

Céline Alfeld

Weibliche Genitalbeschneidung in der Schweiz

Eine neue Herausforderung für die Soziale Arbeit?

Bachelor-Thesis der ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Soziale Arbeit
Oktober 2016



Sozialwissenschaftlicher Fachverlag Edition Soziothek
Die Edition Soziothek ist ein Non-Profit-Unternehmen des Vereins Alumni BFH Soziale Arbeit

Schriftenreihe Bachelor-Thesen
der ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Soziale Arbeit

In dieser Schriftenreihe werden Bachelor-Thesen von Studierenden der ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Soziale Arbeit publiziert, die mit Bestnote beurteilt und zur Publikation empfohlen wurden.

Céline Alfeld: Weibliche Genitalbeschneidung in der Schweiz. Eine neue Herausforderung für die Soziale Arbeit?

© 2016 Edition Soziothek Bern
ISBN 978-3-03796-599-3

Edition Soziothek
c/o Alumni BFH Soziale Arbeit
Hallerstrasse 10
3012 Bern
www.soziothek.ch

Jede Art der Vervielfältigung ohne Genehmigung des Verlags ist unzulässig.



Weibliche Genitalbeschneidung in der Schweiz

Eine neue Herausforderung für die Soziale Arbeit?

Bachelorarbeit
Céline Alfeld

Bachelorstudiengang
Zürich, Frühlingsemester 2016

Abstract

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der weiblichen Genitalbeschneidung und den Herausforderungen, die sie an die Soziale Arbeit in der Schweiz stellt. Durch die steigende Migration sind auch in der Schweiz Fachpersonen des Sozial- und Asylbereichs vermehrt mit betroffenen und gefährdeten Frauen und Mädchen in Kontakt gekommen. Schätzungsweise sind weltweit 200 Millionen Mädchen und Frauen von der Genitalbeschneidung betroffen, wobei davon ausgegangen wird, dass in der Schweiz ungefähr 14700 Betroffene und Gefährdete leben. Das Ziel der Arbeit ist, das Thema der weiblichen Genitalbeschneidung für die Soziale Arbeit in der Schweiz aufzuarbeiten und darzulegen, inwiefern das Thema für die Soziale Arbeit relevant ist. Die Fragestellung wird auf der Grundlage einer Auswertung aktueller Fachliteratur diskutiert. Es wird aufgezeigt, dass die weibliche Genitalbeschneidung eine Verletzung der Menschenrechte darstellt und somit ein Thema für die Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession ist. Weiter kann dargelegt werden, dass die Soziale Arbeit verschiedene Ressourcen sowie Fachwissen mitbringt, welches im Umgang mit Betroffenen und Gefährdeten genutzt werden kann. Nur wer über die weibliche Genitalbeschneidung, deren kulturellen Hintergründe, gesundheitliche Folgen und rechtliche Aspekte orientiert und sensibilisiert ist, kann potenziell betroffene und gefährdete Frauen und Mädchen erkennen und schützen. Daraus lässt sich für die Soziale Arbeit ableiten, dass die weibliche Genitalbeschneidung in die obligatorische Aus- und Weiterbildung aufgenommen werden muss. Es braucht ein nationales Infoportal, welches das nötige Fachwissen bündelt und verständlich und niederschwellig für Fachpersonen wie auch Betroffene und Gefährdete zugänglich macht.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	2
1. Einleitung	5
2. Begriff und Terminologie	7
3. Daten und Fakten von FGM/C	9
3.1 Verbreitung und Ausmass von FGM/C.....	9
3.2 Vorkommen in der Schweiz.....	10
3.3 Formen von FGM/C.....	11
3.4 Praxis – Durchführung und Ablauf von FGM/C	13
3.4.1 Alter und Zeitpunkt von FGM/C	14
3.4.2 Beschneiderinnen und andere durchführende Personen	15
3.4.3 Ablauf und Eingriff	15
3.5 Folgen und Komplikationen von FGM/C	16
3.5.1 Gesundheitliche Folgen und Komplikationen	16
3.5.2 Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt.....	18
3.5.3 Folgen für die Sexualität.....	18
3.5.4 Psychische Folgen.....	19
4. Kulturelle Hintergründe von FGM/C	20
4.1 Kurzer Historischer Abriss.....	20
4.2 Tradition, gesellschaftliche Aspekte und soziale Identität	21
4.3 Religion und Mythen.....	22
4.4 Kontrolle weiblicher Sexualität	23
4.5 Ästhetik und Hygiene	24
5. Rechtslage in der Schweiz	25
5.1 Menschenrechtsabkommen und ihre Bedeutung in der Schweiz	25
5.2 Relevanz der Menschenrechte für die Soziale Arbeit	26
5.3 Nationale Rechtsgrundlagen	27
6. FGM/C im Kontext der Migration	33
6.1 Fortführung von FGM/C in der Migration.....	33
6.2 Einfluss der Migration auf die Folgen von FGM/C.....	34
6.3 Umgang von Fachpersonen mit betroffenen Migrantinnen	35
6.4 Rolle der Multiplikatorinnen	36
7. Präventions- und Sensibilisierungsbemühungen im Bereich FGM/C in der Schweiz	38
7.1 Nationale und kantonale Strategien	38
7.2 Präventions- und Sensibilisierungsarbeit im Asylbereich.....	40
7.3 Handlungsempfehlungen für die Präventions- und Sensibilisierungsarbeit	42
7.4 Zielgruppe Männer	44
7.5 Zusammenhang von männlicher und weiblicher Genitalbeschneidung	44
7.6 Zwischenfazit.....	45
8. Rolle der Sozialen Arbeit	47
8.1 Soziale Arbeit und FGM/C.....	47
8.2 Gefährdung, Schutz und Intervention.....	49
8.3 Aus- und Weiterbildung von Fachpersonen	51
8.4 Zwischenfazit.....	54
9. Schlussfolgerungen	55
Literaturverzeichnis	59
Abbildungsverzeichnis	62

Anhang	63
Kontaktadressen in der Deutschschweiz	63

1. Einleitung

In den letzten Jahren haben die Asylgesuche in Europa und auch in der Schweiz wieder zugenommen (Staatssekretariat für Migration, SEM, 2015a). Die Flüchtlingsproblematik ist nicht nur ein politisch heiss diskutiertes Thema, sondern beschäftigt auch unterschiedliche Fachpersonen in ihrem beruflichen Alltag. Flüchtlinge sind mit diversen existenziellen Problemen konfrontiert und sorgen sich um ihren Aufenthaltsstatus und ihre Sicherheit. Sie bringen aber auch ihre kulturellen Traditionen und Bräuche mit in die Schweiz und treffen hier, teilweise zum ersten Mal, auf eine andere Kultur und ein anderes Wertesystem. Wenn nun mitgebrachte Traditionen gegen das schweizerische Wertesystem verstossen, stellt sich die Frage, wie weit diese Traditionen als Teil der Kultur hingenommen werden sollen und ab wann diesen Grenzen zu setzen sind.

Unter anderem kommen vermehrt Flüchtlinge aus Ländern wie Somalia, Eritrea oder Äthiopien in die Schweiz. Die Mehrheit der Bevölkerungen dieser Länder betreiben die Praktik der weiblichen Genitalbeschneidung (FGM/C¹) (Schweizerisches Komitee für UNICEF, UNICEF Schweiz, 2013b, S. 22). Es handelt sich dabei um eine Tradition, bei der die Klitoris und Schamlippen beschnitten und teilweise zusammengenäht werden. Die Folgen sind gravierend: Abgesehen von den unglaublichen Schmerzen während und nach der Genitalbeschneidung, kommen häufig physische, psychische und sexuelle Beeinträchtigungen hinzu, welche die Frauen lebenslang begleiten. Es wird davon ausgegangen, dass weltweit über 200 Millionen Mädchen und Frauen von dieser Praktik betroffen sind (UNICEF, 2016).

2001 wurde von der UNICEF Schweiz zusammen mit der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zum ersten Mal eine Umfrage zur weiblichen Genitalbeschneidung durchgeführt. Die Umfrage wurde damals nur bei Fachpersonen aus dem Bereich der Gynäkologie durchgeführt und kam u. a zum Schluss, dass FGM/C auch in der Schweiz weiter praktiziert wird (Jäger, Schulze & Hohlfeld, 2002, S. 260). Erst 2012 wurde die Umfrage auf Fachpersonen aus dem Sozial- und Asylbereich ausgeweitet. Fachpersonen der Sozialen Arbeit sind in verschiedenen Berufsfeldern tätig und arbeiten z. B. in Asylzentren, im Sozialdienst oder in Integrationsprogrammen mit Migrantinnen und Migranten zusammen. Es stellt sich daher die Frage, ob Sozialarbeitende mit betroffenen und gefährdeten Mädchen und Frauen in Kontakt kommen und weiter, inwiefern sie verpflichtet sind, sich dem Thema anzunehmen. Es ist aufgefallen, dass bislang das Thema der weiblichen Genitalbeschneidung meistens

¹ Der Begriff wird nachfolgend genauer eingeführt.

ohne den Einbezug der Sozialen Arbeit diskutiert wurde. Die Fachliteratur und die Handlungsempfehlungen in der Schweiz beschränken sich bis heute oft auf den medizinischen, menschenrechtlichen oder kulturellen Bereich und es gibt keine spezifische Fachliteratur aus sozialarbeiterischem Blickwinkel. Während eines Praktikums wurde von der Autorin dieser Arbeit die Erfahrung gemacht, dass bei Fachpersonen der Sozialen Arbeit wenig Wissen zum Thema vorhanden ist und sie unsicher sind, ob es zu ihren Aufgaben gehört, das Thema zu bearbeiten.

Diese Arbeit geht daher der Frage nach, inwiefern die Thematik von FGM/C in der Schweiz eine Herausforderung für die Soziale Arbeit ist und welche Schlüsse für die Arbeit mit betroffenen und gefährdeten Migrantinnen gezogen werden können. Um sich der Hauptfragestellung anzunähern, ergeben sich folgende Teilfragen:

- Wie ist die Praxis von FGM/C?
- Welches sind die Folgen für die Mädchen und Frauen?
- Welches sind die Hintergründe von FGM/C?
- Wie sieht die rechtliche Einordnung von FGM/C in der Schweiz aus?
- Was ist gegen FGM/C in der Schweiz zu tun?
- Was kann die Soziale Arbeit tun?

Hierbei wird folgende Hypothese aufgestellt und diskutiert: FGM/C ist in zweierlei Hinsicht eine Herausforderung für die Soziale Arbeit in der Schweiz. Einerseits kommen Fachpersonen mit zunehmender Migration aus Ländern mit hoher Prävalenzrate, immer häufiger mit Betroffenen in Kontakt und andererseits muss die Soziale Arbeit sich einen professionellen Zugang erst noch aneignen, da sie noch nicht sehr versiert ist im Umgang mit dem Thema.

Das Ziel dieser Arbeit ist, das Thema der weiblichen Genitalbeschneidung für die Soziale Arbeit in der Schweiz aufzuarbeiten. Weiter soll eine klare Haltung dazu entwickelt werden, ob die Soziale Arbeit im Umgang mit betroffenen und gefährdeten Frauen und Mädchen eine Rolle einnehmen kann und muss, und wenn ja, welche.

Methodisch wird dabei wie folgt vorgegangen: Die relevanten Informationen für die Arbeit werden aus einer breiten Literaturrecherche zusammengetragen. Um die Grundlagen aufzuarbeiten, wird internationale Fachliteratur verwendet. Für die Bearbeitung der Hauptfragen, auf denen der Fokus liegt, wird Fachliteratur aus der Schweiz verwendet.

Nach einer Begriffsklärung werden Daten und Fakten über FGM/C erläutert. Es wird dabei detailliert auf die Verbreitung, die verschiedenen Formen, die Praxis selbst und

die Folgen und Konsequenzen der Praktik eingegangen. Im anschliessenden Kapitel folgt eine Auseinandersetzung mit den historischen und kulturellen Hintergründen von FGM/C. Danach werden die Rechtslage in der Schweiz und ausgewählte Menschenrechtsabkommen und deren Relevanz für die Soziale Arbeit aufgezeigt. Der Einfluss und die Folgen der Migration auf die weibliche Genitalbeschneidung werden diskutiert, bevor im anschliessenden Kapitel genauer auf Präventions- und Sensibilisierungsbemühungen eingegangen wird. Dabei wird der aktuelle Stand der Bemühungen ausgewiesen und Handlungsempfehlungen werden zusammengetragen, wobei dem Asylbereich besondere Aufmerksamkeit geschenkt wird. In einem kurzen Exkurs wird der Zusammenhang der weiblichen und männlichen Genitalbeschneidung beleuchtet. Im letzten Kapitel wird differenziert auf die Rolle der Sozialen Arbeit im Arbeitsbereich von FGM/C eingegangen. Es wird analysiert, inwiefern die Soziale Arbeit für den Themenbereich von FGM/C qualifiziert ist und es werden konkrete Vorgehensweisen bei Verdachtsfällen erörtert. Abschliessend wird in den Schlussfolgerungen diskutiert, ob die Fragestellungen im Rahmen dieser Arbeit beantwortet werden können und es wird überprüft, ob die Hypothese verifiziert werden kann oder verworfen werden muss.

2. Begriff und Terminologie

Unter dem Begriff der weiblichen Genitalverstümmelung (Female Genital Mutilation) werden laut der World Health Organization (WHO, 1997, S. 3) alle Praktiken verstanden, welche die teilweise oder vollständige Entfernung der weiblichen Genitalien und sonstige Verletzungen der weiblichen Geschlechtsorgane aus kulturellen oder anderen nichttherapeutischen Gründen beinhalten.

Anfänglich wurde in der Fachliteratur der Begriff „Female Circumcision“ (FC) verwendet, was im Deutschen mit „weibliche Beschneidung“ übersetzt werden kann. Afrikanische Aktivistinnen haben sich aber intensiv gegen diese Begriffsverwendung gewehrt, da der Begriff ihrer Meinung nach die Praktik verharmlost und implizit mit der männlichen Beschneidung gleichstellt. Laut Richter und Schnüll (2015, S. 16) wäre „das anatomische Äquivalent zu einer ‚weiblichen Beschneidung‘, die teilweise oder komplette Amputation des Penis, nicht lediglich die Entfernung von Teilen der Vorhaut“. So hat sich anschliessend der Begriff „Female Genital Mutilation“, weibliche Genitalverstümmelung, durchgesetzt. Der Begriff wurde 1990 das erste Mal an einer interafrikanischen Konferenz zu gesundheitsschädlichen traditionellen Praktiken an Kindern und Frauen offiziell verwendet und darauf vom Inter African Committee (IAC) wie auch von der WHO und den Vereinten Nationen übernommen (De Pietro, Graf, Hausammann,

Schengg & Voegeli, 2014, S. 4 ff). Der Begriff soll die schwerwiegenden Auswirkungen und die Beeinträchtigungen der Genitalorgane hervorheben.

Das StGB (Schweizerische Strafgesetzbuch vom 21. Dezember 1937, SR311.0) verwendet in Artikel 124 ebenfalls den Terminus der Verstümmelung von weiblichen Genitalien.

Doch auch gegen diesen Begriff gibt es seit einigen Jahren Widerstand von Aktivistinnen und betroffenen Frauen. Sie kritisieren den stark negativ behafteten Ausdruck der Verstümmelung und empfinden ihn als beleidigend, entwürdigend und verletzend. Asefaw (2008, S. 12) argumentiert, dass betroffene Frauen sich selber nicht als verstümmelt sondern als beschnitten bezeichnen, da die weibliche Genitalbeschneidung in praktizierenden Ländern mit positiven Begriffen in Verbindung gebracht wird. Zum Beispiel wird die Genitalbeschneidung von Mädchen in Eritrea mit dem Wort „Mekinschab“, zu deutsch „rein“ bezeichnet, ein Begriff, der anerkennende Nebenbedeutungen aufweist. In den letzten Jahren ist der neue Terminus „Female Genital Cutting, FGC“ aufgetaucht, welcher auch Asefaw (2008, S. 13) befürwortet und verwendet. Es ist der Versuch, einen neutralen Begriff zu prägen und einen Mittelweg zu finden, zwischen der Verharmlosung der Praktik und dem sensiblen Umgang mit betroffenen Frauen. Der Ausdruck „Female Genital Cutting“ bringt jedoch das Problem mit sich, das er nur schwer ins Deutsche übertragbar ist und er häufig wieder mit „weibliche Beschneidung“ übersetzt wird. Bessere Übersetzungsvorschläge sind laut Richter und Schnüll (2015, S. 16 ff) „weiblicher Genitalschnitt“, „weibliche Genitalbeschneidung“ oder „weibliche Genitalverschneidung“.

Einige Organisationen wie z. B. die United Nation Children`s Fund (UNICEF, 2013) sind dazu übergegangen, den Doppelbegriff „Female Genital Mutilation/Cutting“ (FGM/C) zu gebrauchen. In der vorliegenden Arbeit wird ebenfalls die Abkürzung FGM/C und Genitalbeschneidung verwendet, um der Schwierigkeit und Sensibilität der Terminologie gerecht zu werden. Ein bewusster und respektvoller Umgang mit der Bezeichnung ist erforderlich, genauso wie die Vermeidung der Verharmlosung einer menschenrechtsverletzenden Praktik.

3. Daten und Fakten von FGM/C

In diesem Kapitel werden die zur Bearbeitung der Fragestellung nötigen Daten und Fakten zur weiblichen Genitalbeschneidung aufbereitet. Zuerst wird ein Überblick über die Verbreitung und das Ausmass der Praxis gegeben und analysiert, wie die Situation in der Schweiz aussieht. Weiter werden die verschiedenen Formen und die möglichen gesundheitlichen sowie psychischen Folgen und Komplikationen von FGM/C erläutert. Um ein besseres Verständnis der Praktik zu erlangen, werden die relevanten Akteure und der Ablauf genauer beleuchtet.

3.1 Verbreitung und Ausmass von FGM/C

Die Angaben zu den Ländern, die FGM/C praktizieren, und zur Anzahl betroffener Mädchen und Frauen variieren je nach Quelle. Die Fallzahlen beruhen meist auf Umfragen, welche Regierungs- und Nichtregierungsorganisationen, wie z. B. die WHO oder UNICEF durchführen. Die starke Tabuisierung des Themas macht es schwierig, gesicherte Daten zu erheben. Die UNICEF (2015) stützt sich bei der Erhebung ihrer Daten auf Haushaltsbefragungen wie die „Demographic and Health Surveys“ und die von ihnen erarbeiteten „Multiple Indicator Cluster Surveys“. Diese Arbeit beruft sich aufgrund ihres breit anerkannten Standards auf die häufig zitierten Daten der UNICEF (2013 & 2016).

Laut den neusten Datenerhebungen der UNICEF (2016) sind weltweit mindestens 200 Millionen Mädchen und Frauen von FGM/C betroffen, davon sind 44 Millionen Mädchen unter 15 Jahre alt. Aus 30 Ländern Afrikas, des Nahen Ostens und Südostasiens gibt es repräsentative Prävalenzdaten zu betroffenen Frauen zwischen 15 und 49 Jahren (siehe Grafik unten). In Somalia, Guinea, Djibouti, Sierra Leone, Mali, Ägypten, Sudan und Eritrea liegt die Prävalenzrate bei über 80 %. Burkina Faso, Gambia, Äthiopien und Mauretanien weisen eine Prävalenz von 51 bis 80 % auf. In Liberia, Guinea-Bissau, Tschad und Elfenbeinküste bewegt sich die Prävalenz zwischen 26 und 50 %. Weiter beläuft sich die Prävalenz in Nigeria, Senegal, der Zentralafrikanischen Republik Kenia, Jemen und der Vereinigten Republik Tansania auf 10 bis 25 %. Unter 10 % liegt sie in den Ländern Benin, Irak, Togo, Ghana, Niger, Uganda und Kamerun. In Indonesien konnte bislang nur die Prävalenzrate für Mädchen unter 15 Jahren errechnet werden, diese beläuft sich auf 49 % (UNICEF, 2013, S. 27). Laut Eya Nchama (2007, S. 20) existieren die Praktiken unter anderem auch im Iran, Oman, den Vereinigten arabischen Emiraten, Malaysia, Peru und bei einigen kurdischen Völkern. Es ist

festzuhalten, dass die „Mädchen nicht aufgrund ihrer Nationalität sondern aufgrund ihrer ethnischen Zugehörigkeit genitalverstümmelt werden“ (Schnüll & Kunze, 2015, S. 55).

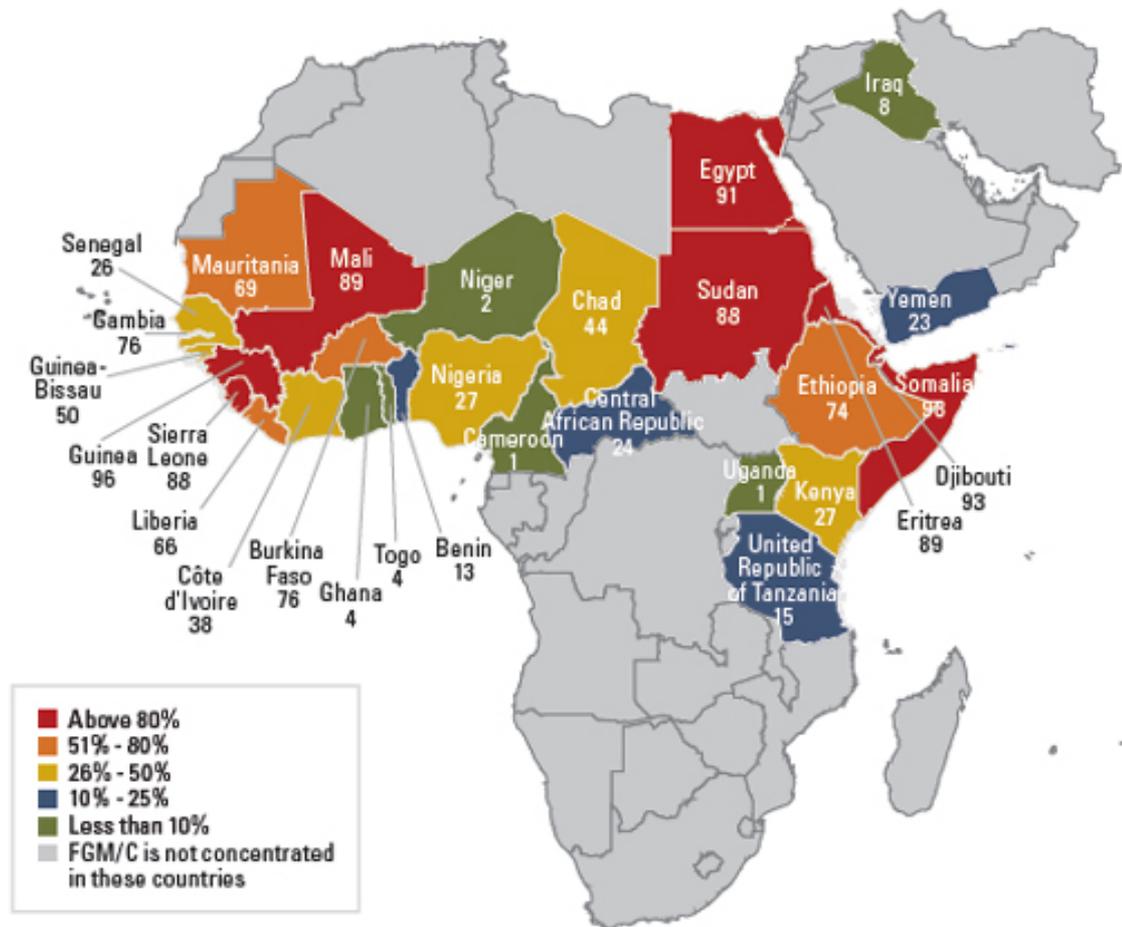


Abb. 1: Prävalenz weiblicher Genitalverstümmelung nach Ländern. Quelle: UNICEF, 2013, S. 26.

3.2 Vorkommen in der Schweiz

Durch die weltweiten Migrations- und Fluchtbewegungen ist FGM/C auch in der Schweiz zum Thema geworden. Die UNICEF Schweiz hat 2001 zusammen mit der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zum ersten Mal ermittelt, wie viele Mädchen und Frauen in der Schweiz von FGM/C betroffen oder gefährdet sind. 2012 hat im Rahmen einer Umfrage der UNICEF Schweiz (2013b) eine weitere Berechnung der Anzahl Betroffener und Gefährdeter stattgefunden. Belief sich die Zahl im Jahr 2001 noch auf 6700 Mädchen und Frauen, geht die Aufstellung vom Jahr 2012 bereits von 10700 aus. Nach neusten Berechnungen des Bundesamts für Gesundheit (BAG, 2016) beläuft sich die Zahl aktuell auf 14700. Zur Berechnung dieser Zahlen wurden die Daten zur ausländischen weiblichen Bevölkerung des Bundesamts

für Statistik mit den Prävalenzraten der Herkunftsländer der Migrantinnen verknüpft. Anzufügen ist, dass in der Aufstellung Frauen aus praktizierenden Ländern, die Inhaberinnen eines Schweizer Passes sind, nicht einkalkuliert wurden (UNICEF Schweiz, 2013b, S. 22). Überwiegend kommen die gefährdeten und betroffenen Mädchen und Frauen aus Eritrea, Somalia und Äthiopien auf der Suche nach Zuflucht in der Schweiz (De Pietro et al., 2014, S. 8).

Es wird als wichtig betrachtet, dass die Umfrage 2012 der UNICEF Schweiz (2013b) ausdrücklich erwähnt, dass davon ausgegangen werden kann, dass in der Schweiz nicht nur betroffene Frauen leben, sondern auch gefährdete Mädchen, was bedeutet, dass FGM/C auch weiter in der Schweiz praktiziert wurde und wird (UNICEF Schweiz, 2013a, S. 2 und Eyer & Schweizer, 2010, S. 84).

3.3 Formen von FGM/C

Es gibt unterschiedliche Typen und Formen der Verstümmelung und Beschneidung, welche teilweise schwer zu unterscheiden oder zu identifizieren sind. Es existieren auch Zwischenformen und Variationen der jeweiligen Typen, je nach Praxis des jeweiligen Landes oder Ethnie. Es ist nicht nur für medizinisches Personal von Notwendigkeit, Kenntnisse über die unterschiedlichen Formen von FGM/C zu haben, sondern auch für Fachpersonen aus dem Sozialbereich, da die Folgen sowie die Hintergründe je nach Genitalbeschneidungsart variieren können. Dieses Wissen kann im Umgang mit Betroffenen sehr hilfreich sein.

Nachfolgend werden die vier Kategorien vorgestellt, welche die WHO (2016) unterscheidet. Diese Klassifizierung soll aber eher als eine Art Wegweiser dienen, da die Realität sich weit aus komplexer gestaltet (Schnüll & Kunze, 2015, S. 26). Zur Veranschaulichung folgt anschliessend eine Abbildung der vier Typen.

Typ I: Es handelt sich hier um die teilweise oder vollständige Entfernung des sichtbaren Teils der Klitoris, auch Klitoridektomie genannt. In seltenen Fällen wird „nur“ die Klitorisvorhaut eingestochen, geritzt oder entfernt. Diese Form wird als die „milde Sunna“ bezeichnet und nur sehr selten praktiziert. „Sunna“ ist arabisch und kann sinn­gemäss mit Tradition oder Gewohnheit übersetzt werden (Schnüll & Kunze, 2015, S. 27).

Typ II: Dieser Typ wird auch Exzision genannt und bezeichnet die teilweise oder vollständige Entfernung der Klitoris, sowie die teilweise oder vollständige Amputation der inneren Schamlippen. Es handelt sich hierbei um die häufigste Form von FGM/C.

Typ III: Dieser Typ stellt die gravierendste Form von FGM/C dar und wird als Infibulation oder auch pharaonische Beschneidung bezeichnet. Die innere und/oder äusseren Schamlippen werden entfernt und aufgeschnitten, um dadurch eine Verengung der Vaginalöffnung zu erreichen. Je nach Praxis kann die Infibulation mit oder ohne Entfernung der Klitoris durchgeführt werden. Hinterher werden die beiden blutigen Innenseiten so miteinander vernäht, dass nur eine winzige Öffnung bestehen bleibt, durch die zukünftig Urin, Menstruationsblut und andere Vaginalsekrete austreten können (Schnüll & Kunze, 2015, S. 27 ff).

Typ IV: Der letzte Typ umfasst alle anderen schädlichen Praktiken am weiblichen Genital aus nichttherapeutischen Gründen, die nicht unter einen der anderen Typen subsumiert werden können. Darunter fallen laut Gruber, Kulik und Binder (2005):

Einritzen, Durchbohren oder Einschneiden von Klitoris und/oder Schamlippen; das Dehnen von Klitoris und Schamlippen; das Ausbrennen von Klitoris und umgebendem Gewebe, das Auskratzen der Vaginalöffnung oder Einschneiden der Vagina; das Einführen ätzender Substanzen, die Vaginalblutungen verursachen oder das Einführen von Kräutern, mit dem Ziel, die Vagina zu verengen (S. 4).

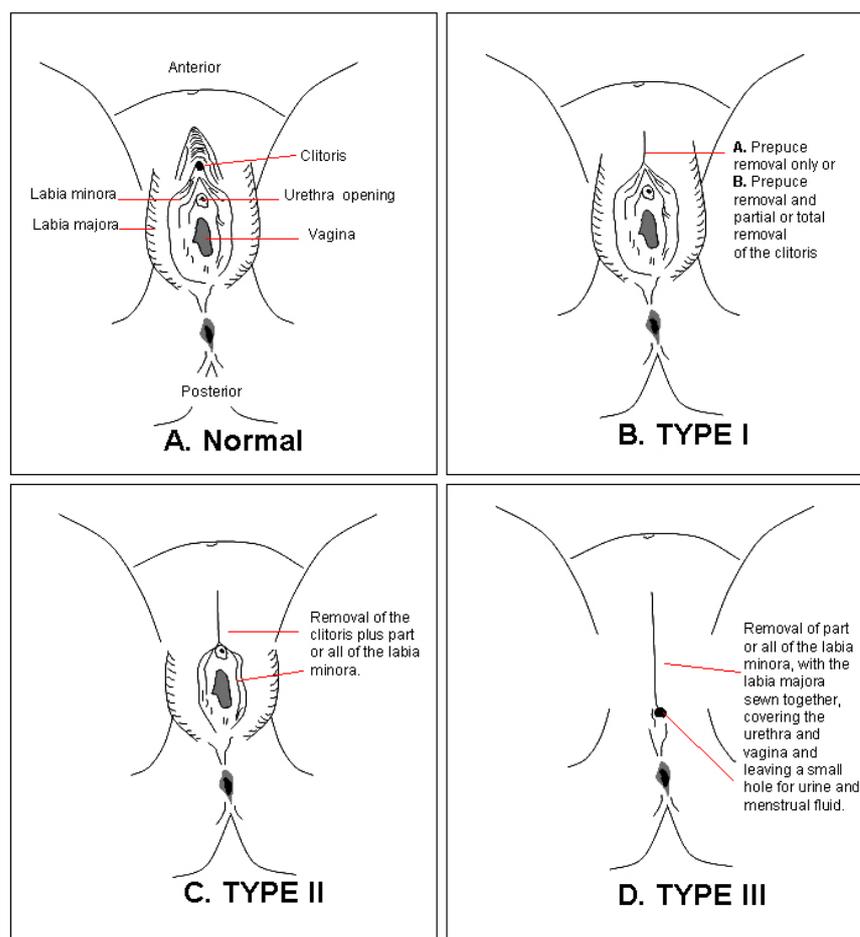


Abb. 2: Formen der Genitalbeschneidung. Quelle: Kaylima, 2007, *FGC Types*. Abgerufen am 10.05.2016 unter: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:FGC_Types.jpg

Die Typen I und II sind weltweit am weitesten verbreitet, es unterscheidet sich jedoch von Land zu Land sehr stark, wie häufig die einzelnen Formen vorkommen und hängt mit der ethnischen Zugehörigkeit zusammen. Jede ethnische Gruppe hat ihre eigene Form der Genitalbeschneidung, über die sie sich identifiziert. Vom Typ III, der Infibulation, sind ungefähr 10 % aller beschnittener Frauen betroffen und er wird überwiegend in Somalia, Djibouti, dem Sudan und von einigen Ethnien in Eritrea praktiziert. In Somalia und dem Sudan sind fast alle beschnittenen Frauen infibuliert (United Nation Population Fund, UNFPA, 2015).

Als weitere Formen von FGM/C sind die Defibulation und Reinfibulation zu nennen. Bei einer infibulierten Frau (Typ III) ist es häufig für den Geschlechtsverkehr notwendig, einen Teil der kleinen verbliebenen Öffnung zu defibulieren und damit wiederzueröffnen. Dies geschieht in der Erwartung der Gemeinschaft durch die Penetration vom Ehemann in der Hochzeitsnacht, jedoch ist dies in vielen Fällen unmöglich. Aus Angst des Ehemannes als unfähig und unmännlich dazustehen, vergrössert er mit einem Messer selber oder in seltenen Fällen eine Ärztin, ein Arzt oder eine Beschneiderin die Öffnung seiner Frau. Es kann dabei versehentlich zu zusätzlichen Verletzungen und Vernarbungen kommen. Später während der Geburt muss die infibulierte Frau ganz defibuliert werden, um so einen natürlichen Geburtsverlauf zu ermöglichen. Diese Frauen werden häufig nach der Entbindung wieder reinfibuliert. Es handelt sich dabei, um das Wiederverschliessen des Genitals durch die Entfernung der Narbenränder und das anschliessende Vernähen des Gewebes. Die Reinfibulation wird manchmal in den Krankenhäusern, häufiger jedoch von einer Beschneiderin vorgenommen. Nach mehreren Geburten und notwendigen Defibulationen ist es möglich, dass irgendwann keine Haut mehr vorhanden ist, um die Frau zu reinfibulieren (Schnüll & Kunze, 2015, S. 28 ff).

Besonders in der Migration können die Defibulation und Reinfibulation durch eine Schwangerschaft zu einem grossen Thema werden und Fachpersonen in ein ethisches Dilemma bringen.

3.4 Praxis – Durchführung und Ablauf von FGM/C

Dieses Unterkapitel beleuchtet wichtige Aspekte der Praxis von FGM/C, welche relevant sind, um gefährdete Mädchen und Frauen zu erkennen. Dabei wird auf das Beschneidungsalter sowie auf Personen, die eine aktive Rolle in der Durchführung einnehmen, eingegangen. Abschliessend wird kritisch diskutiert, wie die Medikalisierung in Bezug auf FGM/C gewertet werden kann.

3.4.1 Alter und Zeitpunkt von FGM/C

Es geht in diesem Abschnitt darum, einen allgemeinen Überblick über das Alter und den Zeitpunkt von FGM/C aufzuzeigen. Der Zeitpunkt einer Genitalbeschneidung hängt von der Genitalbeschneidungsart und der ethnischen Zugehörigkeit der Familie ab. Ungefähre Angaben zum Altersrahmen können in der Arbeit mit Familien aus praktizierenden Ländern von grossem Nutzen sein, um zu verstehen, zu welchem Zeitpunkt ein Risiko für das Mädchen besteht, beschnitten zu werden. Das Alter der Mädchen zum Zeitpunkt der Genitalbeschneidung wird von der UNICEF durch Befragungen von Betroffenen ermittelt. Diese Daten können teilweise ungenau sein, da ältere Frauen sich nicht mehr genau erinnern können, wann sie beschnitten wurden. Allgemein kann aufgrund der Datenerhebung der UNICEF (2013, S. 46 ff) gesagt werden, dass in der Hälfte der Länder die Mädchen vor dem fünften Lebensjahr beschnitten werden (z. B. Eritrea und Äthiopien) und in der anderen Hälfte die Genitalbeschneidung meistens zwischen fünf und vierzehn Jahren stattfindet (z. B. Somalia).

In einigen Ethnien wird FGM/C nur einige Wochen nach der Geburt praktiziert, andere führen sie im Kindesalter, zu Beginn der Pubertät, unmittelbar vor oder nach der Eheschliessung oder in einzelnen Fällen auch erst nach der Geburt aus. Es kann auch vorkommen, dass ein Mädchen oder eine Frau zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal, nach einer gravierenderen Form beschnitten wird. Gründe dafür können sein, dass bei der Familie des Ehemanns oder nach einem Umzug im neuen Gebiet, eine andere Form von FGM/C üblich ist.

Bei einigen Ethnien steht die Exzision in Verbindung mit einem Übergangsritual vom Mädchen zur Frau, das gefeiert wird, wenn die Mädchen zwischen 12 und 14 Jahren in die Geschlechtsreife kommen. Bei der Infibulation hingegen ist das Genitalbeschneidungsalter viel tiefer und die Mädchen sind häufig zwischen vier und acht Jahre alt (Schnüll & Kunze, 2015, S. 29 ff). Dies kann damit zu tun haben, dass die Schmerzintensität bei einer Infibulation extrem hoch ist und ältere Mädchen sich stärker wehren könnten als jüngere.

Es konnte festgestellt werden, dass in den letzten Jahren FGM/C bei Mädchen immer früher durchgeführt wurde (Gruber et al., 2005, S. 8). Dies kann in einem Zusammenhang stehen mit verstärkten gesetzlichen Verboten in den betroffenen Ländern sowie mit der Meinung, dass kleine Kinder oder Säuglinge besser zu bändigen sind und ein tieferes Schmerzempfinden haben (Schnüll & Kunze, 2015, S. 30).

3.4.2 Beschneiderinnen und andere durchführende Personen

FGM/C wird je nach Land und Ethnie von unterschiedlichen Personen durchgeführt. In den meisten Ländern wird FGM/C von einer traditionellen Beschneiderin oder traditionellen Geburtshelferin vorgenommen. Es handelt sich dabei oft um ältere Frauen, die das Handwerk von ihren Müttern erlernt haben und es wiederum ihren Töchtern beibringen (Hermann, 2000, S. 76). Sie verfügen jedoch über kein medizinisches Wissen oder ein genaueres Verständnis der weiblichen Anatomie. Diese Frauen genießen ein hohes Ansehen und werden von der Gemeinschaft respektiert. Sie verdienen viel Geld mit den Beschneidungen und sichern sich so ihr Einkommen und das ihrer Familie (Gruber et al., 2005, S. 9).

In einigen Ländern wird FGM/C von alten Frauen aus dem Dorf, von Barbieren oder Medizinmännern durchgeführt (städtisches Ägypten, Nordnigeria und Demokratische Republik Kongo). In einigen Teilen von Afrika (Senegal, Mali, Niger, Burkina Faso, Benin, Elfenbeinküste, Ghana und Mali) praktizieren auch Ehefrauen von Schmieden, welchen magische Kräfte zugeschrieben werden, FGM/C. Bei sehr armen Familien, welche sich keine Beschneiderin leisten können, wird die Prozedur von einem Familienmitglied vorgenommen (Schnüll & Kunze, 2015, S. 30). In urbaneren Gebieten von einigen Ländern (Ägypten, Somalia, Kenia und Sudan) bevorzugen es oft wohlhabendere Familien, die Genitalbeschneidung ihrer Töchter von ausgebildetem Gesundheitspersonal, wie Hebammen, Ärztinnen und Ärzten oder Krankenpflegepersonal im Krankenhaus durchführen zu lassen. Die WHO kritisiert und lehnt diese Medikalisierung von FGM/C klar ab. Mit der Medikalisierung wird zwar versucht, die problematischen hygienischen Bedingungen von FGM/C zu verbessern, es führt aber zu einer falschen Legitimation und Verharmlosung der Praktik (WHO, 2001, S. 13).

3.4.3 Ablauf und Eingriff

Trotz der Medikalisierung in einigen Ländern wird FGM/C meistens ausserhalb eines Krankenhauses unter sehr unhygienischen Umständen vorgenommen. Die Genitalbeschneidung findet häufig irgendwo im Freien, im Haus des Mädchens oder im Haus der durchführenden Person statt. Zur Genitalbeschneidung werden z. B. Messer, Scheren, Glasscherben, Rasierklingen oder Fingernägel als Arbeitsgerät gebraucht. Bei vielen Ethnien ist es üblich, dass mehrere Mädchen gleichzeitig beschnitten werden, wobei oft das gleiche Werkzeug verwendet wird.

Während der Prozedur sind mehrere Frauen anwesend, um das Mädchen festzuhalten und ihre Beine zu spreizen, damit die durchführende Person die Genitalbeschneidung vornehmen kann. Das weibliche Genital ist stark durchblutet und da FGM/C meist ohne

lokale Betäubung durchgeführt wird, ist die Prozedur mit unglaublich starken Schmerzen verbunden. Die ganze Prozedur dauert zwischen 10 bis 15 Minuten. Zur Stopfung der Blutung werden, abhängig von der Tradition und der ausführenden Person, unterschiedliche Hilfsmittel wie Asche, Kräuter, Pflanzensäfte, kaltes Wasser, Blätter, Wundpressen aus Zuckerrohr oder Rauch verwendet. Zum Wundverschluss werden u. a. Akaziendornen, Schafdarm, Pferdehaar, Bindfaden, Bast oder Eisenringe benutzt. Auch die Wundheilung ist von extremen Schmerzen begleitet und kann je nach Genitalbeschneidungsart einige Wochen in Anspruch nehmen. Bei zu starker Bewegung können die Wundränder nach einer Infibulation nicht richtig zusammen wachsen oder erneut aufreissen. Daher werden den Mädchen nach einer Infibulation die Beine an Hüften, Knien und Füßen zusammen gebunden und sie müssen häufig Tage lang am gleichen Ort bleiben (Gruber et al., 2005, S. 9 ff).

Bei einigen Ethnien ist FGM/C ein Teil einer grösseren Zeremonie und die Mädchen bekommen viel Zuwendung und Geschenke. Sie freuen sich auf diesen Tag und verbinden positive Werte mit FGM/C. Es kann aber auch vorkommen, dass die Prozedur ohne grosses Aufsehen von statten geht. Fast alle Mädchen haben gemeinsam, dass sie nicht genau wissen, was auf sie zukommt. FGM/C ist ein grosses Tabuthema und den bereits beschnittenen Mädchen wird oft verboten, zu erzählen, was sie erlebt haben. Auch nach der Genitalbeschneidung wird nicht darüber gesprochen und es findet keine Aufklärung darüber statt, was mit ihnen geschehen ist (Schnüll & Kunze, 2015, S. 31 ff).

3.5 Folgen und Komplikationen von FGM/C

In diesem Unterkapitel werden einige häufige Komplikationen und Krankheitsbilder, die in Verbindung mit FGM/C auftreten können, vorgestellt. Für alle Betroffenen ist es eine Beeinträchtigung, die nicht mehr rückgängig gemacht werden kann. Es ist jedoch anzumerken, dass nicht alle betroffenen Frauen an Konsequenzen und Probleme leiden. Je nach FGM/C Typ, individueller Situation und äusseren Umständen, können Folgen von FGM/C ganz unterschiedlich ausfallen.

3.5.1 Gesundheitliche Folgen und Komplikationen

Akute gesundheitliche Folgen und Komplikationen

Wie im vorherigen Unterkapitel erwähnt, sind die weiblichen Genitalien gut durchblutet, da sie von vielen Arterien versorgt werden und empfindlich, da sie von vielen Nerven

umgeben sind. Heftige Schmerzen und starker unkontrollierter Blutverlust während der Genitalbeschneidung können zu einer Blutarmut führen, welche wiederum Krampfanfälle, einen Schock oder gar den Tod verursachen können. Es handelt sich bei den durchführenden Personen oft um ältere Frauen, deren Sehvermögen teilweise nur noch beschränkt vorhanden ist. Dies kann dazu führen, dass während der Genitalbeschneidung umliegende Strukturen (z. B. Harnröhre oder Analschliessmuskel) in Mitleidenschaft gezogen werden und Inkontinenz verursachen.

Wenn sich die Betroffenen während der Prozedur intensiv bewegen und verteidigen kann es auch zu anderen Verletzungen wie ausgekugelte Schulter, Knochenbrüche oder Zungenbisse kommen. Da FGM/C überwiegend unter unsterilen Bedingungen praktiziert wird und mehrere Mädchen mit dem gleichen Instrument beschnitten werden, kann es schwerwiegende Infektionen nach sich ziehen. Nicht selten sind dies Infektionen wie Wundstarrkrampf, Blutvergiftung, Wundbrand, Kinderlähmung, HIV und Hepatitis, die oft tödlich enden.

Das Wasserlassen direkt nach einer Genitalbeschneidung ist mit sehr starken Schmerzen verbunden, da der Urin über die Wunde abfließt. Darum trinken Betroffene wenig und versuchen den Urin so lange wie möglich zurückzuhalten, was wiederum zu einem akuten Harnverhalten und langfristigen Komplikationen führen kann (Gruber et al., 2005, S. 12).

Langfristige gesundheitliche Folgen

Infektionen und Entzündungen, die direkt nach der Genitalbeschneidung auftreten, können zu chronischen Problemen werden. Oft entwickeln sich chronische Harnwegsinfektionen, die aufsteigen und andere Organe wie die Harnblase oder Nieren beeinträchtigen und zu Nierensteinen und Nierenbeckenentzündungen führen können (Bauer, Hulverscheidt & Nabateregga, 2015, S. 78 f). Durch eine entstandene Beeinträchtigung des Wasserlassens bei einer Infibulation kann es vorkommen, dass das Entleeren der Harnblase über 30 Minuten in Anspruch nimmt (Asefaw, 2008, S. 52). So kann auch das Menstruationsblut nur über die kleine, verbliebene Öffnung abfließen, was zu einem Blutstau und verlängerter Periode führen kann.

Chronische Infektionen können auch auf den gesamten Unterleib fortschreiten und im schlimmsten Fall Sterilität zur Folge haben. Eine andere Folge von FGM/C ist die Bildung von Fisteln, wobei die Frau unkontrolliert Urin und/oder Stuhlgang verliert. Weiter kann es durch Narbenwülste und Gewebeverziehungen zu einer Verengung der Vagina kommen, was oft schmerzhaften Geschlechtsverkehr verursacht und Geburtskom-

plikationen nach sich zieht. Eher selten kommt es nach einer Infibulation zu Zystenbildung oder Nervenfaserverwucherungen (Bauer et al., 2015, S. 78 ff).

3.5.2 Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt

Bei infibulierten Frauen kommt es häufiger zu Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen als bei anderen Formen von FGM/C. Allgemein führt FGM/C zu stärkeren Blutungen während der Geburt und Betroffene sind anfälliger für Wundinfekte. Das Narbengewebe ist oft verhärtet und wenig dehnbar, was zu einer verlängerten Geburt und zu Rissverletzungen führen kann, wobei wichtige Nerven, Muskeln und Gefässe beeinträchtigt werden. Damit die Geburt ihren natürlichen Verlauf nehmen kann, muss eine infibulierte Frau früh genug defibuliert werden. Wird sie nicht rechtzeitig geöffnet, kann dies zu Vulva- und Dammrissen und im Extremfall, durch Sauerstoffmangel während einer verlängerten Geburt, zu Gehirnschäden und Todgeburten führen. Die Gefahr zur Fistelbildung und zur Gebärmutterensenkung ist ebenfalls erhöht, wobei ersteres auch mit dem sehr jungen Alter von Erstgebärenden und letzteres mit einer hohen Geburtenrate in Verbindung gebracht werden kann (Asefaw, 2008, S. 56 ff). Todgeburten kommen öfter in ländlichen Gebieten bei Hausgeburten ohne ärztliche Versorgung und ausgebildete Hebammen vor. Es ist aber darauf aufmerksam zu machen, dass FGM/C nicht allein dafür verantwortlich ist. Es handelt sich bei der erhöhten Mütter- und Kindersterblichkeitsrate vielmehr um ein Zusammenspiel von Armut, frühen Erstgeburten, niedrigem sozialen Status und wenig Schulbildung (Asefaw, 2008, S. 60 f). Einige von FGM/C betroffene schwangere Frauen ernähren sich absichtlich ungenügend, in der Hoffnung, dass ihr Baby dadurch nicht zu gross wird und sich die Geburt vereinfacht (Gruber et al., 2005, S. 15).

3.5.3 Folgen für die Sexualität

Je nach Typ der Genitalbeschneidung kann FGM/C unterschiedliche Störungen des sexuellen Erlebens nach sich ziehen. Das Lustempfinden kann durch die Genitalbeschneidung getrübt oder anders sein als bei unbeschnittenen Frauen. Die Hochzeitsnacht wird von vielen infibulierten Frauen als qualvolle Erfahrung beschrieben. Häufig ist die Öffnung, die nach einer Infibulation bleibt, zu klein und eine Penetration teilweise unmöglich oder mit grossen Schmerzen verbunden. Betroffene haben Missempfindungen an der Narbe und erleiden aufgrund des unflexiblen Narbengewebes während dem ersten Geschlechtsverkehr meistens weitere Verletzungen. Um in die Frau eindringen zu können, greift der Ehemann wie erwähnt manchmal selber zum Messer und vergrössert die Öffnung (Bauer et al., 2015, S. 84 f). Die Ehemänner von genitalbe-

schnittenen Frauen stehen wiederum selber unter gesellschaftlichem Druck, ihre Männlichkeit und Ehre zu beweisen und können sexuelle Störungen, wie z. B. Libidoverlust oder Potenzstörungen entwickeln (Asefaw, 2008, S. 64). Jedoch betonen auch viele betroffene Frauen, dass sie trotz ihrer Genitalbeschneidung sexuelle Erfüllung erleben können. Sexuelle Befriedigung hängt nicht nur von der Anatomie ab, sondern ist von vielen Einflüssen bestimmt (Asefaw, 2008, S. 62 f). Laut Bauer et al. (2015, S. 86), „gelingt es manchen Paaren mit der Zeit, gemeinsam einen Weg der beidseitigen Befriedigung zu finden, anderen aber auch nicht“.

3.5.4 Psychische Folgen

Lange standen in der wissenschaftlichen Forschung, die körperlichen Folgen von FGM/C im Mittelpunkt und den psychischen sowie psychosomatischen Folgen von FGM/C wurden weniger Aufmerksamkeit geschenkt. Die seelischen Wunden, die bei einer Frau nach dem Eingriff entstehen können, sind individuell und hängen von verschiedenen Faktoren ab. Sie können so gravierend sein, dass betroffene Frauen das Ereignis unterdrücken und ganz von ihrer Erinnerung abkappen (Bauer et al., 2015, S. 81 f). Weiter beschreiben die Autoren Bauer et al. (2015, S. 82 f) Angst- und Verhaltensstörungen, Depressionen, Schlafstörungen, chronisches Schmerzsyndrom und Posttraumatische Belastungsstörungen als Krankheitsbilder, die häufiger auftreten, sowie Gefühle von Minderwertigkeit und Unvollständigkeit. Die Autorin Asefaw (2008, S. 67 ff) kommt aufgrund der Ergebnisse ihrer Studie zum Schluss, dass die Genitalbeschneidung von betroffenen Frauen, die in ihren Herkunftsländer leben, teilweise nicht als traumatisierend erlebt wird, da sie positiv besetzt ist und mit Werten von Anerkennung und Ehre verbunden ist. Asefaw argumentiert, dass es wichtig ist, zu analysieren, ob die mit FGM/C in Verbindung gebrachten psychischen Krankheitsbilder im Bezugsrahmen der Herkunftsgesellschaft oder der Migration ermittelt wurden.

4. Kulturelle Hintergründe von FGM/C

Warum existiert FGM/C in so vielen Ländern noch bis heute? Es gibt sehr viele verschiedene Begründungen, die sich teilweise stark unterscheiden und auch widersprechen können. Das Kapitel soll dazu dienen, die Vielfalt verschiedener Deutungsmuster aufzuzeigen und ein besseres Verständnis der Praktik zu vermitteln. Es handelt sich hierbei nicht um eine abschliessende Aufzählung von Gründen, sondern es soll deutlich werden, dass FGM/C nur im Kontext der jeweiligen Gesellschaft, der Kultur und der Familie nachzuvollziehen ist. Zu Beginn findet ein kurzer historischer Rückblick statt, um einen Einblick in die Ursprünge der Praktik zu gewinnen.

4.1 Kurzer Historischer Abriss

Nach Ettenhuber (2000, S. 16) existiert FGM/C, wie auch die Genitalbeschneidung von Männern, sicherlich seit sehr langer Zeit. Der genaue Ursprung von FGM/C beruht jedoch bis heute grösstenteils auf Vermutungen und es existieren kaum historische Quellen.

Es wird angenommen, dass bereits im Ägypten der Antike während der Pharaonenzeit Frauen an ihren Genitalien beschnitten wurden. Als Beweis sollen weibliche Mumien dienen, an welchen nachweisbar FGM/C durchgeführt worden sei. So geht die Praktik z. B. viel weiter zurück als die Entstehung des Islams und auch heute praktizieren noch immer Muslime sowie Christen FGM/C in Ägypten. Es ist eine Annahme, dass Muslime nach der Eroberung von Ägypten, sich die Praktik von FGM/C angeeignet und sie im Zuge ihrer weiteren Ausdehnung verbreitet haben (Gruber et al., 2005, S. 25).

Andere Autoren sehen den Ursprung von FGM/C in den Vorstellungen und Lebensweisen von archaischen Völkern, welche Übergängen im menschlichen Leben grosse Beachtung geschenkt haben. Sie vertreten die Theorie, dass sich die Praxis von FGM/C nicht von einem Ort aus verbreitet hat, sondern unabhängig voneinander in verschiedenen Regionen entfaltet hat. Bei archaischen Völkern wurden verschiedene wichtige Übergänge wie z. B. der Übergang vom Kind zum Erwachsenen mit grossen Festen, Kulturhandlungen und Ritualen gefeiert. An diesem Punkt ist auch FGM/C als Initiationsritual einzuordnen: Das Mädchen oder der Junge wird durch die Genitalbeschneidung zur Frau bzw. zum Mann und damit zu einem vollwertigen Mitglied der Gesellschaft. FGM/C ist hier nur ein Beispiel für eine Kulturhandlung bei Übergangsritualen, denn, dass Menschen Deformationen und Verstümmelungen am Körper vorsätzlich vornehmen, gibt es seit Jahrtausenden. Tätowierungen, wie auch die Ausweitung von Lippen und Ohren durch Pflöcke, Abänderungen am Gebiss oder das Abbinden

von Füßen fallen unter diese Kulturhandlungen, um nur einige Beispiele zu nennen. Für alle Aussenstehenden der jeweiligen Kultur sind solche Rituale abscheulich und nicht begreiflich (Ettenhuber, 2000, S. 18 ff).

Mit den Jahren hat die archaische Bedeutung von FGM/C als Initiationsritual immer mehr an Sinngehalt abgegeben, wurde uminterpretiert oder mit neuem Inhalt definiert (Ettenhuber, 2000, S. 29). Laut Schnüll und Kunze (2015, S. 45) wird FGM/C in einigen Ethnien (z. B. der Massai) aber auch heute noch im Kontext der Initiation praktiziert.

Diese Verstümmelungen werden in der westlichen Welt meist als barbarische und primitive Kulturhandlungen abgestempelt, dabei wird jedoch oft vergessen, dass in Europa und den USA FGM/C nicht unbekannt ist. Bis weit ins 20. Jahrhundert wurden im Namen der Medizin als Therapie zahlreiche Frauen und teilweise auch Mädchen beschnitten. Ettenhuber (2000, S. 27 f) wie auch Asefaw (2008, S. 40) sehen den Ursprung der Eingriffe an den weiblichen Genitalien in einer frauenverachtenden Haltung und in der Verleugnung oder dem Versuch der Kontrolle der weiblichen Sexualität. Folglich nimmt die Frage der sozialen Stellung der Frau sowohl hier als auch in afrikanischen Ländern eine wesentliche Bedeutung ein (Asefaw, 2008, S. 40).

Die Klitoridektomie wurde in Europa und den USA als Therapieform bei unterschiedlichen Krankheiten und diagnostizierten psychischen Gemütszuständen wie Depressionen, Hysterie, Epilepsie oder Nymphomanie angewendet. Die Mediziner waren Mitte des 19. Jahrhunderts der Ansicht, dass damals häufig diagnostizierte Geisteskrankheiten bei Frauen, durch die Exzision gewisser Sexualorgane heilbar wären. Nicht nur bei Frauen, sondern auch bei kleinen Mädchen wurde teilweise zur Verhinderung der Masturbation eine Klitoridektomie durchgeführt (Ettenhuber, 2000, S. 28). So fern die Praktik der weiblichen Genitalbeschneidung auf den ersten Blick auch scheinen mag, ist sie doch näher als vermutet.

4.2 Tradition, gesellschaftliche Aspekte und soziale Identität

In einigen praktizierenden Ländern und Ethnien ist FGM/C seit langer Zeit ein Element der jeweiligen Tradition. In der Studie von Asefaw (2008, S. 38) bezogen sich viele der Betroffenen in ihren Begründungen für FGM/C auf die Tradition: „Die weibliche Beschneidung wurde in unserer Familie seit Generationen durchgeführt. Sie ist ein uralter Brauch von unseren Vätern“. Die Genitalbeschneidung ist hier zur sozialen Norm geworden. Die Tradition wird in der Fachliteratur als häufigster Grund aufgeführt und hat eine tiefe Verwurzelung mit weitgreifenden Folgen. Unbeschnittene Frauen werden gesellschaftlich ausgeschlossen und stigmatisiert und es ist ihnen nicht möglich, zu

heiraten und sich so existenziell abzusichern. In vielen afrikanischen Ländern ist es aufgrund der dortigen wirtschaftlichen Verhältnisse für eine Frau nicht möglich, auf ihren eigenen Beinen zu stehen. Es ist daher von grosser Bedeutung für die Frau, dass sie als Mitglied in die Gesellschaft aufgenommen ist und heiraten kann.

Eine mögliche Folge von FGM/C ist die Bildung von Fisteln, welche dazu führen können, dass die Frau ihren Stuhlgang und Harn nicht mehr kontrollieren kann. Dementsprechend riecht sie streng nach ihren Exkrementen und wird aufgrund dessen häufig aus der Gesellschaft ausgeschlossen (Bauer et al., 2015, S. 79). Es wird hier schlussendlich durch FGM/C genau das Szenario herbeigeführt, welches ursprünglich verhindert werden wollte.

FGM/C ist in den meisten praktizierenden Gemeinschaften mit positiven Werten besetzt und so ist es auch verständlich, dass Mädchen sich auf den Tag ihrer Genitalbeschneidung freuen und dazu gehören wollen. Genau so wollen auch die Eltern nur das Beste für ihre Töchter. Sie möchten es ihnen ermöglichen, zu heiraten und somit teil am gesellschaftlichem Leben zu haben. Der gesellschaftliche Druck auf Familien, ihre Töchter genitalbeschneiden zu lassen, ist enorm hoch, und das Nicht-Befolgen der sozialen Norm hat nachhaltige Konsequenzen für das Mädchen, aber auch für die ganze Familie (Gruber et al., 2005, 26). Die körperlichen Schmerzen, die FGM/C verursacht, stehen folglich nicht einfach unbegründet im Luft leeren Raum. Aus Sicht der Betroffenen erfüllt die Genitalbeschneidung einen Sinn und kann eine Bereicherung sein, die Ansehen bringt und die soziale und kulturelle Identität definiert (Asefaw, 2008, S. 40).

4.3 Religion und Mythen

Die Meinung, dass FGM/C mit dem Islam verbunden ist und eine religiöse Verpflichtung dahinter steht, ist in der Öffentlichkeit weit verbreitet. Es gibt Ethnien, welche FGM/C praktizieren, die dem Christentum, solche die dem Islam und einige die auch dem Judentum angehörig sind. FGM/C ist folglich nicht an eine Religionszugehörigkeit gebunden. Trotzdem wird von einigen Musliminnen und Muslimen der Islam als Begründung für FGM/C aufgeführt. Sie sehen FGM/C durch gewisse Hadithe, die mit dem Koran zusammen die wichtigsten Quellen des Islams bilden, legitimiert. Manchmal wird auch der Koran selber als Begründung angegeben, was damit zusammenhängen kann, dass die Analphabetenrate in praktizierenden Ländern speziell unter Frauen teilweise unglaublich hoch ist (Gruber et al., 2005, S. 25 ff). Die Auslegung der betreffenden Stellen der Hadithe ist sehr umstritten, und es ist auch anzumerken, dass eini-

ge streng islamische Länder wie z. B. Pakistan, Iran oder auch Afghanistan FGM/C gar nicht praktizieren. Auch in der Bibel und der Thora finden sich keine Vorschriften und Gesetze zur Genitalbeschneidung von Frauen und Mädchen. Verschiedene Geistliche der genannten Religionen (Christentum, Islam, Judentum) verurteilen die Praktik und belegen, dass FGM/C nicht von ihren religiösen Gesetzen gefordert wird (Internationales Institut der Rechte des Kindes, IDE, 2012, S. 17 ff). Trotzdem fungiert die Religion in vielen Ethnien, wenn auch unberechtigter Weise, als Legitimation von FGM/C.

Neben der Religion, wird FGM/C auch auf der Basis von Mythen und volkstümlicher Vorstellungen praktiziert. Bei dem Mythos vom doppelten Geschlecht handelt es sich um einen in der Fachliteratur häufig genannten Grund. Es geht hier um die Vorstellung, dass Menschen als bisexuelle Wesen zur Welt kommen und dass bei der Geburt „eine weibliche Seele in der Vorhaut des Penis sitze und eine männliche in der Klitoris“ (Ettnerhuber, 2000, S. 19). So wird das Mädchen erst durch die Genitalbeschneidung zur vollständig weiblichen Frau. Weitere Beispiele für volkstümliche Vorstellungen sind: Die Annahme, dass ein Kind bei der Geburt durch die Berührung der Klitoris sterben oder dass aus der unbeschnittenen Klitoris ein Penis wachsen kann. Weiter herrscht unter einigen Ethnien der Glaube, dass FGM/C die Fruchtbarkeit steigere oder das Unterlassen zu Unfruchtbarkeit und Unglück führen kann (Asefaw, 2008, S. 13). Eine mögliche Folge von FGM/C ist indes genau die Unfruchtbarkeit, welche durch chronische Infektionen nach einer Beschneidung auftreten kann (Gruber et al., 2005, S. 13).

4.4 Kontrolle weiblicher Sexualität

In verschiedenen afrikanischen Ethnien wird die weibliche Lust als unersättlich betrachtet und die Frauen werden als Nymphomaninnen dargestellt. FGM/C soll die Frauen vor Prostitution und Promiskuität bewahren und verhindern, dass die Klitoris an der Kleidung reibt und sie dadurch kontinuierlich stimuliert wird. Weiter soll die Genitalbeschneidung die Frauen und Mädchen von der Masturbation abhalten und sie vor sich selber und ihrer ungenügsamen weiblichen Sexualität schützen (Gruber et al., 2005, S. 26). Es fallen hier Parallelen zu den erwähnten Klitoridektomien auf, die in Europa und den USA durchgeführt wurden und die ebenfalls das Ziel hatten, Masturbation und psychische Störungen zu unterbinden oder zu heilen.

Die weibliche Sexualität wird als Bedrohung für die familiäre Gemeinschaft betrachtet und FGM/C folglich als Schutz der Jungfräulichkeit und der ehelichen Treue ausgelegt. Weiter soll die Beschneidung vor Vergewaltigung schützen und den Lustgewinn des Mannes vergrössern (Gruber et al., 2005, S. 26). Nach Asefaw (2008, S. 38) haben

verschiedene Kulturen unterschiedlich festgelegt, was es heisst, jungfräulich in die Ehe zu gehen. In einigen Kulturen heisst Jungfräulichkeit, dass die Frau vor der Ehe noch keinen Geschlechtsverkehr hatte, in anderen Kulturen wird die Jungfräulichkeit automatisch durch die Infibulation hergestellt, egal ob die Frau bis dato sexuell aktiv war oder nicht.

Die Genitalbeschneidung soll der Frau ermöglichen, dass sie sich ganz auf ihre Rolle konzentrieren und sich um Haus und Kind kümmern kann. Kurz gesagt soll die weibliche Sexualität durch FGM/C kontrolliert werden (Gruber et al., 2005, S. 26).

4.5 Ästhetik und Hygiene

Die weiblichen Geschlechtsteile in ihrem ursprünglichen Zustand werden in einigen Gesellschaften als abstossend und hässlich angesehen. Erst durch das Beschneiden und Zunähen wird das weibliche Genital in der Betrachtung von Ethnien, welche Infibulation praktizieren, schön. Was Schönheit bedeutet, variiert indes enorm von Kultur zu Kultur und ist unterschiedlich schwer gewichtet. Im Gegensatz zu anderen Vorstellungen, welche z. B. medizinisch zu widerlegen sind, gestaltet sich die Gegenargumentation in diesem Fall schwerer (Gruber et al., 2005, S. 27).

Schönheitsideale sind stark kulturell geprägt und auch in westlichen Ländern herrschen gewisse Vorstellungen darüber, wie eine ästhetische Vagina auszusehen hat. Es gibt in Europa und den USA vermehrt Schönheitsoperationen zur Verkleinerung der Schamlippen oder zur Verengung der weiblichen Genitalien, um sie jünger aussehen zu lassen; auch Tattoos und Piercings im Intimbereich sind keine Seltenheit mehr (Müller, 2015, S. 248).

Weiter führen einige Ethnien Reinheit und Hygiene als Begründung auf. Die Infibulation soll Würmer und Insekten aus der Vagina fernhalten und Vaginalsekrete sowie Menstruationsblut auf ein Minimum reduzieren, mit der Absicht, das weibliche Geschlechtsorgan hygienischer und rein zu machen. Letzteres widerspricht allerdings aktuellen medizinischen Erkenntnissen bezüglich Hygiene (Gruber et al., 2005, S. 26).

5. Rechtslage in der Schweiz

Im Folgenden Kapitel wird auf die für die Schweiz und FGM/C wichtigen Menschenrechtsabkommen und die Verpflichtungen, die sich für die Schweiz daraus ergeben, eingegangen. Die Relevanz der Menschenrechte für die Soziale Arbeit und die Bedeutung, die sich daraus ergibt wird erörtert. Weiter wird ein Überblick über die aktuelle Rechtslage in der Schweiz bezüglich FGM/C verschafft. Es wird genauer betrachtet, welche Bestimmungen das Strafrecht sowie das Zivilrecht vorsehen und welche Rolle die Meldepflichten und -rechte im Schutz vor FGM/C spielen. Die Auslegungen sollen eine kritische Auseinandersetzung mit den Rechtsnormen ermöglichen und die Schwierigkeiten in der Umsetzung aufzeigen. Zum Schluss wird kurz einen Blick auf ausländerrechtliche Belange und deren Praxis in der Schweiz gerichtet.

5.1 Menschenrechtsabkommen und ihre Bedeutung in der Schweiz

In der Auseinandersetzung mit den Menschenrechten wird deutlich, dass FGM/C gegen diverse Menschenrechtsabkommen verstösst, auch wenn in keinem ein explizites Verbot schriftlich festgehalten ist. Internationale Ausschüsse zur Überprüfung der Menschenrechtsabkommen sowie die Teilnehmenden verschiedener Menschenrechtskonferenzen sind immer wieder zum Schluss gekommen, dass FGM/C mehrere Menschenrechte verletzt (De Weck & Hausammann, 2014, S. 4). Es findet im Folgenden keine vollständige Analyse der Menschenrechtsabkommen statt. Es werden lediglich einige in Verbindung mit FGM/C wichtige Abkommen, die von der Schweiz ratifiziert sind, auf universeller Ebene betrachtet.

Von der Schweiz ratifizierte Abkommen

Die Schweiz hat diverse Menschenrechtsabkommen unterschrieben und ratifiziert und sich damit verpflichtet, auf die Verwirklichung der darin enthaltenen Menschenrechte hinzuwirken. Folgende von der Schweiz ratifizierte Abkommen spielen in Bezug auf FGM/C auf globaler Ebene eine wichtige Rolle: das Übereinkommen über die Rechte der Kinder (Kinderrechtskonvention, KRK vom 20. November 1989, SR 0.107), der Internationale Pakt über bürgerliche und politische Rechte (Pakt II vom 16. Dezember 1966, SR 0.103.2) sowie der Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (Pakt I vom 16. Dezember 1966, SR 0.103.1). Weiter sind noch die Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe (Convention against Torture, CAT vom 10. Dezember 1984,

SR 0.105) und zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, CEDAW vom 18. Dezember 1979, SR 0.108) zu nennen (De Weck & Hausammann, 2014, S. 4).

Menschenrechte die durch FGM/C verletzt werden

FGM/C verstösst gegen das Verbot der Folter oder anderer grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe, dass in Artikeln des Pakt II, der CAT und der KRK festgehalten ist. Die Praktik verletzt weiter das Recht auf Gesundheit, da die Folgen von FGM/C langfristige Auswirkungen auf die physische und emotionale Gesundheit haben können und ist in Artikeln des Pakt I, der CEDAW und der KRK verankert. In gravierenden Fällen kann FGM/C zum Tod führen, was gegen das Recht auf Leben verstösst, welches im Pakt II und der KRK festgehalten ist. Zum Schluss ist noch zu erwähnen, dass FGM/C eine geschlechterspezifische Gewalt darstellt und Frauen und Mädchen diskriminiert, was verschiedene Artikel der CEDAW verletzt (De Weck & Hausammann, 2014, S. 4).

Durch die Ratifizierung verpflichtet sich die Schweiz unter anderem dazu, dafür zu sorgen, dass die zugeschriebenen Rechte nicht von Drittpersonen missachtet werden und dass Vorkehrungen getroffen werden, damit alle ihre Rechte wahrnehmen können. Der Schutzpflicht ist hier besondere Aufmerksamkeit zu schenken und um diese zu gewährleisten, müssen besonders im straf- und zivilrechtlichen Bereich Gesetze erlassen werden.

Nach Artikel 5 BV (Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999, SR101) sind der Bund und die Kantone dazu angehalten, das Völkerrecht zu befolgen (De Weck & Hausammann, 2014, S. 5 f).

5.2 Relevanz der Menschenrechte für die Soziale Arbeit

Im Berufskodex der Sozialen Arbeit (Avenir Social, 2010) wie auch in der internationalen Definition von Sozialer Arbeit der International Federation of Social Workers (IFSW, 2014) ist die Relevanz der Menschenrechte für die Soziale Arbeit verankert. Unter Punkt 7 Abs. 3 des Berufskodex (Avenir Social, 2010, S. 8) steht: „Für die Soziale Arbeit sind die Prinzipien der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit fundamental“. IFSW und International Association of Schools of Social Work (IASSW, 2006, S. 2) verweisen darauf, dass Menschenrechtsübereinkommen allgemeingültige Forderungen darstellen und einige für die Soziale Arbeit von grösserer Bedeutung sind; so z. B. das

Übereinkommen über die Rechte der Kinder oder das Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung der Frau. Wie unter dem vorhergehenden Punkt aufgezeigt, verstösst FGM/C gegen genau diese Abkommen und verpflichtet die Soziale Arbeit unter diesem Gesichtspunkt förmlich dazu, sich dem Thema anzunehmen.

5.3 Nationale Rechtsgrundlagen

Bundesverfassung

Auf höchster nationaler Ebene sind Grundrechte festgehalten, die den Staat dazu auffordern, Frauen und Kinder vor Gewalt im privaten und familiären Umfeld zu bewahren und ihre Unversehrtheit zu schützen (Art. 10 und 11 BV). Um diesen Schutz zu gewährleisten, sind auf strafrechtlicher wie auf zivilrechtlicher Ebene Gesetze erlassen worden (De Weck & Hausammann, 2014, S. 9). Relevante Artikel im Zusammenhang mit FGM/C werden folgend genauer betrachtet.

Strafrechtliches Verbot von FGM/C

Am 1. Juli 2012 ist ein neues Gesetz Art. 124 StGB rechtskräftig geworden, das explizit die Verstümmelung von weiblichen Genitalien unter Strafe stellt. FGM/C war aber auch vor dem neuen Gesetz aufgrund der Tatbestände über die leichte oder schwere Körperverletzung strafbar. Je nach Typ der Genitalbeschneidung wurde FGM/C entweder als leichte oder als schwere Körperverletzung qualifiziert, woraus sich unterschiedliche rechtliche Folgen ergaben. Alle Typen von FGM/C können langfristige Folgen nach sich ziehen. Es kann für Betroffene jedoch schwierig sein, den Schweregrad ihrer Genitalbeschneidung zu beweisen. Daher fallen alle FGM/C-Typen der WHO (2016) unter den neuen Art. 124 StGB und es wird nicht mehr nach dem Schweregrad des Eingriffs unterschieden. Laut Art. 124 Abs. 1 StGB wird FGM/C mit einer Freiheitsstrafe bis zu zehn Jahren oder einer Geldstrafe nicht unter 180 Tagessätzen bestraft, was es der schweren Körperverletzung gleichstellt. Weiter ist FGM/C ein Officialdelikt, was heisst, dass es jederzeit von Amtswegen zu verfolgen ist und nicht nur auf Anzeige der Betroffenen.

Weiter soll das Gesetz es den Behörden ermöglichen, auch einen Fall zu verfolgen, der sich nicht auf Schweizerstaatsgebiet zugetragen hat. Zuletzt hat das Gesetz die Absicht, eine Signal- und Abschreckungswirkung zu erzielen und zu verdeutlichen, dass FGM/C in der Schweiz nicht toleriert wird. Dieses Gesetz ging aus einer parlamentarischen Initiative aus dem Jahr 2005 (Parlamentarische Initiative, Verbot von

sexuellen Verstümmelungen vom 17. März 2005, 05.404) der Nationalrätin Maria Roth-Bernasconi hervor, welche unter anderem eine Verschärfung des Strafrechts und einen Artikel, der FGM/C explizit unter Strafe stellt, forderte (De Weck & Hausammann, 2014, S. 9 f).

Nicht nur die Person, welche die Genitalbeschneidung selber durchgeführt hat, kann strafrechtlich belangt werden, auch Personen, welche in entscheidendem Ausmass zur Vorbereitung, Organisation oder Ausführung beigetragen haben, können als Mittäter oder Anstifter sanktioniert werden. Das können z. B. Eltern oder Verwandte sein, die eine Reise für ihre Tochter planen, mit der Absicht sie am Zielort beschneiden zu lassen. Die Verjährungsfrist einer Tat, die gegen Art. 124 StGB verstösst, beläuft sich auf 15 Jahre, sofern das Opfer zum Tatzeitpunkt mindestens 16 Jahre alt war. Hat sich die Handlung aber gegen ein Mädchen unter 16 Jahren gerichtet, erstreckt sich die Verjährungsfrist bis zu deren 25. Geburtstag. Je nach Sachlage des Falls, können auch weitere Strafnormen durch FGM/C tangiert worden sein, so z. B. Art. 129 StGB die Gefährdung des Lebens, Art. 183 StGB die Freiheitsberaubung und Entführung oder Art. 219 StGB die Verletzung der Fürsorge- oder Erziehungspflicht (De Weck & Hausammann, 2014, S. 10 ff).

Möglichkeit der Einwilligung

Nach allgemeiner Rechtsprechung ist es möglich, dass eine urteilsfähige Person einer leichten Körperverletzung zustimmen kann. Der freiwilligen Einwilligung bei der schweren Körperverletzung ist allerdings eine Grenze gesetzt, wenn diese nicht medizinisch notwendig ist oder einem ethisch anerkannten Nutzen dient. Die Genitalbeschneidung wird gleich wie schwere Körperverletzung gehandhabt und schliesst damit eine Möglichkeit zur Einwilligung aus. Im engeren Sinn fallen auch Tätowierungen, Piercings und Schönheitsoperationen an den Genitalien unter Art. 124 StGB, womit eine Einwilligung zu solchen Eingriffen eigentlich nicht möglich wäre. Es kann argumentiert werden, dass bei genauerer Betrachtung des Sinns und Zwecks des genannten Artikels deutlich wird, dass der Gesetzgeber nicht beabsichtigt hat, oben genannte Eingriffe, die hier üblich sind, unter Strafe zu stellen (De Weck & Hausammann, 2014, S. 13 f).

Der Autor Mona (2014, S. 138) kritisiert den neuen Artikel stark und argumentiert, dass es sich lediglich um einen symbolischen Strafartikel handelt. Weiter führe er zur Diskriminierung von betroffenen Migrantinnen, indem er einer urteilsfähigen Schweizerin erlaubt, in einen Eingriff an ihren Genitalien einzuwilligen, einer urteilsfähigen Migrantin

jedoch nicht, auch wenn es sich dabei um einen gleichwertigen Eingriff handelt. Asefaw (2008, S. 73) prangert diese Doppelmoral ebenso an und beanstandet, dass die Genitalbeschneidung in Afrika eine Bevormundung des weiblichen Individuums sein soll, aber in der westlichen Welt einen Ausdruck der Selbstverwirklichung darstellen soll.

Schlussendlich bestehen weiterhin Unklarheiten über die Auslegung des Gesetzes und die Möglichkeit zur Einwilligung in einen Eingriff – ausser bei Kindern, denn grundsätzlich sind freiwillige Einwilligungen erst mit dem Erreichen des 18. Geburtstags möglich. Eltern können in diesem Bereich unter keinen Umständen stellvertretend für ihre Kinder entscheiden.

An der tiefen Aufdeckungs- und Anzeigerate hat bis jetzt auch der neue Artikel nichts geändert. Seit der Einführung des Art. 124 StGB hat es noch kein Verfahren oder Verurteilung gegeben (De Weck & Hausammann, 2014, S. 14 f).

Zivilrechtlicher Kinderschutz

Die Eltern sind für die Erziehung und Betreuung und somit für das Wohl ihrer Kinder zuständig. Falls die Eltern allerdings nicht in der Lage sind, für das Kindeswohl zu sorgen oder es nicht vor anderen Personen schützen können, kann der Staat stellvertretend eingreifen und zivilrechtlich verschiedene Massnahmen anordnen. Es handelt sich bei einer drohenden und erfolgten Genitalbeschneidung um eine Gefährdung des Kindeswohls, was wiederum Kinderschutzmassnahmen rechtfertigt. Es gibt vier verschiedene zivilrechtliche Massnahmen zum Kinderschutz, die in den Art. 307–310 ZGB (Schweizerisches Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907, SR 210) aufgeführt sind und wie in anderen Situationen von Kindeswohlgefährdung angewendet werden können. Die Massnahmen reichen von niederschweligen Massnahmen, über die Beistandschaft bis zum elterlichen Obhutsentzug und zuletzt zur Entziehung der elterlichen Sorge. Bei Kinderschutzmassnahmen ist das Prinzip der Verhältnismässigkeit zu wahren und das Kindeswohl ist immer als oberstes Ziel zu verfolgen (Cottier, 2008, S. 23).

Die Anordnung von Kinderschutzmassnahmen im Zusammenhang mit FGM/C ist unter Fachpersonen umstritten. Es ist grosse Vorsicht geboten bei unbedachten Meldungen an die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) oder die Polizei. Laut De Pietro et al. (2014, S. 20) „kann es so zu einer Gefährdung der betroffenen Person und ihrer Familie und zur nachhaltigen Zerstörung des aufgebauten Vertrauens zwischen den Fachpersonen und den Migrationsgemeinschaften führen und damit die Möglich-

keit der Schutzgewährleistung einschränken und die Gefahrensituation unter Umständen sogar verschärfen“.

Auch wenn es in Zukunft bessere und genauere Handlungsanweisungen für das Vorgehen in einem Verdachtsfall für Fachpersonen geben wird, bleibt von Fall zu Fall trotzdem ein Ermessensspielraum bei den Fachpersonen. Daher ist es umso wichtiger, dass Fachpersonen für das Thema FGM/C sensibilisiert sind und über Fachwissen verfügen, um kompetente Entscheidungen treffen zu können. Im Kapitel 8.2 wird genauer auf das konkrete Vorgehen bei Verdachtssituationen eingegangen.

Opferhilfe

Es handelt sich bei FGM/C um eine Körperverletzung und jede Person, die Opfer einer Körperverletzung wurde, hat unabhängig der Staatszugehörigkeit, das Recht ein Gesuch auf Opferhilfe zu stellen. Im Fall von FGM/C kann ein Gesuch gestellt werden, egal ob die Genitalbeschneidung droht oder bereits durchgeführt wurde. Weiter haben auch Angehörige der Betroffenen die Möglichkeit, von der Opferhilfe Gebrauch zu machen. Die Mitarbeitenden der Opferhilfe-Beratungsstellen sind einer strikten Schweigepflicht unterstellt und auch nicht verpflichtet, Behörden zu informieren (De Weck & Hausammann, 2014, S. 20 f). Laut Art. 2 OHG (Bundesgesetz über die Hilfe an Opfer von Straftaten vom 23. März 2007, SR 312.5) umfasst die Opferhilfe unter anderem Beratung, Soforthilfe wie auch langfristige Hilfe, Entschädigung und Befreiung von Verfahrenskosten. Aus der Bestandesaufnahme von Terre des Femmes Schweiz (Birri, Egger & Wegelin, 2014b, S. 56) geht hervor, dass befragte Opferhilfestellen in der Vergangenheit noch nicht mit FGM/C Fällen zu tun hatten.

Meldepflichten und -rechte

Laut De Pietro et al. (2014, S. 20) gibt es bei Fachpersonen, welche mit FGM/C in Berührung kommen, grosse Unsicherheiten bezüglich Meldepflichten und -rechte und dem Berufsgeheimnis. Wie bei den zivilrechtlichen Kinderschutzmassnahmen aufgezeigt, ist die Meldung oder Anzeige von Verdachtsfällen eine heikle Angelegenheit, die durch die unübersichtliche Regelung der Pflichten und Rechte verschärft wird.

De Weck und Hausammann (2014, S. 22) sind der Meinung, dass es nur möglich ist, gefährdete und betroffene Personen vor FGM/C zu schützen, wenn die zuständigen Stellen von Fachpersonen, die mit Kindern und Frauen arbeiten, über Verdachtsfälle und erfolgte Fälle informiert werden.

Meldepflichten und -rechte sind auf Bundesebene im Straf- und Zivilrecht wie auch auf kantonaler Ebene in den Einführungsgesetzen des Erwachsenenschutzrechts und in der Strafprozessordnung verankert. Da die Meldepflichten und -rechte auf kantonaler Ebene individuell ergänzt werden können, unterscheiden sie sich von Kanton zu Kanton. Dies hat zur Folge, dass die Meldepflichten und -rechte unterschiedlich geregelt sind und sich für Fachpersonen häufig unübersichtlich gestalten. Grundsätzlich kann jede Person, die nicht dem Amts- oder Berufsgeheimnis untersteht, eine Meldung bei der Strafverfolgungs- oder Kinderschutzbehörde machen (De Weck & Hausammann, 2014, S. 22 f).

Personen, die dem Amts- und Berufsgeheimnis unterstellt sind, machen sich strafbar, wenn sie Geheimnisse offenbaren, die sie im Rahmen ihrer Tätigkeit erfahren haben. Sie können sich durch die Einwilligung der betroffenen Person oder schriftlich durch die vorgesetzte Behörde vom Amts- und Berufsgeheimnis entbinden lassen. Richtet sich die Straftat wiederum an ein minderjähriges Kind, entfällt das Amts- und Berufsgeheimnis und die Fachperson ist berechtigt, im Interesse des Kindeswohls eine Meldung an die Behörden zu machen, es handelt sich dabei um das sogenannte Melde-recht.

Personen in amtlicher Tätigkeit sind hingegen dazu verpflichtet, Kindeswohlgefährdungen der Kinderschutzbehörde zu melden. Unter amtliche Tätigkeit fallen eine Vielzahl von Tätigkeiten und meist genügt es, wenn die Person öffentlich-rechtliche Aufgaben erfüllt (z. B. sind dies, je nach Arbeitgeber häufig Sozialarbeitende). Gilt für eine Person eine Meldepflicht, muss sie sich nicht vom Amtsgeheimnis entbinden lassen. Personen, die eine Fürsorge- oder Erziehungspflicht haben (z. B. Eltern, Beistände, Krippen oder Heimpersonal) sind, sofern sie nicht dem Amts- und Berufsgeheimnis unterstellt sind, ebenfalls verpflichtet, eine Kindeswohlgefährdung zu melden und machen sich bei Unterlassung einer Meldung strafbar (De Weck & Hausammann, 2014, S. 22 ff).

In vielen Kantonen gibt es für Behördenmitglieder, die in ihrer Tätigkeit von einer Straftat erfahren haben, eine allgemeine Anzeigepflicht. Um das Vertrauensverhältnis zu gewährleisten, sind einige Behördenmitglieder von dieser Pflicht befreit. In manchen Kantonen haben sie ein Melderecht, dass sie berechtigt, eine Anzeige zu machen, ohne sich vom Amtsgeheimnis entbinden zu lassen, in anderen Kantonen brauchen sie eine schriftliche Entbindung. Wenn sich eine Straftat gegen minderjährige Kinder richtet, sind Behördenmitglieder jederzeit berechtigt, ohne Entbindung vom Amtsgeheimnis Anzeige zu erstatten. Gewisse Kantone kennen eine Meldepflicht für Personen, die keiner amtlichen Tätigkeit nachgehen und z. B. im Bereich Bildung, Erziehung, Sport

oder Sozialarbeit tätig sind (De Weck & Hausammann, 2014, S. 25 f). Aus den Ausführungen geht hervor, wie unübersichtlich und kompliziert die Meldepflichten und -rechte in der Schweiz geregelt sind. Für die Soziale Arbeit wäre es wünschenswert, dass die Meldepflichten und -rechte auf Bundesebene einheitlich geregelt werden würden.

Ausländerrechtliche Belange

Der Art. 25 Abs. 2 BV besagt, dass Flüchtlinge nicht in einen Staat ausgeliefert werden dürfen, in dem sie verfolgt werden. Art. 25 Abs. 3 führt weiter aus, dass das Ausschaffungsverbot auch gilt, wenn der Person im betreffenden Staat Folter oder grausame Behandlung oder Bestrafung droht. Laut Art. 3 AsylG Abs. 1 und 2 (Asylgesetz vom 26. Juni 1998, SR 142.31) sind Flüchtlinge Personen, die aus verschiedenen Gründen in ihren Heimatländern ernsthaften Nachteilen ausgesetzt sind. Darunter fallen die Gefährdung des Leibes, des Lebens oder der Freiheit und Massnahmen, die einen unerträglichen psychischen Druck verursachen, wobei frauenspezifische Fluchtgründe zu beachten sind. In der Schweiz ist FGM/C als frauenspezifischer Fluchtgrund anerkannt, was zur Gewährung von Asyl führt, sofern glaubhaft gemacht wurde, dass die Bedrohung effektiv zu erwarten ist. Die drohende Genitalbeschneidung kann glaubhaft gemacht werden, wenn im betreffenden Staat keine rechtlichen Gesetze und weitere Massnahmen bestehen, um einen realistischen Schutz zu gewährleisten oder die Schutzmassnahmen nicht beansprucht werden können. Weiter wird abgeklärt, ob innerstaatliche Fluchtalternativen vorhanden sind. Das Bundesamt für Migration führt keine Statistiken über abgelehnte Asylgesuche anlässlich FGM/C. Es gibt lediglich eine Schätzung aus dem Jahr 2008, dass in den zurückliegenden Jahren etwa 10 Frauen oder Mädchen (primär aus Somalia, Tschad und Guinea) infolge einer drohenden FGM/C Asyl gewährt wurde. Es ist anzumerken, dass es für Asylsuchende in der Praxis schwierig ist, eine drohende Genitalbeschneidung glaubhaft zu machen, denn es wird häufig entschieden, dass im Heimatland genügend Schutzmöglichkeiten vorhanden sind oder innerstaatliche Fluchtalternativen bestehen (De Weck & Hausammann, 2014, S. 29 f).

6. FGM/C im Kontext der Migration

Ein Ziel dieser Arbeit ist, herauszufinden, welche Schlüsse für die Arbeit mit Migrantinnen, die von FGM/C gefährdet oder betroffen sind, gezogen werden können. Der Fokus liegt auf der Sensibilisierungs-, Aufklärungs- und Präventionsarbeit mit Betroffenen im Kontext der Migration. Auf Präventionsstrategien für die Arbeit mit Betroffenen in praktizierenden Ländern vor Ort wird hier nicht weiter eingegangen.

In diesem Kapitel wird genauer behandelt, welchen Einfluss der Migrationskontext auf die von FGM/C betroffenen Frauen und Mädchen haben kann. Zuerst wird erörtert, ob FGM/C in der Diaspora weitergeführt wird und wie FGM/C-Betroffene auf die Konfrontation mit einem anderen Wertesystem reagieren. Weiter wird der Frage nachgegangen, wie sich die Einstellung zu FGM/C durch die Migration wandelt und welche Wirkung sie auf die psychische Gesundheit von Betroffenen haben kann. Weiter wird diskutiert, was dies allgemein für den Umgang von Fachpersonen mit Migrantinnen und Migranten zu bedeuten hat. Abschliessend wird der Begriff der Multiplikatorin eingeführt und genauer betrachtet, welche Rolle sie in der Arbeit mit betroffenen und gefährdeten Frauen und Mädchen einnehmen kann.

6.1 Fortführung von FGM/C in der Migration

Wie im Kapitel 3.2 erwähnt, wird die Praktik auch in der Schweiz weiter ausgeübt. Schnüll und Kunze (2015, S. 52) machen deutlich, dass „es eine unumstössliche Tatsache ist, dass FGM in den Einwanderungsländern weiter praktiziert wird“. Das IDE (2012, S. 27) schreibt in ihrem Handbuch davon, dass in verschiedenen europäischen Ländern Fälle von FGM/C enthüllt wurden, welche nicht im Ursprungsland durchgeführt wurden. Weiter kommt es vor, dass Eltern, die migriert sind, ihre Kinder während Ferien im Herkunftsland genitalbeschneiden lassen.

Laut Nzimegne-Gölz (2015, S. 235) ist es für Migrantinnen und Migranten, um ihre Identität zu erhalten und sich verbunden zu fühlen, meist von grosser Wichtigkeit, Traditionen und Bräuche aus ihren Heimatsstaaten im Auswanderungsland fortzuführen.

Viele genitalbeschnittene Frauen und Mädchen kommen als Flüchtlinge in die Schweiz und leben hier als vorläufig aufgenommene Ausländerinnen mit einem Ausweis F. Die vorläufige Aufnahme von Personen kann für 12 Monate verfügt werden und vom Wohnkanton jeweils um 12 Monate verlängert werden (SEM, 2015b). So kann der definitive Aufenthaltsstatus von betroffenen Frauen und Mädchen teilweise für Jahre unsicher sein. Der unsichere Aufenthaltsstatus hat laut Eyer und Schweizer (2010, S. 85) einen Einfluss auf die Entscheidung, ob die Tochter beschnitten werden soll oder nicht.

Wenn sie befürchten, zurück in ihr Heimatland geschickt zu werden, kann es sein, dass sie ihre Tochter hier genitalbeschneiden lassen, um sie bei einer allfälligen Rückkehr verheiraten zu können.

6.2 Einfluss der Migration auf die Folgen von FGM/C

Aus Interviews die Asefaw (2008, S. 69) mit genitalbeschnittenen eritreischen Frauen im Rahmen ihrer Studie geführt hat geht hervor, dass sich die Einstellung von vielen Frauen gegenüber FGM/C im Kontext der Migration wandelt und es zu einer ambivalenten Haltung kommt. Wie dargelegt erfüllt FGM/C in den praktizierenden Gesellschaften einen bestimmten Sinn und Zweck; die Genitalbeschneidung ermöglicht es Frauen, zu heiraten, führt zu gesellschaftlicher Anerkennung und ist Teil ihrer sozialen Identität. Im jeweiligen kulturellen und gesellschaftlichen Kontext ist FGM/C mit positiven Werten besetzt und Teil ihrer Normalität. Erst durch die Migration werden Frauen wie auch Männer mit einer anderen, negativen Sichtweise auf die Praktik und mit einem neuen Wertesystem konfrontiert. Was zuvor als normal und ästhetisch galt und mit Tapferkeit und Ehre verbunden wurde, ist nun abscheulich und grausam und ein Zeichen von weiblicher Unterdrückung und Gewalt. Häufig erkennen Frauen und Mädchen erst durch eine Umsiedlung, dass FGM/C nicht ein universelles Frauenschicksal ist und erleben sich vielleicht zum ersten Mal als verstümmelt und nicht normal, was verschiedene Konsequenzen nach sich ziehen kann (Asefaw, 2008, S. 69 ff).

Verschiedene Autorinnen machen darauf aufmerksam, dass sich die psychischen Folgen von FGM/C bei Frauen, die ihre Herkunftsgesellschaft nie verlassen haben, von denen unterscheiden können, welche in einem Land mit anderen Werten leben oder gelebt haben. Solange beschnittene Frauen in ihren Herkunftsländern leben, assoziieren sie oft ihre körperlichen wie psychischen Leiden nicht mit FGM/C. Asefaw (2008, S. 68) spricht davon, dass der kulturelle und gesellschaftliche Rahmen eine Art Schutzfunktion vor psychischen Folgen bilden kann, da FGM/C positiv konnotiert ist. Folglich kann es sein, dass betroffene Frauen ihre psychischen Leiden entweder erst nach einer Migration mit der Genitalbeschneidung in Verbindung bringen oder sie erst dann entwickeln. Weiter kommt Strenge (2013, S. 332) mit ihrem Prozessmodell der „Traumatisierung durch weibliche Genitalverstümmelung“ zum Ergebnis, dass es durch die Migration zu weiteren oder erneuten Traumatisierungen kommen kann, z. B. durch die entsetzte und abneigende Reaktion einer Fachperson. Aber auch die genannte Erkenntnis, dass nicht alle Frauen beschnitten sind oder die Tatsache, dass Begründungen von FGM/C sich als unwahr herausstellen, können traumatisierend wirken.

6.3 Umgang von Fachpersonen mit betroffenen Migrantinnen

Wie im vorhergehenden Unterkapitel hergeleitet, ist es in der Arbeit mit betroffenen Frauen und Mädchen besonders wichtig, zu berücksichtigen, welche Bedeutung die Migration für die Folgen von FGM/C hat und welchen Einfluss die Fachperson dabei hat. FGM/C tangiert verschiedene Disziplinen wie die Psychologie, Biologie, Soziologie, Recht und Ethik. Es ist, um der Komplexität der Situation von betroffenen Migrantinnen gerecht werden zu können, von grosser Bedeutung, sich für den Umgang mit Betroffenen, Fachwissen aus möglichst vielen Disziplinen zu erarbeiten (IDE, 2012, S. 44).

Barre-Dirie (2015, S. 113) macht darauf aufmerksam, dass FGM/C-Betroffene nicht als hilflose Opfer dargestellt werden sollen, sondern es wichtig ist, ihnen mit Respekt zu begegnen. Auch Asefaw (2008, S. 70) ruft dazu auf, FGM/C nicht losgelöst vom kulturellen Kontext zu betrachten und genitalbeschnittene Frauen vereinfacht als Opfer und Männer als Täter abzubilden. Im Endeffekt führt dies zu einer Stigmatisierung und einer Ab- und Ausgrenzung der Migrationsgemeinschaft, was es einer Fachperson wiederum erschwert oder verunmöglicht, ein Vertrauensverhältnis mit einer betroffenen Person aufzubauen. Laut Studienergebnisse von Asefaw (2008, S. 71) „wünschen sich Betroffene einen ehrlichen Austausch auf Augenhöhe – vorurteilsfrei und respektvoll“.

Es gehört zu den zentralen Aspekten in der Arbeit mit Betroffenen, sich als Fachperson mit den eigenen Werten und Vorurteilen auseinanderzusetzen und sich der eigenen kulturell geprägten Sichtweise bewusst zu sein. Wie schon erwähnt, ist es zu vermeiden, Betroffenen gegenüber Mitleid zu vermitteln, aber auch andere Gefühle, die bei Fachpersonen ausgelöst werden können, wie Wut oder Verstörung sollen nicht an betroffene Frauen herangetragen werden, sondern innerhalb des Teams bewältigt werden (Kunze, 2014, S. 7). So soll auch die Sprache bedacht gewählt sein und der Begriff der Verstümmelung gilt es dabei zu vermeiden. Betroffene Frauen sehen sich häufig nicht als verstümmelt, sondern als beschnitten und der Begriff kann daher als verletzend empfunden werden (Barre-Dirie, 2015, S. 112). Es handelt sich bei FGM/C um ein sensibles und tabuisiertes Thema, welches selten von den Betroffenen selber angesprochen wird. Frauen sollten daher Gespräche mit weiblichen und Männer mit männlichen Bezugspersonen führen können (Birri et al., 2014a, S. 22).

Für betroffene Migrantinnen ist FGM/C, falls es überhaupt aus ihrer Sicht ein Problem darstellt, selten ihr Hauptproblem. Viele Migrantinnen und Migranten sehen sich mit diversen existenziellen Problemen wie einer sicheren Unterkunft, Ernährung, Versor-

gung der Kinder, Behördengänge oder einem unsicheren Aufenthaltsstatus konfrontiert. Verglichen mit diesen Problemen ist FGM/C für Betroffene, solange die Frau nicht ausgesprochen an den psychischen und gesundheitlichen Folgen leidet, irrelevant. Dies scheint von Fachpersonen häufig übersehen zu werden (Nzimegne-Gölz, 2015, S. 234). Das Zuhören sollte im Mittelpunkt der Arbeit mit Migrantinnen und Migranten stehen und FGM/C sollte nicht zu ihrem wichtigsten Problem gemacht werden, wenn es das nicht ist. Es geht laut IDE (2012, S. 71) darum, selbstreflektiert im Gespräch mit Betroffenen zu bleiben und eigene Anliegen im Zusammenhang mit FGM/C nicht auf sie zu projizieren. Caritas Schweiz und IAMANEH (2005, S. 5) bringen es in ihren Empfehlungen für die Informations- und Sensibilisierungsarbeit auf den Punkt: „Das Thema Mädchenbeschneidung kann nicht isoliert angegangen werden, sondern muss im jeweiligen migrationsspezifischen und lebensweltlichen Kontext thematisiert werden“. Daraus lässt sich schliessen, dass Beratungsangebote nicht alleinig auf das Thema FGM/C auszurichten sind, sondern in einen grösseren Kontext eingebunden werden müssen.

6.4 Rolle der Multiplikatorinnen

Unter Multiplikatorinnen oder Multiplikatoren werden Migrantinnen und Migranten verstanden, welche sich im Auswanderungsland in ihrer eigenen Migrationsgemeinschaft gegen FGM/C einsetzen. Da bisher meist weibliche Personen eine aktive Rolle in ihrer Gemeinschaft gegen FGM/C übernommen haben wird folgend von Multiplikatorinnen gesprochen. Männer sind jedoch eine ungenutzte Ressource, auf die folgend noch eingegangen wird. In der Fachliteratur werden für Multiplikatorin verschiedene Bezeichnungen wie interkulturelle Vermittlerin, Dolmetscherin oder Mediatorin verwendet, auch Schlüsselperson oder Community Worker sind gängig (Birri et al., 2014a, S. 4).

Die verschiedenen diskutierten Studien sind sich einig, dass die Community Based Prevention als beste Prävention bezeichnet werden kann. Es handelt sich dabei um den Einbezug der betroffenen Migrationsgemeinschaft in die Entwicklung von Präventionsmassnahmen, wobei Multiplikatorinnen eine essentielle Funktion haben. Sie erreichen ihre eigene Migrationsgemeinschaft besser als Aussenstehende, da sie das nötige soziokulturelle Wissen haben, die Sprache sprechen und Interventionen von ihnen nicht als wertend und stigmatisierend empfunden werden (De Pietro et al., 2014, S. 17). Die Autorin Asefaw (2008, S. 84) diskutiert ebenfalls die Schlüsselfunktion von Multiplikatorinnen und sagt, dass es „ein zentraler Aspekt ist, dass die Frauen sich selbst und Menschen aus ihrem Kulturkreis als Handelnde begreifen und nicht als eine zu betreuende Problemgruppe“. Die Community Based Prevention soll daher vermehrt

gestärkt und gefördert werden, indem Voraussetzungen für Partizipationsmöglichkeiten der primären Zielgruppe geschaffen und verbessert werden (Birri et al., 2014a, S. 11 f). Die Caritas Schweiz (2016) hat ein hilfreiches Dossier zur Prävention von FGM/C in der Schweiz herausgegeben, das ausführlich die Community-Arbeit beschreibt und Empfehlungen macht. Es richtet sich speziell an Fachpersonen und Institutionen aus dem Gesundheits-, Sozial-, und Integrationsbereich.

Seit 2009 bildet die Caritas Schweiz Multiplikatorinnen zum Thema FGM/C aus. Sehr viele Multiplikatorinnen arbeiten aber ohne Ausbildung als Freiwillige, wobei ihre Arbeit nicht genügend gewürdigt und finanziell entschädigt wird. Terre des Femmes Schweiz (Birri et al., 2014a, S. 23 f) fordert, dass die professionelle Arbeit von Multiplikatorinnen weiter ausgebaut und gestärkt wird, damit sie ihre Ressourcen und Kompetenzen in alle Bereiche und Abläufe einbringen können. Multiplikatorinnen müssen auf ihre Aufgaben vorbereitet und nachhaltig ausgebildet werden. Weiter gilt es, diese Ausbildungsmöglichkeiten bekannt und zugänglich zu machen. Um rasch eine passende Multiplikatorin zu finden, wäre es hilfreich, regionale Netzwerke von Multiplikatorinnen aufzubauen, da in der Praxis die Nachfragen nach Herkunftsland und Sprache der gewünschten Multiplikatorin, sehr präzise sind (Birri et al., 2014a, S. 25). Die Funktion von Multiplikatorinnen ist noch nicht genügend definiert und diverse Fragen über ihren konkreten Aufgabenbereich und dessen Grenzen sind zu klären. Wie steht es bei Multiplikatorinnen zum Beispiel mit den Meldepflichten? Das IDE (2012, S. 64) spricht sich für einen Verhaltenskodex für Multiplikatorinnen aus, der ihre Aufgabenbereiche und Verpflichtungen genau definiert.

7. Präventions- und Sensibilisierungsbemühungen im Bereich FGM/C in der Schweiz

Ein explizites gesetzliches Verbot ist ein wichtiges Element im Kampf gegen FGM/C. Asefaw (2008, S. 85) betont aber, dass es unabdingbar ist, das Verbot durch Aufklärungs- und Sensibilisierungsarbeit, sowie durch umfangreiche Weiterbildung von Fachpersonen, welche in Kontakt mit Betroffenen stehen, zu ergänzen. So kommen auch De Pietro et al. (2014, S. 9) zum Schluss, dass präventive Massnahmen wie Aufklärung, Schutz und Versorgung das gesetzliche Verbot begleiten müssen. Bei der Bearbeitung der Fachliteratur wird deutlich, dass die Prävention eine breit gefächerte Angelegenheit ist, und Bestrebungen aus verschiedenen Disziplinen zusammen kommen müssen, um erfolgreich zu sein (IDE, 2012, S. 76). Es ist zu erwähnen, dass die Literaturübersicht von Marti (2013, S. 7) ergeben hat, dass sich der Inhalt der Handlungsempfehlungen für FGM/C in den letzten 18 Jahren kaum gewandelt hat und dass sich zwischen europäischer und schweizerischer Fachliteratur keine wesentlichen Abweichungen zeigen. Das folgende Kapitel setzt sich mit den Präventions- und Sensibilisierungsbemühungen in der Schweiz auseinander und fokussiert sich auf den Sozial- und Asylbereich. Es werden Handlungsempfehlungen zu verschiedenen Bereichen zusammengetragen und wichtige Punkte hervorgehoben, wobei es sich nicht um eine abschliessende Aufzählung handelt. Auf eine Vertiefung des Gesundheitsbereichs und der Versorgung wird aufgrund der fehlenden Relevanz in Bezug auf die Fragestellung verzichtet.

7.1 Nationale und kantonale Strategien

Stand der Präventions- und Sensibilisierungsarbeit

In der Schweiz setzen sich verschiedene staatliche wie auch nicht-staatliche Organisationen im Kampf gegen FGM/C ein. Im Jahr 2003 wurde FGM/C im Zusammenhang mit Migration und Gesundheit zum ersten Mal vom BAG zur Sprache gebracht. Durch die in Kapitel 5.3 erwähnte Motion von Nationalrätin Roth-Bernasconi wurde die Bekämpfung von FGM/C 2005 auch zum parlamentarischen Auftrag. Die Bemühungen auf Ebene der Bundesverwaltung werden seit 2010 auch vom Bundesamt für Migration (BFM) unterstützt. Das BAG und das BFM fördern und unterstützen finanziell Präventions- und Sensibilisierungsmassnahmen gegen FGM/C wie z. B. die Vermittlungsstelle für die Prävention von Mädchenbeschneidung, die seit 2007 von der Caritas Schweiz geführt wird (Birri et al., 2014a, S. 7). Neben der Caritas Schweiz sind die UNICEF

Schweiz, Terre des Femmes Schweiz, Sexuelle Gesundheit Schweiz und IAMANEH als wichtige nicht-staatliche Organisationen in der Bekämpfung von FGM/C zu nennen (De Pietro et al., 2014, S. 9). Seit 2012 gibt es eine Arbeitsgruppe gegen Mädchenbeschneidung (AG FGM), die der Bund in Zusammenarbeit mit diversen staatlichen und nicht-staatlichen Organisationen lanciert hat. Das Ziel der AG FGM ist, Grundlagen zu erarbeiten sowie einen Austausch und eine Vernetzung zwischen den vielen Akteuren zu ermöglichen. Sie haben seit ihrer Gründung mehrere Studien, Analysen und Umfragen in Auftrag gegeben, die einen wichtigen Beitrag im Kampf gegen FGM/C leisten (Birri et al., 2014a, S. 7).

Auf Kantonsebene ist das Thema sehr unterschiedlich aufgearbeitet, einige Kantone wie z. B. Genf, Waadt oder Freiburg haben bereits eigene Strategien erarbeitet. Die Hälfte der Kantone haben allerdings noch keine Massnahmen zum Thema durchgeführt und haben es gemäss der Befragung von Birri et al. (2014a, S. 7) auch nicht vor. Es fällt auf, dass die Westschweizer Kantone weiter fortgeschritten sind in der Ausarbeitung kantonaler Strategien. Die UNICEF Schweiz (2013b, S. 11) führt als Erklärung auf, dass mehr Personen aus Ländern mit einer hohen Prävalenzrate in der Westschweiz leben. Die Begründetheit dieser Aussage muss stark bezweifelt werden, denn in ihrem Bericht über die eritreische und somalische Diaspora in der Schweiz, erklären Eyer und Schweizer (2010, S. 47), dass in der Deutschschweiz mehr Eritreerinnen und Eritreer und Somalierinnen und Somalier leben als in der Romandie. Es leben insgesamt nicht mehr Betroffene in der Westschweiz als in der Deutschschweiz.

Handlungsbedarf

Trotz des steigenden Engagements auf Bundesebene sind die Aktivitäten noch wenig koordiniert, bei weitem nicht umfassend und beruhen stark auf den Bemühungen von einzelnen Personen. Es gibt fast keine systematischen Evaluationen und Wirkungsanalysen von bestehenden Aktivitäten. De Pietro et al. (2014, S. 15 f) fordern, dass Bund und Kantone ein Monitoringsystem entwickeln und die Evaluation von Massnahmen sicherstellen. Weiter soll im Bereich von FGM/C fortlaufende evidenzbasierte Forschung betrieben werden, um Wissenslücken zu schliessen und Massnahmen auf aktuelle Daten und Zahlen abstützen zu können.

Die Massnahmen im Bereich der Präventions- und Sensibilisierungsarbeit sind häufig nicht institutionalisiert und werden unregelmässig durchgeführt. Der föderalistische Aufbau der Schweiz, die verschiedenen Sprachen und die fehlende nationale Strategie können Gründe sein für die grossen kantonalen Unterschiede im Kampf gegen FGM/C

und eine Antwort darauf, warum die vorhandenen Ressourcen nicht überall genutzt werden (Birri et al., 2014a, S. 6). Die beiden grossen Studien von Birri et al. (2014a) und De Pietro et al. (2014) stellen die Forderung an den Bund, dass er eine nationale Strategie entwickeln und die Kantone unterstützen soll.

Die Umfrage der UNICEF Schweiz (2013b, S. 18) kam zu dem Ergebnis, dass Fachpersonen am meisten auf Informationsmaterialien, interkulturelle Vermittlerinnen und Vermittler sowie auf Beratungsstellen als Hilfsmittel im Umgang mit Betroffenen zurückgreifen. Es fällt daher umso mehr ins Gewicht, dass aus der Studie von De Pietro et al. (2014, S. 24) hervorgegangen ist, dass Fachpersonen den Zugang zu Informationsmaterial als schwierig beurteilen. Das Wissen über FGM/C ist nicht gebündelt und übersichtlich verfügbar, obwohl es mehrheitlich aufgearbeitet wurde. Der Bedarf nach einem nationalen und unabhängigen Informationsportal im Internet ist gross. Es soll ein Informationsportal aufgebaut werden, das auf Fachpersonen wie auch auf Betroffene zugeschnitten ist und keinen stigmatisierenden Effekt hat. Die Plattform gegen Zwangsheirat von Terre des Femmes Schweiz und dem Bund (SEM Abteilung Integration, 2016) ist ein gutes Beispiel für ein solches Informationsportal.

7.2 Präventions- und Sensibilisierungsarbeit im Asylbereich

Wie in Kapitel 6.1 ausgeführt, befinden sich die meisten von FGM/C bedrohten oder betroffenen Frauen und Mädchen in der Schweiz im Asylverfahren. Gemäss der Umfrage von UNICEF Schweiz (2013b, S. 10) hatten 42 % der Fachpersonen im Asylbereich schon mindestens einmal beruflich mit genitalbeschnittenen Mädchen oder Frauen zu tun. Im Asylwesen arbeiten Fachpersonen (darunter auch häufig Sozialarbeitende) nahe mit Asylsuchenden und somit auch mit potentiell gefährdeten und betroffenen Frauen und Mädchen zusammen und begleiten und unterstützen sie bei verschiedenen Problemen. Es bieten sich daher direkte Zugangsmöglichkeiten zur Migrationsgemeinschaft an, die in der Präventions- und Sensibilisierungsarbeit sinnvoll genutzt werden könnten. Erstaunlicherweise wurden jedoch laut Birri et al. (2014a, S. 5) im Asylbereich lange keine Massnahmen geplant und umgesetzt, was es Frauen und Mädchen mit unsicherem Aufenthaltsstatus erschwerte, FGM/C Angebote in Anspruch zu nehmen.

Die Unterbringung und Betreuung von Personen im Asylverfahren ist in zwei Phasen aufgeteilt; während der ersten Phase wohnen Asylsuchende in Erstaufnahme- und Verfahrenszentren, die vom Bund geführt werden und während der zweiten Phase ver-

teilen die Kantone, die ihnen zugeteilten Asylsuchenden auf die Gemeinden in Durchgangszentren oder Asylunterkünften. Asylsuchende verweilen teilweise nicht sehr lange in einzelnen Zentren und es kommt zu häufigem Wechsel der Unterkunft und der betreuenden Organisation. Diese Begebenheiten müssen bei der Planung von Präventions- und Sensibilisierungsaktivitäten berücksichtigt werden (Birri et al., 2014a, S. 21).

Stand der Präventions- und Sensibilisierungsarbeit und gute Beispiele

In der ersten Phase des Asylverfahrens finden keine aktiven Massnahmen gegen FGM/C statt, es werden lediglich Broschüren zum Thema aufgelegt. In der zweiten Phase wird das Thema häufig von den Asylorganisationen aufgenommen und sie veranstalten verschiedene Aktivitäten zum Thema. Da die zweite Phase in der Zuständigkeit der Kantone liegt, gibt es signifikante kantonale und kommunale Unterschiede in den Bemühungen und Vorgehen der Präventions- und Sensibilisierungsarbeit von FGM/C. Im Kanton Zürich z. B. wird FGM/C mit allen Eltern im Rahmen eines obligatorischen Informationsgesprächs zum Thema Erziehung, Gesundheit und Hygiene angesprochen. Es wird dabei eine Broschüre abgegeben und auf externe Beratungsstellen, wie die der Sexuellen Gesundheit Schweiz, und auf Ansprechpersonen hingewiesen. Im Kanton Zürich und auch in anderen Kantonen werden Informationsveranstaltungen und Austauschrunden für grössere Gruppen organisiert, mit dem Ziel, einen Austausch über verschiedene Themen anzuregen und dabei allgemein und vorurteilsfrei über FGM/C zu informieren. Eine dritte Form der Informationsvermittlung, eine sogenannte Gesundheitssprechstunde, wird z. B. im Kanton St. Gallen durchgeführt. Die Asylzentren haben eine gesundheitsverantwortliche Fachperson, welche Eltern oder Frauen, die aus praktizierenden Ländern stammen, zu Gesprächen auffordern und eingebettet in andere gesundheitliche Themen, über FGM/C informieren (Birri et al., 2014a, S. 18 f).

Handlungsbedarf

Trotz des steigenden Engagements im Asylbereich in den letzten Jahren gibt es laut den Studien von Birri et al. (2014a) und De Pietro et al. (2014) noch einigen Handlungsbedarf. In der Präventions- und Sensibilisierungsarbeit im Asylwesen können Multiplikatorinnen einen wertvollen Beitrag leisten und Fachpersonen nicht nur sprachlich, sondern auch auf soziokultureller Ebene unterstützen, Brücken zu bilden. Wie bereits aufgezeigt, werden Asylsuchende häufig innerhalb kurzer Zeit von unterschiedlichen Organisationen betreut, daher ist es wichtig, dass eine Kommunikation und Wei-

terleitung von Informationen über betroffene und gefährdete Personen zwischen den Organisationen stattfindet und Anliegen von einzelnen Personen nicht untergehen (Birri et al., 2014a, S. 21). Es stellt sich weiter die Frage nach dem richtigen Zeitpunkt für Präventions- und Sensibilisierungsmassnahmen im Asylverfahren. De Pietro et al. (2014, S. 21 f) kommen zum Schluss, dass die Bedürfnisse von Asylsuchenden in den verschiedenen Phasen sehr unterschiedlich sein können und es häufig wenig sinnvoll ist, Aktivitäten in der ersten Phase zu planen, da Asylsuchende zu diesem Zeitpunkt damit beschäftigt sind, Grundbedürfnisse zu befriedigen. Der unsichere Aufenthaltsstatus von Asylsuchenden wirkt sich dabei oft sehr negativ auf die Präventionsarbeit von FGM/C aus und es ist erstrebenswert, diesen längerfristig zu vermeiden.

Abschliessend ist zu sagen, dass es auch im Asylbereich wünschenswert ist, dass eine Vereinheitlichung der Präventions- und Sensibilisierungsmassnahmen stattfindet, um die grossen kantonalen Unterschiede zu verringern.

7.3 Handlungsempfehlungen für die Präventions- und Sensibilisierungsarbeit

In der Bestandesaufnahme von Terre des Femmes (Birri et al., 2014a, S. 22) wird empfohlen, dass gesundheitliche Risiken von FGM/C und die gesetzliche Lage in der Schweiz als zentrale Informationen bei der Prävention vermittelt werden. Es ist dabei wichtig, den Fokus auf eine neutrale Informationsvermittlung und Überzeugungsarbeit zu legen, um nicht eine drohende oder vorverurteilende Wirkung zu erzielen. De Pietro et al. (2014, S. 30) erwähnen, dass aus ihrer Studie hervorgegangen ist, dass es neben den zwei oben genannten Informationen ebenfalls wichtig scheint, zu erklären, dass FGM/C aus keiner religiösen Pflicht abzuleiten ist.

Da FGM/C teilweise eine religiöse Begründung nachgesagt wird, kann es sehr hilfreich sein, wenn ein religiöser Führer sich gegen FGM/C ausspricht und den Diskurs in seine Gemeinde trägt. Religiöse Autoritäten, wie z. B. Imame, sind in ihren Gemeinden gut vernetzt und geniessen meist ein hohes Ansehen (Baumgarten & Finke, 2015, S. 140). Die Kantone Genf und Neuenburg können in der Zusammenarbeit mit religiösen Autoritäten als gute Beispiele genannt werden. In beiden Kantonen sind religiöse Schlüsselpersonen Teil der kantonalen Präventionsstrategie und haben z. B. öffentlich eine schriftliche Deklaration gegen FGM/C unterschrieben oder den Diskurs in ihren Gemeinden angeregt (Birri et al., 2014a, S. 24).

Die Caritas Schweiz und IAMANEH (2005, S. 5) haben mit Multiplikatorinnen aus verschiedenen Herkunftsländern eine Prioritätenliste mit den aus ihrer Sicht relevanten

Informationen erarbeitet. Am wichtigsten erscheint ihnen, dass Frauen über Angebote informiert werden, die sie in ihrer Autonomie und Selbstbestimmung (Empowerment) bestärken, dies können z. B. Nähkurse oder Integrationsprogramme sein. An nächster Stelle steht der Einbezug von religiösen Autoritäten, die sich gegen FGM/C aussprechen, gefolgt von Informationen über gesundheitliche Konsequenzen und afrikanische Kulturvereine. Hingegen werten sie Informationen über die gesetzliche Lage in der Schweiz und Afrika als weniger prioritär. Diese Erkenntnisse sollten weiter verarbeitet werden und in die Planung von Informationsinhalten der Präventions- und Sensibilisierungsarbeit einfließen. Dies ist ein weiteres Beispiel dafür, wie Multiplikatorinnen in den Prozess der Erarbeitung von Massnahmen eingebunden werden können.

Broschüren und Flyer können bei der Vermittlung von Informationen als Hilfsmittel dienen. Es gilt dabei zu beachten, dass die Materialien klar und zielgruppenspezifisch formuliert und in den verschiedenen Sprachen der betroffenen Migrationsgemeinschaften erhältlich sind. Es sollte von abschätzigen und voyeuristischen Illustrationen unbedingt abgesehen werden (De Pietro et al., 2014, S. 33 f). Als gutes Beispiel kann eine Broschüre hervorgehoben werden, die von Terre des Femmes (2012b) in Zusammenarbeit mit dem BAG im Rahmen des Nationalen Programms Migration und Gesundheit 2008–2013 erstellt wurde. Alle wichtigen Informationen sowie Kontaktadressen sind vorhanden und die Bildsprache ist sehr dezent gewählt. Trotzdem ist die Broschüre kurz gehalten und in sieben verschiedenen Sprachen erhältlich.

Diese Empfehlungen lassen sich auch auf die Öffentlichkeits- und Medienarbeit im Bereich von FGM/C übertragen. Aufklärungs- und Sensibilisierungskampagnen sollten sich direkt an Betroffene und ihre Migrationsgemeinschaft richten und drauf Wert legen, nicht stigmatisierend und voyeuristisch zu wirken (Marti, 2013, S. 9). Im Namen der Prävention stellen einige Organisationen FGM/C auf Plakaten und in Werbespots eindimensional als eine barbarische Praktik dar. Diese erreichen Betroffene nicht und dienen eher dazu, Mitleid zu erzeugen und Spenden zu sammeln. Solche Darstellungen in den Medien gilt es, zu vermeiden und Präventions- und Sensibilisierungsarbeit auf eine respektvolle Weise zu betreiben.

Schlussendlich soll die Informationsvermittlung und Überzeugungsarbeit immer darauf abzielen, in der Migrationsgemeinschaft eine Verhaltensveränderung hervorzurufen (De Pietro et al., 2014, S. 29). FGM/C ist stark von sozialen und kulturellen Aspekten geprägt und kann nur durch einen gesamtgesellschaftlichen Wandel bekämpft werden; es gilt dabei, alle Mitglieder der praktizierenden Gesellschaft einzubeziehen und anzusprechen (Baumgarten & Finke, 2015, S. 138). Austauschrunden innerhalb der glei-

chen Migrationsgemeinschaft und der Einbezug der Männer werden daher zur Überwindung einer sozialen Norm wie FGM/C als äusserst förderlich bewertet.

7.4 Zielgruppe Männer

Die bestehenden Präventions- und Sensibilisierungsmassnahmen wenden sich grösstenteils an Frauen und Mädchen. Gruber et al. (2005, S. 47) betont ganz allgemein, dass die Bemühungen im Kampf gegen FGM/C nur dann greifen können, wenn sich auch Männer der negativen Konsequenzen der Praktik bewusst werden und sich gegen sie aussprechen. FGM/C wird ihren kulturellen Zweck erst verlieren, wenn Männer bereit sind, unbeschnittene Frauen zu heiraten. Folglich sind Männer wie Frauen wichtige Akteure in der Überwindung von FGM/C und müssen beide als Zielgruppe erkannt werden. Es erweist sich oft als schwierig, Männer dazu zu bewegen, sich aktiv an der Präventions- und Sensibilisierungsarbeit zu engagieren, da sie FGM/C als Frauensache betrachten und sich nicht betroffen fühlen. Trotzdem sollte verstärkt versucht werden, sie auch als Multiplikatoren zu gewinnen, denn es besteht von Seiten der Auftragsgebenden eine klare Nachfrage nach Multiplikatoren (Birri et al., 2014a, S. 25). Der Autor Sané (2015) macht deutlich, warum es so wichtig ist, dass auch Männer sich gegen FGM/C einsetzen:

Traditionen und Rituale, die die Hälfte der Bevölkerung verstümmeln, sind nicht erhaltenswert. Männer können sich sehr wohl für die Rechte von Frauen engagieren. Sie sind auch Ehemänner, Väter und Onkel und müssen deshalb ihren Einfluss in Familie und Gesellschaft zum Wohl der Frauen geltend machen (S. 107).

Marti (2013, S. 8) macht in seinem Literaturüberblick darauf aufmerksam, dass in den meisten Handlungsempfehlungen dazu aufgerufen wird, Männer in die Präventions- und Sensibilisierungsarbeit einzubeziehen; es fehlen allerdings Empfehlungen auf welche Art und Weise dies zu erzielen ist. Diese Lücke ist zu schliessen, denn Männer sind eine wichtige Ressource, die im Kampf gegen FGM/C nicht verloren gehen sollte.

7.5 Zusammenhang von männlicher und weiblicher Genitalbeschneidung

Ein Grossteil der Kulturen, welche die Praktik der FGM/C betreiben, beschneiden auch die Jungen. Bei der männlichen Genitalbeschneidung wird den Jungen die Vorhaut entfernt, was verschiedene Auswirkungen auf ihr physische und psychische Gesundheit haben kann. Die Konsequenzen und Folgen von männlicher Genitalbeschneidung sind bis heute medizinisch noch wenig erforscht. Die Tradition vermittelt den Männern,

dass ihre Vorhaut dreckig und wertlos ist oder, dass es eine religiöse Pflicht ist, die Jungen zu beschneiden. Die Akzeptanz der eigenen Genitalbeschneidung kann dazu führen, dass Männer auch die weibliche Genitalbeschneidung als Notwendigkeit betrachten und annehmen. Der Autor Hammond (2015, S. 290 f) sagt, dass „die Blindheit der betroffenen Männer gegenüber ihrer eigenen Verstümmelung sie daran hindert, angesichts der Verstümmelung ihrer Töchter Mitleid zu empfinden“.

Die männliche Genitalbeschneidung wird im Kampf gegen FGM/C weitgehend aus dem Thema herausgehalten, was auf politische Gründe zurückzuführen ist. Männliche Genitalbeschneidung ist weit aus mehr verbreitet als FGM/C und wird häufig auch in westlichen Ländern wie z. B den USA praktiziert. Der Kampf gegen FGM/C würde eine noch grössere Herausforderung darstellen, wenn die männliche Genitalbeschneidung darin einbezogen werden würde. Der Autor Hammond (2015, S. 290 ff) hält dagegen, dass es nur eine Position, vollständig für oder gegen das Grundrecht der Unversehrtheit, gibt und wenn FGM/C verurteilt wird, männliche Genitalbeschneidung nicht übergangen werden darf. Es sollte nicht das Ziel sein, die Gewalt an Mädchen und Jungen gegeneinander abzuwiegen und es kann auch nicht sein, dass eine Gräueltat durch eine noch schrecklichere vergeben wird. Es stellt sich die Frage, welche Position zur männlichen Genitalbeschneidung im Rahmen der Präventions- und Sensibilisierungsarbeit eingenommen werden soll. Es könnte schwierig sein, Eltern zu erklären, dass es verboten und gesundheitlich schädlich ist, ihre Töchter zu beschneiden, aber wiederum völlig in Ordnung, ihrer Söhne der Praktik zu unterziehen.

Marti (2013, S. 9) wirft ein, dass auch im Rahmen des neuen Strafgesetzentwurfs ein Diskurs über weitere Themen wie männliche Genitalbeschneidung und Schönheitsoperationen an den Genitalien stattfinden muss. Terre des Femmes Schweiz (2012a, S. 7 f) bringt in ihrem Positionspapier zu FGM/C das Thema der männlichen Genitalbeschneidung sowie Schönheitsoperationen im Genitalbereich und geschlechtsangleichende Operationen bei intersexuellen Kindern zur Sprache und fordert, dass diese Aspekte nicht aus der Diskussion rund um das Thema FGM/C ausgeschlossen werden dürfen. Die weibliche Genitalbeschneidung kann nur eingebettet in den Kampf um körperliche Unversehrtheit von Mädchen und Jungen mit einem ganzheitlichen Ansatz erfolgreich angegangen werden.

7.6 Zwischenfazit

Wie in diesem Kapitel dargelegt, wird in der Schweiz in Bezug auf FGM/C in der Präventions- und Sensibilisierungsarbeit einiges getan. Es gibt kantonal grosse Unterschiede in den Bemühungen, die es durch eine nationale Strategie auszugleichen gilt.

Die Präventionsarbeit stützt sich auf eine qualitative Ausbildung von Fachpersonen, die mit Betroffenen in Kontakt kommen und auf die wertvolle Arbeit, welche die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in den Migrationsgemeinschaften leisten (IDE, 2012, S. 56). Diesen Bereich gilt es daher besonders finanziell wie auch personell zu fördern und unterstützen.

Präventions- und Sensibilisierungsmassnahmen gelangen häufig an Fachpersonen und Betroffene, welche bereits zu einem gewissen Grad über das Thema FGM/C informiert sind. Bei der Planung von Massnahmen sollten daher idealerweise Multiplikatorinnen einbezogen und mit ihnen zusammen einen Weg erarbeitet werden, wie Personen, die nicht integriert sind und eventuell kein Problembewusstsein haben, erreicht werden können (Birri et al., 2014a, S. 25 f). Obwohl es ein Ziel der Studie war, neben Handlungsempfehlungen auch Best Practices (Erfolgsmethoden) zu identifizieren, ist es in den Konsultationsrunden, die De Pietro et al. (2014, S. 14) durchgeführt haben, den Experten fast nie gelungen, sich auf solche zu einigen. In Hinblick auf den häufigen Wunsch von Fachpersonen, genauere Vorgaben zum Vorgehen in Situationen mit Betroffenen oder Gefährdeten zu erhalten, sollte analysiert werden, warum es Experten schwergefallen ist, sich auf Best Practices zu einigen und dem in folgenden Studien mehr Beachtung zu schenken.

Seit der Motion von Roth-Bernasconi im 2005 hat sich im Kampf gegen FGM/C in der Schweiz auf Bundes- wie auch Kantonebene einiges getan und verschiedene, von der AG FGM in Auftrag gegebene Studien, wurden unterdessen durchgeführt und ausgewertet. Es wird sich in den nächsten Jahren zeigen, wie der Bund und auch die Kantone auf die Ergebnisse und den ausgewiesenen Handlungsbedarf reagieren werden. Es ist zu hoffen, dass das Engagement gegen FGM/C besonders auch hinsichtlich der zunehmenden Fallzahlen, nicht nach lässt und die Thematik mit einer nationalen Strategie einheitlich angegangen wird.

8. Rolle der Sozialen Arbeit

Frauen und Mädchen, die von FGM/C betroffen oder bedroht sind, kommen in der Schweiz mit verschiedenen Fachpersonen in Kontakt. Dieses Kapitel zeigt auf, in welchem Umfang im Sozialbereich Tätige mit FGM/C in Kontakt treten und in welchen Bereichen die Soziale Arbeit mit Betroffenen und Gefährdeten in Berührung kommt. Weiter wird herausgearbeitet, welche konkrete Rolle die Soziale Arbeit einnehmen kann und inwiefern sie sich für die Arbeit im Themenbereich FGM/C qualifiziert. Es wird dabei genauer auf die Rolle der Sozialen Arbeit im Bereich von Gefährdung, Schutz und Intervention eingegangen und es werden Empfehlungen zur Vorgehensweise bei Verdachtsfällen aufgezeigt und kritisch diskutiert. Abschliessend wird genauer betrachtet, wie FGM/C in die Ausbildung von Sozialer Arbeit integriert ist und wo allenfalls Handlungsbedarf besteht.

8.1 Soziale Arbeit und FGM/C

Bei der Umfrage von UNICEF Schweiz (2013b, S. 9 f) wurde ermittelt, welche der befragten Fachpersonen beruflich mit genitalbeschnittenen Frauen und Mädchen zu tun hatten. Im Medizinbereich war die Kontaktrate 40 %, im Sozialbereich 27 % und im Asylbereich war sie, wie schon erwähnt, mit 42 % am höchsten. Im Sozialbereich sind Fachpersonen der Mütter- und Väterberatung und Sozialarbeitende am häufigsten als Berufsgruppe vertreten. Es fällt auf, dass mit knapp 60 %, Sozialarbeitende auch im Asylbereich die am stärksten vertretene Berufsgruppe ist. Dies führt dazu, dass die Kontaktrate, wenn sie nach Berufsgruppe berechnet wird, bei Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern auf 31 % steigt. Die Umfrage zu FGM/C von UNICEF Schweiz wurde im Jahr 2001 zum ersten Mal durchgeführt und fand 2004 erneut statt. Im Rahmen der Umfrage 2001 wurden nur Gynäkologinnen und Gynäkologen befragt, erst in der Umfrage 2004 wurden Sozialstellen miteinbezogen. Daher können nur Vergleiche mit den Ergebnissen der Umfrage 2004 gemacht werden und auch nur für den Sozialbereich, da der Asylbereich erstmals 2012 befragt wurde.

Aus der Umfrage 2004 (UNICEF Schweiz, 2005, S. 5) ging hervor, dass knapp 8 % der im Sozialbereich Tätigen mit beschnittenen Frauen oder Mädchen in Kontakt gekommen waren. Die Kontaktrate hat sich in den folgenden acht Jahren mehr als verdreifacht und lag 2012 schon fast bei 30 %. Die Umfrage 2012 formuliert keine möglichen Gründe für den signifikanten Anstieg der Kontaktrate. Der Anstieg könnte allerdings damit zusammenhängen, dass in den letzten Jahren vermehrt Personen aus praktizierenden Ländern mit hohen Prävalenzraten in die Schweiz gekommen sind, und dass

das Thema FGM/C von verschiedenen nicht-staatlichen Organisationen auf die politische Agenda gebracht wurde.

Die Wichtigkeit der Einbindung von FGM/C in andere Themen wurde schon mehrmals aufgezeigt. Für Migrantinnen sind existenzielle Probleme häufig wichtiger und dringender als die Genitalbeschneidung, solange diese keine akute medizinische Behandlung verlangt. Die prioritären Probleme von betroffenen Migrantinnen drehen sich häufig um Fragen der Existenzsicherung oder Erziehung und Versorgung der Kinder und verlangen von der betreuenden Fachperson nicht nur Fachwissen zu FGM/C, sondern auch breites Fachwissen aus dem Sozialbereich (Nzimegne-Gözl, 2015, S. 235 f).

Aus der Umfrage 2012 (UNICEF Schweiz, 2013b, S. 20) hat sich herauskristalliert, dass in der Arbeit mit betroffenen und gefährdeten Frauen und Mädchen die Gesprächsführung aufgrund der Sensibilität des Themas für viele Fachpersonen eine grosse Herausforderung darstellt. Die Soziale Arbeit verfügt über interdisziplinäres Wissen, kennt sich mit der Bearbeitung von existentiellen Problemen aus und ist in der Gesprächsführung geschult. Sie bringt demzufolge wichtige Voraussetzungen und Kompetenzen mit, um mit Migrantinnen, die von FGM/C betroffen oder gefährdet sind, zu arbeiten.

Sozialarbeitende sind in sehr unterschiedlichen Berufsfeldern tätig und nicht alle kommen im gleichen Umfang mit FGM/C in Berührung. Birri et al. (2014b, S. 55) nennen Sozialdienste, Schulen, Asylzentren und Integrationsprogramme als mögliche Arbeitsorte, bei denen Sozialarbeitende und auch sozialpädagogische Fachkräfte mit betroffenen oder gefährdeten Frauen und Mädchen in Kontakt kommen können. Sie sind dabei im Bereich der Präventions- und Sensibilisierungsarbeit wie auch im Bereich von Schutz und Intervention tätig. Sozialarbeitende können in diesen Bereichen eine beratende Funktion haben oder in einer Gefährdungssituation gefordert sein, zu intervenieren und zu schützen. Die Präventions- und Sensibilisierungsarbeit von Sozialarbeitenden wurde im Rahmen des Asylbereichs in Kapitel 7.2 genauer erläutert. Der zweite grosse mögliche Arbeitsbereich der Sozialen Arbeit in Zusammenhang mit FGM/C, der Kindes- und Erwachsenenschutz, im Rahmen von Schutz und Intervention, wird in diesem Kapitel bearbeitet.

8.2 Gefährdung, Schutz und Intervention

Im Bereich von Schutz und Intervention gibt es laut dem Literaturüberblick von Marti (2013, S. 8) bis jetzt nicht viele Handlungsempfehlungen im Bezug auf die Vorgehensweise bei Gefährdung eines Mädchens oder einer kürzlich erfolgten Genitalbeschneidung. Es besteht auch hier unter den Fachpersonen eine grosse Unsicherheit über die Herangehensweise und der Wunsch nach konkreten Handlungsanweisungen ist gross. Um zu gewährleisten, dass betroffene und gefährdete Frauen und Mädchen den nötigen Schutz erhalten, sollte einerseits geklärt werden, an wen sich Fachpersonen in den genannten Situationen wenden müssen und andererseits müssen diese Stellen (z. B. Polizei, KESB, Justiz oder Kinderschutzgruppen) selber über die Thematik FGM/C informiert sein und wissen, was in solchen Fällen zu tun ist (De Pietro et al., 2014, S. 20). Die Autoren De Pietro et al. (2014, S. 34) schlagen vor, dass die zuständigen Behörden Merkblätter zusammenstellen mit gruppenspezifischen Weisungen (z. B. für Sozialarbeitende, Lehrpersonen oder Mitarbeitende der KESB). Das Merkblatt soll Auskunft geben zu den Meldepflichten und -rechten, den zu informierenden Behörden und den Beratungsstellen. Weiter soll es darauf aufmerksam machen, was es bei einer Meldung oder Anzeige zu bedenken gibt und welche Nachteile sich für die Betroffenen und Gefährdeten daraus ergeben können. Um die Schutzbedürftigkeit eines Mädchens erkennen zu können, muss die Fachperson wissen, welche Mädchen potentiell gefährdet sind und wie sich Risikosituationen zeigen.

In der Umfrage 2012 der UNICEF Schweiz (2013b, S. 16) geben rund 30 % der Befragten aller Berufsgruppen an, schon einmal über eine bevorstehende Genitalbeschneidung informiert worden zu sein. Fachpersonen aus dem Sozial- wie aus dem Asylbereich können mit Hinweisen zu drohenden oder erfolgten Genitalbeschneidungen konfrontiert werden und nehmen dadurch eine zentrale Rolle im Bereich Schutz und Intervention ein. Sozialarbeitende können in verschiedenen Berufsfeldern und auf unterschiedliche Weise mit gefährdeten Mädchen in Kontakt kommen, so z. B. bei der Arbeit im Sozialdienst, in der Mütter- und Väterberatung, in der Schulsozialarbeit, im Hort, in der KESB, im Asylzentrum oder in Integrationsprogrammen. Sie können, sofern sie über das nötige Hintergrundwissen zu FGM/C verfügen, ihren direkten Zugang zu gefährdeten Mädchen und Frauen und ihr interdisziplinäres Fachwissen nutzen und dadurch sorgfältig prüfen und einschätzen, welche Massnahme oder welches Vorgehen im Einzelfall zu ergreifen ist.

Konkretes Vorgehen bei Verdacht auf bevorstehende FGM/C

Für Fachpersonen gibt es noch nicht viele Handlungsempfehlungen für konkrete Vorgehensweisen im Fall einer Gefährdung, was damit zusammenhängen kann, dass sich Experten nicht einig sind, was hier als Best Practices zu bezeichnen ist. Es gibt aber einige Autorinnen und Autoren, welche versucht haben, Leitfäden und/oder konkrete Massnahmen für den Fall einer Gefährdung zu formulieren. Diese wenden sich meist an Fachkräfte aus dem schulischen Bereich wie Lehrpersonen und Schulsozialarbeitende, lassen sich aber auch auf andere Berufsgruppen, die mit gefährdeten Mädchen in Kontakt kommen, übertragen.

Die Autorenschaft der IDE (2012, S. 85) führt aus, dass in einem ersten Schritt Fachpersonen in der Lage sein müssen, von FGM/C bedrohte Mädchen zu erkennen. Dazu müssen sie wissen, dass FGM/C überhaupt existiert, dass es verschiedene gesundheitliche Folgen und Konsequenzen nach sich zieht und gegen diverse Menschenrechte, sowie schweizerisches Strafrecht verstösst. Fachpersonen sollten ein allgemeines Verständnis des kulturellen und sozialen Kontexts entwickelt haben und wissen, welche Ethnien FGM/C praktizieren. Auch über den spezifischen Kontext des Mädchens müssen Informationen eingeholt werden, um beurteilen zu können, inwiefern eine Gefahr für dieses Mädchen besteht. In einem nächsten Schritt ist es von Bedeutung, dass die Fachpersonen nicht nur erkennen können, welche Mädchen gefährdet sein könnten, sondern auch welche Verhaltensweisen auf eine bevorstehende Genitalbeschneidung hindeuten können. Die Angst davor ins Heimatland oder allgemein ins Ausland in die Ferien zu gehen oder vor dem Eintreffen einer Verwandten oder Bekannten können Zeichen für eine bevorstehende FGM/C sein. Es sollte auch ernst genommen werden, wenn ein Mädchen sich mit Ängsten über das Erwachsenwerden an vertraute Fachpersonen wendet oder sie plötzliche Verhaltensänderungen zeigt (z. B. Angst davor auf die Toilette zu gehen).

In einer Situation, in der eine Fachperson konkrete Vermutungen hat, empfiehlt die Autorin Asefaw (2008, S. 88) unbedingt mit den Eltern das Thema anzusprechen und unter Berücksichtigung des Alters, auch direkt auf das Mädchen zuzugehen. Es gilt dabei, wie bei allen Gesprächen mit potentiell Betroffenen und Gefährdeten, auf die Begriffswahl zu achten und einen nicht diskriminierenden oder vorverurteilenden Ton anzuschlagen. Asefaw schlägt vor die Eltern als erstes zu fragen, ob in ihrer Gemeinschaft oder Familie FGM/C praktiziert wird. Als nächstes soll die Fachperson ihre Bedenken äussern und in der Lage sein, diese zu begründen, während sie sich vorbereitet mit kritischen Gegenfragen konfrontiert zu werden. Asefaw, wie auch IDE (2012,

S. 85) und De Pietro et al. (2014, S. 35) erwähnen, dass es sehr hilfreich sein kann, eine Multiplikatorin zum Elterngespräch beizuziehen, um Missverständnisse zu vermeiden und allgemein zu vermitteln. Erst wenn auch nach dem Gespräch noch Bedenken zurückbleiben, empfiehlt Asefaw (2008, S. 88), die Eltern über die rechtliche Situation in der Schweiz aufzuklären und sie auf das Verbot aufmerksam zu machen. Eine Anzeige sollte ihrer Meinung nach immer als letzter Schritt in Erwägung gezogen werden. Im Vorgehen der IDE (2012, S. 86) schreibt die Fachperson, wenn der Verdacht sich nach dem Gespräch erhärtet hat, einen Bericht an die vorgesetzte Person, welche sich wiederum mit einer Meldung an die KESB wendet. Die KESB soll dann die Meldung nach den gleichen oben erläuterten Prinzipien weiter bearbeiten und entscheiden, welche Kindesschutzmassnahmen angezeigt sind. Aus der Studie von De Pietro et al. (2014, S. 35) geht hervor, dass Fachpersonen in der Praxis häufig unsicher sind, wann eine Meldung oder Anzeige gemacht werden soll, auch wenn Befürchtungen nach einem Elterngespräch bestehen bleiben.

Es ist anzumerken, dass die empfohlene Vorgehensweise der IDE im Bezug auf die Anzeigepflicht viel Interpretationsspielraum zulässt. Sie machen, wie auch Asefaw, darauf aufmerksam, dass eine Meldung oder Anzeige nicht leichtfertig und unüberlegt gemacht werden soll, verzichten aber darauf, spezifische Empfehlungen für den richtigen Zeitpunkt zu geben.

8.3 Aus- und Weiterbildung von Fachpersonen

Die Studie der Terre des Femmes (Birri et al., 2014a, S. 20) sieht im Bereich der Aus- und Weiterbildung von Fachpersonen einen grossen Handlungsbedarf. Um gefährdete und betroffene Frauen und Mädchen zu erkennen und zu betreuen ist es unerlässlich, über genügend Fachwissen im Bereich FGM/C zu verfügen. Aus der Umfrage der UNICEF Schweiz (2013b, S. 20) geht hervor, dass bis dato nur 38 % der Fachpersonen aus dem Sozialbereich und 34 % aus dem Asylbereich das Thema FGM/C in ihrer Ausbildung behandelt haben. Im medizinischen Bereich sind es schon 50 % aller befragten Fachpersonen.

Gemäss der gleichen Umfrage (UNICEF Schweiz, 2013b, S. 21) wünschen sich 94 % der befragten Fachpersonen, dass FGM/C in die Aus- und Weiterbildung integriert wird. Auch die Studie von De Pietro et al. (2014, S. 26) weist den Bedarf der Fachpersonen, nach einer obligatorischen Einbindung des Themas FGM/C in die Aus- und Weiterbildung auf. Es zeigt sich in der gesamten bearbeiteten Fachliteratur, dass bei Fachpersonen ein Bedürfnis nach mehr Informationen und Handlungsanleitungen besteht, jedoch widerspiegelt sich dies noch nicht im Angebot der Ausbildungsinstitute.

Über die Hälfte aller befragten Ausbildungsinstitute im Bereich der Sozialen Arbeit haben FGM/C nicht in ihr Bildungsangebot integriert. Einzelne Institute wie z. B. die HES-SO Valais-Wallis oder die Fachhochschule Nordwestschweiz behandeln im Kontext von Vertiefungsmodulen wie Migration, Gender oder Sexualität in Berufsfeldern der Sozialen Arbeit das Thema FGM/C. Das Ziel der erwähnten Module ist, die Studierenden auf das Thema FGM/C zu sensibilisieren, indem Hintergrundwissen, Rechtsgrundlagen und sozialarbeiterische Handlungsmöglichkeiten vermittelt werden. Dabei wird der Fokus auf die Zusammenhänge zur Sozialen Arbeit gelegt, insbesondere Kinderschutz und Beratung von Betroffenen, und Studierende sind gefordert, ihre eigene Haltung zu reflektieren. Es handelt sich bei den Modulen um Wahlfächer, nicht um obligatorische Module, und der Bearbeitung des Themas wird dabei im Lehrplan meist nicht sehr viel Zeit eingeräumt. Institute im Bereich der Sozialpädagogik schneiden das Thema FGM/C in ihrer Ausbildung gar nicht an. Ausbildungsinstitute im Bereich Sozialer Arbeit und Sozialpädagogik, die FGM/C in keinem Modul bearbeiten, berufen sich darauf, dass das Thema entweder nicht im Lehrplan enthalten ist, nicht in das Kerngebiet fällt oder andere Schwerpunkte gesetzt werden (Birri et al., 2014b, S. 53 ff).

De Pietro et al. (2014, S. 26) führen in ihren Handlungsempfehlungen wichtige Elemente auf, die in allen Aus- und Weiterbildungen, je nach Fachrichtung vertieft werden sollen: Medizinisches Wissen über die diversen Formen und Folgen von FGM/C, rechtliches Wissen in Bezug auf Strafnormen, Meldepflichten und -rechte, Datenschutz und Berufsgeheimnis sowie das Wissen, wie im Fall einer Gefährdung vorzugehen ist. Fachpersonen sollten sich Grundlagen transkultureller Gesprächsführung aneignen und Mechanismen kultureller Stereotypisierung und Stigmatisierung verstehen. In jedem Fall sollten Hintergrund- und Kontextwissen über die Migrationsgemeinschaften und FGM/C erläutert werden. In der Aus- und Weiterbildung sollte es sich nicht nur um die Vermittlung von reinen Sachkenntnissen drehen, sondern es müssen Kompetenzen zur Gesprächsführung geschult und soziale und psychologische Aspekte thematisiert werden (UNICEF Schweiz, 2013b, S. 7).

Kommen Fachpersonen aus dem Sozial- oder Asylbereich mit Betroffenen oder Gefährdeten in Kontakt, sind sie oft unsicher, inwieweit das Thema FGM/C in ihren Aufgabenbereich fällt und wie sie das Thema angehen können oder sollen. Allein schon das Potenzial mit betroffenen oder gefährdeten Migrantinnen in Kontakt zu kommen, verpflichtet Fachpersonen sich Kenntnisse über FGM/C anzueignen, um intervenieren und schützen zu können (Birri et al., 2014a, S. 4). Schnüll und Kunze (2015, S. 53) führen aus, dass es weitreichende Folgen für Betroffene und Gefährdete haben kann,

wenn Fachpersonen in die Situation kommen, in der sie Entscheidungen bezüglich FGM/C treffen oder handeln müssen und nicht über genügend Kenntnisse verfügen. Auch wenn es genaue Handlungsanweisungen gibt, bleibt ein bestimmter Ermessensspielraum und Verantwortung bei den Fachpersonen, daher ist es umso wichtiger, dass sie sich die nötigen Kompetenzen im Rahmen der Aus- oder Weiterbildung angeeignet haben (De Pietro et al., 2014, S. 20).

In den Bereichen Schule, ausserfamiliäre Kinderbetreuung und Schutz und Intervention müssen noch genauere Abklärung gemacht werden, um zu ermitteln in welchem Ausmass diese mit FGM/C in Kontakt kommen. Dies betrifft verschiedene Stellen an denen Sozialarbeitende tätig sind wie z. B. Schulsozialarbeit, Kinder- und Jugendarbeit, Opferhilfestellen, Frauenhäuser oder KESB. Diese Stellen und Fachpersonen sind nach den Auswertungen der letzten Studie eher selten mit dem Thema der Genitalbeschneidung in Berührung gekommen (Birri et al., 2014b, S. 57). Wie auch im Kapitel 6.3 hergeleitet, handelt es sich jedoch bei FGM/C um ein Tabuthema, dass selten von betroffenen Frauen und Mädchen selber adressiert oder überhaupt als Problem wahrgenommen wird. Wenn nun eine Fachperson nicht über die Thematik von FGM/C Bescheid weiss, ist sie wiederum nicht in der Lage, potentiell gefährdete oder betroffene Frauen und Mädchen zu erkennen und wird das Thema auch nicht von sich aus behandeln. Dies kann dazu führen, dass FGM/C häufig zwischen Fachpersonen und Betroffenen nicht zur Sprache kommt und dadurch unberechtigter Weise auch nicht als Problem erkannt wird. Weiter sagen Birri et al. (2014b, S. 57), dass auch wenn gewisse Fachpersonen nur in Einzelfällen mit FGM/C konfrontiert werden, sie auf das Thema sensibilisiert sein und über Handlungsmöglichkeiten bescheid wissen müssen. Es wird daher gefordert, dass FGM/C als obligatorisches Thema im Rahmen von Modulen wie Gender, Gesundheit, Migration, Sexualität, Gewalt oder Kinderschutz in die Ausbildung von Sozialarbeitenden und Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen aufgenommen wird (Birri et al., 2014b, S. 55).

Es ist besonders hervorzuheben, dass Fachpersonen aus dem Sozial- und Asylbereich in ihrer Arbeit mit Klientinnen und Klienten das Thema FGM/C deutlich öfter zur Sprache bringen, wenn sie sich im Rahmen ihrer Ausbildung mit FGM/C auseinandergesetzt haben. Die Bearbeitung des Themas innerhalb des Studiums beeinflusst folglich die Arbeit und den Umgang mit betroffenen und gefährdeten Frauen und Mädchen positiv (UNICEF Schweiz, 2013b, S. 21).

8.4 Zwischenfazit

Es konnte in diesem Kapitel hergeleitet werden, dass Sozialarbeitende in verschiedenen Bereichen, die mit FGM/C in Kontakt kommen, tätig sind und die Kontaktrate seit 2004 erheblich gestiegen ist. Von FGM/C betroffene Frauen und Mädchen haben neben gesundheitlichen, häufig mit verschiedenen sozialen und psychischen Problemen zu kämpfen, die in keinem Zusammenhang mit FGM/C stehen, sondern sich im Rahmen der Migration entwickelt haben. Die Soziale Arbeit verfügt über das nötige migrations- und genderspezifische Wissen, hat Kenntnisse in der Beratungsarbeit und ist in interkulturellen Kompetenzen geschult, um angemessen auf die diversen Probleme der betroffenen und gefährdeten Migrantinnen reagieren zu können. Verschiedene Konzepte der Sozialen Arbeit, wie die lösungs- und ressourcenorientierte Beratung oder das Case Management, können in der Arbeit mit betroffenen und gefährdeten Frauen äusserst hilfreich sein. Die Soziale Arbeit ist sich gewohnt in interdisziplinären Teams zu arbeiten und bringt verschiedene Ressourcen und Kompetenzen mit, um im Bereich von FGM/C wertvoll Arbeit leisten zu können.

Im Bereich FGM/C in der Aus- und Weiterbildung von Sozialarbeitenden und Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen gibt es noch einigen Handlungsbedarf. Nur wenige Hochschulen haben das Thema in ihren Lehrplan aufgenommen und wenn es aufgenommen wurde, häufig nur im Rahmen von Wahlmodulen. Es konnte aufgezeigt werden, dass es unerlässlich ist, Fachpersonen auf verschiedene Aspekte von FGM/C zu schulen, da auch wenn Handlungsanweisungen konkreter werden, ein gewisser Ermessensspielraum immer bei den Fachpersonen bleiben wird.

Durch eine gute Ausbildung sollten Fachpersonen eine gewisse Sicherheit bekommen, um im Einzelfall entscheiden zu können, welches das richtige Vorgehen oder die angemessene Massnahme ist. Da es sich um eine komplexe Thematik handelt, können die Fälle sehr unterschiedlich sein und es ist essenziell, das Umfeld und die genaue Situation abzuklären und miteinzubeziehen. Vielleicht muss erkannt werden, dass für diesen Bereich keine Best Practices formuliert werden können. Fachpersonen müssen trotz Vorgaben von Fall zu Fall sorgfältig abwägen und entscheiden, welche Massnahme angezeigt ist und wann der richtige Moment für eine Meldung oder Anzeige gekommen ist.

Weiter ist auch zu definieren, was nach einer Gefährdungsmeldung oder Anzeige geschieht. Seit der Einführung des neuen Strafartikels hat es noch kein Verfahren gegeben und auch Statistiken zu Kinderschutzmassnahmen, die aufgrund einer drohenden Genitalverstümmelung angeordnet wurden, existieren nicht. Das konkrete Vorgehen in

der Praxis muss im Rahmen des neuen Artikels noch weiter diskutiert und ausgearbeitet werden. Aktuell scheint es bei Fachpersonen eine grosse Hemmschwelle bei Anzeigen und Gefährdungsmeldungen zu geben.

9. Schlussfolgerungen

Die Thematik der weiblichen Genitalbeschneidung ist, wie in dieser Arbeit aufgezeigt werden konnte, weit aus komplexer und vielschichtiger als sie auf den ersten Blick erscheinen mag. Es ist zu simpel, FGM/C als eine barbarische und grausame afrikanische Tradition abzustempeln. Werden die historischen Entwicklungen genauer betrachtet, kommt zum Vorschein, dass Genitalbeschneidungen wie z. B. die Klitoridektomie teils mit ähnlichen Argumenten auch in Europa und den USA bis ins 20. Jahrhundert durchgeführt wurden.

Bei der Literaturrecherche für diese Arbeit ist aufgefallen, dass viele Informationen und Daten über FGM/C vorhanden sind. Es gibt gute und ausführliche Studien zum Thema, die aktuelle Daten und Fachwissen liefern, auch konkret in Bezug auf die Schweiz. Die Informationen waren jedoch sehr verstreut und unübersichtlich aufgearbeitet. Es ist aktuell mit einem grösseren zeitlichen Aufwand verbunden, sich tiefgehend mit dem Thema auseinanderzusetzen, da benötigte Informationen für Fachpersonen nicht gebündelt verfügbar sind. Befragungen und Diskussionsrunden mit Fachpersonen und Experten sind zum gleichen Schluss gekommen: Sie wünschen sich eine Verbesserung der Informationsaufbereitung. Ein Infoportal für Fachpersonen und betroffene und gefährdete Frauen und Mädchen, wie es zum Thema der Zwangsheirat gibt, wäre auch für das Thema der Genitalbeschneidung und die Praxis von grossem Nutzen. Dies soll in eine nationale Strategie gegen FGM/C eingebettet werden.

Es ist sehr zu begrüessen, dass der Bund in den letzten Jahren sich aktiv gezeigt und verschiedene Studien und Umfragen in Auftrag gegeben hat. Es stellt sich nun die Frage, wie diese Ergebnisse weiterverwendet und bekannt gemacht werden und in welchem Ausmass sie in politische Entscheide einfließen werden.

Es konnte in Kapitel 5 nachgewiesen werden, dass es sich bei der weiblichen Genitalbeschneidung um eine Menschenrechtsverletzung handelt, und dass Staaten, welche die Menschenrechtskonventionen ratifiziert haben, dazu verpflichtet sind, gegen Verstösse vorzugehen. Es stellt sich jedoch die Frage, wie dies mit der Forderung nach Anerkennung von Kulturen und ihren Traditionen zu vereinbaren ist. Bis zu welchem Punkt ist

eine Kultur mit ihren Eigenheiten zu schützen und ab wann ist es legitim, in fremde kulturelle Traditionen einzugreifen. Stehen Menschenrechte über kulturellen Traditionen? Es handelt sich hierbei um eine Gratwanderung, bei der es möglich sein sollte, eine respektvolle und anerkennende Haltung gegenüber anderen Kulturen und ihren Traditionen einzunehmen und gleichzeitig Grenzen zu setzen, wo grundlegende Menschenrechte verletzt werden. Die genaue Handhabung ist jedoch noch nicht zufriedenstellend geklärt.

Eines der Menschenrechte, welches durch FGM/C verletzt wird, ist das Recht auf körperliche Unversehrtheit. Bei der Auseinandersetzung mit dem Recht auf körperliche Unversehrtheit hat sich die Frage aufgedrängt, wie dieses Recht nicht nur in Zusammenhang mit weiblicher sondern auch mit männlicher Genitalbeschneidung verletzt wird. Es ist aufgefallen, dass bis anhin die Thematik der männlichen Genitalbeschneidung fast gänzlich aus der Diskussion von FGM/C ausgeschlossen wurde. Um aber wirksame Präventions- und Sensibilisierungsarbeit im Bereich von FGM/C betreiben zu können, ist es unerlässlich, den grösseren Zusammenhang zu erkennen und sich auch Gedanken zur körperlichen Unversehrtheit von Jungen zu machen. Im FGM/C Diskurs sollte ferner die eigene Kultur beleuchtet und kritisch hinterfragt werden. In Bezug auf die Diskussion der körperlichen Unversehrtheit heisst das, dass neben der weiblichen und männlichen Genitalbeschneidung, auch Themen wie Operationen bei intersexuellen Kindern und sogenannte Schönheitsoperationen im Genitalbereich behandelt werden müssen.

Wird einmal angenommen, dass die Soziale Arbeit eine Menschenrechtsprofession ist, dann lässt sich daraus schlussfolgern, dass sie förmlich dazu verpflichtet ist, sich dem Thema FGM/C anzunehmen. Eine der wichtigsten Empfehlungen der Forschungsliteratur ist, FGM/C nicht als einzelnes Thema, sondern in einem lebensweltlichen und migrationsspezifischen Kontext zu verstehen und zu bearbeiten. Sozialarbeitende arbeiten in verschiedenen Bereichen häufig mit Migrantinnen und Migranten zusammen und kennen sich mit migrationsspezifischen Problemen aus. Daher können Informationen zu FGM/C gut an bestehendes Wissen angeknüpft und integriert werden. Verschiedene Konzepte der Sozialen Arbeit wie die lösungs- und ressourcenorientierte Beratung oder das Case Management eignen sich für die Arbeit mit FGM/C-Betroffenen und Gefährdeten und sollten als eine wertvolle Ressource stärker genutzt werden. In den letzten Jahren haben Sozialarbeitende im Sozial- und Asylbereich viel Erfahrung in der Arbeit mit Migrantinnen und Migranten aus praktizierenden Ländern gesammelt und können einen wesentlichen Input aus der Praxis liefern. In der Erarbeitung und Planung der Angebotsstruktur im Arbeitsbereich von FGM/C sollte daher die

Soziale Arbeit mit ihrem Praxiswissen und ihren Praxiserfahrungen unbedingt miteinbezogen werden.

Fachpersonen des Sozial- und Asylbereichs haben das Bedürfnis nach genauen Handlungsanweisungen im Umgang mit betroffenen und gefährdeten Frauen und Mädchen geäußert. Es konnte jedoch in dieser Arbeit dargelegt werden, dass es nicht sinnvoll ist, allgemeingültige Anweisungen zu formulieren, da die richtige Vorgehensweise von Fall zu Fall unterschiedlich ausfallen kann. Daher ist es umso wichtiger, dass Fachpersonen auf das Thema sensibilisiert und ausgebildet sind. Fachpersonen aber speziell auch Organisationen und Institutionen müssen die Nachfrage nach mehr FGM/C Fachwissen an die Hochschulen herantragen und aufzeigen, dass es in der Praxis an nötigen Informationen und Handlungskompetenzen fehlt.

Einleitend wurde die Hypothese aufgestellt, dass FGM/C für die Soziale Arbeit in der Schweiz auf zwei Ebenen eine Herausforderung darstellt: Einerseits sind Sozialarbeitende häufiger mit FGM/C-Betroffenen konfrontiert und andererseits sind sie im Umgang mit dem Thema noch nicht sehr versiert und müssen sich einen professionellen Zugang erst noch aneignen. In dieser Arbeit konnte nachgewiesen werden, dass der Anteil der Migrantinnen und Migranten aus Ländern mit einer hohen Prävalenzrate in den letzten Jahren zugenommen hat und somit mehr betroffene und gefährdete Frauen und Mädchen in der Schweiz leben. Dies hat zur Folge, dass Sozialarbeitende 2012 beruflich mehr als dreimal so häufig mit Betroffenen und Gefährdeten in Kontakt gekommen sind als noch 2004. Weiter ist aus der Literaturrecherche hervor gegangen, dass die Thematik der Genitalbeschneidung nur selten in der Ausbildung von Sozialarbeitenden und Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen aufgenommen wird und es in diesem Bereich grossen Handlungsbedarf gibt. Verschiedene in dieser Arbeit analysierte Studien haben den Wunsch von Sozialarbeitenden nach mehr Fachwissen und den Bedarf der Praxis nach besser ausgebildeten Fachpersonen abgebildet. Folglich kann FGM/C mengenmässig wie auch inhaltlich als eine neue Herausforderung für die Sozialen Arbeit betrachtet werden, wodurch sich die Hypothese bestätigt.

Bei der Analyse der Fachliteratur hat sich herausgestellt, dass FGM/C für die Soziale Arbeit noch auf einer dritten Ebene eine Herausforderung darstellt: Es hat sich gezeigt, dass im Sozial- und Asylbereich häufig personelle und finanzielle Ressourcen fehlen, um das Thema FGM/C zu bearbeiten. Es müssen folglich auch Organisationen und Institutionen auf das Thema sensibilisiert werden, damit auf struktureller Ebene die nötigen Voraussetzungen geschaffen werden können, um FGM/C anzugehen. Weiter

lassen die rechtlichen Bestimmungen auch heute, nach dem Erlass des neuen FGM/C Gesetzesartikel, viele Fragen offen und haben aus Sicht der Fachpersonen nicht zu einer klaren Vorgehensweise in FGM/C Fällen beigetragen. Ähnlich steht es um die Meldepflichten und -rechte, welche nach Meinung der Fachpersonen des Sozial- und Asylbereichs zu unübersichtlich geregelt sind. Aktuell wird im Nationalrat über eine Ausweitung der Meldepflicht für verschiedene Berufsgruppen bei Verdacht auf Kindesmissbrauch debattiert. Fachpersonen und Experten aus verschiedenen Disziplinen sind sich nicht einig darüber, wie eine sinnvolle Meldepflicht gestaltet sein sollte. Diese Diskussion und die daraus resultierenden Folgen haben auch Auswirkungen auf die Arbeit mit von FGM/C gefährdeten Mädchen. Wer hat die Pflicht und wer das Recht eine Gefährdungsmeldung bei Verdacht auf eine drohende Genitalbeschneidung zu machen? Es wäre sinnvoll, die Meldepflichten auf Bundesebene zu vereinheitlichen und Personen, welche dem Amts- und Berufsgeheimnis unterstehen, nicht zu verpflichten, aber zu berechtigen eine Meldung an die KESB zu machen.

Die vorhergehenden Erläuterungen lassen darauf schliessen, dass für Fachpersonen der Sozialen Arbeit im Umgang mit FGM/C betroffenen und gefährdeten Frauen und Mädchen zusätzlich auch verschiedene rechtliche, strukturelle und politische Rahmenbedingungen eine Herausforderung darstellen.

Die Hauptfragestellung wie auch die Teilfragen konnten im Rahmen dieser Arbeit beantwortet werden. Das Ergebnis dieser Arbeit stellt einen ersten Schritt dar, um Informationen zu FGM/C gebündelt und übersichtlich verfügbar zu machen. Die Autorin dieser Arbeit beabsichtigt, dass Sozialarbeitende durch diese Arbeit angeregt werden, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen und es anschliessend in ihr Tätigkeitsfeld einzubringen.

Literaturverzeichnis

- Asefaw, F. (2008). *Weibliche Genitalbeschneidung. Hintergründe, gesundheitliche Folgen und nachhaltige Prävention*. Frankfurt am Main: Helmer.
- Avenir Social. (2010). *Berufskodex Sozialer Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: Selbstverlag.
- Bauer, C., Hulverscheidt, M. & Nabateregga, I. (2015). Gesundheitliche Folgen der weiblichen Genitalverstümmelung. In Terre des Femmes (Hrsg.), *Schnitt in die Seele. Weibliche Genitalverstümmelung – Eine fundamentale Menschenrechtsverletzung* (2. Aufl.) (S. 23–54). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Baumgarten, I. & Finke, E. (2015). Ansätze zur Überwindung weiblicher Genitalverstümmelung. In Terre des Femmes (Hrsg.), *Schnitt in die Seele. Weibliche Genitalverstümmelung – Eine fundamentale Menschenrechtsverletzung* (2. Aufl.) (S. 135–142). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Birri, M., Egger, S. & Wegelin, M. (2014a). *FGM in der Schweiz. Bestandesaufnahme über die Massnahmen gegen weibliche Genitalverstümmelung in der Schweiz in den Bereichen Prävention, Unterstützung und Schutz. Kurzfassung*. Bern: Terre des Femmes Schweiz.
- Birri, M., Egger, S. & Wegelin, M. (2014b). *FGM in der Schweiz. Bestandesaufnahme über die Massnahmen gegen weibliche Genitalverstümmelung in der Schweiz in den Bereichen Prävention, Unterstützung und Schutz. Ausführliche Version*. Bern: Terre des Femmes Schweiz.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG). (2016). *Massnahmen gegen weibliche Genitalverstümmelung (FGM)*. Abgerufen am 08.05.2016 unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12512/13670/index.html?lang=de>.
- Caritas Schweiz. (2016). *Prävention von Mädchenbeschneidung. Empfehlungen zur Community-Arbeit in der Schweiz*. Luzern: Selbstverlag.
- Caritas Schweiz & IAMANEH. (2005). *Empfehlungen für die Informations- und Sensibilisierungsarbeit bei afrikanischen Migrant/innen, welche vom Thema Mädchenbeschneidung betroffen sind*. Luzern: Caritas Schweiz.
- Cottier, M. (2008). *Zivilrechtlicher Kinderschutz und Prävention von genitaler Mädchenbeschneidung in der Schweiz*. Zürich: Schweizerisches Komitee für UNICEF.
- De Pietro, J., Graf, A., Hausammann, C., Schnegg, B. & Voegli, S. (2014). *Prävention, Versorgung, Schutz und Intervention im Bereich der weiblichen Genitalbeschneidung (FGM/C) in der Schweiz. Empfehlungen und Best Practices*. Bern: Schweizerisches Kompetenzzentrum für Menschenrechte.
- De Weck, F. & Hausammann, C. (2014). *Genitalverstümmelung von Frauen und Mädchen in der Schweiz. Überblick über rechtliche Bestimmungen, Kompetenzen und Behörden*. Bern: Schweizerisches Kompetenzzentrum für Menschenrechte.

- Ettenhuber, H. (2000). Weibliche Genitalverstümmelung – Ursprung und Gegenwart. In C. Hermann (Hrsg.), *Das Recht auf Weiblichkeit. Hoffnung im Kampf gegen die Genitalverstümmelung* (S. 16–30). Bonn: Dietz.
- Eya Nchama, C. M. (2007). *Mutilations Génitales Féminines (MGF) en Afrique et dans le monde*. Genf: Bureau de l'intégration des étrangers de la République et Canton de Geneve.
- Eyer, P. & Schweizer, R. (2010). *Die somalische und die eritreische Diaspora in der Schweiz*. Bern-Wabern: Bundesamt für Migration.
- Gruber, F., Kulik, K. & Binder, U. (2005). *Studie zu weiblicher Genitalverstümmelung. (FGM= Female Genital Mutilation)*. Tübingen: Terre des Femmes.
- Hammond, T. (2015). Der Zusammenhang zwischen weiblicher und männlicher Genitalverstümmelung. In Terre des Femmes (Hrsg.), *Schnitt in die Seele. Weibliche Genitalverstümmelung – Eine fundamentale Menschenrechtsverletzung* (2. Aufl.) (S. 275–301). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Hermann, C. (2000). „Wir wollten nur das Beste“ (Oureye Sall). In C. Hermann (Hrsg.), *Das Recht auf Weiblichkeit. Hoffnung im Kampf gegen die Genitalverstümmelung* (S. 75–90). Bonn: Dietz.
- International Federation of Social Workers (IFSW). (2014). *Global Definition of Social Work*. Abgerufen am 08.01.2016 unter: <http://ifsw.org/get-involved/global-definition-of-social-work/>.
- International Federation of Social Workers (IFSW) & International Association of Schools of Social Work (IASSW). (2006). *Ethik in der Sozialen Arbeit - Darstellung der Prinzipien*. Luzern: Avenir Social.
- Internationales Institut der Rechte des Kindes (IDE). (2012). *Handbuch zur Information und Reflexion über weibliche Genitalverstümmelung: Ansätze, Herausforderungen und Empfehlungen für Fachpersonen*. Luzern: Zentrum für Menschenrechtsbildung der Pädagogischen Hochschule Luzern.
- Jäger, F., Schulze, S. & Hohlfeld, P. (2002). Female genital mutilation in Switzerland: a survey among gynaecologists. *Swiss Medical Weekly*, 132, 259–264.
- Kunze, K. (2014). *CHANGE. Weiblicher Genitalverstümmelung begegnen. Ein Leitfaden für Fachkräfte in sozialen, pädagogischen und medizinischen Berufen*. Berlin: Terre des Femmes.
- Marti, S. (2013). *Auswertung bestehender Handlungsempfehlungen im Bereich FGM in der Schweiz und in der Europäischen Union*. Bern: Schweizerisches Kompetenzzentrum für Menschenrechte.
- Mona, M. (2014). Zum neuen Strafbestand der Verstümmelung weiblicher Genitalien (VWG). In C. Hausammann & W. Kälin (Hrsg.), *Geschlechtergleichstellung im Migrationskontext. Bevormundung oder Emanzipation?* (S. 115–141). Bern: Editions Weblaw.
- Müller, S. (2015). Über das Fremde in uns und den Umgang mit genitalverstümmelten Frauen. In Terre des Femmes (Hrsg.), *Schnitt in die Seele. Weibliche Genitalver-*

- stümmelung – Eine fundamentale Menschenrechtsverletzung* (2. Aufl.) (S. 246–252). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Nzimegne-Gölz, S. (2015). Beratung zur Genitalverstümmelung im Kontext der Migration. In Terre des Femmes (Hrsg.), *Schnitt in die Seele. Weibliche Genitalverstümmelung – Eine fundamentale Menschenrechtsverletzung* (2. Aufl.) (S. 229–237). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Richter, G. & Schnüll, P. (2015). Einleitung. In Terre des Femmes (Hrsg.), *Schnitt in die Seele. Weibliche Genitalverstümmelung – Eine fundamentale Menschenrechtsverletzung* (2. Aufl.) (S. 15–20). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Sané, A. K. (2015). Frauensache? Männersache? Menschrecht! In Terre des Femmes (Hrsg.), *Schnitt in die Seele. Weibliche Genitalverstümmelung – Eine fundamentale Menschenrechtsverletzung* (2. Aufl.) (S. 105–110). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Schnüll, P. & Kunze, K. (2015). Weibliche Genitalverstümmelung in Afrika. In Terre des Femmes (Hrsg.), *Schnitt in die Seele. Weibliche Genitalverstümmelung – Eine fundamentale Menschenrechtsverletzung* (2. Aufl.) (S. 23–63). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Schweizerisches Komitee für UNICEF (UNICEF Schweiz). (2005). *Mädchenbeschneidung in der Schweiz. Umfrage bei Schweizer Hebammen, Gynäkologen/innen, Pädiatern/innen und Sozialstellen*. Zürich: Selbstverlag.
- Schweizerisches Komitee für UNICEF (UNICEF Schweiz). (2013a). *Mädchenbeschneidung in der Schweiz. Information*. Zürich: Selbstverlag.
- Schweizerisches Komitee für UNICEF (UNICEF Schweiz). (2013b). *Weibliche Genitalverstümmelung in der Schweiz. Risiko, Vorkommen, Handlungsempfehlungen*. Zürich: Selbstverlag.
- Staatssekretariat für Migration, SEM. (2015a). *Asylwesen 2015 in Zahlen*. Abgerufen am 10.05.2016 unter: <https://www.sem.admin.ch/dam/data/sem/publiservice/statistik/asylstatistik/2015/faktenblatt-asylstatistik-2015-d.pdf>.
- Staatssekretariat für Migration, SEM. (2015b). *Ausweis F (Vorläufig aufgenommene Ausländer)*. Abgerufen am 08.04.2016 unter: https://www.sem.admin.ch/sem/de/home/themen/aufenthalt/nicht_eu_efta/ausweis_f_vorlaeufig.html.
- Staatssekretariat für Migration, SEM, Abteilung Integration. (2016). *Plattform gegen Zwangsheirat*. Abgerufen am 18.04.2016 unter: <http://www.gegen-zwangsheirat.ch/themen/aktuell>.
- Strenge, D. K. (2013). Traumatisierung durch weibliche Genitalverstümmelung. Ein Prozessmodell unter besonderer Berücksichtigung der Migration. *Trauma & Gewalt. Forschung und Praxisfelder*, 7 (4), 324–337.
- Terre des Femmes Schweiz. (2012a). *Positionspapier „weibliche Genitalverstümmelung“*. Bern: Selbstverlag.
- Terre des Femmes Schweiz. (2012b). *Weibliche Genitalbeschneidung – Wir schützen unsere Töchter. Informationen für Eltern und betroffene Frauen*. Abgerufen am

19.04.2016 unter:
http://www.terre-des-femmes.ch/images/docs/2012_FGM_d.pdf.

http://www.terre-des-femmes.ch/images/docs/2012_FGM_d.pdf

United Nation Children`s Fund (UNICEF). (2013). *Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change*. New York: Author.

United Nation Children`s Fund (UNICEF). (2015). *Female Genital Mutilation/Cutting: A global concern*. Abgerufen am 21.03.2016 unter:
http://www.data.unicef.org/corecode/uploads/document6/uploaded_pdfs/corecode/FGMC-2016-brochure_250.pdf.

United Nation Children`s Fund (UNICEF). (2016). *At least 200 million girls and women alive today living in 30 countries have undergone FGM/C*. Abgerufen am 16.02.2016 unter: <http://www.data.unicef.org/child-protection/fgmc.html>.

United Nation Population Fund (UNFPA). (2015). *Female Genital Mutilation (FGM) frequently asked questions*. Abgerufen am 22.03.2016 unter:
http://www.unfpa.org/resources/female-genital-mutilation-fgm-frequently-asked-questions#common_types.

World Health Organization (WHO). (1997). *Female genital mutilation: a joint WHO/UNICEF/UNFPA statement*. Geneva: Author.

World Health Organization (WHO). (2001). *Female Genital Mutilation. The prevention and the Management of the Health Complications. Policy Guidelines for nurses and midwives*. Geneva: Author.

World Health Organization (WHO). (2016). *Female Genital Mutilation. Fact sheet*. Abgerufen am 22.03.2016 unter:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Prävalenz weiblicher Genitalverstümmelung nach Ländern.	10
Abb. 2: Formen der Genitalbeschneidung.	12

Anhang

Kontaktadressen in der Deutschschweiz

Caritas Schweiz, Abteilung Migration
Vermittlungsstelle für die Prävention von Mädchenbeschneidungen in der Schweiz
Adligenswilerstrasse 15,
6002 Luzern
Kontakt: Nadia Bisang
Tel.: 041 419 23 55
E-Mail: nbisang@caritas.ch
Webseite: <https://www.caritas.ch/de/was-wir-tun/engagement-schweiz/integration-und-chancengleichheit/maedchenbeschneidung/>

IAMANEH Schweiz
Aeschengraben 16
4051 Basel
Tel.: 061 205 60 80
E-Mail: info@iamaneh.ch
Webseite: <http://www.iamaneh.ch/de/themen/menschenrechte/maedchenbeschneidung.html>

Terre des Femmes Schweiz
Standstrasse 32
3014 Bern
Tel.: 031 311 38 79
E-Mail: info@terre-des-femmes.ch
Webseite: <http://www.terre-des-femmes.ch/de/themen/weibliche-genitalverstuemmelung>

UNICEF Schweiz
Schweizerisches Komitee für UNICEF
Pfingstweidstrasse 10
8005 Zürich
Tel.: 044 317 22 66
E-Mail: info@unicef.ch
Webseite: <https://www.unicef.ch/de/aktuell/news/weibliche-genitalverstuemmelung-der-schweiz>

Beratungsstellen für Betroffene:

Sexuelle Gesundheit Schweiz
Marktgasse 36
3011 Bern
Tel.: 031 311 44 08
E-Mail: info@sexuelle-gesundheit.ch
Webseite: <https://www.sante-sexuelle.ch>
Über 100 Fachstellen in der ganzen Schweiz

Opferhilfe-Beratungsstellen
Schweizerische Konferenz der Kantonalen
Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK)

Webseite:

http://www.sodk.ch/fileadmin/user_upload/Fachbereiche/Opferhilfe/Adresslisten/Adressen_OH-Beratungsstellen.pdf

Eine Liste mit allen Opferhilfe-Beratungsstellen der Schweiz

Unterstützung für Migrantinnen:

Bern: Somalische Frauengruppe
Im Bödeli
3250 Lyss
Tel.: 078 901 50 92

Ostschweiz: Somalische Frauengruppe (auch für andere Afrikanerinnen)
Hawa Duale
Röslistrasse 11
Flawil SG
Tel.: 078 895 53 45

Zürich: Resource Centre for Black Women
Treffpunkt für afrikanische Frauen
Manessestrasse 73
Tel.: 044 451 60 94

Zürich: Union ostafrikanische Frauen in der Diaspora
Anisa Sherif
Tel.: 078 805 65 22

Medizinische Unterstützung:

Frauenklinik Universitätsspital Basel
Spitalstrasse 21
4031 Basel
Tel.: 061 265 90 43

Frauenklinik Kantonsspital St. Gallen
Rorschacherstrasse 95
9007 St. Gallen
Tel.: 071 494 20 21

Frauenklinik Inselspital Bern
Effingerstrasse 102
3010 Bern
Tel.: 031 632 16 14

Klinik für Gynäkologie
Universitätsspital Zürich,
Frauenklinikstrasse 10
8091 Zürich
Tel.: 044 255 50 36/37

Interkulturelles Dolmetschen und Vermitteln:

Interpret
Datenbank von zertifizierten interkulturell Dolmetschenden
Regionale Vermittlungsstelle
<http://www.inter-pret.ch/de/angebote/interkulturelles-dolmetschen-und-vermitteln-6.html>