen, dass jedoch der grösste, nämlich tiefer liegende Teil der Klitorisschwellkörper noch vorhanden ist.
Da die Klitorisschwellkörper in Bezug auf lustvolle weibliche Sexualität eine zentrale Rolle spielen, sollte die beratende Fachperson diese wichtige Ressource ansprechen.
So hat das Schweizerische Kompetenzzentrum für Menschenrechte SKMR in Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnerinnen Caritas Schweiz, Terre des Femmes Schweiz und Sexuelle Gesundheit Schweiz eine Website[18] für gefährdete und bereits genital beschnittene Mädchen und Frauen sowie ihr Umfeld

18 www.maedchenbeschneidung.ch

erarbeitet. Sie bietet in sechs Sprachen – auch Somalisch und Tigrinja – Informationen und Kontakte. Zudem sind Videos in allen Sprachen verfügbar, welche die wichtigsten Informationen weitergeben, da viele Frauen der Zielgruppe nicht oder nicht gut lesen können. Zusätzlich ist auf der Informationsplattform eine Website[19] für Fachpersonen integriert. Diese enthält in drei Landessprachen und Englisch nochmals zusätzliche Hintergrundinformationen und Kontakte.
Die Website «Zanzu – mein Körper in Wort und Bild»[20] stellt in dreizehn Sprachen einfach und anschaulich Informationen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit zur Verfügung und erleichtert die Kommunikation. Somit erhalten insbesondere diejenigen, welche die deutsche Sprache noch nicht gut beherrschen einen diskreten, direkten Zugang in die Bereiche Körperwissen, Familienplanung und Schwangerschaft, Verhütung, Beziehung und Gefühle, HIV/STI sowie Sexualität. Unter «Körper» › «Körper der Frau» › «Weibliche Genitalverstümmelung» wird auch die Beschneidung thematisiert. Dies ist eine Website, die von der deutschen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und dem flämischen Expertenzentrum für sexuelle Gesundheit Sensoa im Jahr 2016 ins Leben gerufen wurde. Leider sind die in der Schweiz verbreitetsten Sprachen von Menschen aus Gebieten, in denen FGM/C praktiziert wird – Somalisch, Tigrinja und Amharisch – auf dieser Website nicht vertreten.
Eine weitere wichtige Informationsplattform zu Themen der sexuellen Gesundheit für Migrantinnen und Migranten ist die Website der Sexuellen Gesundheit Schweiz[21]: Sie enthält Informationen zu Geschlechtsorganen, Schwangerschaft, Schwangerschaftsverhütung und sexuell übertragbaren Krankheiten. Diese Informationen sind alle in Somalisch und Tigrinja übersetzt; spezifisch zu weiblicher Genitalbeschneidung gibt es noch keine Informationen.

5.6 Zusammenarbeit mit interkulturell Dolmetschenden

In der Schweiz gibt es mittlerweile ein grosses Netzwerk mit interkulturell Dolmetschenden und interkulturell Vermittelnden. Deren Potential sollte in Beratungskontexten auf jeden Fall genutzt werden. Die Website von INTERPRET[22] ermöglicht es Fachpersonen der Sozialen Arbeit und der medizinischen Versorgung, regionale Vermittlungsstellen für interkulturelles Dolmetschen schnell und einfach herauszusuchen und mit qualifizierten Übersetzerinnen in Kontakt zu kommen.

19 www.maedchenbeschneidung.ch/netzwerk
20 www.zanzu.de
21 www.sex-i.ch
22 www.inter-pret.ch

Wie in Kapitel 4.5. beschrieben, spielen interkulturell Dolmetschende im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit eine sehr wichtige Rolle. Weiter oben wurde bereits angedeutet, dass es für die nachhaltige Kommunikation mit den betroffenen Frauen von besonderer Bedeutung ist, dass auch diese Dolmetschenden weiblich sind; nachfolgend werden sie daher ausschliesslich in dieser Form benannt.
Die Dolmetscherinnen haben häufig als erste Kontakt mit einer Zielgruppe oder einzelnen Frauen, die von Fachpersonen der sexuellen Gesundheit nicht so einfach erreicht werden können. Zweitens agieren die interkulturellen Dolmetscherinnen für diese Fachpersonen sexuelle Gesundheit als Brückenbauerinnen zur Zielgruppe, indem sie die Gesundheits- und Rechtsinformationen nicht nur einfach übersetzen, sondern kulturspezifisch angepasst erklären können. Drittens ist es auch für Fachpersonen sexuelle Gesundheit wichtig, dass sie gewisse kulturspezifische Informationen erhalten und erläutert bekommen, die ihnen wiederum helfen, spezifische Antworten einzuordnen oder beispielweise Gespräche mit genital beschnittenen Frauen vorzubereiten; auch dafür sind die interkulturell Dolmetschenden eine wichtige Ressource.
Wie gleichfalls bereits weiter oben dargestellt, ist ein Gespräch über weibliche Genitalbeschneidung für die meisten betroffenen Frauen kulturbedingt mit einem Tabu behaftet. Das Sprechen darüber fällt ihnen unter Umständen sehr schwer. Hier ist darauf zu achten, professionelle interkulturelle Dolmetscherinnen mit einzubeziehen. Sie stellen sicher, dass die Bedeutung der Situation «Beratungsgespräch» sowie die Fragen der Beraterin aber auch die Antworten der Frauen adäquat verdolmetscht werden – dies ist beispielsweise beim Dolmetschen durch Familienmitglieder, häufig sind dies die eigenen Kinder, nicht unbedingt zu erwarten, da hier Scham und schlichtes Unverständnis mangels Kenntnissen zu erheblichen Missverständnissen führen können. Zudem kennen die interkulturell Dolmetschenden die kulturellen Hintergründe des Herkunftslandes der genital beschnittenen Frauen und können diese in ihre Tätigkeit integrieren.

5.7 Männer in die Diskussion einbeziehen

Die Interviews von Ihring (2015) zeigen, dass den als Teil des sozialen Gesamtkontextes beteiligten Jungen und Männer hinsichtlich FGM/C zu wenig Beachtung geschenkt wird. Dies wäre jedoch wichtig, da auch die Männer mehr Informationen über die Konsequenzen der verschiedenen Eingriffe im Rahmen von FGM/C haben sollten, um die Tragweite dieser kulturellen Praxis zu verstehen. Wären die Männer besser informiert, könnten sie sich besser gegen die Befürworter und Befürworterinnen dieser Praxis durchsetzen (ebd., S. 164 und S. 172; Asefaw, 2017, S. 76f.).

Der Einbezug von Männern ist für die Prävention wichtig, wirkt sich aber auch zum Vorteil der bereits genital beschnittenen Frauen aus. Durch die Informationen, welche die Männer beispielsweise zu den gesundheitlichen Konsequenzen der weiblichen Genitalbeschneidung erhalten, können sie ihre Ehefrauen besser verstehen und begleiten. Das Verständnis und die Unterstützung des Ehemanns sind für viele genital beschnittene Frauen mit Migrationshintergrund von grosser Bedeutung. Beispielsweise, wenn sie sich trotz schwerwiegender gesundheitlicher Probleme nicht defibulieren lassen, in der Meinung, ihre Ehemänner würden dies nicht befürworten. In einem offenen Gespräch über die Folgen der weiblichen Genitalbeschneidung, kann auch der Ehemann seine Meinung dazu äussern. So wird oft klar, dass er auf keinen Fall möchte, dass seine Ehefrau weiterhin leiden muss. Durch die Unterstützung des Ehemanns wird in der Folge dann eine Defibulation erst möglich.

Neben der Prävention haben die Männer auch noch eine wichtige Rolle für den Zugang ihrer Frauen zur Gesundheitsversorgung. In der Europäischen Union wurde deshalb von vier Organisationen – Forward (GB), GAMS (B), HIMILO (NL) und dem Institut Tropical Health (B) – eine Kampagne für Männer[23] lanciert. Das aus EU-Mitteln finanzierte Projekt publizierte 2017 eigene Ergebnisse zur Rolle von Männern im Kontext weiblicher Genitalbeschneidung (S. O'Neill, D. Dubourg, S. Florquin, M. Bos, S. Zewolde und F. Richard 2017), organisierte spezielle Trainings als Peer-to-Peer Aktivitäten für Männer mit Männern aus der eigenen Community über die Folgen von FGM/C, die Gleichstellung der Geschlechter und andere Beziehungsthemen.

Projekte, die sich spezifisch an die Väter noch nicht genital beschnittener Töchter und an die Ehepartner genital beschnittener Frauen richten, können nach dem oben gesagten also eine wichtige Rolle für die Prävention und Gesundheitsversorgung von FGM/C haben. Daher hat Caritas Schweiz 2018 Gesprächsrunden für Männer zu weiblicher Genitalbeschneidung lanciert. Weiterführende Informationen hierzu geben die zuständigen Projektverantwortlichen.[24]

5.8 Handlungsempfehlungen – das Wichtigste in Kürze

Die nachfolgenden Handlungsempfehlungen fassen das oben gesagte noch einmal kurz und übersichtlich zusammen. Sie sollen Fachpersonen in der Beratung motivieren und unterstützen, sich mit der wichtigen Thematik FGM/C auseinan-

23 www.menspeakout.eu
24 ww.caritas.ch/fgm

derzusetzen und sie als einen möglichen Aspekt ihres Arbeitsalltags zu verstehen und entsprechend zu integrieren.

- ***Kennen Sie Ihre Zielgruppe*** – je besser Sie über Herkunft, Communities, Lebensgeschichte und Familienstruktur Ihrer Klientinnen informiert sind, desto genauer können Sie erste Arbeitshypothesen bilden.

- ***Schaffen Sie Vernetzung*** – von FGM/C betroffene Frauen sind nicht in jedem Fall daran gewöhnt, von sich aus Hilfe oder Beratung zu sexueller und reproduktiver Gesundheit anzunehmen; gehen Sie auf die Frauen zu.

- ***Erwerben Sie sich Kreativität und Handlungssicherheit im Ansprechen*** weiblicher Genitalbeschneidung mit unterschiedlichen Personen und in verschiedensten Situationen.

- ***Kommunizieren Sie stets auf Augenhöhe*** – die wichtigste Voraussetzung für gelungene Beratung sind gegenseitiges Vertrauen, Respekt und Geduld; betroffene Frauen haben ein Recht auf faktenbasierte Informationen, die für sie zugänglich und annehmbar gestaltet sind, das heisst Anrecht auf Dolmetscherinnen, einfache Sprache, Symbole etc.

- ***Arbeiten Sie wann immer möglich mit interkulturellen Dolmetscherinnen*** – Sprachbarrieren schaffen die grösste Ungleichheit!

- ***Versuchen Sie, die Männer mit einzubeziehen*** – in den Herkunftsländern ist weibliche Genitalbeschneidung ein weibliches Thema, zu dem Männer keinen Zugang haben und haben sollen, obwohl es auch sie im Rahmen der Paarsexualität betrifft. Wenn es Ihnen gelingt, sie mit faktenbasierten Informationen zu versorgen und in Reflexionsprozesse einzubeziehen, gewinnen Sie für Ihre Klientinnen vielleicht wertvolle Verbündete.

- ***Und nicht zuletzt:*** Reflektieren Sie wieder und wieder Ihre eigene Haltung zu FGM/C, zu den Frauen und Männern, mit denen Sie in diesem Zusammenhang in Kontakt kommen, zu den Institutionen und anderen Professionellen, mit denen Sie arbeiten und – Ihre eigene emotionale Betroffenheit!

Für die Entwicklung einer transkulturellen Perspektive zu FGM/C ist für die Zukunft zu wünschen, dass dieses Thema bereits Teil der Ausbildung von Fachpersonen im Bereich der Sozialen Arbeit und der medizinischen Versorgung wird und selbstverständlich in die entsprechenden Curricula im Bildungs-, Gesundheits-

und Sozialbereich einfliesst. Zusätzliche Weiterbildungsangebote für die entsprechenden Berufsgruppen könnten es Fachpersonen dann im weiteren Verlauf ihres Arbeitslebens ermöglichen, sich vertieft mit FGM/C und den Folgen, insbesondere auch auf dem Hintergrund weltweiter Migrationsbewegungen zu befassen.

Neben den Fachpersonen sind die Institutionen im Migrationsbereich und der Sexuellen und reproduktiven Gesundheit gefordert, sich mit FGM/C auseinandersetzten. Falls nicht schon geschehen, sollten sich zumindest die fachlich Zuständigen dieser Anlaufstellen zum Thema weiterbilden. Dies ist ein erster Schritt, um FGM/C und die Folgen adäquat in die Angebote ihrer jeweiligen Institutionen zu integrieren. Die Abläufe und regionalen Vernetzungen sind entsprechend anzupassen, damit nicht jede von FGM/C betroffene Klientin die Leistungsfähigkeit der Institution an ihre Grenzen bringt. Insbesondere zu diesem letzten Aspekt können sich Institutionen wie einzelne Fachpersonen an die nationalen Anlaufstellen[25] des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz wenden, um sich dahingehend Unterstützung zu holen.

Abschliessend freut sich die Autorin, wenn es ihr mit dieser Publikation gelungen ist, Ihnen Mut zu machen, FGM/C in ihre Beratungstätigkeit zu integrieren. Mit einer sachlich fundierten und in der Kommunikation kultursensibel gestalteten Beratung leisten die Fachpersonen einen wichtigen Beitrag in der adäquaten Begleitung von genital beschnittenen Frauen in der Schweiz.

25 www.maedchenbeschneidung.ch/netzwerk

Hilfreiche Adressen

www.caritas.ch/fgm
Kontakte zu den Projektverantwortlichen von Caritas Schweiz

www.femmestische.ch
Femmes-Tische ist ein nationales Präventionsprogramm, in welchem sich Frauen in Diskussionsrunden mit Fragen der Gesundheit, Erziehung und Integration auseinandersetzen. Diese Diskussionsrunden werden teilweise auch in Asylzentren angeboten. Es gibt auch ein spezifisches Moderationsset zu Frauengesundheit und weiblicher Genitalbeschneidung.

www.inter-pret.ch
Kontakte zu Vermittlungsdiensten mit interkulturellen Dolmetschenden

www.istanbulkonvention.ch
Zivilgesellschaftliches Netzwerk zur Umsetzung der Istanbul Konvention in der Schweiz

www.maedchenbeschneidung.ch
Webseite des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz für betroffene Communities in sechs Sprachen (Deutsch, Französisch, Italienisch, Englisch, Tigrinja und Somalisch)

www.maedchenbeschneidung.ch/netzwerk
Webseite des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz für Fachpersonen in vier Sprachen (Deutsch, Französisch, Italienisch und Englisch). Zudem finden Sie die Kontakte der nationalen Anlaufstellen zum Thema.

www.menspeakout.eu
EU Projekt zu Sensibilisierung von Männern zu weiblicher Genitalbeschneidung

www.sante-sexuelle.ch/beratungsstellen
Verzeichnis mit Beratungsstellen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit

www.sex-i.ch
Website der Sexuellen Gesundheit für Migrantinnen und Migranten. Sie enthält Informationen in elf Sprachen zu Geschlechtsorganen, Schwangerschaft, sexuelle übertragbaren Krankheiten und weiteren Themen der sexuellen Gesundheit.

www.zanzu.de
Webseite stellt in einfacher Sprache und anschaulich Informationen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit in dreizehn Sprachen zur Verfügung

Abbildungsverzeichnis

Literatur- und Quellenverzeichnis

Abdulcadir, Jasmine, Dugerdil, Adeline, Boulvain, Michel, Yaron, Michael & Margairaz, Christiane (2014). Missed opportunities for diagnosis of Female genital mutilation. *International Journal for Gynecology and Obstetrics,* 125 (3), 256-260.

Alder, Kathrin (2019, 25. Februar). Mutter muss ins Gefängnis, weil sie Töchter beschneiden liess. *Neue Zürcher Zeitung,* S. 11.

Andor, Armelle, Cambois, Emanuelle & Lesclingand, Marie (2014). Long-term consequences of female genital mutilation in a European context: Self-perceived health of FGM women compared to non-FGM women. *Journal Social Science & Medicine,* 106, 177 -184.

Asefaw, Fana (2008). *Weibliche Genitalbeschneidung. Hintergründe, gesundheitliche Folgen und nachhaltige Prävention.* Königstein: Helmer Verlag.

Avenir Social (2010). Berufscodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen. Bern: Autorin.

Bauer, Christina, Hulverscheidt, Marion & Nabateregga, Idah (2015). Gesundheitliche Folgen der weiblichen Genitalverstümmelung. In Terres des Femmes (Hrsg), *Schnitt in die Seele – Weibliche Genitalverstümmelung – eine fundamentale Menschenrechtsverletzung* (2. Aufl.). Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.

Béguin Stöckli, Dominique (2007). Frauenbeschneidung oder weibliche Genitalverstümmelung. In Dagmar Domenig (Hrsg.), *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* (2. vollst. überarb. Aufl. S. 473-486). Bern: Hans Huber Verlag.

Berg, Rigmor (2017). Internationale Studien zur Korrektur von FGM/C. *Pro Familia Medizin der Familienplanungsrundbrief – Informationen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit für Beratung und Therapie,* Nr. 2, 10.

Boeger, Annette (2013). *Psychologische Therapie- und Beratungskonzepte.* Theorie und Praxis (2., aktual. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.

Borkenhagen, Ada & Kentenich, Heribert (2009). Cosmetic Benital Surgery as «Normalizing Practice». *Sexuologie*, 16 (1-2), 37-42. Gefunden unter www.sexuologie-info.de/pdf/Bd.16_2009_1.pdf

Bundesamt für Gesundheit [BAG] (2015). *Sexuelle Verstümmelungen an Frauen – Sensibilisierungs- und Präventionsmassnahmen. Bericht des Bundesrats in Erfüllung der Motion Bernasconi (05.3235)*. Gefunden unter www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12512/14074/index.html?lang=de

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (2016). *Über das Projekt Zanzu*. Gefunden unter www.zanzu.de

Busch, Ulrike (2010). Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte. Zu Geschichte und Aktualität eines Paradigmenwechsels. In Ulrike Busch (Hrsg.), *Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte – Nationale und internationale Perspektiven* (S.9-21). Baden-Baden: Nomos Verlag.

Caritas Schweiz (2018). *Mädchenbeschneidung*. Gefunden unter www.caritas.ch/fgm

Catania, Lucrezia, Abdulcadir, Omar, Puppo, Vencenzo, Baldaro Verde, Jole, Abdulcadir, Jasmine et al. (2007). Pleasure and Orgasm in Women with Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C). *Journal of Sexual Medicine,* 4 (6), 1666-1678.

De Weck, Fanny & Hausammann, Christina (2014). *Genitalverstümmelung von Frauen und Mädchen in der Schweiz. Überblick über rechtliche Bestimmungen, Kompetenzen und Behörden.* Schweizerisches Kompetenzzentrum für Menschenrechte, Bern. Gefunden unter www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12512/14074/index.html?lang=de

Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC) (2013). *Schönheit ist nicht alles! DGPRÄC veröffentlicht Statistik zu ästhetischen Operationen.* Gefunden unter www.dgpraec.de/pressemitteilungen/schoenheit-ist-nicht-alles-dgpraec-veroeffentlicht-statistik-zu-aesthetischen-operationen

Domenig, Dagmar (2007). Das Konzept der transkulturellen Kompetenz. In Dagmar Domenig (Hrsg.), *Transkulturelle Kompetenz – Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* (2. vollst. überarb. Aufl., S.165-190). Bern: Hans Huber Verlag.

Donner, Susanne (2018, 4. Oktober). *Legal beschnitten.* Der Tagesspiegel. Gefunden unter: www.tagesspiegel.de/wissen/genitalverstuemmelung-oder-schoenheits-op-legal-beschnitten/23112360.html

Dopico, Mansura (2007). Infibulation and the Orgasm Puzzle: Sexual Experiences of Infibulated Eritrean Women in Rural Eritrea and Melbourne, Australia. In Ylva Hernlund & Bettina Shell-Duncan, (edt), *Transcultural Bodies – Female Genital Cutting in Global Context.* New Brunswick: Rutgers University Press.

Dorsch, Friedrich (2004). Psychosoziale Beratung. In Hartmut Häcker & Kurt H. Stapf, *Psychologisches Wörterbuch* (14. Aufl.) Bern: Huber.

Earp, D. Brian (2015). Female genital mutilation and male circumsision: toward an autonomy-based ethical framework. *Medicolegal and Bioehtics,* 5, 89 – 104.

Eicke, Monika (2010). Interkulturelles Dolmetschen als Berufsprofil: Warum braucht es qualifizierte DolmetscherInnen und interkulturelle VermittlerInnen? In Janine Dahinden & Alexander Bischoff (Hrsg.), *Dolmetschen, Vermitteln, Schlichten – Integration der Diversität?* (S.168-175). Zürich: Seismo Verlag.

Eidgenössische Kommission für sexuelle Gesundheit [EKSG] (2015). *Stellungnahme der EKSG zur Knabenbeschneidung.* Gefunden unter www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/organisation/ausserparlamentarische-kommissionen/eidgenoessische-kommission-fuer-sexuelle-gesundheit-eksg.html

Europarat (2011). *Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence (Istanbul Convention) Female Genital Mutilation*. Gefunden unter: www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/210

Eyer, Philipp & Schweizer, Régine (2010). *Die somalische und die eritreische Diaspora in der Schweiz*. Bern-Wabern: Bundesamt für Migration.

Graf, Janna (2013). *Weibliche Genitalverstümmelung aus Sicht der Medizinethik*. Göttingen: V&R unipress.

Hammond, Tim (2003). Der Zusammenhang zwischen weiblicher und männlicher Genitalverstümmelung. In TERRE DES FEMMES (Hrsg.), *Schnitt in die Seele – weibliche Genitalverstümmelung eine fundamentale Menschenrechtsverletzung* (S. 269 - 295). Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.

Hermann Martina (2013). *Migrationsgerechte Angebote im Bereich reproduktive Gesundheit und frühe Kindheit in der Schweiz. Eine Bestandsaufnahme von Projekten, Massnahmen und Arbeitsmethoden*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Hernlund, Ylva & Shell-Duncan, Bettina (edt) (2007). *Transcultural Bodies – Female Genital Cutting in Global Context*. New Brunswick: Rutgers University Press.

Hibbeler, Birgit (2014). Intimchirurgie: Operationen ohne Tabu. *Deutsches Ärzteblatt,* (1), 22.

Hulverscheidt, Marion (2015). Medizingeschichte: Weibliche Genitalverstümmelung im Europa des 19. Jahrhunderts. In TERRE DES FEMMES (Hrsg.), *Schnitt in die Seele – weibliche Genitalverstümmelung eine fundamentale Menschenrechtsverletzung* (S. 259 – 274). Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.

Humanrights.ch (2017). Knabenbeschneidung: Für die einen eine unentbehrliche, für die anderen eine gefährliche Tradition. Gefunden unter www.humanrights.ch/de/menschenrechte-schweiz/inneres/gruppen/kinder/beschneidung-knaben-debatte-schweiz?gclid=EAIaIQobChMI1POPwv7m2wIVGc-yCh352AUbEAAYASAAEgJR7_D_BwE

Ihring, Isabelle (2015). *Weibliche Genitalbeschneidung im Kontext von Migration*. Opladen: Berlin & Toronto: Budrich Unipress.

Integra (2017). *Eine empirische Studie zu weiblicher Genitalverstümmelung in Deutschland*. Gefunden unter www.netzwerk-integra.de/startseite/studie-fgm

International Center for Research on Women (2017). *Mental Health and ending of Female genital Mutilation and cutting – recommendation for U.S. policy and programs*. Gefunden unter www.icrw.org/wp-content/uploads/2017/10/FGMC-Policy-Brief_September_v7_WebReady.pdf

Internationales Institut der Rechte des Kindes [IDE] (2012). *Weibliche Genitalverstümmelung. Didaktisches Handbuch für Fachpersonal* (Französischsprachige Originalversion 2009). Luzern: Pädagogische Hochschule Luzern.

International Planned Parenthood Federation [IPPF] (2009). *Sexuelle Rechte: Eine IPPF-Erklärung*. London: International Planned Parenthood Federation.

Interpret (unbekannt). *Die regionalen Vermittlungsstellen*. Gefunden unter www.inter-pret.ch

Kunz, Daniel (2014). *Moduleinführung, theoretische Grundlagen zu Sexualität und Gesundheit als Beratungsthemen*. Unveröffentlichte Unterrichtsunterlagen. Hochschule für Soziale Arbeit Luzern.

Kurth Elisabeth, Tschudin, Sibil & Zemp Elisabeth (2010). Dolmetscherinnen im Spannungsfeld unterschiedlicher Geschlechtervorstellungen. In Janine Dahinden, *Dolmetschen, Vermitteln, Schlichten – Integration der Diversität?* (S. 225- 248). Zürich: Seismo Verlag.

Lightfoot-Klein, Hanny (2003). *Der Beschneidungsskandal.* Berlin: Orlanda.

Marks, Stephan (2013). Scham – grundlegende Überlegungen. Familiendynamik, 38. Jg., Heft 2,152-160.

Merten Sonja, Gari Sara (2013). *Die reproduktive Gesundheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz und anderen ausgewählten Aufnahmeländern. Eine Zusammenfassung der Literatur 2006-2012.* Basel: Swiss Tropical an Public Health Institute. Gefunden unter: www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12533/13722/index.html?lang=de

Müller, Sabine (2003). Über das Fremde in uns und den Umgang mit genitalverstümmelten Frauen. In TERRE DES FEMMES (Hrsg.), *Schnitt in die Seele – weibliche Genitalverstümmelung eine fundamentale Menschenrechtsverletzung* (S. 242-247). Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.

Nabateregga, Idah (2017). Weibliche Genitalverstümmelung – Formen, Folgen, Prävention und Beratung. *Pro Familia Medizin der Familienplanungsrundbrief – Informationen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit für Beratung und Therapie*, Nr. 2, 4-9.

Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz (2017). Gefunden unter www.maedchenbeschneidung.ch/netzwerk

O'Day, Dan mon (2017). Die anatomische Rekonstruktion nach weiblicher Genitalbeschneidung (FGM/C). *Pro Familia Medizin der Familienplanungsrundbrief – Informationen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit für Beratung und Therapie,* Nr. 2, 1-4.

O'Neill, Sarah, Dubourg, D., Florquin Stéphanie, Bos, M., Zewolde, Solomon et al. (2017): «Men have a role to play but they don't play it»: A mixed methods study exploring men's involvement in Female Genital Mutilation in Belgium, the Netherlands and the United Kingdom. Gefunden unter menspeakout.eu/wp-content/uploads/2017/09/MSO-Study_full-report_final_web.pdf

Pro Familia (2017). *Pro familia Medizin der Familienplanungsrundbrief – Informationen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit für Beratung und Therapie:* Schwerpunkt – weibliche Genitalbeschneidung (Update), Nr. 2.

Ras-Work, Berhane (2001). Mädchenbeschneidung: kultureller und rechtlicher Hintergrund. In Schweizerisches Komitee für UNICEF, *Schlussbericht zur Tagung Mädchenbeschneidung vom 21. Mai 2001* (S. 6-13). Gefunden unter www.humanrights.ch/cms/upload/pdf/070411_Schlussbericht.pdf

Seldeneck, Lucia Jay (2017). *Doktor Conny hilft Frauen nach Genitalverstümmelung*. Gefunden unter www.tagesspiegel.de/berlin/berliner-originale-doktor-conny-hilft-frauen-nach-genitalverstuemmelung/19832186.html

Sexuelle Gesundheit Schweiz (2013). *Beratung von Migrantinnen und Migranten zu sexueller und reproduktiver Gesundheit – Leitfaden für Fachpersonen.* Lausanne: Sexuelle Gesundheit Schweiz.

Sexuelle Gesundheit Schweiz (2015). *Sexual health info.* Gefunden unter www.sex-i.ch

Schüssler, Marina & Bode, Kathrin (1992). Geprüfte Mädchen. Ganze Frauen: Zur Normierung der Mädchen in der Kindergynäkologie. Zürich: efef Verlag.

Schweizer Radio und Fernsehen [SRF] (13.8.2017). *Die Klitoris: verteufelt, verheimlicht und spät entdeckt*. Gefunden unter www.srf.ch/sendungen/input/die-klitoris-verteufelt-verheimlicht-und-spaet-entdeckt

Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe [SGGG] (2005). *Patientinnen mit genitaler Beschneidung: Schweizerische Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflege-*

fachkräfte. Gefunden unter www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/3_Fachinformationen/2_Guidelines/De/Patientinnen_mit_genitaler_Beschneidung_2005.pdf

Schweizerisches Strafgesetzbuch vom 21. Dezember 1937 (SR 311).

Somalierin wegen Beschneidung verurteilt (2019, 23. Februar). *Tages-Anzeiger*, S. 5.

SOMSO Modelle GmbH (2016). *Modell der weiblichen Geschlechtsorgane*. Gefunden unter www.somso.de/anatomie/becken/sexualaufklaerung/ms-52

Staub-Bernasconi, Silvia (2007). *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft*. Bern: Haupt.

Strenge, Katharina Dorin (2013). Traumatisierung durch weibliche Genitalverstümmelung. Ein Prozessmodell unter besonderer Berücksichtigung der Migration. *Trauma & Gewalt*, 7 Jg., Heft 4, 324 – 337.

Terre des Femmes Schweiz (2017). *Istanbul Konvention in der Schweiz*. Gefunden unter www.istanbulkonvention.ch

UNICEF (2013). *Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change*. New York: Autorin.

UNICEF (2016 a). *Female Genital Mutilation/Cutting: A Global Concern*. Gefunden unter http://data.unicef.org/wp-content/uploads/2016/04/FGMC-2016-brochure_250.pdf

UNICEF (2016 b). Female Genital Mutilation/ Cutting: Country Profiles. Gefunden unter http://data.unicef.org/resources/female-genital-mutilation-cutting-country-profiles

UNICEF (2017). *At least 200 million girls and women alive today living in 30 countries have undergone FGM/C*. Gefunden unter http://data.unicef.org/child-protection/fgmc.html

UNICEF Schweiz (2013). *Weibliche Genitalverstümmelung in der Schweiz. Umfrage 2012 – Risiko, Vorkommen, Handlungsempfehlungen*. Zürich: Autorin.

United to END FGM [United to END FGM] (2017). Gefunden unter https://uefgm.org/

Weber, Esther & Daniel Kunz (2012). *Beratungsmethodik in der Sozialen Arbeit – Das Unterrichtskonzept der Beratungsmethodik an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit* (3. Aufl.) Luzern: Interact Verlag.

Weltgesundheitsorganisation [WHO] (2016a). *Female Genital Mutilation – Key Facts*. Gefunden unter www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en

Weltgesundheitsorganisation [WHO] (2016b). *WHO Guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*. Gefunden unter https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/management-health-complications-fgm/en

Wood, Paul L. (2017). Cosmetic genital surgery in children and adolescents. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* (1-10). Gefunden unter http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2017.08.003

Filmtipp

Einen interessanten Einblick in die Arbeit afrikanischer Aktivistinnen gegen FGM/C bietet zudem der Film «#Female Pleasure», Schweiz, 2018.

Autorin

Nadia Bisang, lic. phil. I, Studium in Sozialer Arbeit und Sozialpolitik an der Universität Freiburg i. Ü.; MAS Sexuelle Gesundheit im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich; Erwachsenenbildnerin. Arbeitete von 2012 bis 2018 bei Caritas Schweiz in der Prävention weiblicher Genitalbeschneidung. Als Projektverantwortliche war sie zuständig für Beratung von Betroffenen und Fachpersonen. Sie führte Weiterbildungen durch und begleitete Kantone und Institutionen in der Umsetzung von Präventionsmassnahmen. Zudem war sie mitverantwortlich für den Aufbau des schweizweiten Netzwerks gegen weibliche Genitalbeschneidung. Weitere berufliche Praxiserfahrungen in der verbandlichen Jugendarbeit, in der Gesundheitsförderung und in der Betreuung von Menschen mit Behinderung sowie älteren Menschen. Gegenwärtig arbeitet sie als Fachspezialistin zu Asyl- und Flüchtlingsfragen für den Kanton Aargau.

Bereits erschienen in der Schriftenreihe Sexuelle Gesundheit und Soziale Arbeit:

Band 1

Daniel Kunz (Hrsg.)

Sexuelle Gesundheit für Menschen mit kognitiven Einschränkungen

Angebotsübersicht und Bedürfnisabklärung zu öffentlich zugänglichen Dienstleistungen sexueller Gesundheit

Und welche Bedürfnisse haben die Betroffenen selber, wo bestehen Lücken im Bedarf an Dienstleistungen in den Bereichen Bildung, Beratung und Begegnung.

2016 | 180 Seiten | CHF 32.– | € 30.– | ISBN 978-3-906036-22-9

Band 2

Ursula Christen

Schwule Söhne – lesbische Töchter

Wie Eltern den Wertewandel zu Homosexualität erlebt und mitgestaltet haben

Homosexualität erfordert und bekommt in hoch entwickelten Gesellschaften einen neuen Platz weit weg von der noch im 20. Jahrhundert dominierenden Wahrnehmung als Krankheit und Vergehen gegen die Sittlichkeit. Ursula Christen bietet eine übersichtliche Orientierungshilfe zum aktuellen Stand der gesellschaftlichen Diskussion.

2017 | 182 Seiten | CHF 34.– | 32.– | ISBN 978-3-906036-24-3

Band 3

Brigitte Ruckstuhl, Elisabeth Ryter

Zwischen Verbot, Befreiung und Optimierung

Sexualität und Reproduktion in der Schweiz seit 1750

Sexualität galt lange als unveränderbare biologische Konstante. Dem Mann war ein starker, der Frau ein schwacher «Sexualtrieb» zugeschrieben. Es wird behandelt, wie die Schweiz als Gesellschaft die sich wandelnden Vorstellungen von Sexualität in Politik und Recht diskutiert, normiert und gestaltet hat, wie sie institutionalisiert wurden und wie sie heute Handlungsfelder der sexuellen Gesundheit bilden.

2018 | 322 Seiten | CHF 45.– | € 43.– | ISBN 978-3-906036-30-4

Weibliche Genitalbeschneidung (FGM/FGC) ist ein Thema, mit dem Fachpersonen des Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereichs nicht erst in jüngster Zeit konfrontiert sind. Diese kulturelle Tradition verschiedener afrikanischer Gesellschaften, einiger Communities im Vorderen Orient und in Indonesien ist eine Herausforderung für die professionelle an den Menschenrechten orientierte Beratungsarbeit in der Schweiz. Das Buch stellt die wichtigsten Fakten zu kulturellen Hintergründen, Art und Umfang der verschiedenen Eingriffe sowie deren medizinischen Folgen für die betroffenen Frauen dar. Es beschreibt die Rechtslage in der Schweiz, insbesondere mit Blick auf das Thema Kindesschutz. Darüber hinaus stellt es die Herausforderungen dar, mit denen Professionelle im Beratungskontext bei genital beschnittenen Frauen mit Migrationshintergrund rechnen müssen und umreisst die Bedeutung interkultureller Kompetenz und kultursensibler Kommunikation in deren professioneller Beratung. Für alle diese Aspekte und ihr komplexes Zusammenwirken bietet das Buch Fallbeispiele und Handlungsempfehlungen auf dem Hintergrund einer Synthese vielfältiger nationaler und internationaler Literatur.

Der Leitfaden ist als Arbeitsbuch und Nachschlagewerk für die Praxis konzipiert und soll Beraterinnen schnell und übersichtlich die notwendigen Informationen für die Beratung von genital beschnittenen Frauen zur Verfügung stellen.

Die Autorin Nadia Bisang hat selbst mehrere Jahre beim Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz gearbeitet.

interact Verlag, www.hslu.ch/interact

ISBN 978-3-906036-38-0