

Weibliche Genitalverstümmelung: Einschätzung der Massnahmen des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz, Analyse der Situation in den Kantonen und Verbesserung der Datenlage

Schlussbericht

Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG

Dr. Lena Liechti, Kilian Künzi, Jolanda Jäggi, Céline Gerber

Bern, 23. Juni 2023

Impressum

Leitung des Projekts beim Bundesamt
für Gesundheit BAG

Sabina Hösli und Nicole Fasel, Sektion Gesundheitliche
Chancengleichheit

Kontakt

Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Prävention und Gesundheitsversorgung
Abteilung Gesundheitsstrategien
Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit
Schwarzenburgstrasse 157, 3003 Bern

Zitiervorschlag

Liehti, L., Künzi, K., Jäggi, J., & Gerber, C. (2022). *Weibliche Genitalverstümmelung: Einschätzung der Massnahmen des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz, Analyse der Situation in den Kantonen und Verbesserung der Datenlage* [Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG]. Bern: Büro BASS.

Dank

Der vorliegende Bericht wäre ohne die wertvolle Mitwirkung zahlreicher Personen nicht möglich gewesen. Wir bedanken uns bei allen Fachpersonen und Multiplikator/innen, die uns im Rahmen von Gesprächen und der Teilnahme an der Befragung Auskunft gegeben haben. Den Auftraggeberinnen und der Begleitgruppe danken wir für ihre engagierte Unterstützung und die konstruktive Zusammenarbeit.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	III
Zusammenfassung	IV
Résumé	VI
Riassunto	VIII
1 Einleitung	1
1.1 Engagement des Bundes zur Bekämpfung von FGM/C	1
1.2 Forschungsauftrag und Berichtsaufbau	2
2 Methodisches Vorgehen und Datengrundlagen	3
2.1 Literatur und Dokumentenanalysen	3
2.2 Online-Befragung der regionalen FGM/C-Anlaufstellen	4
2.3 Interviews und Fokusgruppen	5
2.4 Prävalenzschätzungen und Datenanalyse	6
3 Massnahmen des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz	6
3.1 Aktivitäten, Zielgruppenerreichung und Wirkungen	7
3.1.1 Betroffene Migrationsgemeinschaften	7
3.1.2 Fachpersonen	10
3.1.3 Öffentlichkeit	12
3.2 Bedeutung und künftige Rolle des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz	13
3.2.1 Nutzung und Einschätzung der Dienstleistungen des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz	13
3.2.2 Bedarf nach der Weiterführung eines nationalen Netzwerks	14
4 Versorgungssituation in den Kantonen	16
4.1 Einzugsgebiet und Angebot der regionalen FGM/C-Anlaufstellen	16
4.2 Einschätzung der Versorgungssituation	18
4.3 Institutionalisierung und Verankerung in den Kantonen	21
4.4 Vernetzung und interdisziplinäre Zusammenarbeit	24
5 Datenlage	26
5.1 Methoden Prävalenzschätzungen und aktuelle Zahlen	26
5.1.1 Indirekte FGM/C-Prävalenzschätzungen	26
5.1.2 Erfassung über Diagnosen im stationären Spitalbereich (ICD-Codes)	28
5.1.3 Selbstangaben der Migrationsbevölkerung	31
5.2 Datenzugänge	31
5.2.1 Ansätze für präzisere Methoden der indirekten Prävalenzschätzungen	31
5.2.2 Datenerfassung in der Gesundheitsversorgung	33

5.2.3	Datenerfassung durch weitere Institutionen / Stellen	34
5.2.4	Erfassung in Befragungen der Migrationsbevölkerung	35
5.3	Veränderung von Normen und Werten	36
6	Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen	37
6.1	Schlussfolgerungen	37
6.2	Handlungsempfehlungen	39
	Literaturverzeichnis	42
	Anhang	46
A-1	Wirkungsmodell	46
A-2	Offene Antworten Online-Befragung der regionalen FGM/C-Anlaufstellen	47
A-3	Liste der befragten Personen und Stellen	49
A-3.1	Interviewpersonen Einzelgespräche	49
A-3.2	Teilnehmende an Fokusgruppen	50

Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BJ	Bundesamt für Justiz
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
DHS	Demographic and Health Surveys
EBG	Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann
EDA	Eidgenössisches Departement für auswärtige Angelegenheiten
ESRK	Erhebung zur Sprache, Religion und Kultur
fedpol	Bundesamt für Polizei
FGM/C	Female Genital Mutilation/Cutting
GDK	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
ICD	International Classification of Diseases
IZFG	Interdisziplinäres Zentrum für Geschlechterforschung
KESB	Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden
KKJPD	Konferenz der Kantonalen Justiz- und Polizeidirektorinnen und -direktoren
KOKES	Konferenz für Kindes- und Erwachsenenschutz
MICS	Multiple Indicator Cluster Surveys
MS	Medizinische Statistik der Krankenhäuser
SE	Strukturerhebung
SEM	Staatssekretariat für Migration
SGCH	Sexuelle Gesundheit Schweiz
SGB	Schweizerische Gesundheitsbefragung
SHCS	Swiss HIV Cohort Study
SKMR	Schweizerisches Kompetenzzentrum für Menschenrechte
SODK	Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren
STATPOP	Statistik der Bevölkerung und Haushalte
StGB	Schweizerisches Strafgesetzbuch
ZEMIS	Zentrales Migrationsinformationssystem

Zusammenfassung

Der Bund engagiert sich seit 2003 mit Präventions- und Sensibilisierungsmassnahmen gegen weibliche Genitalverstümmelung (FGM/C) in der Schweiz. Als Grundlage für die künftige Ausgestaltung der Massnahmen gegen FGM/C hat das Bundesamt für Gesundheit den vorliegenden Bericht in Auftrag gegeben. Im Fokus stehen drei

Untersuchungsebenen:

- Einschätzung der Zweckmässigkeit und Zielerreichung der Massnahmen des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz
 - Analyse der Versorgungssituation zu FGM/C in den Kantonen
 - Daten zu FGM/C in der Schweiz: Aktualisierung der Prävalenzschätzungen und Diskussion von Lösungsansätzen zur Verbesserung der Datenlage
- Zur Beantwortung der Fragestellungen wurden mehrere **methodische Zugänge** gewählt:
- Literatur- und Dokumentenanalyse
 - Einzel- und Gruppengespräche mit insgesamt 26 Fachpersonen und 11 Multiplikator/innen aus den betroffenen Migrationsgemeinschaften
 - Online-Befragung der regionalen FGM/C-Anlaufstellen
 - Sekundärdatenanalyse (Prävalenzschätzungen und ICD-Diagnosen zu FGM/C in der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser)

Massnahmen des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz

Die Ausrichtung und Zielsetzungen des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz werden von den konsultierten Akteuren grundsätzlich bestätigt. Die **Massnahmen des Netzwerks** werden sowohl von den Zielgruppen selbst, wie auch von den Expert/innen in der Regel als zielführend eingeschätzt. Die einzelnen Dienstleistungen des Netzwerks werden in Anspruch genommen und positiv bewertet. Viele Empfehlung aus der vorangehenden Evaluation (Calderón-Grossenbacher, 2019) wurden für die aktuelle Mandatsperiode aufgenommen. Insbesondere konnte die Verankerung von Beratungs- und Versorgungsangeboten in den Kantonen vorangetrieben werden. Trotz zunehmender Regionalisierung wird weiterhin ein **grosser Bedarf an einem nationalen Netzwerk** geäussert. Dabei werden aus einer Innen- wie Aussensicht weitgehend dieselben Argumente vorgebracht: Ohne nationales Kompetenzzentrum, das Wissen bündelt und die Qualität sowie Vernetzung sicherstellt, wäre die Nachhaltigkeit der bisherigen

Anstrengungen und Aufbauarbeiten in Frage gestellt.

Die **Schulung von Fachpersonen** ist eine wichtige Massnahme des Netzwerks, um Gefährdete und Betroffene erkennen, schützen und versorgen zu können. Diesbezüglich konnten in den vergangenen Jahren einige Fortschritte erzielt werden. Grösserer Handlungsbedarf besteht trotz zahlreicher Schulungsaktivitäten nach wie vor im **Gesundheitsbereich**. Studien sowie die Erfahrungen der befragten Expert/innen zeigen, dass Gesundheitsfachpersonen FGM/C häufig nicht erkennen und viele Betroffene von den behandelnden Fachpersonen nicht auf ihre Beschneidung angesprochen werden. Wichtig sind daher weiterhin Anstrengungen sowohl für die Integration der Thematik in die Aus- und Weiterbildungen als auch Schulungen, Richtlinien und Leitfäden für die praktizierenden Fachpersonen. Daneben bleibt die Sensibilisierung von Fachpersonen aus den weiteren involvierten Bereichen (Integrations-, Asyl-, Sozial-, Bildungs-, Gleichstellungs-, Kindesschutzbereich; Polizei und Justiz) relevant.

Versorgungssituation in den Kantonen

Seit der Gründung des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz liegt ein Fokus der Tätigkeiten auf dem Aufbau von regionalen Anlaufstellen, welche die Beratung, Versorgung und Prävention in den Kantonen sicherstellen sollen. Das **Angebot** konnte in den vergangenen Jahren **stark ausgebaut** werden und die Mehrheit der Kantone kann aktuell auf regionale Anlaufstellen zurückgreifen (im eigenen Kanton oder einem Nachbarkanton). Auch in Kantonen ohne Zugang zu einer regionalen Anlaufstelle gibt es z.T. ein Grundangebot der Fachstellen sexuelle Gesundheit, die sich zum Thema FGM/C austauschen und mit anderen Stellen vernetzt sind. Bei einzelnen, insbes. kleinen Kantonen erscheint es aufgrund der geringen Fallzahlen wenig zweckmässig, eigene spezialisierte Angebote aufzubauen. Insgesamt konnten hinsichtlich der regionalen Abdeckung mit Beratungs- und Versorgungsleistungen wichtige Fortschritte erzielt werden. Die **grössten Lücken** bestehen derzeit im Kanton Zürich, wo jedoch entsprechende Angebote in Planung sind, im Kanton Bern bei der psychosozialen Beratung sowie in den meisten Kantonen bei der Präventionsarbeit in Migrationsgemeinschaften (Communityarbeit). Die Communityarbeit ist ein wichtiger Pfeiler bei der Bekämpfung von FGM/C, jedoch häufig unterfinanziert.

Als generelle Schwierigkeit bei der nachhaltigen regionalen Verankerung erweist sich, dass FGM/C ein Nischenthema und damit stark vom

Engagement einzelner Personen abhängig ist. Zudem zeigt sich, dass die **Finanzierung** der regionalen Anlaufstellen trotz ihrer teilweise institutionellen Verankerung in Strategien und Konzepten häufig nicht langfristig gesichert ist. Finanzierungslücken bestehen – nebst der Communityarbeit – auch in Bezug auf die Koordination und Vernetzung, welche häufig nicht Teil der Leistungsvereinbarungen mit den Anlaufstellen sind. Bei der Verankerung des Themas FGM/C in den Kantonen besteht damit weiterhin Handlungsbedarf in Bezug auf die Definition von Zuständigkeiten, der Einbindung in übergeordnete Strategien und Massnahmen sowie insbesondere bei der Bereitstellung finanzieller Ressourcen für ein längerfristiges und nachhaltiges Engagement.

Auf regionaler Ebene besteht in der Regel eine Zusammenarbeit zwischen den psychosozialen Beratungsangeboten und den medizinischen Versorgungsangeboten. Weniger etabliert scheint die **Vernetzung und Zusammenarbeit** der regionalen Anlaufstellen mit Diensten aus dem Bildungs- und Sozialbereich sowie der ambulanten Gesundheitsversorgung. In einigen Kantonen und Regionen findet eine interdisziplinäre Zusammenarbeit auf strategischer und/oder operativen Ebene statt. Teilweise bestehen regionale Netzwerke zu FGM/C. Insgesamt zeigt sich bezüglich der interdisziplinären Vernetzung und Zusammenarbeit eine grosse kantonale/regionale Heterogenität, die mit den jeweiligen Strukturen und wiederum auch von der Initiative einzelner Personen abhängt.

Datenlage

Die geschätzten **FGM/C-Prävalenzen** für die Schweiz sind von der zugrundeliegenden Datenquelle und Berechnungsmethode abhängig und gehen stark auseinander (zw. 2.3% und 60% der Frauen und Mädchen aus den betroffenen Migrationsgemeinschaften). Alle Ansätze weisen je spezifische Limitationen auf. Bei der Umlegung der FGM/C-Prävalenzraten der Herkunfts- auf die Zielländer («**Extrapolation-of-FGM-Countries-Prevalence-Data-Method**») sind Verzerrungen zu erwarten, wenn potenzielle Einflüsse der Migration sowie zeitliche Entwicklungen unberücksichtigt bleiben. Insbesondere fehlen für die Schweiz empirische Akkulturationsfaktoren. Doch selbst korrigierte Schätzmethoden, welche Einflüsse der Migration und zeitliche Entwicklungen einbeziehen, kommen nicht ohne Annahmen aus. Mit den **ICD-Diagnosen** ist aktuell in der Schweiz nur der stationäre Spitalbereich abgedeckt und FGM/C wird nur erfasst, falls die Hospitalisierung damit in Zusammenhang steht. Zudem ist bei FGM/C von Unter- und

Falschkodierungen auszugehen. Bei den Prävalenzschätzungen mittels **Selbstangaben** stellt sich schliesslich das Problem der Zuverlässigkeit der Angaben, da viele Frauen nicht wissen, ob sie beschnitten sind. Neben diesen drei Ansätzen zur Schätzung von Prävalenzen liegen aktuell für die Schweiz nur vereinzelt Daten zu FGM/C vor (z.B. Beratungsanfragen der nationalen Anlaufstelle).

Grundsätzliche **Schwierigkeiten** bei der Erhebung von Daten zu FGM/C sind, dass FGM/C in Bezug auf die gesamte Bevölkerung der Schweiz selten vorkommt; eine schwierig erreichbare Population, ein intimes Thema sowie eine Straftat betrifft und sowohl über Selbstangaben wie auch medizinische Diagnosen nicht einfach zu bestimmen bzw. zu erfassen ist. Im Bereich der Prävalenzschätzungen könnten relativ «niederschwellig» korrigierte indirekte Schätzmethoden geprüft werden. Zudem dürften Massnahmen zur Sensibilisierung, Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals gleichzeitig auch zu einer vollständigeren und korrekteren Erfassung von FGM/C im stationären Spitalbereich beitragen. Eine Verbesserung der Datenlage kann ausserdem mit der koordinierten Erfassung durch die regionalen FGM/C-Anlaufstellen im Bereich der psychosozialen Beratungsleistungen erwartet werden. Schliesslich bietet sich allenfalls die Möglichkeit, FGM/C im Rahmen der geplanten Erhebung des BFS und EBG zu Gewalt gegen Frauen zu thematisieren. Die übrigen diskutierten Ansätze zur Verbesserung der Datenlage (ambulante Gesundheitsversorgung, Melderegister, Integration in SGB, Befragung Migrationsbevölkerung) scheinen aufgrund von rechtlichen, technischen, methodischen und/oder ethischen Hürden schwierig umsetzbar.

Résumé

La Confédération s'engage depuis 2003 avec des mesures de prévention et de sensibilisation contre les mutilations génitales féminines (MGF/E) en Suisse. L'Office fédéral de la santé publique a mandaté le présent rapport pour servir de base à l'élaboration des futures mesures de lutte contre les MGF/E. **Trois niveaux d'analyse** sont au centre du rapport :

- Evaluation de la pertinence et de l'atteinte des objectifs des mesures du réseau suisse contre l'excision.

- Analyse de la situation des soins en matière de MGF/E dans les cantons

- Données sur les MGF/E en Suisse : mise à jour des estimations de prévalence et discussion sur les solutions possibles pour améliorer la situation des données.

Plusieurs **approches méthodologiques** ont été choisies pour répondre aux questions :

- Analyse de la littérature et des documents

- Entretiens individuels et de groupe avec 26 professionnel·le·s et 11 multiplicateurs·trices issus des communautés migrantes concernées.

- Enquête en ligne auprès des points de contact régionaux pour les MGF/E

- Analyse des données secondaires (estimations de la prévalence et diagnostics CIM des MGF/E dans les statistiques médicales des hôpitaux)

Mesures du réseau suisse contre l'excision

L'orientation et les objectifs du réseau suisse contre l'excision sont fondamentalement confirmés par les acteurs consultés. Les **mesures du réseau** sont généralement considérées comme efficaces, tant par les groupes cibles eux-mêmes que par les professionnel·le·s. Les différents services du réseau sont utilisés et évalués positivement. De nombreuses recommandations de l'évaluation précédente (Calderón-Grossenbacher, 2019) ont été reprises pour la période de mandat actuelle. Il a notamment été possible de faire avancer l'ancrage des offres de conseil et de soins dans les cantons. Malgré une régionalisation croissante, **le besoin d'un réseau national** est toujours fortement exprimé. Les mêmes arguments sont avancés tant de l'intérieur que de l'extérieur : sans un centre de compétences national qui rassemble les connaissances et assure la qualité et la mise en réseau, la durabilité des efforts et des travaux de développement entrepris jusqu'à présent serait remise en question.

La **formation des professionnel·le·s** est une mesure importante du réseau, afin de pouvoir reconnaître, protéger et prendre en charge les personnes menacées et concernées. Quelques progrès ont été réalisés dans ce domaine au cours des dernières années. Malgré de nombreuses activités de formation, il reste encore beaucoup à faire dans le **domaine de la santé**. Des études ainsi que les expériences des expert·es interrogés montrent que les professionnel·le·s de la santé ne reconnaissent souvent pas les MGF/E et que de nombreuses personnes concernées ne sont pas amenées à parler de leur excision par les professionnel·le·s de la santé. Il est donc important de poursuivre les efforts d'intégration de la thématique dans les formations initiales et continues, ainsi que dans les cours, les directives et les guides pour les professionnel·le·s en exercice. Par ailleurs, la sensibilisation des professionnel·le·s des autres domaines concernés (intégration, asile, social, formation, égalité, protection des enfants, police et justice) reste pertinente.

Situation des soins dans les cantons

Depuis la création du réseau suisse contre l'excision, les activités se concentrent sur la mise en place de points de contact régionaux chargés d'assurer le conseil, les soins et la prévention dans les cantons. L'**offre** a pu être **fortement développée** au cours des dernières années et la majorité des cantons peuvent actuellement recourir à des points de contact régionaux (dans leur propre canton ou dans un canton voisin). Même dans les cantons qui n'ont pas accès à un point de contact régional, il existe parfois une offre de base des centres de santé sexuelle qui échangent sur le thème des MGF/E et qui sont en réseau avec d'autres services. Dans certains cantons, en particulier les petits, il semble peu opportun de mettre en place des offres spécialisées en raison du faible nombre de cas. Dans l'ensemble, des progrès importants ont été réalisés en ce qui concerne la couverture régionale des prestations de conseil et de soins. Les **plus grandes lacunes** se situent actuellement dans le canton de Zurich, où des offres correspondantes sont toutefois en cours de planification, dans le canton de Berne en matière de conseil psychosocial ainsi que dans la plupart des cantons en ce qui concerne le travail de prévention dans les communautés migrantes (travail communautaire). Le travail communautaire est un pilier important de la lutte contre les MGF/E, mais il est souvent sous-financé.

La difficulté générale de l'ancrage régional durable réside dans le fait que les MGF/E sont un thème de niche et dépendent donc fortement de l'engagement de personnes individuelles. De plus, il s'avère que le **financement** des points de

contact régionaux n'est souvent pas assuré à long terme malgré leur ancrage parfois institutionnel dans les stratégies et les concepts. Des lacunes de financement existent – outre le travail communautaire – également pour la coordination et la mise en réseau, qui ne font souvent pas partie des contrats de prestations avec les points de contact. En ce qui concerne l'ancrage du thème MGF/E dans les cantons, il reste donc nécessaire d'agir au niveau de la définition des compétences, de l'intégration dans des stratégies et des mesures d'ordre supérieur et, en particulier, de la mise à disposition de ressources financières pour un engagement à long terme et durable.

Au niveau régional, il existe en règle générale une collaboration entre les offres de conseil psychosocial et les offres de soins médicaux. La **mise en réseau et la collaboration** des points de contact régionaux avec les services du domaine de la formation et du social ainsi qu'avec les soins de santé ambulatoires semblent moins bien établies. Dans certains cantons et régions, une collaboration interdisciplinaire a lieu au niveau stratégique et/ou opérationnel. Il existe parfois des réseaux régionaux sur les MGF/E. Dans l'ensemble, la mise en réseau et la collaboration interdisciplinaires présentent une grande hétérogénéité cantonale/régionale, qui dépend des structures respectives et de l'initiative de certaines personnes.

Situation des données

Les estimations de la **prévalence des MGF/E** en Suisse dépendent de la source de données et de la méthode de calcul utilisées et varient fortement (entre 2,3% et 60% des femmes et des filles issues des communautés migrantes concernées). Toutes les approches présentent des limites spécifiques. Lors de la transposition des taux de prévalence des MGF/E des pays d'origine vers les pays de destination (« **Extrapolation-of-FGM-Countries-Prevalence-Data-Method** »), il faut s'attendre à des distorsions si l'on ne tient pas compte des influences potentielles de la migration et des évolutions temporelles. Il manque notamment des facteurs d'acculturation empiriques pour la Suisse. Mais même les méthodes d'estimation corrigées, qui tiennent compte des influences de la migration et des évolutions temporelles, ne peuvent pas se passer d'hypothèses. Les **diagnostics CIM** ne couvrent actuellement en Suisse que le domaine hospitalier stationnaire et les MGF/E ne sont saisies que si l'hospitalisation y est liée. De plus, il faut s'attendre à des sous-codages et des codages erronés pour les MGF/E. Enfin, les estimations de prévalence par **auto-déclaration** posent le problème de la fiabilité des données, car de nombreuses femmes ne savent pas si

elles sont excisées. Outre ces trois approches d'estimation de la prévalence, il n'existe actuellement en Suisse que quelques données isolées sur les MGF/E (p. ex. les demandes de conseil adressées au point de contact national).

Les **difficultés** fondamentales rencontrées lors de la collecte de données sur les MGF/E résident dans le fait que les MGF/E sont rares par rapport à l'ensemble de la population suisse, qu'elles concernent une population difficile à atteindre, un sujet intime ainsi qu'un délit et qu'elles ne sont pas faciles à déterminer ou à saisir, que ce soit par des déclarations personnelles ou des diagnostics médicaux. Dans le domaine des estimations de prévalence, des méthodes d'estimation indirectes corrigées relativement « à bas seuil » pourraient être examinées. En outre, les mesures de sensibilisation, de formation et de formation continue du personnel de santé devraient également contribuer à un recensement plus complet et plus correct des MGF/E dans le secteur hospitalier stationnaire. On peut en outre s'attendre à une amélioration de la situation des données avec la saisie coordonnée par les points de contacts régionaux pour les MGF/E dans le domaine des prestations de conseil psychosocial. Enfin, il est éventuellement possible de thématiser les MGF/E dans le cadre de l'enquête prévue par l'OFS et le BFEG sur la violence à l'égard des femmes. Les autres approches discutées pour améliorer les données disponibles (soins de santé ambulatoires, registre des déclarations, intégration dans l'ESS, enquête auprès de la population migrante) semblent difficiles à mettre en œuvre en raison d'obstacles juridiques, techniques, méthodologiques et/ou éthiques.

Riassunto

Dal 2003 la Confederazione è impegnata in Svizzera in misure di prevenzione e sensibilizzazione contro le mutilazioni genitali femminili (FGM/C). L'Ufficio federale della sanità pubblica ha commissionato questo rapporto come base per la futura progettazione delle misure contro le FGM/C. L'attenzione si focalizza su tre **livelli di indagine**:

- Valutazione dell'adeguatezza e del raggiungimento degli obiettivi delle misure della Rete svizzera contro le mutilazioni genitali femminili.

- Analisi della situazione dell'assistenza in materia di FGM/C nei Cantoni.

- Dati sulle FGM/C in Svizzera: aggiornamento delle stime di prevalenza e discussione di possibili soluzioni per migliorare la situazione dei dati.

Per rispondere alle domande sono stati scelti diversi **approcci metodologici**:

- Analisi della letteratura e della documentazione.

- Colloqui individuali e di gruppo con un totale di 26 professionisti e 11 moltiplicatori provenienti dalle comunità di migranti interessate.

- Sondaggio online dei centri di consulenza regionali per le FGM/C.

- Analisi di dati secondari (stime di prevalenza e diagnosi ICD relative alle FGM/C nelle statistiche mediche degli ospedali).

Misure della Rete svizzera contro le mutilazioni genitali femminili

L'orientamento e gli obiettivi della Rete svizzera contro le mutilazioni genitali femminili sono sostanzialmente confermati dagli attori consultati. Le **misure della rete** sono generalmente considerate efficaci sia dagli stessi gruppi target che dagli esperti. I singoli servizi della rete sono utilizzati e valutati positivamente. Molte raccomandazioni della precedente valutazione (Calderón-Grossenbacher, 2019) sono state riprese per l'attuale periodo di mandato. In particolare è stato portato avanti il radicamento delle offerte di consulenza e assistenza nei Cantoni. Nonostante la crescente regionalizzazione, c'è ancora un **grande bisogno di una rete nazionale**. Le stesse argomentazioni vengono avanzate sia da una prospettiva interna che esterna: senza un centro di competenza nazionale che raggruppi le conoscenze e garantisca la qualità e l'interconnessione, la sostenibilità degli sforzi precedenti e del lavoro di sviluppo verrebbe messa in discussione.

La **formazione dei professionisti** è una misura importante della rete per essere in grado di riconoscere, proteggere e assistere le persone a rischio e quelle interessate. Negli ultimi anni sono stati compiuti alcuni progressi in questo senso. Nonostante le numerose attività di formazione, c'è ancora una grande necessità di intervento nel **settore sanitario**. Gli studi e le esperienze degli esperti intervistati dimostrano che gli operatori sanitari spesso non riconoscono le FGM/C e quindi non affrontano il tema della circoncisione con molte persone che l'hanno subita. È quindi importante continuare a impegnarsi per integrare l'argomento nella formazione e nel perfezionamento, nonché nei corsi di formazione, nelle linee guida e nei manuali per il personale specialistico. Inoltre, la sensibilizzazione dei professionisti degli altri settori coinvolti (integrazione, asilo, sociale, istruzione, parità di genere, protezione dei minori, polizia e giustizia) rimane fondamentale.

Situazione dell'assistenza nei Cantoni

Sin dalla fondazione della Rete svizzera contro le mutilazioni genitali femminili, una delle attività principali è stata la creazione di centri di consulenza regionali per garantire consulenza, assistenza e prevenzione nei Cantoni. La **gamma di servizi** è stata **notevolmente ampliata** negli ultimi anni e la maggior parte dei Cantoni ha attualmente accesso a centri di consulenza regionali (nel proprio Cantone o in un Cantone vicino). Anche nei Cantoni che non hanno accesso a un centro di consulenza regionale, esistono alcuni servizi di base offerti dai centri di salute sessuale che si scambiano informazioni sul tema delle FGM/C e sono interconnessi con altri centri. In alcuni Cantoni, soprattutto quelli piccoli, non sembra opportuno istituire servizi specializzati propri a causa del basso numero di casi. Nel complesso, sono stati compiuti importanti progressi per quanto riguarda la copertura regionale con servizi di consulenza e assistenza. Le **maggiori lacune** si riscontrano attualmente nel Cantone di Zurigo, dove sono in fase di pianificazione offerte corrispondenti, nel Cantone di Berna per quanto riguarda la consulenza psicosociale e nella maggior parte dei Cantoni per quanto riguarda il lavoro di prevenzione nelle comunità di migranti (lavoro di comunità). Il lavoro di comunità è un pilastro importante nella lotta contro le FGM/C, ma è spesso sottofinanziato.

Ciò che in generale rende difficile una base continua a livello regionale è il fatto che le FGM/C siano un argomento di nicchia e quindi fortemente dipendente dall'impegno dei singoli. Inoltre, è evidente che il **finanziamento** di centri di consulenza regionali spesso non è garantito a

lungo termine, nonostante il loro parziale coinvolgimento istituzionale per quanto riguarda strategie e concetti. Oltre al lavoro di comunità, ci sono anche lacune di finanziamento per quanto riguarda il coordinamento e la creazione di reti che spesso non fanno parte degli accordi di servizi con i centri di consulenza. Per quanto riguarda il coinvolgimento del tema delle FGM/C nei Cantoni, è necessario definire le responsabilità, l'integrazione in strategie e misure di livello superiore e, in particolare, la messa a disposizione di risorse finanziarie per un impegno sostenibile e a lungo termine.

A livello regionale, di solito esiste una collaborazione tra i servizi di consulenza psicosociale e i servizi di assistenza medica. Meno consolidate invece sembrano essere l'**interconnessione e la cooperazione** dei centri di consulenza regionali con i servizi del settore educativo e sociale e l'assistenza sanitaria ambulatoriale. In alcuni Cantoni e regioni, la cooperazione interdisciplinare avviene a livello strategico e/o operativo. In alcuni casi esistono reti regionali che si occupano di FGM/C. Nel complesso, vi è una grande eterogeneità a livello cantonale/regionale, per quanto riguarda l'integrazione e la cooperazione interdisciplinari, che dipende dalle rispettive strutture e anche dall'iniziativa di singole persone.

Situazione dei dati

I **tassi di prevalenza delle FGM/C** stimati per la Svizzera dipendono dalla fonte dei dati sottostanti e dal metodo di calcolo e variano ampiamente (tra il 2,3% e il 60% delle donne e delle ragazze delle comunità di migranti interessate). Tutti gli approcci presentano limitazioni specifiche. Quando si estrapolano i tassi di prevalenza delle FGM/C dei Paesi d'origine a quelli di destinazione («**Extrapolation-of-FGM-Countries-Prevalence-Data-Method**»), è lecito aspettarsi distorsioni se non si tiene conto delle potenziali influenze della migrazione e degli sviluppi temporali. In particolare, non esistono fattori di acculturazione empirici per la Svizzera. Tuttavia, anche i metodi di stima corretti che includono le influenze della migrazione e degli sviluppi temporali non possono prescindere da ipotesi. Le **diagnosi ICD** in Svizzera coprono attualmente solo il settore ospedaliero e le FGM/C sono registrate solo in correlazione a un ricovero. Inoltre, per le FGM/C si può ipotizzare una sottocodifica e una codifica errata. Infine, nel caso di stime di prevalenza basate sull'**autodichiarazione**, esiste pur sempre il problema dell'affidabilità dei dati, poiché molte donne non sanno di essere circonscise. Oltre a questi tre approcci per la stima della prevalenza, per la Svizzera sono attualmente

disponibili solo dati isolati sulle FGM/C (ad esempio, le richieste di consulenza al centro di consulenza nazionale).

Le **difficoltà** fondamentali nella raccolta dei dati sulle FGM/C sono: le FGM/C sono rare rispetto all'intera popolazione svizzera, riguardano una popolazione difficile da raggiungere, un argomento intimo e un reato penale, e non sono facili da determinare o registrare né attraverso le autodichiarazioni né attraverso le diagnosi mediche. Nell'ambito delle stime di prevalenza, si potrebbero testare metodi di stima indiretta corretti in modo relativamente "a bassa soglia". Inoltre, le misure di sensibilizzazione, educazione e formazione del personale sanitario dovrebbero contribuire a una registrazione più completa e corretta delle FGM/C nel settore ospedaliero. Ci si può aspettare un miglioramento della situazione dei dati anche con la registrazione coordinata da parte dei centri di consulenza regionali per le FGM/C nel settore dei servizi di consulenza psicosociale. Infine, potrebbe essere possibile affrontare il tema delle FGM/C nel contesto dell'indagine programmata dall'UST e dall'UFU sulla violenza contro le donne. Gli altri approcci discussi per migliorare la situazione dei dati (assistenza sanitaria ambulatoriale, registro della popolazione, integrazione nel ISS, indagine sulla popolazione migrante) sembrano difficili da attuare a causa di ostacoli legali, tecnici, metodologici e/o etici.

1 Einleitung

Die weibliche Genitalverstümmelung / Genitalbeschneidung (Female Genital Mutilation/Cutting, FGM/C)¹ ist eine gravierende Menschenrechtsverletzung und eine Form geschlechtsspezifischer Gewalt gegen Frauen, aber auch eine sehr spezifische Form der Kindeswohlgefährdung. Die Weltgesundheitsorganisation WHO fasst unter FGM/C alle Praktiken zusammen, bei denen die äusseren weiblichen Geschlechtsorgane aus nicht medizinischen Gründen teilweise oder vollständig entfernt beziehungsweise verletzt werden. Je nach Region und praktizierender Gemeinschaft variieren die Art bzw. der Schweregrad sowie der Zeitpunkt der Beschneidung (je nach Tradition kurz nach der Geburt, im Kindesalter, in der Pubertät, unmittelbar vor oder nach der Eheschliessung oder nach der ersten Entbindung). Für die betroffenen Mädchen und Frauen kann FGM/C zahlreiche physische und psychische Folgen haben und über die akuten Komplikationen durch den Eingriff selber hinaus auch mit chronischen Infektionen, schmerzhaften Beeinträchtigungen beim Wasserlassen und der Menstruation, Beeinträchtigungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, Depressionen, Panikattacken und Angststörungen verbunden sein (vgl. Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz, 2023; Bericht des Bundesrates vom 25. November 2020 in Erfüllung des Postulats Rickli 18.3551).

Verbreitet ist FGM/C insbesondere in Ostafrika sowie in gewissen Regionen Westafrikas, des Nahen Ostens und Südostasiens. Da in der Schweiz viele Menschen leben, die aus Ländern mit hohen Beschneidungsraten stammen, sind auch hierzulande Mädchen und Frauen von Genitalverstümmelung betroffen oder der Gefahr ausgesetzt, beschnitten zu werden. Das Verbot von FGM/C und die Verpflichtung zum Schutz von Frauen und Mädchen ist sowohl auf internationaler Ebene durch eine Vielzahl von Verträgen, Übereinkommen und Resolutionen verankert. Eine grosse Mehrheit der Staaten – inkl. Länder, in denen FGM/C praktiziert wird – haben zumindest auf Verfassungsebene in den letzten Jahren Verbote gegen FGM/C erlassen. In der Schweiz steht die Verstümmelung weiblicher Genitalien seit 2012 explizit unter Strafe (Art. 124 StGB). Angesichts der starken sozio-kulturellen und religiösen Verankerung von FGM/C sind über die gesetzlichen Bestimmungen hinaus jedoch verschiedene und differenzierte Handlungsansätze erforderlich, um FGM/C wirksam zu bekämpfen.

1.1 Engagement des Bundes zur Bekämpfung von FGM/C

Der Bund engagiert sich seit 2003 mit Präventions- und Sensibilisierungsmassnahmen gegen weibliche Genitalverstümmelung in der Schweiz. Mit der Verabschiedung des Berichts zur Motion Bernasconi 05.3235 «Sexuelle Verstümmelung an Frauen. Sensibilisierungs- und Präventionsmassnahmen» im Oktober 2015 hat sich der Bundesrat für einen umfassenden Ansatz zur Bekämpfung von FGM/C ausgesprochen, der sich nebst Präventionsarbeit auch auf die interdisziplinäre Vernetzung und Zusammenarbeit auf nationaler und internationaler Ebene, auf die Strafverfolgung sowie auf die angemessene Betreuung und gesundheitliche Versorgung betroffener Mädchen und Frauen stützt. Für das Engagement von Bund, Kantonen, Gemeinden und Fachpersonen wurden folgende Zielsetzungen definiert:

- Schutz gefährdeter Mädchen und Frauen in der Schweiz vor weiblicher Genitalverstümmelung
- Bedarfsgerechte medizinische Versorgung der betroffenen Mädchen und Frauen.

Um die bereits bestehenden Massnahmen besser zu verankern und zu koordinieren, haben das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und das Staatssekretariat für Migration (SEM) 2016 die Gründung des

¹ Wir verwenden in diesem Bericht die Abkürzung «FGM/C» oder sprechen i.d.R. analog dem Gesetzestext von weiblicher Genitalverstümmelung, obwohl die Bezeichnung «Genitalverstümmelung» von Betroffenen teilweise als stigmatisierend empfunden wird. Zur Begriffsdiskussion siehe auch Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz (2023).

1 Einleitung

Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz initiiert, welches von Organisationen mit langjähriger Erfahrung und Engagement im Bereich FGM/C getragen wird (Caritas Schweiz, Interdisziplinäres Zentrum für Geschlechterforschung der Universität Bern IZFG², Sexuelle Gesundheit Schweiz)³. Im Auftrag des Bundes setzt das Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz Massnahmen in den Bereichen Information, Beratung, Prävention und Weiterbildung um.

1.2 Forschungsauftrag und Berichtsaufbau

Mit dem Bericht des Bundesrates vom 25. November 2020 in Erfüllung des Postulats Rickli 18.3551 «Massnahmen gegen die weibliche Genitalverstümmelung» (Bericht BR, 2020) wurde die Ausrichtung der Aktivitäten des Bundes bestätigt, gleichzeitig aber weitergehender Handlungsbedarf auf Ebene der Kantone und relevanter Fachbereiche benannt und auch auf Bundesebene eine Reihe weiterer Massnahmen formuliert (vgl. **Tabelle 1**).

Tabelle 1: Handlungsbedarf und Massnahmen gemäss Bericht des Bundesrates (2020)

Empfehlungen zuhanden der Kantone
Verankerung des Themas auf kantonalen Ebene*
- Definition von Zuständigkeiten
- Bereitstellung finanzieller Ressourcen für ein längerfristiges und nachhaltiges Engagement
- Anerkennung, Förderung und nachhaltige Sicherstellung bereits bestehender regionaler Kompetenzen, Angebote und Aktivitäten
- Einbinden des Themas FGM/C in übergeordnete Strategien und Massnahmen (z.B. Umsetzung Istanbul-Konvention, Gleichstellungsstrategie, Integrationsmassnahmen)
Vernetzung und interdisziplinäre Zusammenarbeit der Akteure in kantonalen Regelstrukturen fördern
- Fortsetzung und Verstärkung bereits vorhandener Vernetzungsaktivitäten*
- Miteinbezug der KESB und der städtischen / kantonalen Polizeikörper in die Vernetzungsaktivitäten
Unterstützung und Stärkung der Präventionsarbeit in den Migrationsgemeinschaften*
Empfehlungen zuhanden der involvierten Akteure (Institutionen und Fachpersonen)
Sensibilisierungs- und Bildungsaktivitäten vertiefen
- Je nach Fachbereich Sensibilisierung oder angemessene Aus- und Weiterbildung der Fachpersonen fördern
- Sensibilisierung und Schulung der KESB, Definition spezifischer Abläufe im Umgang mit FGM/C als Kindeswohlgefährdung
Künftige Massnahmen des Bundes
Fortsetzung der Aktivitäten des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz*
- Fokus auf der Verankerung der Präventions-, Beratungs- und Versorgungsangebote in kantonalen Regelstrukturen (bzw. deren Vernetzung mit wichtigen regionalen Akteuren), bzw. Bereitstellung entsprechender Angebote auf nationaler Ebene, wo der Aufbau separater Strukturen aufgrund kleiner Fallzahlen nicht möglich ist
Sensibilisierung kantonalen und städtischen Polizeikörper
- Darauf hinwirken, dass die Konferenz der kantonalen Polizeikommandanten (KKPKS) und das Schweizerische Polizei-Institut (SPI) die Thematik FGM/C in Aus- und Weiterbildungen aufnehmen
Verbesserung der Betreuung, Behandlung, Unterstützung und Unterbringung von Frauen und Mädchen im Asylbereich
- Umsetzung entsprechender Massnahmen in den Bundesasylzentren in Koordination mit dem Netzwerk*
Möglichkeiten zur Verbesserung der Datenlage
- Prüfen von Lösungsansätzen, um ein umfassendes gesamtschweizerisches Bild der von FGM/C betroffenen oder gefährdeten Mädchen und Frauen zu erhalten
Vernetzung der Akteure auf nationaler Ebene
- Entwicklung einer Projektstruktur (unter Federführung des BAG), um die Vernetzung und Zusammenarbeit der vom Thema betroffenen Akteure auf Bundesebene auszubauen.

* In den Empfehlungen wird explizit auf die Aktivitäten und Unterstützungsangebote des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz verwiesen.

Quelle: Bericht des Bundesrates vom November 2020 in Erfüllung des Postulates Rickli 18.3551. Darstellung BASS

² Das IZFG hat in der Periode 2016–2022 als Teil des Schweizerischen Kompetenzzentrums für Menschenrechte (SKMR) das Mandat innerhalb der Trägerschaft ausgeführt. Seit dem Ende des SKMR Ende 2022 ist das IZFG offizielle Kooperationspartnerin im Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung.

³ Von 2016 bis 2021 auch Brava (ehemals Terre des Femmes Schweiz).

2 Methodisches Vorgehen und Datengrundlagen

Vor diesem Hintergrund hat das Bundesamt für Gesundheit den vorliegenden Bericht in Auftrag gegeben, welcher als Grundlage für die künftige Ausgestaltung der Massnahmen gegen FGM/C dienen soll. Im Fokus stehen folgende Untersuchungsebenen:

- Einschätzung der Zweckmässigkeit und Zielerreichung der Massnahmen des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz
- Analyse der Versorgungssituation zu FGM/C in den Kantonen
- Daten zu FGM/C in der Schweiz: Aktualisierung der Prävalenzschätzungen und Diskussion von Lösungsansätzen zur Verbesserung der Datenlage

Die Aktivitäten und Massnahmen des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz wurden während der ersten Projektphase (2016–2019) bereits evaluiert (Calderón-Grossenbacher, 2019) und die Situation in der Schweiz (und teilweise auch in weiteren europäischen Ländern) im erwähnten Bericht zum Postulat Rickli (Bericht BR, 2020) breit aufgearbeitet. Der vorliegende Bericht nimmt Bezug auf die bestehenden Grundlagen und konzentriert sich auf die Entwicklungen im Zeitraum 2020 bis 2022. Dabei gilt es u.a. aufzuzeigen, inwiefern Empfehlungen und Aufträge bereits umgesetzt werden konnten und wo weiterhin Handlungsbedarf besteht.

Nicht Gegenstand des Berichts sind die rechtlichen Rahmenbedingungen zu FGM/C (u.a. Ausgestaltung der Strafnorm in Art. 124 StGB, Zugang zu Unterstützungsleistungen nach Opferhilfegesetz, Ausländerrechtliche Fragen, Meldepflichten und Melderechte). Siehe hierzu de Weck & Hausammann (2014), Netzwerk Istanbul-Konvention (2021) und GREVIO (2022).

Der **Aufbau des Berichts** orientiert sich an den drei Untersuchungsebenen. Zunächst werden im Kapitel 2 das methodische Vorgehen und die Datengrundlage beschrieben. Anschliessend folgen die Ergebnisse zu den Massnahmen des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz (Kapitel 3), zur Versorgungssituation in den Kantonen (Kapitel 4) sowie zur Datenlage (Kapitel 5). Im abschliessenden Kapitel 6 werden die Ergebnisse reflektiert und Handlungsempfehlungen zur künftigen Ausgestaltung der Massnahmen gegen FGM/C formuliert.

2 Methodisches Vorgehen und Datengrundlagen

Nachfolgend werden das methodische Vorgehen und die für die Studie verwendeten Datengrundlagen beschrieben.

2.1 Literatur und Dokumentenanalysen

Die Aktualisierung der Evaluationsergebnisse zu den Massnahmen des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz stützt sich primär auf Tätigkeits- und Reportingberichte des Netzwerks sowie Dokumente der laufenden Projektphase (2021–2023), wobei der aktuellste Bericht den Zeitraum Juli 2021 bis November 2022 abdeckt. Ergänzend beigezogen wurde die Website des Netzwerks (Informationsplattform www.maedchenbeschneidung.ch) und Zahlen der Tätigkeiten der früheren Unterstützungsphase (2016–2021). Frühere Bestandsaufnahmen und Empfehlungen zu Massnahmen gegen FGM/C in der Schweiz (Birri, 2014; Calderón-Grossenbacher, 2019; de Pietro et al., 2014; Marti, 2013; Berichte des Bundesrats von 2015 und 2020) sowie zur Versorgungssituation in den Kantonen (u.a. Unicef Schweiz, 2013; 2016; Birri, 2019) wurden primär zur Konzeption der Erhebungen beigezogen, d.h. im Bericht wird auf diese Studien nur punktuell Bezug genommen.

Für eine Aktualisierung der Prävalenzschätzungen und die Beantwortung von Fragestellungen rund um die Datenerfassung von FGM/C in der stationären Versorgung sowie der Erfassung von Meinungs- und

Verhaltensänderungen gegenüber FGM/C in den betreffenden Migrationsgemeinschaften wurden Berichte und Studien aus der Schweiz und anderen europäischen Ländern ausgewertet (u.a. De Schrijver, 2020; EIGE, 2019; Integra, 2017). Insbesondere stützt sich die Studie auf Publikationen, die im Rahmen eines Mandats des BAG zur Verbesserung der Datenlage zu FGM/C in der Schweiz entstanden sind (Cottler-Casanova & Abdulcadir, 2021; Cottler-Casanova et al., 2021; Cottler-Casanova et al., 2020; Mauri et al., 2022).

2.2 Online-Befragung der regionalen FGM/C-Anlaufstellen

Eine zentrale Frage in Zusammenhang mit Massnahmen gegen die Mädchenbeschneidung betrifft die Versorgungssituation in den Kantonen. Im Rahmen der Studie wurde hierzu eine Online-Befragung der bestehenden regionalen Anlaufstellen durchgeführt. Die Erhebung umfasste Fragen zu den Versorgungsbereichen, der interdisziplinären Vernetzung und allfälligen Versorgungslücken im jeweiligen Einzugsgebiet (ein oder mehrere Kantone) sowie zur Anlaufstelle selbst (Verankerung, Finanzierung, Nutzung der Dienstleistungen des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz). Adressiert wurden die per Anfang Januar 2023 auf der Webseite des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz aufgeführten Kontakte. Die Einladung zur Befragungsteilnahme erfolgte per E-Mail mit einem pro Anlaufstelle personalisierten Zugangslink. Mit diesem Vorgehen konnten mehrere Personen den Bogen gemeinsam ausfüllen, jedoch resultierte am Ende pro Anlaufstelle nicht mehr als 1 ausgefüllter Bogen. Die Feldphase der Befragung dauerte vom 11. bis 31. Januar 2023. Insgesamt wurden 28 Anlaufstellen angeschrieben. Der Rücklauf betrug **22 auswertbare Fragebogen**, was bezogen auf die Netto-Stichprobe einer sehr guten Rücklaufquote von 81 % entspricht.

Um Unterschiede nach bestimmten **Strukturmerkmalen** zu ersehen, wurden die 22 teilnehmenden Anlaufstellen zu Gruppen zusammengefasst:

■ **Sprachregion** (Basis: Kantone): (a) Deutschschweiz, (b) Westschweiz, (c) Tessin

■ **Anlaufstellentyp**: (a) Spital/Praxis = in einem Spital / einer Klinik / einer gynäkologischen Praxis befindliche oder angegliederte Anlaufstelle, (b) Beratungsstelle = Beratungs-/Anlaufstelle für sexuelle Gesundheit, Familienplanung, Lebensfragen o.ä.⁴

Tabelle 2 zeigt entsprechend die erreichte Datengrundlage der Befragung der Anlaufstellen.

Tabelle 2: Datengrundlage der Befragung der regionalen Anlaufstellen

	Total	Sprachregion			Anlaufstellentyp	
		Deutschschweiz	Westschweiz	Tessin	Spital/Praxis	Beratungsstelle
Brutto-Stichprobe						
Angeschriebene Anlaufstellen	28	13	12	3	16	12
- Entschuldigte Absage*	1	1				1
Netto-Stichprobe	27	12	12	3	16	11
Eingegangene Fragebogen	22	9	10	3	11	11
Rücklaufquote (bzgl. Netto-Stichprobe)	81%	75%	83%	100%	69%	100%

* Adressat/in erst neu in Anstellung / Funktion, Fragebogen gemeinsam mit anderer Anlaufstelle ausgefüllt

Quelle: Online-Befragung der regionalen FGM/C-Anlaufstellen, 2023. Berechnungen BASS

Die Auswertung der Befragung erfolgte in anonymisierter resp. aggregierter Form. Es werden primär Häufigkeiten dargestellt. Für einfache Gruppenvergleiche werden bei den Auswertungen Mittelwerte (MW) auf der Basis der verwendeten 5er-Likert-Skalen (z.B. 1 «trifft überhaupt nicht zu», 2 «trifft eher nicht

⁴ Die Unterscheidung ist dabei nicht vollständig trennscharf, da auch an Spitälern angegliederte Stellen teilweise Beratung anbieten.

zu», 3 «trifft teils/teils zu», 4 «trifft eher zu», 5 «trifft voll und ganz zu») verwendet. Die Ergebnisse nach Strukturmerkmalen werden im Bericht nur dann thematisiert, wenn nennenswerte Unterschiede vorliegen.

Anzumerken ist, dass es sich bei den Anlaufstellen um eine sehr **kleine Befragungspopulation** handelt (N=28, erreichte Stichprobe n=22). Da im Rahmen der Evaluation eine Vollerhebung und keine Stichprobenerhebung durchgeführt wurde und der Rücklauf hohe 81% betrug, verzichten wir auf statistische Signifikanztests bei Unterschieden.⁵ Ausserdem ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu beachten, dass bei kleinen Fallzahlen einem einzelnen Fall bzw. einer einzelnen Aussage jeweils ein relativ grosses Gewicht (Prozentanteil) zukommt.

2.3 Interviews und Fokusgruppen

Im Rahmen der Studie wurden verschiedene Expertinnen und Experten zu einzelnen oder mehreren Forschungsfragen konsultiert. Es wurden sowohl Einzelgespräche wie auch Gruppendiskussionen (Fokusgruppen) durchgeführt. Eine Liste aller Gesprächspartner/innen findet sich im Anhang A-3.

Massnahmen des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz

Die Massnahmen des Netzwerks wurden mit den 3 Trägerinnen (Caritas, SGCH, IZFG) diskutiert, um die Innensicht einzubeziehen. Für die Aussensicht wurden 5 Interviews mit Personen geführt, welche mit dem Netzwerk in Verbindung stehen bzw. deren Leistungen nutzen, jedoch nicht direkt für dieses arbeiten. Ausserdem wurden zwei Workshops mit insgesamt 11 Multiplikator/innen durchgeführt, welche bereits länger für das Netzwerk tätig sind und sich in der Deutsch- und Westschweiz in der Communityarbeit engagieren (insb. in Communities aus Eritrea, Somalia, Sudan, Senegal, Äthiopien, Tschad, Liberia, Kamerun, Guinea, Ägypten, Algerien).

Kantone ohne regionale FGM/C-Anlaufstellen

Um sich einen Überblick über die Versorgungssituation und Prävention in Kantonen zu verschaffen, die über keine regionale Anlaufstelle zum Thema FGM/C verfügen, wurden in entsprechenden Kantonen 5 Interviews mit Vertreterinnen ausgewählter Beratungsstellen im Bereich Familienberatung/-planung, Schwangerschaft und Partnerschaft durchgeführt. In zwei Kantonen ohne regionale Anlaufstelle wurde die Versorgungssituation in den Gesprächen mit der Kantonsärztin, einem Vertreter der Kantonspolizei bzw. dem Leiter der KESB angesprochen.

Verbesserung der Datenlage

Ansätze zur Verbesserung der Datenlage zu FGM/C wurden soweit wie möglich in allen Gesprächen thematisiert. Spezifische Fragen wurden ausserdem mit Vertreter/innen des Bundesamtes für Statistik (Sektion Gesundheitsversorgung und Sektion Gesundheit der Bevölkerung) und des Bundesamtes für Gesundheit (Abteilung Gesundheitsstrategien) diskutiert.

Handlungsempfehlungen zur Ausgestaltung künftiger Massnahmen

Die Handlungsempfehlungen zur Ausgestaltung künftiger Massnahmen gegen FGM/C wurde mit insgesamt 8 Personen diskutiert. Es handelt sich dabei um Stakeholder aus den Bereichen, in welchen der grösste Handlungsbedarf festgestellt wurde. Die Empfehlungen wurden in einer Fokusgruppe sowie in Einzelgesprächen besprochen. Ergänzend dazu wurden in allen übrigen Gesprächen Empfehlungen zuhanden unterschiedlicher Akteure (Bund, Kantone, Fachpersonen, NGOs/Zivilgesellschaft) abgeholt.

⁵ Dabei wird unterstellt, dass unsere Befragten keine zufällige Auswahl bilden (keine stochastische Datengenerierung).

2.4 Prävalenzschätzungen und Datenanalyse

Für eine Aktualisierung der Prävalenzschätzung bis ins Jahr 2021 wurden die aktuellsten verfügbaren Prävalenzraten aus den FGM/C-Hochprävalenzländern auf die Anzahl der in der Schweiz lebenden Mädchen und Frauen aus diesen Ländern gemäss Statistik der Bevölkerung und Haushalte (STATPOP) angewendet (sog. «Extrapolation-of-FGM-Countries-Prevalence-Data-Method»). STATPOP umfasst alle per Ende Jahr in der Schweiz lebenden registrierten Personen (ständige und nicht ständige Wohnbevölkerung). Die Prävalenzraten der Herkunftsländer stammen in der Regel von internationalen Datenerhebungsprogrammen (Demographic and Health Surveys DHS oder Multiple Indicator Cluster Surveys MICS) und werden durch Unicef publiziert (vgl. Unicef, 2022).

Für diesen Bericht wurden ebenfalls Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) des Bundesamts für Statistik (BFS) analysiert, die seit 2015 FGM/C-Diagnosen (ICD-Codes) ausweist. Damit kann aufgezeigt werden, inwiefern sich die Anzahl der FGM/C-Diagnosen sowie die Beschneidungstypen über die Zeit verändert haben, welche medizinischen Bereiche und Kantone besonders betroffen sind und was häufige Komplikationen in Zusammenhang mit FGM/C sind. Da in der MS standardmässig keine detaillierten Angaben zur Nationalität der behandelten Personen geliefert werden, konnten basierend auf diesen Daten keine Prävalenzen bzw. Prävalenzraten geschätzt werden.

3 Massnahmen des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz

Das Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz setzt im Auftrag und mit finanzieller Unterstützung des Bundes (BAG, SEM und seit 2021 auch Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG) Massnahmen in den Bereichen Information, Prävention, Beratung, Sensibilisierung, Bildung und Vernetzung um. Zielgruppen der Aktivitäten sind einerseits die von FGM/C betroffenen Mädchen und Frauen und die jeweiligen Migrationsgemeinschaften, andererseits Institutionen und Fachpersonen aus dem Gesundheits-, Integrations-, Asyl-, Gleichstellungs-, Sozial- und Kindesschutzbereich. Die Sensibilisierungs- und Informationstätigkeit richtet sich ausserdem an eine breitere Öffentlichkeit.

Das Netzwerk betreibt eine **Online-Informationsplattform**, welche Informationen und Unterstützung für Fachpersonen (Fachwebsite) sowie für Gefährdete und Betroffene bereitstellt (Communityseite in 7 Sprachen), bietet mit einer **nationalen Anlaufstelle** Beratung und Information für Betroffene und Fachpersonen, führt **Schulungen** für Fachpersonen durch, fördert die Präventionsarbeit in den betroffenen Migrationsgemeinschaften (**Communityarbeit**), erarbeitet **Grundlagen und Materialien** zum Thema FGM/C, unterstützt den **Aufbau regionaler Anlaufstellen** und engagiert sich für die Sensibilisierung und **Vernetzung** der beteiligten Akteure. Die Tätigkeiten des Netzwerks orientieren sich an einem Wirkungsmodell (vgl. Anhang A-1).

In der laufenden Mandatsperiode (Juli 2021 bis Dezember 2023) liegt ein Schwerpunkt der Tätigkeiten auf dem Aufbau regionaler Anlaufstellen in den Bereichen Beratung, Versorgung und Prävention (Ansatz der «Regionalisierung»). Damit einhergehend hat sich die Trägerschaft des Netzwerks auch vertieft mit Schnittstellenfragen und der Aufgabenteilung zwischen den regionalen Anbieterinnen und dem nationalen Kompetenzzentrum des Netzwerks auseinandergesetzt (Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung, o.D.). Nachfolgend wird zunächst anhand der Tätigkeits- und Reportingberichte dargestellt, welche Aktivitäten in der aktuellen Mandatsperiode zugunsten der verschiedenen Zielgruppen umgesetzt und inwiefern dabei die in der vorangehenden Evaluation formulierten Empfehlungen aufgegriffen wurden. An den entsprechenden Stellen werden zudem die Zweckmässigkeit und Wirksamkeit der Massnahmen / Aktivitäten gemäss Einschätzungen der konsultierten Zielgruppen und Expert/innen dargelegt (Kapitel 3.1).

Anschliessend wird der Optimierungsbedarf bzw. die künftige Rolle des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz aus Sicht der befragten Akteure diskutiert (Kapitel 3.2).

3.1 Aktivitäten, Zielgruppenerreichung und Wirkungen

Die drei zentralen Zielgruppen der Massnahmen des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz sind die betroffenen Migrationsgemeinschaften (Abschnitt 3.1.1), Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen, dem Integrations-, Asyl-, Sozial-, Gleichstellungs-, Kinderschutzbereich, Polizei und Justiz (Abschnitt 3.1.2) und die breite Öffentlichkeit (Abschnitt 3.1.3). Entlang dieser drei Zielgruppen werden nachfolgen die Aktivitäten des Netzwerks, ihre Zielgruppenerreichung und die Wirkungen dargestellt.

3.1.1 Betroffene Migrationsgemeinschaften

Die Aktivitäten des Netzwerks für die Zielgruppe der betroffenen Migrationsgemeinschaften umfassen einerseits Informations- und Beratungsleistungen, andererseits die partizipative Präventionsarbeit in den Communities (Beratung und Schulung von Multiplikator/innen, Initiierung und Durchführung von Präventionsanlässen).

Information und Sensibilisierung

In Umsetzung zweier Empfehlungen aus dem vorangehenden Evaluationsbericht (Calderón-Grossenbacher, 2019) wurde Ende 2019 die Communityseite des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz auf Arabisch aufgeschaltet und die Ansprache betroffener Migrationsgemeinschaften in ihren eigenen Sprachen ausgebaut, indem Präventionsvideos in 6 Sprachen lanciert und in Zusammenarbeit mit verschiedenen Migrationsmedien auf digitalen Kanälen verbreitet wurden.

Die aktuellsten Nutzungsdaten der Informationsplattform (Oktober 2021 bis September 2022) zeigen, dass die Besuche sowohl der Fachwebsite als auch der Communityseite im Vergleich zur Vorjahresperiode klar zugenommen haben. Auf der Communityseite wurden knapp 11'000 Sitzungen registriert, und der Anteil wiederkehrender Nutzer/innen ist deutlich höher als bei der Fachwebsite (18% vs. 9%, vgl. Sturm & Bräm, 2022). Seit der Lancierung der Informationsplattform wird die Fachwebsite häufiger genutzt als die Communityseite. Weil der Anteil der Nutzenden der Communityseite relativ zur Fachwebsite rückläufig ist (aktuell rund 17%), prüft das Netzwerk im Rahmen eines laufenden Projekts Optimierungsmöglichkeiten, um die Online-Angebote besser auf die Bedürfnisse der von FGM/C betroffenen Migrationsgemeinschaften auszurichten. Die bereits durchgeführten Fokusgruppen mit Communities zeigen, dass die Art und Weise, wie Personen online nach Informationen suchen bzw. über welche Kanäle sie erreicht werden können, individuell sehr unterschiedlich ist. Klar scheint jedoch, dass kaum aktiv nach Informationen zu FGM/C gesucht wird, wenn nicht ein dringender Problemdruck besteht – entsprechend wichtig sind Sensibilisierungsaktivitäten, um auf die Thematik aufmerksam zu machen und die Zielgruppen zu den bestehenden Informationsangeboten hinzuführen.

Diese Ansicht wird auch von Multiplikator/innen sowie Expert/innen vertreten, welche im Rahmen dieser Studie befragt wurden. Mündliche Informationen, aber auch die durch das Netzwerk bereitgestellten Videos und Flyer seien zentrale Vermittlungswege, um auch Personen zu erreichen, die nicht lesen können oder keinen Zugang zum Internet haben. Allgemein besteht der Eindruck, dass die betroffenen Migrationsgemeinschaften mehrheitlich über die rechtliche Situation in der Schweiz informiert sind (Verbot von FGM/C). Jedoch seien die Beratungs- und Unterstützungsangebote sowie weitere rechtliche Rahmenbedingungen (z.B. bzgl. Kostenübernahme von Folgebehandlungen aufgrund von FGM/C durch die Krankenkasse) nicht überall bekannt. Eine Person stellt fest, dass höher gebildete Migrant/innen sowie die Migrationsbevölkerung in der Westschweiz in der Regel besser informiert sind. In der Westschweiz sei FGM/C

in der öffentlichen Diskussion präsenter und verschiedene Organisationen (z.B. AMIC – association des médiatrices interculturelles und Camarada) engagieren sich bereits lange in diesem Bereich.

Beratung und Versorgung von Betroffenen / Gefährdeten

Die nationale Anlaufstelle (betrieben durch Caritas Schweiz) hat im Zeitraum Juli 2021 bis November 2022 173 Anfragen bearbeitet. Die durchschnittliche Anfragequote pro Monat ist etwa vergleichbar mit den Vorjahren. Seit der Lancierung des Netzwerks handelt es sich bei rund der Hälfte der Anfragen um Fallberatungen. Dabei sind es eher selten die Direktbetroffenen, welche Hilfe suchen, sondern Beratungen der betroffenen Mädchen und Frauen ergeben sich meist erst im Anschluss an Erstgespräche mit Fachpersonen oder Personen aus dem sozialen Umfeld. Die Mehrheit der Anfragen stammt aus den Kantonen Zürich, Bern, Aargau und Waadt, wo auch die höchste Zahl von potenziell betroffenen bzw. gefährdeten Mädchen und Frauen lebt (vgl. Bericht BR, 2020).

Die Beratungsanfragen der regionalen Anlaufstellen werden derzeit nicht überall und nicht einheitlich erfasst. Eines der Zielsetzungen der laufenden Unterstützungsphase ist es, eine systematische Datenerhebung aufzubauen und umzusetzen.

In den vergangenen zwei Jahren hat das Netzwerk erfolgreich den Aufbau und Betrieb regionaler Anlaufstellen für FGM/C unterstützt. Nach guten Erfahrungen mit Pilotprojekten in AG und BL konnten im Zeitraum 2021 und 2022 in der Deutschschweiz sowie im Tessin 6 regionale Anlaufstellen aufgebaut bzw. Schulungen zu FGM/C in Fachstellen für sexuelle Gesundheit / Schwangerschaftsberatung durchgeführt werden. Weitere Anlaufstellen sind in Planung (zur Versorgungssituation in den Kantonen vgl. Kap. 4). Während in der französischen Schweiz bereits entsprechende Fachstellen vorhanden waren, musste in der Deutschschweiz zuerst Fachwissen zur psychosozialen Beratung im Bereich FGM/C aufgebaut werden. Hier hat sich der Ansatz, Partnerschaften mit den bestehenden Beratungsstellen für sexuelle Gesundheit (Mitglieder Sexuelle Gesundheit Schweiz) zu suchen, bewährt. Nebst der Vermittlung von Kompetenzen in den Bereichen Beratung, Versorgung und Prävention unterstützt und begleitet das Netzwerk die regionalen Anlaufstellen auch in ihrem Konstituierungsprozess (strategische Verankerung, Vernetzung mit Regelstrukturen, Förderung der Zusammenarbeit mit Multiplikator/innen auf regionaler Ebene).

Die Zusammenarbeit bzw. Aufgabenteilung zwischen den regionalen und der nationalen Anlaufstelle hat sich so eingependelt, dass Anfragen zu psychosozialer Beratung oder gesundheitlichen Anliegen nach Möglichkeit in den Regionen behandelt werden. Komplexe Fälle, wo es um asyl- oder aufenthaltsrechtliche Fragen, strafrechtliche Probleme oder Themen des Kinderschutzes geht, werden von den regionalen Anlaufstellen an die nationale Anlaufstelle triagiert bzw. gelangen mehrheitlich direkt an diese. Zusätzlich können sich die regionalen Anlaufstellen auch für Rückberatungen an die nationale Fachstelle wenden. Die nationale Anlaufstelle fungiert damit als Kompetenzzentrum, welches mit spezialisiertem und fortlaufend aktualisiertem Fachwissen zu FGM/C die Arbeit der Anlaufstellen unterstützt. Auf nationaler Ebene werden auch Beratungsleistungen für Betroffene und Fachpersonen erbracht, welche in denjenigen Regionen, wo aufgrund kleiner Fallzahlen der Aufwand für den Aufbau spezifischer Anlaufstellen unverhältnismässig scheint.

Präventionsarbeit in den Communities

Entsprechend der Empfehlungen zur Ansprache und Enttabuisierung des sensiblen Themas FGM/C in den betroffenen Migrationsgemeinschaften (z.B. Marti, 2013; de Pietro et al., 2014; Calderón-Grossenbacher, 2019) findet die Sensibilisierungs- und Präventionsarbeit jeweils eingebettet in eine breitere Thematik statt (z.B. Gesundheit). Das Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz arbeitet für die Prävention in den Migrationsgemeinschaften mit Multiplikator/innen zusammen. Diese Personen aus den betroffenen

Communities leiten Veranstaltungen, führen Gespräche mit Familien, nehmen an Weiterbildungen für Fachpersonen teil oder treten als Referent/innen auf. Hierzu werden die Multiplikator/innen vom Netzwerk mit Weiterbildungen und Coachings unterstützt.

In Umsetzung der Empfehlungen aus der vorangehenden Evaluation unterscheidet das Netzwerk seit 2022 zwischen einem engeren Kreis an Multiplikator/innen, mit denen eine verbindliche Zusammenarbeit besteht (garantierte Anzahl Einsätze, Verpflichtung zur Teilnahme an Netzwerktreffen) und einem erweiterten Kreis an Multiplikator/innen, welche punktuell zum Einsatz kommen. Bis anhin waren die Aktivitäten eher auf die Schulung möglichst vieler Multiplikator/innen ausgerichtet – künftig sollen Schulungen gezielter für bestimmte Communities oder Regionen durchgeführt werden, zunehmend auch in Kooperation mit regionalen Anlaufstellen, um die Präventionsaktivitäten stärker lokal zu verankern. In zwei Regionen ist dies bereits gelungen (Anlaufstellen Ostschweiz / Liechtenstein und der beiden Basel).

Die Erfahrungen seit der Lancierung des Netzwerks haben gezeigt, dass kleinere Diskussionsrunden sich besser eignen, um Gespräche über FGM/C anzustossen, während an grösseren Anlässen kaum offene Gespräche stattfinden. Während der Corona-Pandemie konnten Anlässe vorübergehend ausschliesslich digital durchgeführt werden. Dieses Format bietet zwar Vorteile (niederschwelliger Zugang, da ortsunabhängig und ohne Anfahrtskosten), das Bedürfnis nach direktem Kontakt ist jedoch stark und der persönliche Austausch ein wichtiger Bestandteil der Präventionsangebote (Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz, 2021a; 2022a). Zwischen März 2020 und April 2021 konnten mit digitalen Einzel- und Gruppengesprächen zur Prävention von FGM/C 322 Personen erreicht werden; in der aktuellen Berichtsperiode (Juli 2021 bis November 2022) wurden 20 Veranstaltungen (alle physisch vor Ort) durchgeführt, mit insgesamt knapp 250 Teilnehmenden.⁶

Mit den Präventionsveranstaltungen werden zwar auch Männer erreicht. Dass Männer stärker in die Präventionsarbeit einbezogen werden sollten, ist international und auch unter Multiplikator/innen und Fachpersonen aus der Schweiz unbestritten (u.a. Marti, 2013; de Pietro et al., 2014; Birri, 2014). Das Netzwerk setzt seit 2021 bei der Männerarbeit einen Schwerpunkt. Nebst einer Schulung für angehende Männer-Tische-Moderatoren (Pilotset «Männergesundheit, Partnerschaft und Familie») hat das Netzwerk 2022 drei männliche Multiplikatoren ausgebildet. Bis im November 2022 wurden 4 Veranstaltungen für Männer mit insgesamt 28 Teilnehmern durchgeführt.

Sowohl Fachpersonen wie auch Multiplikator/innen teilen die Ansicht, dass aufsuchende Angebote sehr wichtig und zielführend sind für die Erreichung der betroffenen Migrationsgemeinschaften und die Prävention vom FGM/C. Insgesamt werden bei der Prävention in den Communities (Communityarbeit) jedoch grosse Lücken festgestellt. Es wird angeregt, mehr Veranstaltungen in den Asylunterkünften durchzuführen, da die Neuankommenden am wenigsten informiert seien. Zudem seien die Personen hier besser erreichbar, als wenn sie später in ihren eigenen Haushalten leben – insbesondere in ländlichen Regionen oder Communities mit einer schwachen Vernetzung untereinander. Auch sei das Angebot spezifisch für Männer nicht ausreichend und in einigen Regionen der Schweiz gänzlich fehlend, da es keine ausgebildeten männlichen Multiplikatoren gebe. Eine Hauptproblematik bei der Communityarbeit sehen Fachpersonen und Multiplikator/innen bei der Unterfinanzierung dieser Leistungen und Angebote.

Die befragten Akteure sind sich einig, dass in den vergangenen Jahren Veränderungen bezüglich der Wahrnehmung und Thematisierung von FGM/C in den Communities stattgefunden haben (ausführlicher vgl. Kap. 5.3). Einige Personen sind der Ansicht, dass diese Entwicklungen insbesondere durch

⁶ Es kann davon ausgegangen werden, dass die Teilnehmenden das Gespräch über FGM/C zumindest teilweise auch in ihrem Bekanntenkreis aufnehmen und die Veranstaltungen somit indirekt einen breiteren Kreis an Personen in den jeweiligen Migrationsgemeinschaften erreichen (Calderón-Grossenbacher, 2019).

Präventionsarbeit begünstigt werden. Jedoch wird auch darauf hingewiesen, dass unabhängig davon im Laufe der Zeit zwischen den Generationen Veränderungen stattfinden würden (in den Ziel- wie auch den Herkunftsländern).

3.1.2 Fachpersonen

Die Aktivitäten und Angebote des Netzwerks für Fachpersonen (d.h. Akteure aus dem Gesundheitswesen, dem Integrations-, Asyl-, Sozial-, Gleichstellungs-, Kindesschutzbereich; Polizei und Justiz) finden auf drei Ebenen statt: (1) Informations-, Sensibilisierungs- und Beratungsleistungen, (2) Massnahmen im Bereich der Aus-, Weiter- und Fortbildung, (3) Förderung der Vernetzung und der interdisziplinären Zusammenarbeit.

Information, Sensibilisierung und Beratung

Rund die Hälfte der Beratungsanfragen der nationalen Anlaufstelle (aktuelle Berichtsperiode: 173) stammt von Fachpersonen, insbesondere aus dem Bildungs-, Gesundheits-, Migrations- oder Sozialbereich. Nebst Beratungen zu konkreten Einzelfällen (63%) geht es dabei meist um allgemeine Informationen oder Anfragen zu Präventionsaktivitäten und Weiterbildungsveranstaltungen. Seit der Lancierung des Netzwerks ist eine leichte Zunahme von Anfragen aus den Bereichen Kindesschutz / Bildungswesen festzustellen (vermutete Gefährdung von Mädchen im Rahmen von Auslandsaufenthalten während den Schulferien).

Für die Sensibilisierung und Information von Fachpersonen aus unterschiedlichen Bereichen führt das Netzwerk regelmässig Fachinputs und Weiterbildungen durch. In der Phase April 2016 bis Juni 2021 konnten mit 83 Veranstaltungen insgesamt 1677 Fachpersonen erreicht werden. In der laufenden Berichtsperiode wurden 17 Fachinputs und Bildungsveranstaltungen durchgeführt, mit 315 Teilnehmenden aus dem Sozial-, Kindesschutz-, Gesundheits-, Migrations- und Bildungsbereich sowie interkulturell Dolmetschenden. Bei rund zwei Drittel dieser Veranstaltungen handelt es sich um interdisziplinäre Settings, d.h. es nahmen Teilnehmende aus unterschiedlichen Berufsgruppen und Fachbereichen statt. An knapp einem Drittel der Veranstaltungen waren auch Multiplikator/innen beteiligt. Die Empfehlung aus der vorangehenden Evaluation, Multiplikator/innen systematisch in die Schulungen von Fachpersonen einzubinden, um die gegenseitige Vernetzung zu fördern, wurde damit nicht vollumfänglich umgesetzt.

In Umsetzung der Empfehlungen aus dem Bericht zum Postulat Rickli (Bericht BR, 2020) wurden 2021/22 erstmals 2 Weiterbildungsveranstaltungen für Polizist/innen durchgeführt (sog. Brückenbauer/innen, welche polizeiliche Präventionsarbeit leisten). Fortschritte wurden auch bei der Information und Sensibilisierung der KESB erzielt. In Zusammenarbeit mit der Konferenz für Kindes- und Erwachsenenschutz KOKES hat das Netzwerk einen Flyer erarbeitet, der zentrale Informationen zu FGM/C vermittelt und auf den im Februar 2020 publizierten Leitfaden «Weibliche Genitalbeschneidung und Kindesschutz» aufmerksam macht. Via KOKES wurde der Flyer im Juni 2022 an alle KESB, Berufsbeistandschaften und kantonalen Aufsichtsbehörden verbreitet.

Seit Ende Juni 2022 stellt das Netzwerk ein E-Learning-Modul zur Verfügung, welches Fachpersonen über FGM/C informiert und konkrete Handlungsempfehlungen anbietet, etwa zur Frage, wie das Thema bei (vermutlich) Betroffenen angesprochen werden kann, oder was im Verdachtsfall zu tun ist. Das vom Wiener Programm für Frauengesundheit auf Schweizer Verhältnisse adaptierte Modul steht derzeit nur auf Deutsch zur Verfügung, soll aber im Verlaufe von 2023 auf Französisch übersetzt werden. Zur Nutzung des E-Learnings liegen bisher keine Kennzahlen vor.

Im Gespräch mit den Brückenbauern aus dem Kanton Zürich bestätigt sich, dass aus polizeilicher Sicht in den vergangenen zwei Jahren grosse Fortschritte erzielt wurden. Die relevanten Stellen / Personen der Kantonspolizei (insb. Brückenbauer und Fachstelle gegen häusliche Gewalt) seien informiert und

sensibilisiert. Intern wurden Merkblätter und Fallbearbeitungshilfsmittel erstellt. Jedoch sei für eine erfolgreiche Integration der Thematik interessierte und engagierte Personen sowie förderliche Strukturen (wie etwa diejenigen der polizeilichen Brückenbauer) relevant. So wird der Fortschritt bei der Sensibilisierung der Polizei von Vertreter/innen anderer Regionen/Kantone denn auch kritischer beurteilt. Im Bereich der KESB scheint gemäss Expert/innen-Einschätzung die Thematik FGM/C bzw. das Netzwerk sowie entsprechende Hilfsmittel (z.B. der erwähnte Leitfaden) insbesondere in kleineren Kantonen wenig bekannt.⁷ Für einen Kanton wird auch im Migrationsbereich eine stärkere Sensibilisierung festgestellt, da in den letzten 3 Jahren alle Sozialarbeiter/innen in der Betreuung von Flüchtlingen zum Thema geschult wurden. Diese Schulungen erfolgten jedoch nicht durch das Netzwerk, sondern das Schweizerische Rote Kreuz. In allen Gesprächen werden Beispiele erwähnt, in welchen Fachpersonen aus verschiedenen Bereichen (z.B. Schule, Kita, Richter/innen, Gesundheit, Asylbereich) nicht gut reagiert hätten und damit weiterhin Informations- und Sensibilisierungsbedarf bestehe. In diesem Zusammenhang erwähnt eine Person jedoch auch, dass unabhängig vom Ausmass und der Qualität der Schulung, immer auch personenabhängig sei, ob und wie angemessen im Einzelfall reagiert würde.

Aus-, Weiter- und Fortbildung

Das Netzwerk engagiert sich dafür, dass FGM/C in die Lehrpläne von Aus- und Weiterbildungen aufgenommen wird (diese Massnahme gilt als eine der wichtigsten Ansätze zur Bekämpfung von FGM/C, vgl. vgl. de Pietro et al., 2014; Marti, 2013). Seit 2016 wurde dabei ein Schwerpunkt auf den Gesundheitsbereich gelegt und basierend auf einem Arbeitskonzept gezielte Sensibilisierungs- und Netzwerkaktivitäten unternommen, um FGM/C in die Curricula zu integrieren (Studiengänge: Medizin, Hebammen; ärztliche Weiterbildung: Gynäkologie, Pädiatrie, Allgemeine Innere Medizin). Zwar ist es gelungen, einzelne Dozent/innen für die Thematik zu sensibilisieren. Die Einflussmöglichkeiten des Netzwerks (wie auch anderer Akteure) auf die Ausgestaltung der Curricula bzw. der ärztlichen Weiterbildungsgänge sind jedoch gering, und bislang ist es nicht gelungen, das Thema FGM/C zu integrieren (vgl. Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz, 2021a; 2021b). Eine systematische Sensibilisierung zur Integration der Thematik FGM/C in relevante Aus- und Weiterbildungen konnte seit Mitte 2021 aus Ressourcengründen nicht umgesetzt werden.

Um bereits praktizierende Fachpersonen zu sensibilisieren und sie im Umgang mit der Erkennung, Ansprache und Versorgung von betroffenen Frauen zu unterstützen, engagiert sich das Netzwerk (nebst dem erwähnten Schulungsangebot) in der Erarbeitung von Praxisleitlinien. Bei der Überarbeitung des für den Gesundheitsbereich wichtigen Leitfadens der Schweizerischen Fachgesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG, 2005) hat sich das Netzwerk aktiv beteiligt. Die aktualisierten interdisziplinären Empfehlungen für Gesundheitsfachpersonen sind inhaltlich fertiggestellt, jedoch noch nicht publiziert. Sie sollen künftig als Grundlage für Weiterbildungen und Sensibilisierungsarbeit genutzt werden. Im Asylbereich wurden Praxisleitlinien erarbeitet bzw. das Thema FGM/C in Leitlinien für Mitarbeitende von Bundesasylzentren und kantonalen Unterkünften integriert. Sowohl auf Bundesebene als auch auf kantonaler Ebene (wo die Sensibilisierungs- und Präventionsarbeit in den betroffenen Migrationsgemeinschaften aus fachlicher Sicht begonnen werden sollte, vgl. de Pietro et al., 2014) unterstützt das Netzwerk diese Vorhaben. Die Zuständigkeit liegt jedoch bei den jeweiligen Behörden (SEM, SODK)⁸.

Studien zeigen, dass Gesundheitsfachpersonen FGM/C häufig nicht erkennen und viele Betroffene von den behandelnden Fachpersonen nicht auf ihre Beschneidung angesprochen werden (z.B. Mauri et al.,

⁷ Diese Einschätzung bezieht sich womöglich auf die Situation vor der Publikation und Verteilung des Flyers durch die KOKES im Juni 2022.

⁸ Vgl. hierzu auch die Analyse des Handlungsbedarfs im Bericht des Bundesrats vom 25. September 2019 in Erfüllung des Postulates Feri (16.3407) «Analyse der Situation von Flüchtlingsfrauen».

2022; Cottler-Casanova et al., 2021; Unicef, 2016).⁹ Auch in den Gesprächen mit Expert/innen im Rahmen dieser Studie wurde dies mehrfach problematisiert und betont, dass beim Gesundheitspersonal weiterhin grosser Handlungsbedarf bestehe. Wichtig sei auch, dass die weibliche Genitalverstümmelung in den Ausbildungen als Querschnittsthema sowohl aus theoretischer wie praktischer Sicht in unterschiedlichen Vorlesungen/Kursen behandelt wird, damit es nicht als Nischenthema wahrgenommen wird und bei der späteren Berufsausübung in Vergessenheit gerät. Einzelne Expert/innen sind auch der Ansicht, dass FGM/C in die Curricula von weiteren Ausbildungsgängen aufgenommen werden sollte – etwa Sozialarbeit und Pädagogik. Es wird jedoch auch die Ansicht vertreten, dass nicht alle Fachpersonen gleichermassen ausgebildet sein müssen. Für einige Bereiche würden Information und Sensibilisierung ausreichen, damit an die relevanten Stellen triagierte werden kann.

Vernetzung und interdisziplinäre Zusammenarbeit

Zur Unterstützung der Vernetzung von Fachpersonen richten sich die Aktivitäten des Netzwerks einerseits an Akteure, welche bereits im Bereich FGM/C tätig sind. 2022 wurden bestehende Austauschgefässe für involvierte Akteure neu formiert (Verkleinerung und Fokussierung der Begleitgruppe als Sounding Board des Netzwerks; Ausrichtung eines jährlichen Netzwerktreffens für regionale Anlaufstellen und Multiplikator/innen). Zusätzlich ist das Netzwerk im neu konstituierten Austauschgefäss der vom Thema FGM/C betroffenen Bundesstellen und überkantonalen Gremien vertreten. Die Koordination der beteiligten Behörden (BAG, SEM, EBG, BSV, EDA; BJ, fedpol; GDK, SKOS, KOKES, KKJPD) findet in Umsetzung eines Auftrags aus Bundesratsbericht zum Postulat Rickli unter Federführung des BAG statt.

Die Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit findet andererseits auf regionaler Ebene im Rahmen der Aufbauarbeiten für regionale Anlaufstellen statt (innerkantonale Vernetzung). So hat sich das Netzwerk etwa im Kanton Zürich an der Umsetzung eines Runden Tisches mit Akteuren u.a. aus den Bereichen Gesundheit und Soziales beteiligt und sich in den daraus entstandenen Arbeitsgruppen eingebracht.

Gemäss einer interviewten Fachperson, die sich bereits lange Zeit mit dem Thema FGM/C befasst, habe das Netzwerk erfolgreich das Wissen gebündelt, ein Überblick über Angebote geschaffen und die Vernetzung zwischen den involvierten Akteuren massgeblich verbessert.

3.1.3 Öffentlichkeit

Bei der Informations- und Öffentlichkeitsarbeit zielt das Netzwerk darauf, die Thematik FGM/C sichtbar zu machen, ohne zu stigmatisieren, sowie Fakten zu vermitteln und den Zugang zu Unterstützung zu erleichtern. Dazu wird die Informationsplattform laufend aktualisiert; 2022 wurde u.a. die Übersicht zu den regionalen Anlaufstellen mit einer interaktiven Schweizerkarte verbessert. Vertreter/innen des Netzwerks werden bei Medienbeiträgen zum Thema FGM/C regelmässig konsultiert / interviewt oder redigieren Beiträge in Fachpublikationen. Der vom Netzwerk geführte Medienspiegel zeigt, dass die Qualität der 20 Beiträge, welche im Zeitraum Juli 2021 bis November 2022 erschienen sind, hinsichtlich Kriterien wie Korrektheit der Information, keine rassistischen Untertöne, Einfühlsamkeit mehrheitlich positiv beurteilt wurde.

Bei den befragten Expert/innen besteht der Eindruck, dass die Bevölkerung – insbesondere in urbaneren Regionen – besser zu FGM/C informiert ist und häufiger darüber gesprochen wird. Jedoch gebe es immer noch Vorurteile, Tabus und falsche Überzeugungen. Es sei zwar wünschenswert, dass die Öffentlichkeit informiert ist. Gleichzeitig könne dadurch auch die Diskriminierung und Stigmatisierung steigen. Insgesamt sehen die interviewten Personen keine Priorität in der Öffentlichkeitsarbeit.

⁹ Eine aktuelle, noch unveröffentlichte, WHO-Studie mit Schweizer Beteiligung zu den Einstellungen und Praktiken des Gesundheitspersonals zum Thema FGM/C bestätigt diese Befunde in weiten Teilen.

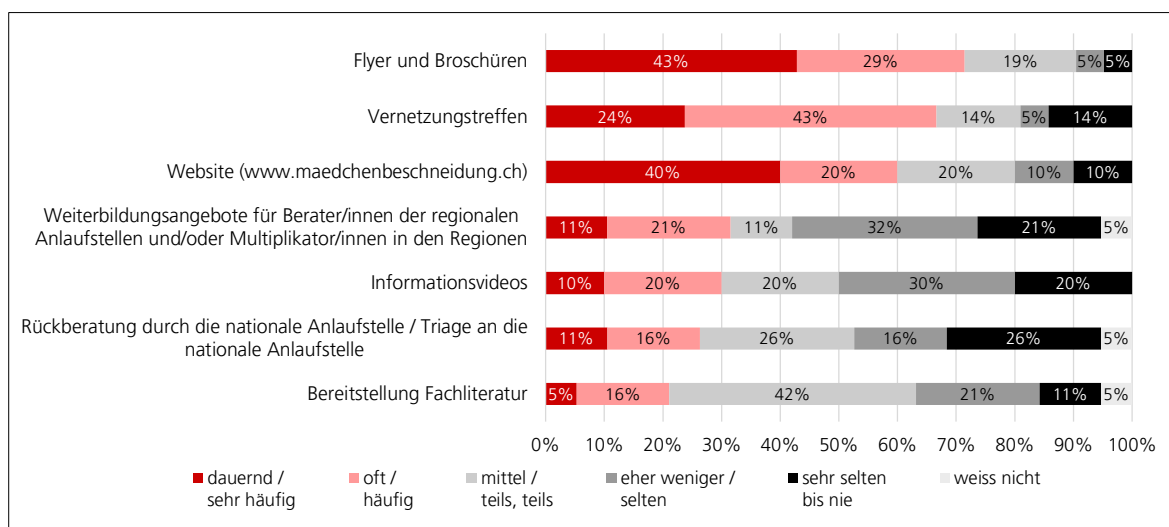
3.2 Bedeutung und künftige Rolle des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz

In den nachfolgenden Abschnitten werden die Einschätzungen der regionalen FGM/C-Anlaufstellen sowie weiterer Akteure zu den Dienstleistungen des Netzwerks (Abschnitt 3.2.1) sowie zum künftigen Bedarf einer nationalen Stelle (Abschnitt 3.2.2) dargestellt.

3.2.1 Nutzung und Einschätzung der Dienstleistungen des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz

In **Abbildung 1** ist dargestellt, in welchem Ausmass die **regionalen FGM/C-Anlaufstellen** in den Kantonen gemäss eigenen Aussagen die verschiedenen Dienstleistungen des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung für ihre Arbeit nutzen.

Abbildung 1: Nutzung der Dienstleistungen des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz durch die regionalen FGM/C-Anlaufstellen

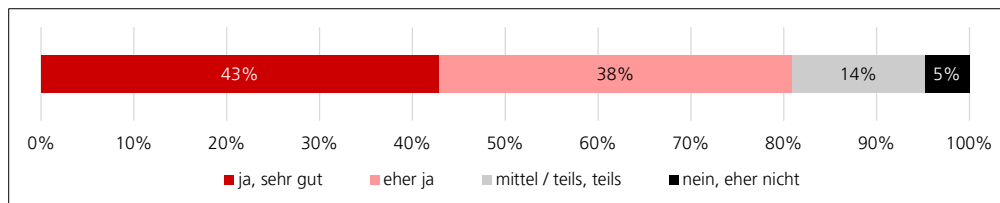


Quelle: Online-Befragung der regionalen FGM/C-Anlaufstellen, 2023 (n=19–21). Berechnungen BASS

Vergleichsweise am häufigsten (72% «häufig» bis «sehr häufig») werden Flyer und Broschüren genutzt, ebenfalls die Vernetzungstreffen und generell die Website des Netzwerks (67% zw. 60% «häufig» bis «sehr häufig»). Etwas weniger häufig genutzt/verwendet werden hingegen Weiterbildungsangebote für Berater/innen der regionalen Anlaufstellen und/oder Multiplikator/innen in den Regionen sowie die Informationsvideos (53% bzw. 50% «eher selten» bis «sehr selten»). Ebenfalls vergleichsweise seltener erfolgt eine Triage an die nationale Anlaufstelle. Dies könnte damit zusammenhängen, dass dieses Angebot bei den regionalen Anlaufstellen wenig bekannt ist oder die regionalen Anlaufstellen ausreichend geschult sind, um auch komplexere Fälle zu begleiten. Wahrscheinlich ist jedoch, dass komplexere Fälle nicht über die regionalen Anlaufstellen triagiert, sondern direkt an die nationale Stelle gelangen. Dies entspricht der vereinbarten Aufgabenteilung zwischen den regionalen und der nationalen Anlaufstelle und wird entsprechend kommuniziert.

Abbildung 2 zeigt, dass die Dienstleistungen des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung insgesamt den Bedürfnissen der FGM/C-Anlaufstellen sehr gut entsprechen (Anteil eher oder sehr gut: 81%). Lediglich eine Anlaufstelle (5% der Befragten) ist der Meinung, dass dies nicht der Fall sei.

Abbildung 2: Einschätzung, ob die Dienstleistungen des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung insgesamt den Bedürfnissen der regionalen FGM/C-Anlaufstellen entsprechen



Quelle: Online-Befragung der regionalen FGM/C-Anlaufstellen, 2023 (n=21). Berechnungen BASS

Im Schnitt fällt diese Bewertung durch die Anlaufstellen in der Deutschschweiz und im Tessin etwas besser aus als bei den Anlaufstellen in der Westschweiz («eher ja» bis «sehr gut»: 88% vs. 70%). Dies dürfte mit dem Fokus der Aufbauarbeiten in der Deutschschweiz zusammenhängen und damit, dass viele Anlaufstellen in der Westschweiz schon länger bestehen und autonomer sind.¹⁰ Zwischen den Anlaufstellentypen Spital/Praxis und Beratungsstelle ergeben sich keine Unterschiede.

In Tabelle 12 im Anhang sind Dienstleistungen des Netzwerks zusammengestellt, die die befragten regionalen Anlaufstellen vermissen oder sich für die Zukunft wünschen würden. Ersichtlich wird, dass es sich nur um wenige Punkte handelt. Mehrere Befragte hielten fest, dass das Netzwerk gut funktioniere und kein Handlungsbedarf bestehe. Die einzelnen Punkte, die je nachdem sehr anlaufstellenspezifisch sein können, betreffen:

- eine vermehrte Weiterbildung von Fachpersonen;
- ein Hinwirken auf eine stärkere Sensibilisierung, Einbindung und eine koordinativere Rolle des Kantons
- zur Verfügung stellen von Strategien zur Erreichbarkeit der Männer und zur Motivation der Multiplikatorinnen hinsichtlich vermehrter Kontaktnahme und regionaler Vernetzung.

In den **Expert/innen-Gesprächen** mit Personen, welche im Rahmen von Fallberatungen, Weiterbildungen / Fachinputs oder des Aufbaus einer spezialisierten Anlaufstelle Dienstleistungen des Netzwerks in Anspruch genommen haben, wird die Arbeit des Netzwerks ausnahmslos gelobt und als äusserst hilfreich beurteilt. Positiv hervorgehoben wurden insbesondere die fachliche Kompetenz, das grosse Erfahrungswissen, die gute Vernetzung sowie die zielgruppengerechte Kommunikation, Information und Beratung. Auch in den Workshops mit den Multiplikator/innen wird die Wichtigkeit der Arbeit des Netzwerks betont und anerkannt, dass dieses gemessen an den beschränkten Ressourcen viel erreicht habe.

Als Optimierungsmöglichkeit wird von einer Person angemerkt, dass die auf der Fachwebseite angegebene Literatur dort auch zugänglich gemacht werden sollte. Eine andere Person wünscht sich mehr Transparenz in Bezug auf den Auftrag des Netzwerks, dessen Unterstützungsmöglichkeiten sowie ein stärkeres Engagement bei der Sensibilisierung der Öffentlichkeit.

3.2.2 Bedarf nach der Weiterführung eines nationalen Netzwerks

Nach den geleisteten Aufbauarbeiten der letzten Jahre und angesichts der zunehmenden Regionalisierung stellt sich die Frage nach der Aufgabenteilung zwischen nationaler und regionaler Ebene sowie dem künftigen Bedarf eines nationalen Netzwerks. Die Einschätzungen dazu werden zunächst aus Sicht der

¹⁰ Der Fokus auf die Deutschschweiz ergibt sich aus dem Auftrag des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz, sich bei den Aufbauarbeiten auf die Regionen mit den grössten Versorgungslücken zu konzentrieren, die klar in der deutschsprachigen Schweiz waren und teilweise weiter bestehen (vgl. Kap. 4).

Trägerinnen des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz (Innenperspektive) und anschliessend für die Aussenperspektive dargestellt.

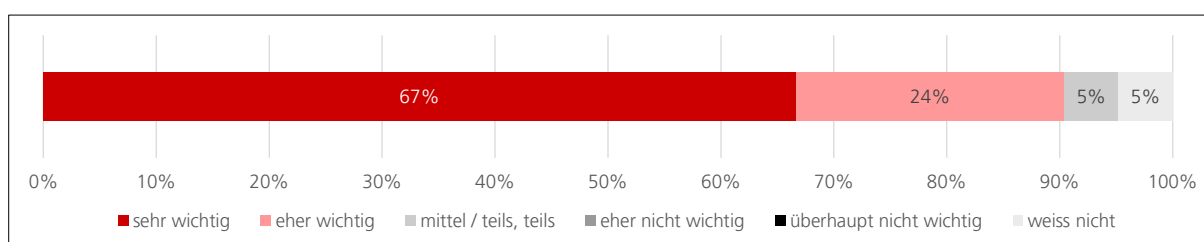
Innenperspektive

Aus Sicht der Trägerinnen des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz sollen die regionalen Anlaufstellen künftig das «Alltagsgeschäft» übernehmen. Im Gegensatz zur nationalen Anlaufstelle könnten regionale Angebote auch eher persönliche Kontakte bieten, was insgesamt bei der Beratung und Unterstützung von Betroffenen und Angehörigen sehr relevant sei. Auf nationaler Ebene brauche es auch künftig gebündeltes Fachwissen und die notwendigen zeitlichen Ressourcen, um komplexe Fälle zu übernehmen (in den Bereichen Asyl- und Ausländerrecht, Kinderschutz und Strafrecht). Die nationale Anlaufstelle (und das Netzwerk) fungiere zudem als «Motor» der Angebote und Aktivitäten auf regionaler Ebene: Ohne das Netzwerk bestehe die Gefahr, dass die erfolgten Aufbauarbeiten mit der Zeit ins Leere laufen, u.a. weil die Qualitäts- und Wissenssicherung von der nationalen Fachstelle geleistet wird (Grundlagenwissen bereitstellen, Vernetzung zwischen den Fachpersonen und damit gegenseitiges Lernen fördern etc.). Die Bündelung des (spezialisierten) Fachwissens auf nationaler Ebene sei auch deshalb bedeutsam, weil FGM/C eine sehr spezifische Thematik sei. Mit einer Handvoll Fallzahlen pro Jahr lasse sich in den regionalen Anlaufstellen nur schwer Erfahrung aufbauen.

Aussenperspektive

Die **regionalen FGM/C-Anlaufstellen** wurden in der Online-Erhebung danach gefragt, wie wichtig es für ihre Arbeit sei, dass es weiterhin bzw. auch nach 2023 ein nationales Kompetenzzentrum gibt, das die in Abschnitt 3.2.1 erwähnten Dienstleistungen anbietet. Von den 21 FGM/C-Anlaufstellen, die hierzu eine Einschätzung abgegeben haben, beurteilten 67% (14) die Weiterexistenz des nationalen Kompetenzzentrums als «sehr wichtig» und 24% (5) als «eher wichtig» (Summe 91%), lediglich 1 Anlaufstelle (5%) schätzte die Weiterexistenz als «mittel / teils, teils» wichtig ein (1 bzw. 5% gab «weiss nicht» an, vgl. **Abbildung 3**). Keine der befragten Anlaufstellen vertrat demnach die Meinung, ein nationales Kompetenzzentrum sei zukünftig eher nicht oder überhaupt nicht mehr wichtig.

Abbildung 3: Einschätzung der Wichtigkeit für die Arbeit an der FGM/C-Anlaufstelle, dass es weiterhin ein nationales Kompetenzzentrum gibt, das die verschiedenen Dienstleistungen anbietet



Quelle: Online-Befragung der regionalen FGM/C-Anlaufstellen, 2023 (n=21). Berechnungen BASS

Die abgegebenen Begründungen der Befragten sind in Tabelle 13 im Anhang aufgeführt. Die dort erwähnten Punkte lassen sich in zwei Hauptbereiche gliedern:

- Das Aufzeigen der Bedeutung des FGM/C-Themas gegenüber (kantonalen) Behörden, Lobbying und Öffentlichkeitsarbeit zu FGM/C, schweizweite bzw. interkantonale Vernetzung
- Die Unterstützung der täglichen Arbeit der FGM/C-Anlaufstellen, Verfügbarmachen und Bündeln des aktuellen Fachwissens, Koordination der Anlaufstellen-Adressen, Organisation von Weiterbildungen für Fachpersonen, Rückberatungen bei schwierigen Fragen / rechtlichen Themen

4 Versorgungssituation in den Kantonen

In dieselbe Richtung gehen die Einschätzungen weiterer Akteure. Alle im Rahmen der Studie konsultierten **Expertinnen und Experten** sind der Ansicht, dass der Bedarf eines Angebots auf nationaler Ebene auch mit der zunehmenden Regionalisierung bestehen bleibt. Da FGM/C für die meisten regionalen Stellen ein Nischenthema darstellt, sei eine zentrale Stelle als «Themenhüterin» und nationales Kompetenzzentrum unabdingbar. Andernfalls bestehe die Gefahr, dass bisherige Anstrengungen versanden. Für betroffene Fachpersonen sei das Netzwerk ausserdem eine sehr wertvolle Ressource. Die Aufgaben des nationalen Netzwerks sollen gemäss Einschätzungen der befragten Personen künftig folgende Aspekte beinhalten: das Bereitstellen von Fachwissen, Begleitung / Beratung in schwierigen Situationen, die Vernetzung und Sicherstellung der regionalen Angebote sowie die Weiterbildung von Fachpersonen.

4 Versorgungssituation in den Kantonen

Eine Situationsanalyse in den Kantonen im Rahmen des Postulatsbericht (Bericht BR, 2020) sowie die Evaluation des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz (Calderón-Grossenbacher, 2019) haben ergeben, dass FGM/C in den Kantonen noch nicht systematisch verankert ist und eine nachhaltige Etablierung entsprechender Angebote erst punktuell erfolgte. Für die Ausrichtung der Massnahmen und Aktivitäten im Bereich FGM/C wurde daher ein Fokus auf die Regionalisierung und Institutionalisierung von Beratungs-, Betreuungs- und Präventionsangeboten beschlossen.

Nachfolgend wird aufgezeigt, welche Kantone derzeit über ein regionales spezialisiertes FGM/C-Angebot verfügen (Kapitel 4.1) und wie die Versorgungssituation (Kapitel 4.2), die institutionelle Verankerung (Kapitel 4.3) sowie die interdisziplinäre Vernetzung und Zusammenarbeit (Kapitel 4.4) im Bereich FGM/C eingeschätzt werden. Die Darstellungen beziehen sich in weiten Teilen auf die Ergebnisse der Online-Befragung der regionalen FGM/C-Anlaufstellen und sind durch die Einschätzungen aus den Expert/innen-Gesprächen ergänzt. Die Situation in den Kantonen ohne regionale Anlaufstelle erschliesst sich aus den Interviews mit Beratungsstellen im Bereich Familienberatung/-planung, Schwangerschaft, Partnerschaft sowie mit weiteren Kantonsvertreter/innen (KESB, Kantonsärztin, Brückenbauer; für eine detaillierte Beschreibung der Datengrundlage vgl. Kap. 2).

4.1 Einzugsgebiet und Angebot der regionalen FGM/C-Anlaufstellen

Gemäss Angaben auf der Webseite des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz sind in 18 Kantonen regionale FGM/C-Anlaufstellen verfügbar bzw. liegen diese im Einzugsgebiet einer regionalen Anlaufstelle. Die Anlaufstellen bieten Unterstützung für Betroffene und Angehörige (medizinische Hilfe / psychosoziale Beratung) und teilweise auch Beratungen für Fachpersonen (vgl. **Tabelle 3**). Anzumerken ist in diesem Zusammenhang, dass sich grundsätzlich sämtliche Beratungs- oder andere Stellen und Personen in der Schweiz bei Fragen in Zusammenhang mit FGM/C an die nationale Anlaufstelle in Luzern (Caritas) wenden können.

Tabelle 3: Angebot und Einzugsgebiet der regionalen FGM/C-Anlaufstellen

Anlaufstelle	Angebot			Einzugsgebiet
	medizinische Hilfe	psychosoziale Beratung	fachliche Beratung	
Frauenklinik Kantonsspital Aarau	x			AG
Sexuelle Gesundheit Aargau		x		AG
Anlaufstelle gegen Mädchenbeschneidung Ostschweiz und Liechtenstein		x	x	SG, AI, AR
fapla (Beratungsstelle für Familienplanung, Schwangerschaft und Sexualität)		x	x	SG, AI, AR
Kantonsspital St. Gallen (Frauenklinik)	x		x	SG
Praxis Somacal		x	x	BL, BS
Frauenklinik Universitätsspital Basel	x	x		BS
Centre de santé sexuelle Bienne / Zentrum für sexuelle Gesundheit Biel	x		x	BE
Universitätsklinik für Frauenheilkunde	x			BE
Centre de Santé Sexuelle - Planning familial Jura		x	x	JU
Gyn-Zentrum für Frauengesundheit	x			LU
Luzerner Kantonsspital, Frauenklinik (Sprechstunde für Frauen mit Genitalbeschneidung)	x	x		LU
elbe, Fachstelle für Lebensfragen		x		LU, NW, OW
Adebar (Fachstelle für sexuelle Gesundheit und Familienplanung GR)		x		GR
Hôpital de Sion	x		x	VS
Sexualität, Information, Prévention, Erziehung SIPE (5 Standorte)		x		VS
Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)	x			VD
Fondation Profa	x	x		VD
Hôpital Riviera Chablais	x	x	x	VD
Hôpitaux Universitaires de Genève (Consultation spécialisée pour la prise en charge des femmes et des filles avec MGF)	x	x	x	GE
Hôpitaux Universitaires de Genève (Unité de santé sexuelle et planning familial)	x	x	x	GE
Centre de santé sexuelle (Site de La Chaux-de-Fonds)	x	x	x	NE
Centre de santé sexuelle (Site de Neuchâtel)		x		NE
Réseau Hôpital Neuchâtelois (RHNe)	x	x		NE
Freiburger Fachstelle für sexuelle Gesundheit FFSG / Centre fribourgeois de santé sexuelle CFSS	x	x	x	FR
Consultori di Salute Sessuale - Ente Ospedaliero Cantonale (Negli ospedali regionali di Bellinzona, Locarno, Lugano e Mendrisio)	x	x	x	TI
Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli (ORBV), Ambulatorio di ginecologia	x			TI
Studio medico Gynesana	x			TI

Quelle: Webseite Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz (Stand Januar 2023); Darstellung BASS

Gemäss Angaben in der Online-Befragung (nicht dargestellt) arbeiten rund zwei Fünftel der regionalen Anlaufstellen maximal seit fünf Jahren auf dem Thema FGM/C, sechs dieser Stellen sind in den letzten zwei Jahren dazugekommen (5 der 22 antwortenden Stellen konnten keine Angaben zum Startjahr machen).

Kantone ohne regionale FGM/C-Anlaufstelle

Gemäss der Kontaktstellenübersicht auf der Website des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz gibt es in 8 Kantonen (GL, SH, SO, SZ, TG, UR, ZG, ZH) keine offizielle regionale FGM/C-Anlaufstelle. Auf die Frage nach ihrem Einzugsgebiet hat in der Online-Befragung der bestehenden regionalen Anlaufstellen eine medizinische Stelle des Kantons Bern angegeben, dass auch der Kanton Solothurn zu ihrem Einzugsgebiet gehöre. Und der Kanton Thurgau liegt gemäss Befragung auch im Einzugsgebiet der Anlaufstelle gegen Mädchenbeschneidung Ostschweiz und Liechtenstein. Aus den Unterlagen des Netzwerks geht zudem hervor, dass im Kanton TG eine entsprechende Schulung von Fachpersonen

4 Versorgungssituation in den Kantonen

stattgefunden hat, jedoch die Arbeit der offiziellen Anlaufstelle noch nicht aufgenommen wurde. Ausserdem werden im Kanton ZH zurzeit eine bis zwei Anlaufstellen aufgebaut.

Aus den Gesprächen mit Vertreterinnen von Beratungsstellen im Bereich Familienberatung/-planung, Schwangerschaft, Partnerschaft bzw. weiteren Kantonsvertreter/innen gingen mehrere **Gründe** hervor, **weshalb es in ihrem Kanton (bisher) keine regionale FGM/C-Anlaufstelle gibt**. Kleinere Kantone, die entsprechend eine kleinere Migrationsbevölkerung aufweisen, sind vergleichsweise selten mit der Problematik der Genitalverstümmelung konfrontiert. So berichteten einige der interviewten Personen, dass ihnen bisher in der Praxis noch nie Fälle von weiblicher Genitalverstümmelung begegnet seien und daher kein Bedarf nach einer Anlaufstelle bestanden habe. Es sei jedoch auch möglich, dass ein Bedarf nicht erkannt wurde. In diesem Zusammenhang hielt eine Beraterin für sexuelle Gesundheit fest, dass es nicht ausreiche eine spezifische Ausbildung zum Thema FGM/C zu absolvieren und eine offizielle Anlaufstelle zu werden. Erforderlich sei dann insbesondere eine aktive Kommunikation, um das Angebot in den betroffenen Migrationsgemeinschaften bekannt zu machen.

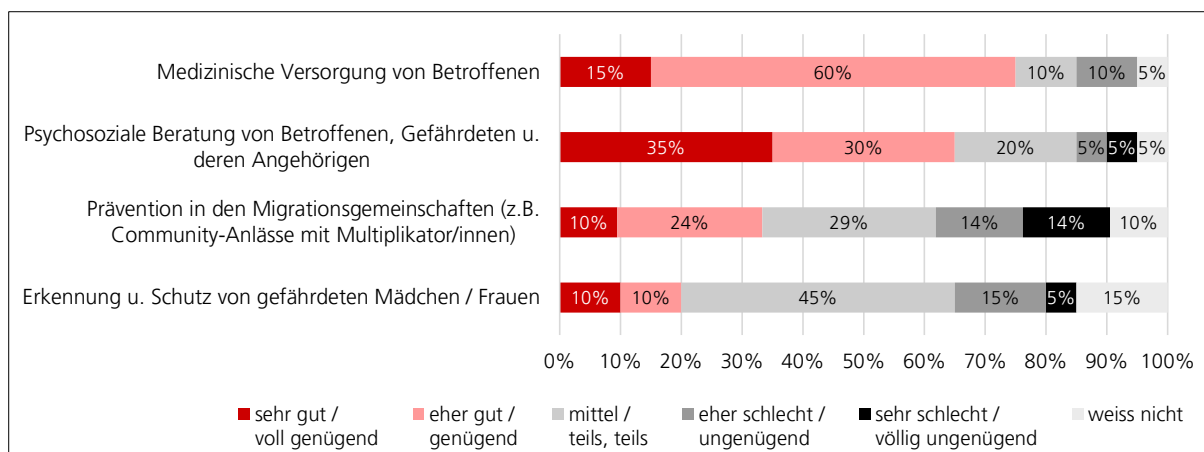
Dazu kommt, dass kleine Kantone oft über eine geringe Anzahl an geeigneten Beratungsstellen verfügen, welche jeweils ein breites Spektrum an Dienstleistungen abdecken (Einzel-, Familien- und Paarberatung, Schwangerschaftsberatung, sexuelle Gesundheit, Sexualität allgemein etc.). FGM/C stelle da nur ein Thema unter sehr vielen anderen dar. In letzter Zeit seien eher Themen wie sexuelle Orientierung, Aufklärung der sexuellen Identität von Kindern und Jugendlichen in den Fokus gerückt und hätten die (begrenzten) Ressourcen gebunden. Entscheidend sind letztlich finanzielle Fragen, und Beratungsstellen, die keinen entsprechenden Leistungsauftrag haben, müssten bzgl. FGM/C-Auftrag mit dem Kanton neu verhandeln.

4.2 Einschätzung der Versorgungssituation

Abbildung 4 zeigt, wie die befragten regionalen Anlaufstellen verschiedene **Bereiche der Versorgungssituation** in ihrem Einzugsgebiet einschätzen. Im Vergleich positiv wird die medizinische Versorgung von Betroffenen sowie die psychosoziale Beratung von Betroffenen, Gefährdeten und deren Angehörigen eingeschätzt: 75% bzw. 65% der Befragten erachten die Versorgung in diesen beiden Feldern als sehr oder eher gut / genügend ein. Diese Beurteilungen könnten allerdings etwas verzerrt sein, da die befragten Stellen selbst medizinische Hilfe und/oder psychosoziale Beratung anbieten. Ausserdem dürfte die Einschätzung zur medizinischen und psychosozialen Versorgung eher das Potenzial denn die tatsächliche Reichweite widergeben.¹¹ Kritischer gesehen wird die Situation hinsichtlich der Präventionsarbeit in den Migrationsgemeinschaften (z.B. Community-Anlässe mit Multiplikator/innen) sowie der Erkennung und des Schutzes von gefährdeten Mädchen und Frauen. Hier bezeichneten nur 20% bis 34% der Befragten die Versorgungssituation als sehr oder eher gut / genügend. Ein etwa gleich hoher Anteil erachtet sie als ungenügend.

¹¹ Es ist davon auszugehen, dass die Versorgungssituation als eher bis sehr gut beurteilt wird, sobald eine Stelle/Person bekannt ist, an welche Frauen, Mädchen und Angehörige mit medizinischem oder psychosozialen Unterstützungsbedarf verwiesen werden können.

Abbildung 4: Einschätzung der Versorgungssituation für Betroffene und Gefährdete von FGM/C



Quelle: Online-Befragung der regionalen FGM/C-Anlaufstellen, 2023 (n=20–21). Berechnungen BASS

Anlaufstellen in der Westschweiz und dem Tessin schätzen die Versorgungssituation generell etwas negativer ein als Befragte in der Deutschschweiz. Die Einschätzungen nach Anlaufstellentypen decken sich weitgehend, einzig die Erkennung und der Schutz von gefährdeten Mädchen / Frauen wird von Anlaufstellen des Typs Spital/Praxis kritischer beurteilt als von den Beratungsstellen (MW 2.7 vs. 3.5).

In einer Anschlussfrage wurden die Vertreterinnen der regionalen Anlaufstellen, die die Versorgungssituation als «eher schlecht / ungenügend» oder «sehr schlecht / völlig ungenügend» eingeschätzt hatten, nach **Begründungen** gefragt. Es gingen 13 Nennungen ein (vgl. Tabelle 11 im Anhang). Diese können zu folgenden Punkten zusammengefasst werden:

- Im Bereich der Prävention in den Communities bestehen Lücken aufgrund der fehlenden Ressourcen (finanziell und personell) und der ungenügenden Erreichung der Migrationsgemeinschaften.
- Bei der Erkennung und dem Schutz von Gefährdeten sowie der medizinischen Versorgung und psychosozialen Beratung von Betroffenen sind die Fachpersonen nicht immer ausreichend sensibilisiert bzw. geschult oder es fehlen Hilfsmittel zur Erkennung von Gefährdeten / Betroffenen.
- Versorgungslücken hängen teilweise auch damit zusammen, dass Anlaufstellen ihre Arbeit erst kürzlich aufgenommen haben und das Angebot derzeit auf- und ausgebaut werde.

Die allergrössten **Herausforderungen** in Bezug auf die FGM/C-Versorgungssituation, welche die regionalen Anlaufstellen in ihren jeweiligen Einzugsgebieten sehen, lassen sich grob in drei Bereiche gliedern, wobei es naturgemäss Überschneidungen gibt: (a) Sensibilisierung, Information, Wissen, Erkennen (u.a. auch in den Communities), (b) Institutionelle Voraussetzungen, Politikumsetzung, (c) Kommunikation, Vernetzung der Akteure (insbes. mit der Ärzteschaft), Bildung. Dabei können sich die Herausforderungen natürlich von Kanton zu Kanton unterscheiden. Die Nennungen sind in Zitatform in **Tabelle 4** aufgeführt.

4 Versorgungssituation in den Kantonen

Tabelle 4: Grösste Herausforderungen im Bereich FGM/C im Kanton / Einzugsgebiet der Anlaufstelle

Sensibilität, Informationen, Wissen, Erkennen (u.a. auch in den Communities)
Die fehlende Sensibilität, fehlendes Wissen über den Sachverhalt von direkten Bezugspersonen von Betroffenen – kulturelle Hürden von Betroffenen, darüber zu sprechen und fehlendes Verständnis von sexueller Gesundheit. / Dass die Frauen überhaupt wissen, dass sie beschnitten sind und dass sich die Frauen mitteilen.
Das Thema scheint in den Communities keine erste Priorität zu haben. Es bedarf viel Überzeugungsarbeit. Neue Zugänge zu generieren ist sehr aufwändig und oft auch zermürbend. Der Zugang zu den Männern ist kaum möglich.
Identifier les personnes concernées et menacées de FGM/C et proposer un accompagnement pluridisciplinaire. / Faire connaître la consultation à la population concernée.
Toujours parler des MGF/excision car c'est un sujet encore d'actualité et lutter contre les violences faites aux femmes.
Institutionelle Voraussetzungen, Politikumsetzung
Au niveau cantonal : développer une stratégie cantonale. Faciliter l'accès aux consultations de santé sexuelle aux femmes/couples concernés.
Avoir un centre de référence avec un équipe multidisciplinaire formée à l'accueil complet de ses patientes. Facilitation dans les possibilités de référer ces patientes en intercantonal.
Le canton avait mis sur pied un programme de prévention avec différents acteurs concernés. Depuis plusieurs années, ce programme n'est plus activé, la rencontre entre les partenaires concernés n'a plus lieu. L'autorité responsable de la coordination de ce programme ne fait plus rien malgré plusieurs sollicitations de notre part. C'est bien dommage car du coup, cette thématique perd en visibilité dans le canton et les nouveaux collaborateurs de certains services ne sont pas informés de ce programme. Donc à mon avis, le plus grand défi est la continuité dans la lutte et la prévention des MGF, que ce ne soit pas « personne dépendante ».
Notre canton bénéficie d'un réseau assez dense de professionnel.les de différents bords et de personnes concernées qui interviennent auprès des communautés et offre des prestations de hautes qualité. Il y a peut-être un manque dans la reconnaissance de l'enjeu auprès des professionnel.les non spécialisé (p-ex : médecin...). Au sein de notre unité, la personne qui était en charge de l'action au sein du réseau est parti à la retraite et nous n'avons pas encore pu la remplacer. Cette thématique est donc passé au second plan ces dernières années au sein de l'unité.
Nous aurions besoin de pouvoir collaborer avec des (un-e) médecin ou gynécologue sensible à cette thématique pour aiguiller les femmes concernées rapidement et leur permettre d'avoir accès à des prestations plus facilement. Nous aurions besoin une « vraie » politique de prévention des FGM/C soit mise en place par le biais du Service de la Cohésion multiculturelle.
Die langfristige Finanzierung und die Klärung der Zuständigkeiten im Kanton. Die Anschubfinanzierung für die Anlaufstelle gegen Mädchenbeschneidung läuft über das Departement des Inneren, wir haben eine degressive Leistungsvereinbarung über 3 Jahre. Die drei Departemente Gesundheit, Justiz- und Sicherheit und Inneres (Integration) sind sich nicht einig über die Zuständigkeit für das Thema FGM/C (und somit über die längerfristige Finanzierung der Anlaufstelle).
Problème de prise en charge par les assurances maladies.
Wir sind im Aufbau eines Auffangnetzes mit geringen Ressourcen an Personal und Finanzen. Es ist zudem schwierig, politisch mehr Unterstützung zu erhalten, weil die Zahlen der betroffenen Frauen eher niedrig sind und der Kanton andere Prioritäten setzt.
Kommunikation, Vernetzung der Akteure, Bildung
La formation et la sensibilisation de l'ensemble des acteurs de santé en lien avec la problématique et la mise en application systématique de la prévention.
Communiquer et se faire connaître par tous les réseaux de la région qui sont en lien avec les femmes concernées par les MGF (Etablissements pour requérants d'asile, gynécologues, associations travaillant avec les populations migrantes, sages-femmes, Infirmerie petite enfance, pédiatre ...).
Dass die Informationen an die Betroffenen gelangen. / Kommunikation mit den Betroffenen, Information von Fachpersonal.
Notre centre a comme objectif de reprendre contact avec le réseau cantonal pour améliorer la situation de prise en charge, d'information (connaissance du guide cantonal, du point de contact), de formation continue, de sensibilisation.
Nous cherchons des psychologue/psychiatres qui puissent se dédier aux patientes traumatisées par les MGF, une meilleure collaboration avec la partie juridique.
Sich Gehör verschaffen bei den niedergelassenen, seit langem praktizierenden Gynäkologen. Eine Zusammenarbeit im Kanton erreichen. Es braucht viel Sensibilisierung, um die Wichtigkeit des Themas FGM zu vermitteln. In unserem Kanton ist es schwierig wegen den noch sehr ausgeprägten patriarchalischen Strukturen.
Travailler avec les multiplicatrices et/ou avec les femmes migrantes. Améliorer le travail en réseau autour des femmes concernées, par exemple lors de grossesses ou de naissance. Améliorer l'entretien lors des consultations gynécologiques : encourager les gynécologues à en parler et orienter les femmes vers une consultation spécialisée.
Der Zeitfaktor in den involvierten Berufsgruppen. Ich hatte Kontakt mit dem kantonalen Verein Hausärzte:innen und Kinderärzte:innen. Wir würden ihnen eine kostenlose Weiterbildung organisieren. Die Antwort war, sie hätten keine zeitlichen Kapazitäten. Es laufe so viel in ihren Berufsgebieten.

Quelle: Online-Befragung der regionalen FGM/C-Anlaufstellen, 2023 (n=23 Nennungen). Darstellung BASS

Aus **Sicht des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz** sowie weiterer konsultierter Fachpersonen bestehen aktuell in zwei Kantonen relevante Lücken. Im Kanton Zürich sind spezialisierte Stellen erst im Aufbau und im Kanton Bern fehlt ein Angebot im Bereich der psychosozialen Beratung. Wie in der

4 Versorgungssituation in den Kantonen

Befragung der Anlaufstellen werden auch in den Gesprächen häufig bei der Prävention in den Migrationsgemeinschaften sowie der Erkennung von gefährdeten und betroffenen Mädchen und Frauen durch die Fachpersonen Defizite benannt. Schliesslich gebe es nur vereinzelt Spitäler mit einem institutionalisierten FGM/C-Angebot (z.B. am Genfer Universitätsspital HUG). Generell wird problematisiert, dass die Prävention von FGM/C und die Versorgung von Betroffenen insgesamt stark von engagierten Einzelpersonen abhängt. Selbst bei einem bestehenden Angebot und einer guten Vernetzung bestehe damit die Gefahr, dass die Thematik bei einem Personalwechsel «abwandere».

Kantone ohne regionale FGM/C-Anlaufstelle

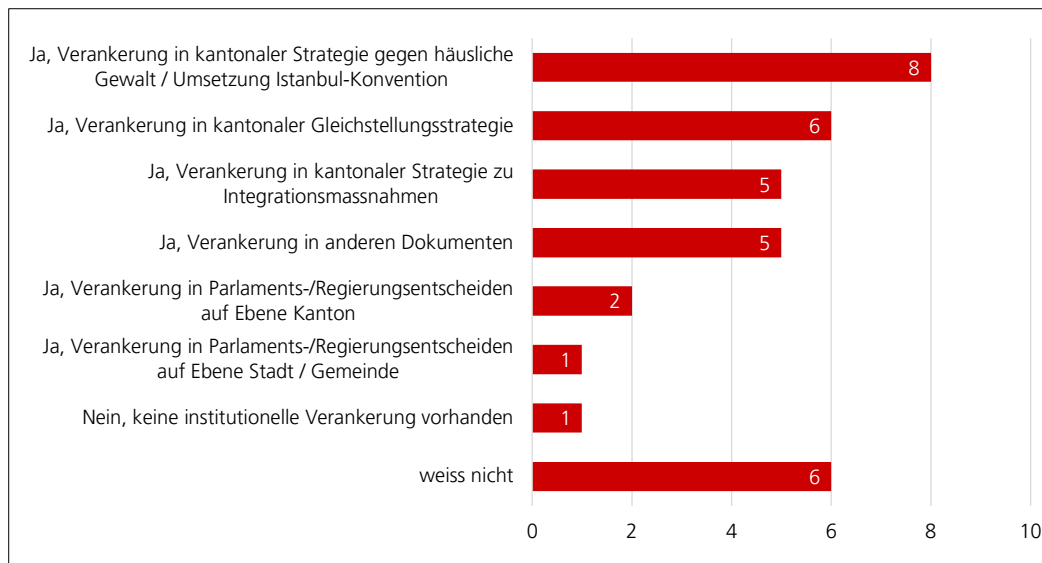
Mehrere Beratungsstellenvertreter/innen geben im Gespräch an, dass sie generell über zu wenig Ressourcen verfügen, aber auch dass sie grundsätzlich stärker im Bereich FGM/C und vor allem in der Prävention aktiv sein möchten. Im Allgemeinen scheint die medizinische Versorgung abgedeckt zu sein bzw. es kann an spezialisierte Stellen in einem anderen Kanton vermittelt werden. Die Einschätzung für den Kanton ZH fällt diesbezüglich etwas kritischer aus. Einige Spitäler hätten zwar intern eine zuständige Person definiert. Es sei jedoch insgesamt eher zufällig, ob FGM/C entdeckt und behandelt werde – insb. auch in der ambulanten Gesundheitsversorgung. Lücken sehen die Interviewten bei der Prävention von FGM/C: Erkennung, Information und Sensibilisierung. Als besonders schwierig wird erachtet, überhaupt an betroffene und gefährdete Personen heranzukommen. Als konkretes Beispiel wurde erwähnt, dass etwa geeignetes Informationsmaterial zum Verteilen fehle.

Mehrere Befragte betonten die Wichtigkeit, eine offizielle Anlaufstelle zu werden: Mit mehr Fachwissen zum Thema könnten sie sich an betroffene oder gefährdete Frauen wenden, auch über ihre Kinder, sie besser informieren und FGM/C öfter thematisieren. Das Thema sei sehr intim, die richtige Wortwahl äusserst wichtig. Zwar seien bestehende FGM/C-Anlaufstellen in anderen Kantonen mitunter durchaus in Reichweite, aber betroffene Frauen oder Frauengruppen hätten häufig nicht die finanziellen Mittel oder die sprachlichen Fähigkeiten, um dorthin zu reisen. Einzelne Befragte erachten jedoch ein spezialisiertes Angebot im eigenen Kanton aufgrund der Grösse und Struktur als wenig sinnvoll. Auch aus Sicht des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz ist es aufgrund der Fallzahlen nicht in allen Kantonen notwendig, eigene Angebote aufzubauen.

4.3 Institutionalisierung und Verankerung in den Kantonen

Als zentrales Element der Versorgungssituation in den Kantonen kann die **institutionelle Verankerung** einer regionalen FGM/C-Anlaufstelle in kantonalen Konzepten / Strategien (Strategiedokumente, kantonale Gleichstellungsstrategien, Parlamentsentscheide, Erlasse, Umsetzung Istanbul-Konvention o.ä.) betrachtet werden. **Abbildung 5** gibt diesbezüglich eine Übersicht über die Angaben der befragten regionalen FGM/C-Anlaufstellen. Anzumerken ist, dass 6 der 21 antwortenden Anlaufstellen nicht wissen, ob bei ihnen eine entsprechende Verankerung besteht, 1 Anlaufstelle gibt an, dass keine institutionelle Verankerung vorhanden sei – ob dies effektiv zutrifft, konnte im Rahmen der Befragung nicht überprüft werden. Bei den restlichen 14 Anlaufstellen besteht häufig eine Verankerungen in kantonalen Strategien gegen häusliche Gewalt bzw. der Umsetzung der Istanbul-Konvention (bei 8 Stellen der Fall), ebenfalls häufig finden sich Verankerungen in den kantonalen Gleichstellungsstrategien (6 Stellen) oder in den kantonalen Strategien zu Integrationsmassnahmen (5 Stellen).

Abbildung 5: Verankerung der FGM/C-Anlaufstelle in kantonalen Konzepten / Strategien
(Anzahl Antworten – Mehrfachantworten möglich)



Quelle: Online-Befragung der regionalen FGM/C-Anlaufstellen, 2023 (n=21). Berechnungen BASS

Werden die Antworten der FGM/C-Anlaufstellen nach ihrem Standortkanton bzw. ihren Standortkantonen ausgewertet, ergibt sich das in **Tabelle 5** dargestellte Bild.

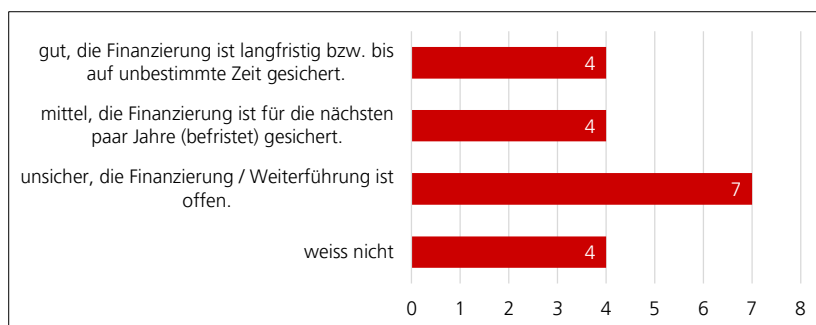
Tabelle 5: Übersicht über die institutionelle Verankerung der FGM/C-Anlaufstellen nach Kanton

	AG	BE	BL, BS	FR	GE	GR	JU	LU, NW, OW	NE	SG, AI, AR	TI	VD	VS
Parlaments-/Regierungsentscheide auf Ebene Kanton			X							X			
Parlaments-/Regierungsentscheide auf Ebene Stadt/Gemeinde			X										
Kant. Gleichstellungsstrategie			X				X				X	X	X
Kant. Strategie gegen häusliche Gewalt / Umsetzung Istanbul-Konvention	X		X				X				X	X	X
Kant. Strategie zu Integrationsmassnahmen			X			X					X	X	X
Andere Dokumente (Projekt kant. Verankerung in Planung / BAG-/SEM-Mandat / kant. Programm, aber nicht mehr aktiv)				X				X	X				X
Keine institutionelle Verankerung vorhanden									X				
Weiss nicht		X			X								

Quelle: Online-Befragung der regionalen FGM/C-Anlaufstellen, 2023 (n=21). Darstellung BASS

Ebenfalls von grosser Bedeutung für die Versorgungssituation und das Wahrnehmen von Aufgaben der regionalen FGM/C-Anlaufstellen ist die **Finanzierungssicherheit** der Stellen. Wie aus **Abbildung 6** hervorgeht, wird die Finanzierung von einem relativ grossen Teil (7 von 19) der antwortenden Anlaufstellen als unsicher eingeschätzt. Bei etwa gleich vielen Anlaufstellen (8 von 19) ist die Finanzierung auf unbestimmte Zeit oder zumindest für die nächsten Jahre gesichert.

Abbildung 6: Einschätzung der Finanzierungssicherheit der eigenen FGM/C-Anlaufstelle (Anzahl Antworten)



Quelle: Online-Befragung der regionalen FGM/C-Anlaufstellen, 2023 (n= 19). Berechnungen BASS

In Zusammenhang mit der Versorgungssituation, der institutionellen Verankerung in den Kantonen und der Finanzierungssicherheit wurden die regionalen FGM/C-Anlaufstellen zudem nach dem finanziellen **Beitrag des Kantons** gefragt, d.h. inwiefern sich der Kanton resp. die Kantone des Einzugsgebiets neben anderen Finanzierungsquellen (z.B. Bund, Gemeinde, Private, Stiftungen, Klientin/Klient etc.) finanziell an der Arbeit der FGM/C-Anlaufstelle beteiligen. Dabei war festzustellen, dass relativ viele befragte Anlaufstellen (8 von 22) die Frage nach der (kantonalen) Finanzierung nicht beantwortet haben bzw. nicht beantworten konnten.¹² Hinsichtlich der 14 antwortenden Anlaufstellen gaben 9 an, dass sich der Kanton gar nicht an ihrer Finanzierung beteilige, 1 antwortende Stelle nannte einen Anteil von 10–15%, je 1 weitere Anlaufstelle einen Anteil von 70% resp. 100%. Eine Anlaufstelle wies darauf hin, dass es sich bei ihr um einen staatlichen Dienst handle und so die Beratungsleistungen vom Staat finanziert seien. Eine weitere Stelle merkte an, dass vom Kanton zwar ein bestimmter Betrag für das Thema Migration im Allgemeinen bereitgestellt werde, nicht aber für FGM/C im Besonderen.

Kantone ohne regionale FGM/C-Anlaufstelle

In den Kantonen ohne FGM/C-Anlaufstelle ist gemäss den befragten Personen die Prävention gegen FGM/C auf kantonaler Ebene nicht verankert bzw. sind keine Dokumente oder Strategien bekannt, die ein FGM/C-Beratungsangebot regeln oder vorsehen würden. Lediglich im Kanton Schaffhausen sei im Rahmen der Umsetzung der Istanbul-Konvention eine Bestandsaufnahme durchgeführt und Empfehlungen ausgesprochen worden, eine Beratungsstelle mit Schwerpunkt FGM/C im Kanton anzubieten. Dies wurde jedoch nicht weiterverfolgt. Im Kanton Zürich konnten zwei parlamentarische Vorstösse aus dem Jahr 2021 (Postulat «Nachhaltige Bekämpfung weiblicher Genitalverstümmelung» und Anfrage «Massnahmen gegen weibliche Genitalverstümmelung») der Thematik Schub verleihen und den Aufbau eines spezialisierten Angebots (Anlaufstelle) vorantreiben.¹³

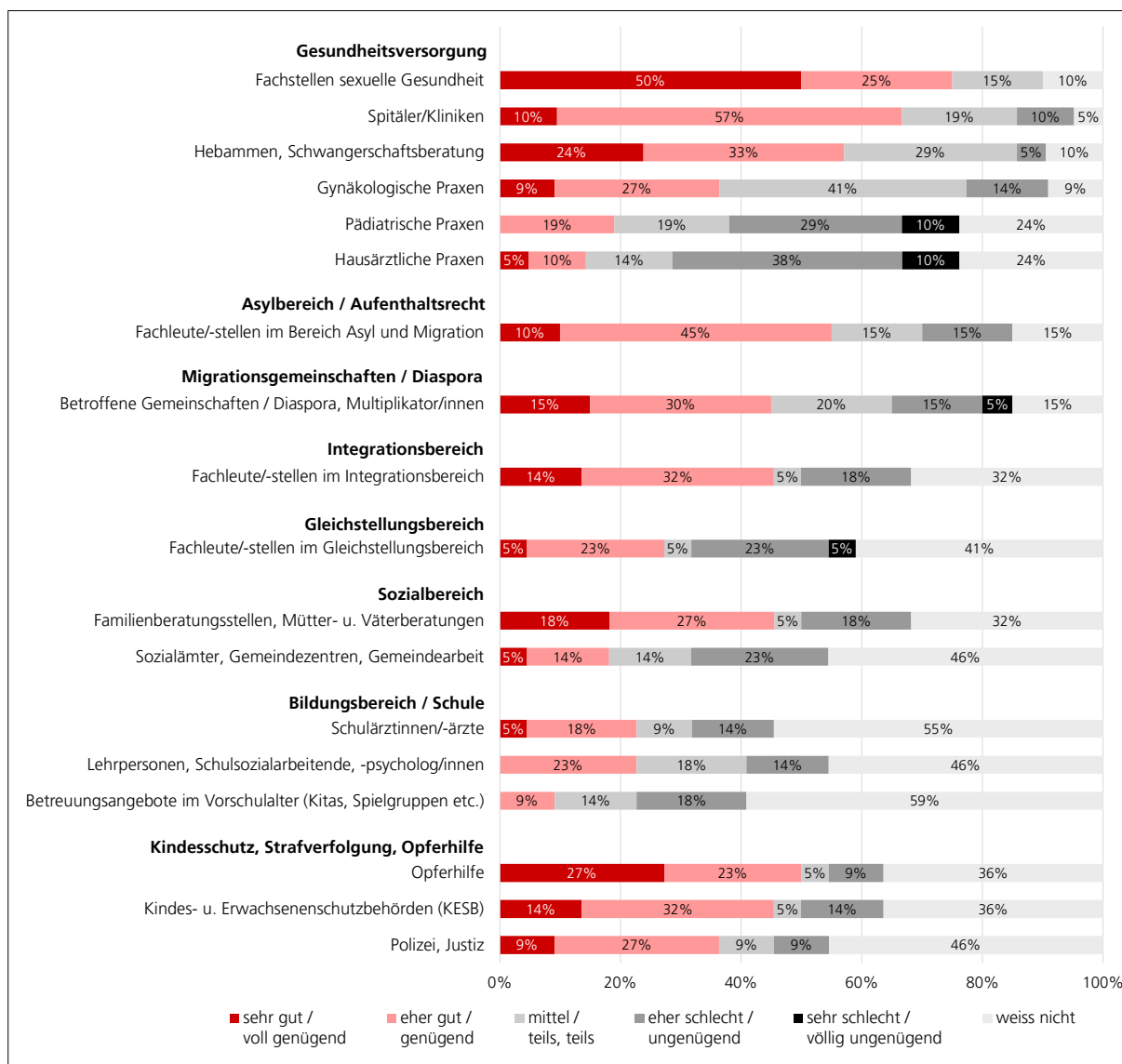
¹² Anzumerken ist in diesem Zusammenhang, dass Finanzierungsfragen im Gesundheits- und Sozialwesen durch die verschiedenen involvierten Akteure, Träger und Kostenteiler rasch sehr kompliziert werden können. Eine diesbezügliche Vertiefung war im Rahmen der vorliegenden Studie nicht vorgesehen.

¹³ Gemäss Kantonsärztin war es ursprünglich das Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung, welches auf den Kanton zugegangen ist und die Thematik angestossen habe. Hinzu komme, dass die Vorsteherin der Gesundheitsdirektion Natalie Rickli ist, welche sich bereits auf nationaler Ebene für die Bekämpfung von FGM/C eingesetzt hat (vgl. Bericht BR, 2020). Auch habe der Film «Do you remember me?» von Sara Aduse das (öffentliche) Bewusstsein erhöht, dass Handlungsbedarf bestehe.

4.4 Vernetzung und interdisziplinäre Zusammenarbeit

Abbildung 8 zeigt, für wie gut die befragten regionalen FGM/C-Anlaufstellen ihre **Vernetzung** mit anderen Fachpersonen/Akteuren in ihrem Einzugsgebiet beurteilen. Dabei wurden verschiedene Systembereiche unterschieden.

Abbildung 7: Einschätzung der Vernetzung der eigenen FGM/C-Anlaufstelle mit Fachpersonen/Akteuren in den verschiedenen Bereichen



Quelle: Online-Befragung der regionalen FGM/C-Anlaufstellen, 2023 (n= 20–22). Berechnungen BASS

Hinsichtlich der Akteure in der Gesundheitsversorgung wird die Vernetzung mit Beratungsstellen im Bereich sexuelle Gesundheit vergleichsweise positiv beurteilt (75% eher bis sehr gut), wobei ein Teil der befragten FGM/C-Anlaufstellen selber dieser Kategorie angehören. Auch die Vernetzung mit Spitälern und Kliniken (67% eher bis sehr gut) und mit Hebammen / Schwangerschaftsberatungen (57% eher bis sehr gut) wird mehrheitlich positiv beurteilt. Kritischer gesehen wird sie mit ärztlichen Praxen, u.a. auch gynäkologischen Praxen (nur 36% eher bis sehr gut). Generell schwach ausgeprägt scheint die Vernetzung mit dem Bildungsbereich zu sein; u.a. liegt hier der Anteil der Weiss-nicht-Antworten bei 45% bis 60%. Ebenfalls vergleichsweise kritisch fällt die Einschätzung der Vernetzung mit den betroffenen

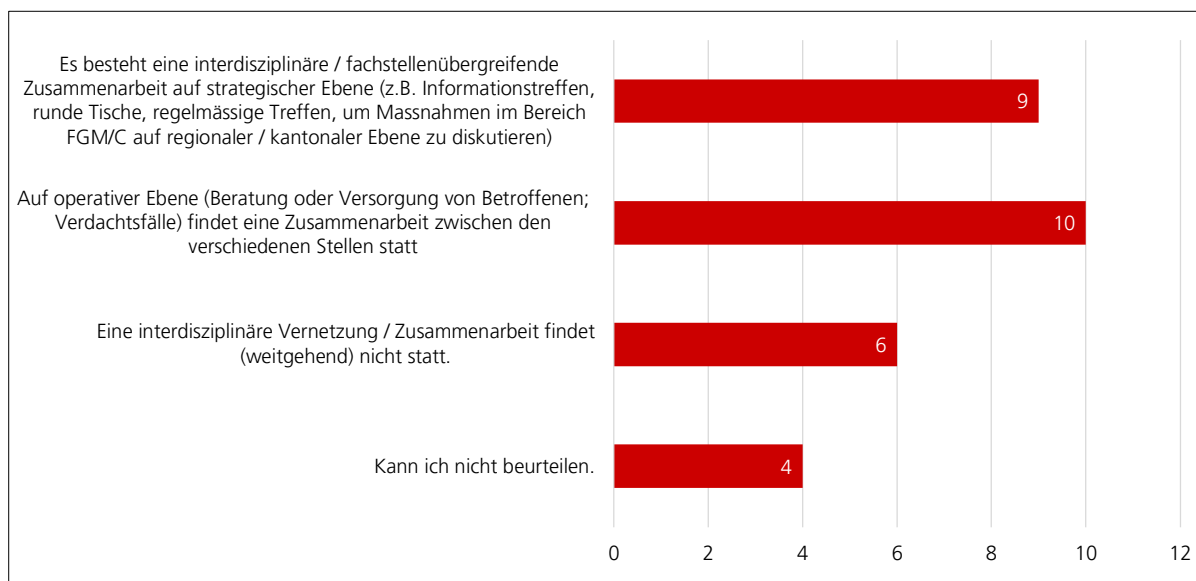
4 Versorgungssituation in den Kantonen

Migrationsgemeinschaften aus. Diese wird von rund 45% als eher bis sehr gut beurteilt, von rund 20% jedoch als eher bis sehr schlecht.

Ähnlich wie die Versorgungssituation wird von Befragten in der Westschweiz auch die Vernetzung negativer eingeschätzt als von Befragten in der Deutschschweiz. Befragte im Tessin schätzen die Situation diesmal gleich ein wie jene der Deutschschweiz. Anlaufstellen des Typs Spital/Praxis beurteilen vor allem die Vernetzung mit dem Bildungsbereich negativer als die Beratungsstellen (MW 2.7–2.8 vs. 3.0–4.0).

Eine Fragestellung der Studie betrifft die **interdisziplinäre Zusammenarbeit** und Vernetzung der verschiedenen FGM/C-Stellen/-Fachpersonen untereinander oder mit anderen Akteuren auf regionaler / kantonaler Ebene. Wie aus **Abbildung 8** hervorgeht, gaben 9 bzw. 10 der befragten Anlaufstellen an, dass eine entsprechende Zusammenarbeit auf strategischer Ebene (z.B. Informationstreffen, runde Tische, regelmässige Treffen, um Massnahmen im Bereich FGM/C auf regionaler/kantonaler Ebene zu diskutieren) oder auf operativer Ebene (Beratung oder Versorgung von Betroffenen; Verdachtsfälle) stattfindet. 6 Anlaufstellen gaben hingegen an, dass weitgehend keine interdisziplinäre Zusammenarbeit/Vernetzung stattfindet. Anlaufstellen aus der Westschweiz sind darunter stärker vertreten als solche aus der Deutschschweiz. Relativ gross ist insgesamt jedoch auch der Anteil der Anlaufstellen (4 von 22), welche die entsprechende Frage nicht beantworten konnte.

Abbildung 8: Interdisziplinäre Zusammenarbeit/Vernetzung der verschiedenen beteiligten Stellen / Fachpersonen (Anzahl Antworten – Mehrfachantworten möglich)



Quelle: Online-Befragung der regionalen FGM/C-Anlaufstellen, 2023 (n= 22). Berechnungen BASS

Kantone ohne regionale FGM/C-Anlaufstelle

In Kantonen ohne FGM/C-Anlaufstellen haben Fachpersonen in der Regel kaum Möglichkeiten, sich interdisziplinär zum Thema FGM/C zu vernetzen. In den meisten dieser Kantone wurde die weibliche Genitalverstümmelung noch nie im Rahmen bestehender interdisziplinärer Gefässe, beispielsweise für Fachpersonen aus dem Sozialbereich, thematisiert. Einzig der Kanton Schaffhausen verfügt über ein Gremium, in welchem verschiedenen Institutionen (Kinder- und jugendpsychiatrischer Dienst, Jugendanwaltschaft, Beratungsstelle für Partnerschaft und Schwangerschaft, Fachstelle für Gewaltbetroffene u.a.) vertreten seien und Informationen zum Thema FGM/C (z.B. über bestehende Angebote) weitergegeben werden. Die befragten Personen sehen sich selbst jedoch insofern als vernetzt an, als dass sie wissen, wen sie bei Fragen kontaktieren oder wohin sie eine FGM/C-Patientin im Bedarfsfall verweisen könnten. Es handelt sich dabei

aber nicht um ein institutionalisiertes Netzwerk, sondern um persönliche Initiativen. Im Kanton Zürich soll die geplante Anlaufstelle nebst der Beratung von Betroffenen, Angehörigen und Fachpersonen explizit auch die Vernetzung zwischen Fachpersonen / Stellen gewährleisten. Die Brückenbauer der Kantonspolizei Zürich tauschen sich bereits heute auf strategischer Ebene zum Thema FGM/C mit anderen kantonalen Stellen aus (z.B. mit der Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt und der Präventionsabteilung der Gesundheitsdirektion).

5 Datenlage

Für die Schweiz liegen keine genauen Angaben zur Anzahl der von FGM/C betroffenen oder gefährdeten Frauen und Mädchen vor und die bisherigen Prävalenzschätzungen gehen stark auseinander. Nachfolgend werden in einem ersten Schritt verschiedene Schätzmethoden vorgestellt und wo möglich mit aktuellen Zahlen ergänzt (Kapitel 5.1). Anschliessend werden Ansätze zur Verbesserung der Schätzmethoden bzw. der Datenzugänge diskutiert (Kapitel 5.2). In Kapitel 5.3 werden schliesslich die Einschätzungen der befragten Akteure zu Veränderungen der Werte und Normen in Bezug auf FGM/C in den Migrationsgemeinschaften («Akkulturation») dargestellt und aufgezeigt, welche Bedeutung dies für die Prävalenzschätzungen hat.

5.1 Methoden Prävalenzschätzungen und aktuelle Zahlen

Zur Bestimmung der Anzahl Frauen und Mädchen, die mit einer Genitalverstümmelung in der Schweiz leben oder der Gefahr ausgesetzt sind, beschnitten zu werden, wurden bisher 3 Zugänge gewählt: (1) die indirekte Prävalenzschätzung durch die Umlegung der Beschneidungsraten der Herkunftsländer auf die Migrationsbevölkerung im Zielland; (2) die Analyse der ICD-Diagnosen im stationären Spitalbereich; (3) die Hochrechnung anhand von Selbstangaben in Befragungen. Nachfolgend werden die drei Zugänge vorgestellt, ihre Limitationen diskutiert und soweit möglich aktualisierte Datenanalysen vorgenommen.

5.1.1 Indirekte FGM/C-Prävalenzschätzungen

Die meisten indirekten Prävalenzschätzungen zur Anzahl gefährdeter und betroffener Frauen und Mädchen basieren auf der sog. «**Extrapolation-of-FGM-Countries-Prevalence-Data-Method**», bei welcher die in den Herkunftsländern – in der Regel mittels DHS (Demographic and Health Surveys) oder MICS (Multiple Indicator Cluster Surveys) – erhobenen Prävalenzraten auf die Migrationsbevölkerung in den Zielländern umgelegt werden. Dabei ist die Anzahl der Gefährdeten und Betroffenen einerseits von den Prävalenzraten in den Herkunftsländern, andererseits von der Anzahl und Zusammensetzung in der Schweiz lebenden Frauen und Mädchen aus diesen Ländern abhängig.

Für die Schweiz ergeben sich demnach in den vergangenen Jahren eine Zunahme der Prävalenzen primär aufgrund der wachsenden Migrationsbevölkerung aus FGM-Hochprävalenzländern. Cottler-Casanova und Abdulcadir (2021) schätzen eine Zunahme der Anzahl der Betroffenen und Gefährdeten zwischen 2010 und 2018 von 9'059 auf 21'707. Eine Aktualisierung dieser Berechnungen bis im Jahr 2021 zeigt eine weitere Zunahme auf **24'660 Betroffene und Gefährdete** (vgl. **Tabelle 6**). Anteilsmässig ergibt dies für das Jahr 2021 eine durchschnittliche Prävalenzrate von 60% für Frauen und Mädchen aus den aufgelisteten Hochprävalenzländern.

Tabelle 6: Indirekte FGM/C-Prävalenzschätzungen für die Schweiz, 2019-2021

Land	Anzahl Mädchen und Frauen aus FGM/C-Risikoländern in CH			Prävalenzraten Herkunftsland (15-49-Jährige)	Jahr Erhebung Prävalenzraten	Prävalenzschätzung für CH		
	2019	2020	2021			2019	2020	2021
Ägypten	898	938	962	0.872	2015	783	818	839
Äthiopien	2'135	2'217	2'332	0.652	2016	1'392	1'445	1'520
Benin	126	120	126	0.092	2014	12	11	12
Burkina Faso	191	185	188	0.758	2010	145	140	143
Côte d'Ivoire	1'010	1'024	1'046	0.367	2016	371	376	384
Dschibuti	15	20	17	0.944	2012	14	19	16
Eritrea	17'603	18'388	19'136	0.830	2010	14'610	15'262	15'883
Gambia	148	148	158	0.726	2020	107	107	115
Ghana	720	710	730	0.024	2017/18	17	17	18
Guinea	375	389	425	0.945	2018	354	368	402
Guinea-Bissau	61	72	72	0.521	2018/19	32	38	38
Irak	3'854	3'785	3'883	0.074	2018	285	280	287
Jemen	274	281	299	0.185	2013	51	52	55
Kamerun	2'718	2'759	2'771	0.014	2004	38	39	39
Kenia	1'097	1'102	1'105	0.210	2014	230	231	232
Liberia	53	51	57	0.318	2020	17	16	18
Malediven	25	23	17	0.129	2016/17	3	3	2
Mali	111	119	133	0.886	2018	98	105	118
Mauretanien	29	34	31	0.666	2015	19	23	21
Niger	41	40	43	0.020	2012	1	1	1
Nigeria	1'074	1'091	1'149	0.195	2018	209	213	224
Senegal	694	711	752	0.252	2019	175	179	190
Sierra Leone	76	82	88	0.830	2019	63	68	73
Somalia	3'410	3'477	3'564	0.992	2020	3'383	3'449	3'535
Sudan	402	400	496	0.866	2014	348	346	430
Tansania	197	202	214	0.100	2015/16	20	20	21
Togo	658	645	646	0.031	2017	20	20	20
Tschad	63	58	55	0.341	2019	21	20	19
Uganda	269	271	279	0.003	2016	1	1	1
Zentralaf. Republik	33	30	30	0.216	2018/19	7	6	6
Total	38'360	39'372	40'804			22'828	23'674	24'660

Quelle: Statistik der Bevölkerung und Haushalte STATPOP (Stand Juni 2022), UNICEF global databases basierend auf DHS, MICS oder anderen nat. Erhebungen (Stand Juli 2021); Berechnungen BASS

Vorteil dieser Schätzmethode ist, dass diese **kostengünstig** ist und in einer **hohen Regelmässigkeit** durchgeführt werden kann. Allerdings geht man davon aus, dass diese indirekten Schätzungen nur **wenig präzise Ergebnisse** liefern, insbesondere wenn sie Einflüsse der Migration und Verhaltensveränderungen bei der Integration im Zielland (Akkulturation) oder mögliche Selektivität der Migrationsbevölkerung nicht berücksichtigen. Zudem liegen für einige Länder keine aktuelle Prävalenzraten vor (für Kamerun etwa wurden diese letztmals im Jahr 2004 erhoben, vgl. Tabelle 6) und können damit einen allfälligen Wandel im Herkunftsland nicht abbilden. In den meisten FGM/C-Risikoländern ist die Praktizierung von FGM/C zwischen den Regionen ausserdem sehr unterschiedlich verbreitet. In den westlichen Provinzen Kenias beträgt die FGM/C-Prävalenzrate bspw. weniger als 1%, im Nordosten des Landes sind dagegen fast alle Frauen (97.5%) beschnitten. Auch in den meisten übrigen Risikoländern variieren die minimalen und maximalen Raten mind. um 50% (EIGE, 2019). Zudem sind die Prävalenzen in den ländlichen Gegenden, bei älteren Frauen sowie in den tieferen Einkommensschichten in der Regel höher (Unicef, 2022). Wenn die Diaspora in der Schweiz bezüglich FGM/C-relevanten Merkmalen (Herkunftsregion, Alter, sozialer Status usw.) nicht repräsentativ für die Population im Herkunftsland sind, kann die Anwendung

länderspezifischer Prävalenzen zu starken Verzerrungen führen. Verändern sich die Werte, Normen und Verhaltensweisen in Bezug auf FGM/C zwischen den Migrationsgenerationen oder der Aufenthaltsdauer im Zielland, führt die direkte Übernahme der Prävalenzraten aus den Herkunftsnationen ebenfalls zu einer verzerrten Schätzung der Gefährdung bzw. Betroffenheit. So ergeben korrigierte indirekte Prävalenzschätzungen in der Regel niedrigere Prävalenzen als eine direkte Anwendung der Prävalenzraten der Herkunftsländer auf die Migrationsbevölkerung in den Zielländern (für eine Übersicht vgl. De Schrijver et al., 2020). Die Ergebnisse von indirekten Prävalenzschätzungen sind jedoch auch von den zugrundeliegenden Definitionen der Migrationsbevölkerung sowie von den vorhandenen Daten zur Migrationsbevölkerung abhängig und daher kaum zwischen den unterschiedlichen Studien vergleichbar (Cappa et al., 2019; De Schrijver et al., 2020). Zu beachten ist, dass eine Verzerrung auch in Richtung Unterschätzung gehen kann, etwa wenn eingebürgerte und papierlose Frauen sowie Frauen aus Herkunftsnationen, welche keine Prävalenzraten erheben, nicht berücksichtigt werden.¹⁴

Weitere indirekte Datenzugänge

Bei indirekten Schätzungen werden teilweise auch Ergebnisse aus Befragungen des Gesundheitspersonals oder anderen Fachpersonen beigezogen (für die Schweiz vgl. z.B. Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz, 2019; Unicef, 2016; Low et al., 2007; Thierfelder et al., 2005). Diese eignen sich jedoch primär zum Aufzeigen von Tendenzen (welche Fachpersonen oder Regionen sind besonders mit Betroffenen oder Gefährdeten konfrontiert). Präzise Prävalenzen lassen sich daraus kaum ableiten.

5.1.2 Erfassung über Diagnosen im stationären Spitalbereich (ICD-Codes)

Seit 2015 wird die weibliche Genitalverstümmelung als Diagnose erfasst (ICD-Codes).¹⁵ Dabei werden verschiedene Beschneidungsformen unterschieden:

- Typ I: Teilweise oder vollständige Entfernung des äusserlich sichtbaren Teils der Klitoris und/oder der Klitorisvorhaut
- Typ II: Teilweise oder vollständige Entfernung des äusserlich sichtbaren Teils der Klitoris und der inneren Schamlippen mit oder ohne Beschneidung der äusseren Schamlippen
- Typ III: Verengung der Vaginalöffnung mit Herstellung eines bedeckenden, narbigen Hautverschlusses nach Entfernen der inneren und/oder äusseren Schamlippen durch Zusammenheften oder -nähen, mit oder ohne Entfernung der Klitoris (Infibulation)
- Typ IV: Alle weiteren schädigenden Eingriffe, die keinem medizinischen Zweck dienen, z.B. Einstechen, Durchbohren, Einschneiden, Ausschaben, Ausbrennen, Verätzen oder Dehnen
- Nicht definiert: Weibliche Genitalverstümmelung, Typ nicht näher bezeichnet

In **Tabelle 7** sind Angaben zu den hospitalisierten Frauen mit FGM/C als Haupt- oder Nebendiagnose zwischen 2015 und 2021 dargestellt.¹⁶ Die **Anzahl FGM/C-Kodierungen** haben über die Zeit zugenommen (von 110 Kodierungen im Jahr 2015 auf 224 im Jahr 2021). Anhand der **Typen der Beschneidungen** kann aufgezeigt werden, dass die invasivste Beschneidungsform (Typ III, Infibulation) über die Zeit anteilmässig abgenommen hat (von 52% im Jahr 2015 auf 30% im Jahr 2021). Die deutlichste Zunahme ist beim Typ II zu verzeichnen. Ferner hat der Anteil Diagnosen ohne Typenklassifizierung im selben Betrachtungszeitraum leicht abgenommen (von 15% auf 8%). Die Hospitalisierungen mit einer FGM/C-Diagnose

¹⁴ Es gibt etwa Hinweise, dass FGM/C auch in Teilen Asiens oder in der Kurdischen Bevölkerung praktiziert wird. Für diese Regionen liegen jedoch (noch) keine zuverlässigen Zahlen vor (vgl. EIGE, 2019).

¹⁵ Seit 2017 anhand der ICD-Codes Z9170, Z9171, Z9172, Z9173, Z9174 (bis 2017: N9080, N9081, N9082, N9083, N9084).

¹⁶ Bei den Darstellungen in diesem Kapitel handelt es sich um die Anzahl FGM/C-Diagnosen. Wenn eine Frau im berücksichtigten Beobachtungszeitraum mehrmals im Zusammenhang mit FGM/C hospitalisiert wurde, ist sie mehrfach gezählt. Wie oft dies vorkommt, kann anhand der verfügbaren Daten nicht geprüft werden, da nur Fall- und keine Personen-Identifikatoren vorliegen.

5 Datenlage

betreffen in allen Beobachtungsjahren fast ausschliesslich den **Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe**. Bezüglich der **kantonalen Unterschiede** zeigt sich, dass insgesamt die meisten FGM/C-Diagnosen in Spitälern aus dem Kanton Genf vergeben wurden (total 27% aller FGM/C-Diagnosen von 2015–2021). Je rund 10% der FGM/C-Diagnosen wurden in den Spitälern aus den Kantonen Waadt, Zürich und Bern koordiniert.

Tabelle 7: Hospitalisierte Frauen mit FGM/C als Haupt- oder Nebendiagnose, 2015-2021

	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		Total 2015–2021	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	110	100%	131	100%	199	100%	214	100%	211	100%	221	100%	224	100%	1310	100%
Typ der Beschneidung																
Typ I	6	5%	20	15%	26	13%	25	12%	33	16%	30	14%	27	12%	167	13%
Typ II	30	27%	35	27%	61	31%	74	35%	90	43%	94	43%	101	45%	485	37%
Typ III	57	52%	57	44%	84	42%	81	38%	69	33%	71	32%	67	30%	486	37%
Typ IV	1	1%	3	2%	6	3%	8	4%	5	2%	4	2%	10	4%	37	3%
Nicht definiert	16	15%	16	12%	22	11%	26	12%	14	7%	22	10%	19	8%	135	10%
Hauptkostenstelle																
Innere Medizin	1	1%	3	2%	1	1%	0	0%	2	1%	4	2%	4	2%	15	1%
Chirurgie	1	1%	1	1%	2	1%	4	2%	2	1%	2	1%	2	1%	14	1%
Gynäkologie & Geburtshilfe	105	95%	125	95%	195	98%	207	97%	206	98%	210	95%	210	94%	1258	96%
Übrige	3	3%	2	2%	1	1%	3	1%	1	0%	5	2%	8	4%	23	2%
Kanton Spital																
GE	28	25%	22	17%	24	12%	67	31%	73	35%	79	36%	62	28%	355	27%
VD	6	5%	12	9%	17	9%	25	12%	27	13%	22	10%	31	14%	140	11%
NE	3	3%	7	5%	10	5%	5	2%	9	4%	7	3%	9	4%	50	4%
FR	3	3%	1	1%	7	4%	4	2%	4	2%	4	2%	5	2%	28	2%
VS	1	1%	4	3%	2	1%	1	0%	6	3%	5	2%	2	1%	21	2%
BE, JU	9	8%	15	11%	39	20%	16	7%	19	9%	17	8%	19	8%	134	10%
SO	4	4%	8	6%	19	10%	14	7%	10	5%	9	4%	6	3%	70	5%
BL, BS	6	5%	7	5%	12	6%	4	2%	7	3%	5	2%	13	6%	54	4%
AG	5	5%	5	4%	9	5%	9	4%	5	2%	3	1%	5	2%	41	3%
ZH	13	12%	14	11%	23	12%	17	8%	22	10%	21	10%	24	11%	134	10%
SH	2	2%	4	3%	7	4%	5	2%	2	1%	2	1%	1	0%	23	2%
TG	1	1%	1	1%	0	0%	1	0%	2	1%	8	4%	1	0%	14	1%
SG, AR, AI	13	12%	10	8%	10	5%	22	10%	9	4%	6	3%	9	4%	79	6%
LU	12	11%	11	8%	11	6%	14	7%	12	6%	18	8%	21	9%	99	8%
ZG, NW, OW, UR, SZ, GL	3	3%	5	4%	5	3%	5	2%	3	1%	7	3%	9	4%	37	3%
GR	0	0%	2	2%	2	1%	5	2%	0	0%	4	2%	6	3%	19	1%
TI	1	1%	3	2%	2	1%	0	0%	1	0%	4	2%	1	0%	12	1%

Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (BFS), Berechnungen BASS

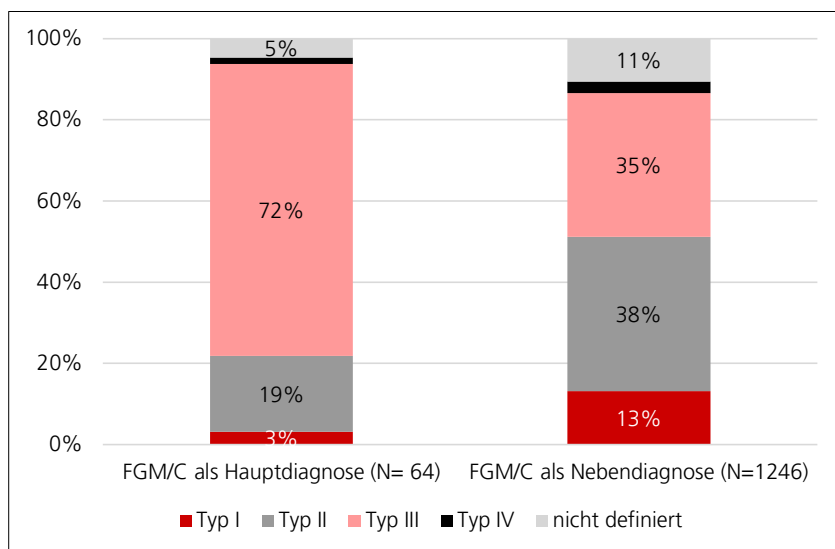
Die kantonalen Disparitäten sowie die Entwicklungen über die Zeit könnten mit der unterschiedlichen bzw. zunehmenden Anzahl Frauen aus FGM/C-Hochprävalenzländern zusammenhängen. Wahrscheinlich ist jedoch auch, dass die Sensibilisierung des Spitalpersonals in Bezug auf FGM/C zugenommen hat, in einigen Kantonen höher ist als in anderen und damit die Anzahl FGM/C-Diagnosen primär die Bekanntheit des Phänomens widerspiegelt (vgl. dazu auch Cottler-Casanova et al., 2021).

Weiter zeigt sich (nicht dargestellt), dass 90% der hospitalisierten Frauen mit einer FGM/C-Diagnose aus einem afrikanischen Land kommen. Rund eine von 10 betroffenen Frauen hat eine West-Europäische

Staatsbürgerschaft. Gut die Hälfte der Frauen (51%) mit einer FGM/C-Diagnose ist zwischen 20 und 29 Jahre alt (6% sind 10–19-jährig, 36% sind 30–39-jährig und 6% 40-jährig oder älter).

Bei der grossen Mehrheit (95%) der hospitalisierten Frauen mit einer FGM/C-Kodierung wird diese als Nebendiagnose erfasst. Ist weibliche Genitalverstümmelung die Hauptdiagnose, handelt es sich in 72% der Fälle um eine Infibulation (Typ III) und damit um die invasivste Form. Bei FGM/C als Nebendiagnose machen Infibulationen etwas mehr als einen Drittel (35%) aus (vgl. **Abbildung 9**).

Abbildung 9: Typ der Beschneidung nach FGM/C als Haupt- oder Nebendiagnose (2015–2021)



Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (BFS), Berechnungen BASS

Bei gut der Hälfte der FGM/C-Hauptdiagnosen (33 von 64) wurde keine Nebendiagnose erfasst. Wird eine Nebendiagnose erfasst, handelt es sich häufig um nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes (insbes. Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus).

Tabelle 8: Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen mit FGM/C in der Nebendiagnose (Jahre 2015–2021)

ICD-Hauptdiagnosen	Anzahl	Anteil
O60–O75 Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung	644	52%
O30–O48 Betreuung der Mutter im Hinblick auf Fetus, Amnionhöhle, mögliche Entbindungskomplikationen	317	25%
O20–O29 Sonstige Krankheiten der Mutter, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	65	5%
O94–O99 Sonstige Krankheitszustände während der Gestationsperiode, anderenorts nicht klassifiziert	46	4%
O80–O82 Entbindung	33	3%
O1–O16 Ödeme, Proteinurie, Hypertonie während der Schwangerschaft, der Geburt, des Wochenbettes	26	2%
N80–N98 Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes	25	2%
N70–N77 Entzündliche Krankheiten der weiblichen Beckenorgane	14	1%
D10–D36 Gutartige Neubildungen	12	1%
O00–O08 Schwangerschaft mit abortivem Ausgang	12	1%
Übrige	52	4%

Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (BFS), Berechnungen BASS

Tabelle 8 zeigt häufige **Komplikationen im Zusammenhang mit FGM/C**. Dazu wurde für die Jahre 2015 bis 2021 bei Fällen mit FGM/C als Nebendiagnose die 10 häufigsten Hauptdiagnosen ermittelt. Mehr als die Hälfte (52%) der Hauptdiagnosen betreffen Komplikationen bei der Wehentätigkeit und Entbindung (insb. fetaler Distress, Dammriss oder verzögert verlaufende Geburt). Eine von vier (25%)

Hauptdiagnosen stehen mit der Betreuung der Mutter im Hinblick auf den Fetus und die Fruchtblase (Amnionhöhle) sowie mögliche Entbindungskomplikationen in Zusammenhang (z.B. übertragene Schwangerschaft, Narben am Uterus oder vorzeitiger Blasensprung). Die häufigsten Komplikationen, welche nicht direkt mit der Schwangerschaft und Geburt in Verbindung stehen, sind entzündliche und nicht entzündliche Krankheiten im Genital- oder Beckenbodenbereich.

Cottler-Casanova et al. (2021) und Horowicz et al. (2022) haben die Kodierung von FGM/C in vier Universitätsspitalern (GE, BE, ZH, VD) bei Mädchen und Frauen aus FGM/C-Hochprävalenzländern untersucht. Die Studien zeigen ähnliche Ergebnisse, was die Beschneidungstypen, die kantonalen Unterschiede, die zeitliche Entwicklung sowie die Folgeerscheinungen betrifft. In Bezug auf die Vollständigkeit und Qualität der Kodierung von FGM/C kommen die Autor/innen zum Schluss, dass weibliche Genitalbeschneidung wahrscheinlich «unterkodiert» ist (bei 2.3% der Frauen und Mädchen aus FGM/C-Hochprävalenzländern wurde FGM/C diagnostiziert) und womöglich nicht alle Komplikationen erfasst werden. Bei den ICD-Kodierungen geht man generell von einer Unterschätzung der Prävalenzen aus, weil das Gesundheitspersonal nicht immer ausreichend geschult ist, um Betroffene bzw. die Beschneidungsformen zu erkennen und korrekt zu erfassen (Cottler-Casanova et al., 2021; Abdulcadir et al., 2014; Unicef, 2016). Ausserdem sind mit den ICD-Kodierungen nur der stationäre Bereich und nur Hospitalisierungen in Verbindung mit FGM/C abgedeckt.

5.1.3 Selbstangaben der Migrationsbevölkerung

Ein weiterer Ansatz zur Prävalenzschätzung ist die direkte Erfassung in Befragungen der Migrationsbevölkerung. In der Schweiz werden Angaben zu FGM/C im Rahmen der Schweizerischen HIV-Kohortenstudie (SHCS) erhoben. Auswertungen dieser Datenbasis (Mauri et al., 2022) ergeben eine Prävalenzrate von 21% bei HIV-infizierten Frauen aus den FGM/C-Hochprävalenzländern, welche Angaben zum FGM/C-Status gemacht haben.

Selbstangaben zum FGM/C-Status haben sich nicht immer als reliabel erwiesen und ein Vergleich zwischen direkten Befragungen und Einstufungen aufgrund einer medizinischen Untersuchung stimmten nicht zwingend überein (De Schrijver et al., 2020). Dies deckt sich auf mit den Aussagen einiger Multiplikator/innen und Fachpersonen, welche im Rahmen dieser Studie konsultiert wurden. Diese haben die Erfahrung gemacht, dass betroffene Frauen oftmals nicht wissen, ob sie beschnitten sind oder welche Form der Beschneidung bei ihnen vorgenommen wurde. Hinzu kommt, dass es sich bei FGM/C um ein Tabuthema handelt: die Fragen müssen sehr sorgfältig formuliert und Interviewpersonen spezifisch geschult sein (Mauri et al., 2022; De Schrijver et al., 2020).

5.2 Datenzugänge

In diesem Kapitel werden verschiedene Möglichkeiten zur Verbesserung der Datenlage zu FGM/C in der Schweiz diskutiert: Ansätze für präzisere Prävalenzschätzungen (Abschnitt 5.2.1), neue bzw. optimierte Datenerfassungen in der Gesundheitsversorgung und weiteren Bereichen (5.2.2 und 5.2.3) sowie eine Erfassung in Befragungen der Migrationsbevölkerung (5.2.4).

5.2.1 Ansätze für präzisere Methoden der indirekten Prävalenzschätzungen

Das Europäische Institut für Gleichstellungsfragen (EIGE) hat einen **Leitfaden zur Berechnung der Anzahl gefährdeter Mädchen** in der Europäischen Union erarbeitet (vgl. EIGE, 2022; 2019; 2015). Gemäss aktuellster Standards ist eine Kombination von quantitativen und qualitativen Informationen vorgesehen. Ausgangspunkt ist die Extrapolation der FGM/C-Prävalenzen aus den Risikoländern auf die Migrationsbevölkerung in den Zielländern («Extrapolation-of-FGM-Countries-Prevalence-Data-Method»). Dabei werden

nur die Prävalenzen für die Kohorte der 15–18-Jährigen berücksichtigt, um eine Überschätzung der Gefährdung zu vermeiden.¹⁷ Der EIGE-Leitfaden sieht ausserdem eine Beschränkung auf Mädchen bis zum durchschnittlichen Beschneidungsalter vor.¹⁸ Empfohlen wird ausserdem die Anwendung einer möglichst differenzierten Prävalenzrate (d.h. nach Region oder Ethnizität), um Verzerrungen aufgrund der grossen regionalen Unterschiede zu minimieren.¹⁹ Um Einflüsse der Migration und Akkulturation einzubeziehen, werden die Migrationsgenerationen differenziert (d.h. Geburt im Herkunfts- oder Zielland) und zwei Szenarien mit unterschiedlichen Akkulturationsfaktoren gerechnet. Im ersten Szenario («high-risk scenario») wird angenommen, dass die Migration und Akkulturation keinen Effekt hat und die Gefährdung für alle Migrationsgenerationen gleich ist wie im Herkunftsland. Beim zweiten Szenario («low-risk scenario») wird angenommen, dass die zweite Migrationsgeneration ein geringeres Risiko als die erste Generation bzw. die Mädchen im Herkunftsland aufweisen. Mangels detaillierter Informationen wird hier ein Wert von 0.5 auf die zweite Migrationsgeneration angewendet (d.h. eine Halbierung der Zahl der Gefährdeten/Betroffenen pro Migrationsgeneration).²⁰ Die errechnete Anzahl bzw. der Anteil gefährdeter Mädchen bewegt sich dann in einem Intervall zwischen dem Maximal- und Minimal-Szenario. Gemäss EIGE-Leitfaden sollen die Erkenntnisse aus der Literatur, den qualitativen Studienergebnissen (z.B. Fokusgruppen, Interviews) sowie allfälligen weiteren Datenquellen (z.B. aus dem Gesundheitsbereich, Kinderschutz, Asyl) zur Beurteilung herangezogen werden, wo im errechneten Intervall sich das Risiko wahrscheinlich befindet.

Der EIGE-Leitfaden fokussiert auf die Gefährdung von Mädchen. Entsprechende Vorgehen können jedoch auch für die **Berechnungen von Prävalenzen insgesamt** (also betroffene und gefährdete Mädchen/Frauen) angewendet werden. So unterscheidet beispielweise die Dunkelzifferstatistik von Terre des Femmes Deutschland seit 2015 zwischen der Zahl der gefährdeten Mädchen (unter 18 Jahren) und der betroffenen Frauen (ab 18 Jahren) und wenden auf die zweite Migrationsgeneration beider Altersgruppen den Akkulturationsfaktor von 0.5 an (Terre des Femmes, 2022). Weitere Ansätze argumentieren, dass in den Herkunftsländern Veränderungen in der Verbreitung von FGM/C stattfinden: die neusten Prävalenzen aus den Herkunftsländern seien daher auf die jüngeren Migrantinnen anzuwenden, die älteren Prävalenzen auf ältere Migrantinnen (z.B. Ortensi et al., 2015). Andere Studien verwenden die Angaben zum durchschnittlichen Beschneidungsalter in Kombination mit dem Alter bei der Einreise und gehen davon aus, dass Mädchen, die zum Einreisezeitpunkt jünger sind, unbeschnitten bleiben, während ältere Mädchen die Prävalenzraten aus den Herkunftsländern aufweisen (z.B. Exterkate, 2013). Wiederum andere Ansätze arbeiten mit einer kombinierten Berücksichtigung von Geburtsort und Nationalität für eine

¹⁷ Dahinter steht die Annahme, dass dies die jüngste Kohorte ist, in welcher die meisten Mädchen den definitiven FGM/C-Status haben. Wer bis zu diesem Alter nicht beschnitten ist, wird mit grosser Wahrscheinlichkeit unbeschnitten bleiben. Zudem widerspiegelt sich in der Prävalenzrate dieser Altersgruppe der Rückgang der Verbreitung von FGM/C, der in den meisten FGM/C-praktizierenden Ländern zu verzeichnen ist (vgl. EIGE, 2019).

¹⁸ Eine solche Beschränkung wird teilweise kritisiert (etwa Ziyada et al., 2016; Behrendt, 2011), da durch die Migration die Gelegenheit zur Beschneidung wichtiger werde und es dadurch Abweichungen vom typischen Beschneidungsalter geben könne. Für Deutschland konnte mit der Studie von Integra (2017) gezeigt werden, dass sich das durchschnittliche Beschneidungsalter in der Migrationsbevölkerung nach hinten verschoben hat.

¹⁹ Regionale Prävalenzraten sind für alle der 30 Länder und Prävalenzen nach Ethnie für 11 Länder mit Angaben zur Verbreitung von FGM/C vorhanden (EIGE, 2019).

²⁰ Die Anwendung des Faktors von 0.5 auf alle Herkunftsnationen/-Regionen ist eine starke Vereinfachung. Idealerweise kann dieser theoretische Faktor durch empirische Akkulturationsfaktoren für die einzelnen Nationen/Regionen ersetzt werden (vgl. EIGE, 2019, S. 19). Für Deutschland zeigt eine Studie (Integra, 2017), dass sich der empirisch ermittelte Akkulturationsfaktor stark zwischen den untersuchten Herkunftsnationen unterscheidet und die Akkulturationseffekte insgesamt nur mässig sind. Am höchsten ist der Akkulturationsfaktor in den 6 berücksichtigten Herkunftsländern (Äthiopien, Eritrea, Gambia, Guinea, Kenia, Senegal) mit 0.36 in der Diaspora-Gruppe aus Senegal, d.h. die FGM-Prävalenzrate verringert sich von der ersten zur zweiten Migrationsgeneration um 36%. Der Faktor von 0.5 dürfte also tendenziell zu hoch angesetzt sein. Exterkate (2013) zeigt dagegen, dass ihre empirisch ermittelte Prävalenz näher beim theoretischen Maximum (vollständige Akkulturation) denn Minimum (keine Akkulturation) liegt und sich damit die Einstellungen und Verhaltensweisen von vielen, jedoch nicht allen Migrant/innen dem Zielland (Niederlande) annähern.

Abstufung des Beschneidungsrisikos (z.B. Kaplan Marcusán et al., 2022) oder schliessen bestimmte ethnische oder religiöse Gruppen aus den Analysen aus, in welchen FGM/C nicht praktiziert wird (Macfarlane & Dorkenoo, 2014).

Inwiefern die oben diskutierten Korrekturen umgesetzt werden können, hängt von den verfügbaren Daten zur Migrationsbevölkerung im Zielland ab. **Tabelle 9** zeigt, welche der erforderlichen **Informationen zur Migrationsbevölkerung in der Schweiz** grundsätzlich vorhanden sind und präzisere Prävalenzschätzungen zur Anzahl betroffener und gefährdeter Mädchen und Frauen erlauben würden. Die meisten Angaben zur Präzisierung der Schätzungen liefert die Statistik der Bevölkerung und Haushalte (STATPOP). Inwiefern die Daten für eine differenzierte Anwendung der Prävalenzraten (nach Herkunftsregion, Religion oder Ethnizität) in einer ausreichenden Qualität vorliegen, müsste vertieft abgeklärt werden.²¹ Zu beachten ist, dass Angaben nur für registrierte Personen in der Schweiz vorliegen. Migrantinnen ohne Aufenthaltsbewilligung (Sans-Papiers) können damit nicht einbezogen werden. Für die Schweiz – wie die meisten Migrationszielländer – ist die empirische Ermittlung der Akkulturationsfaktoren noch ausstehend.²² Für die Berücksichtigung der Akkulturation müssten daher für die Schätzungen vorerst theoretische Faktoren sowie qualitative Informationen herangezogen werden (vgl. dazu auch Abschnitt 5.2.1).

Tabelle 9: Datenverfügbarkeit für eine präzisere indirekte FGM/C-Prävalenzschätzung in der Schweiz

Information / Variable	Migrantinnen (Status B, C, Ci)	im Asylprozess (Status N, F)	Sans-Papiers	Eingebürgerte	Datenquelle
Alter					STATPOP
Alter bei der Ankunft in CH					STATPOP
(ehemalige) Nationalität					STATPOP
Geburtsort (Migrationsgeneration)					STATPOP
Herkunftsregion					ZEMIS
Religion / (Ethnizität)		ab 1 Jahr in CH			SE, ESRK (ab 15 J.)
Akkulturationsfaktor					Literatur, Befragungen

Legende: Grüne Zellen = Daten vorhanden; Orange Zellen = Daten vorhanden, Datenqualität nicht bekannt; Rote Zellen = keine Daten vorhanden, graue Zellen = teilweise qualitative Informationen/Daten vorhanden. Quelle: Recherchen und Darstellung BASS

5.2.2 Datenerfassung in der Gesundheitsversorgung

Präzisere Prävalenzschätzungen können auch über eine **verbesserte ICD-Kodierung im stationären Spitalbereich** erreicht werden. Diese kann primär durch die entsprechende Sensibilisierung und Schulung von Studierenden und Fachpersonen aus dem Gesundheitsbereich²³ unterstützt werden, sowohl generell in Bezug auf die Diagnose und Behandlung von FGM/C als auch spezifisch in Bezug auf die korrekte Kodierung (Cottler-Casanova et al., 2020). Am Universitätsspital Genf (HUG) hat man etwa gute Erfahrung mit Schulungstools (mit Zeichnungen, Fotos und Videos) und Workshops sowie der Einführung einer spezifischen illustrierten Erfassungsmaske für FGM/C bei den elektronischen medizinischen Formularen

²¹ Erste Abklärungen beim SEM haben ergeben, dass im Zentralen Migrationsinformationssystem (ZEMIS) in der Regel ein Herkunftsort erfasst wird, jedoch meist als Freitext. Angaben zu der Religion/Ethnizität stammen aus Stichprobenerhebungen des BFS (SE: Strukturhebung oder ESRK: Erhebung zur Sprache, Religion und Kultur), in welchen die Fallzahlen für die interessierenden Nationalitäten ggf. zu niedrig sind.

²² An der Universität Genf wird aktuell eine Dissertation zu dieser Thematik erstellt. Zum Zeitpunkt der Berichterstattung (April 2023) lagen jedoch noch keine verwertbaren Ergebnisse vor. Für qualitative Einschätzungen zur Veränderung von Normen und Werten bzgl. FGM/C in den Migrationsgemeinschaften in der Schweiz vgl. Kapitel 5.3.

²³ Cottler-Casanova et al. (2020) empfehlen mit der Sensibilisierung und Schulung in folgenden Bereichen anzusetzen: Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Spezialist/innen für Infektionskrankheiten und Reisemedizin, Urologie, Notfallmedizin, Gerichtsmedizin und Grundversorgung. Zudem sollten auch Übersetzer/innen und Kodierer/innen einbezogen werden.

gemacht (vgl. Cottler-Casanova et al., 2021). In Belgien konnte die FGM/C-Kodierung nach der Sensibilisierung und Schulung des Personals signifikant gesteigert werden (Cottler-Casanova et al., 2020).

Schliesslich gilt es zu berücksichtigen, dass für die Berechnung von Prävalenzraten Angaben zur Anzahl aller hospitalisierten Frauen aus FGM/C-Risikoländern erforderlich sind. Die Angaben zur Nationalität werden für die aussereuropäischen Länder in der MS standardmässig zu Länderregionen zusammengefasst, da die Detaillierung aussereuropäischer Nationalitäten nicht obligatorisch ist. Gemäss Angaben des BFS liefern jedoch praktisch alle Spitäler Detailangaben zur Nationalität der Patient/innen. Diese Angaben könnten im Rahmen eines Bundesmandats unter Wahrung des Datenschutzes zur Verfügung gestellt werden.

In der **ambulanten Gesundheitsversorgung** ist die Erhebung der Diagnosen freiwillig und es gibt keine standardisierte Klassifikation für die Kodierung der Diagnosen. Weder für den praxis- noch spitalambulant Bereich ist gemäss Expert/innen-Einschätzungen zu erwarten, dass in absehbarer Zeit FGM/C systematisch und harmonisiert als Diagnose erfasst wird (vgl. auch Wieser et al., 2023).

Ein weiterer Ansatz wäre die Einführung einer allgemeinen **Meldepflicht** von FGM/C durch die Gesundheitsversorgung ähnlich dem Krebsregister in der Schweiz (BAG, 2023) oder dem «Female Genital Mutilation Enhanced Dataset» in Grossbritannien (NHS, 2023).²⁴ Allerdings sind gemäss Expert/innen-Einschätzungen die Hürden zu einer Umsetzung sehr hoch und der Erkenntnisgewinn mässig. So fehlen die gesetzlichen Grundlagen, die technischen Tools und die Bereitschaft der Gesundheitsfachpersonen zur Erfassung und Meldung von FGM/C. Zudem sei eine systematische Abfrage oder Untersuchung des FGM/C-Status von Frauen und Mädchen bestimmter Herkunftsnationen aus ethischer Sicht problematisch (Gefahr der Stigmatisierung / Generalverdächtigung).²⁵ Die interviewten Expert/innen weisen darauf hin, dass selbst bei einer Überwindung aller Hürden zur Umsetzung der Meldepflicht die Datenlage nur teilweise verbessert werden könnte, weil Einstufungen aufgrund medizinischer Untersuchungen und Selbstangaben der Betroffenen nicht immer zu validen Ergebnissen führen (vgl. dazu auch Kapitel 5.1).

Insgesamt ist die Ansicht verbreitet, dass im Gesundheitsbereich Massnahmen, welche mit zusätzlichem administrativem Aufwand verbunden sind, sehr schwierig umsetzbar sind. Darum sehen die befragten Fachpersonen am ehesten Potenzial bei der Verbesserung der ICD-Kodierungen im stationären Spitalbereich. Diese Stossrichtung wird durch Studienergebnisse gestützt, wonach eine «gute» ICD-Erfassung von FGM/C zuverlässiger Daten liefern als Selbstangaben (vgl. Cottler-Casanova et al., 2020).

5.2.3 Datenerfassung durch weitere Institutionen / Stellen

Ausserhalb der Gesundheitsversorgung werden in der Schweiz aktuell nur vereinzelt Daten in Zusammenhang mit FGM/C erhoben. Das Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz erfasst bereits heute die Anfragen der nationalen Anlaufstelle (vgl. Kapitel 3.1). Auf Ebene der regionalen Anlaufstellen werden **Daten zu den psychosozialen Beratungen** bisher nur teilweise erfasst. Die Bereitschaft, künftig standardisierte statistische Informationen zu den Beratungsanfragen bereitzustellen, ist jedoch hoch. Das Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz testet aktuell ein Tool zur koordinierten Datenerfassung. Geplant ist, die Datenerfassung in das bestehende Monitoring Sexuelle Gesundheit Schweiz zu integrieren, welches jährlich bei den Fachstellen Sexuelle Gesundheit und den Schwangerschaftsberatungsstellen anhand einer Befragung durchgeführt wird (Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz, 2022b).

²⁴ Die Gesetzeslage betreffend Meldepflicht und Melderecht bei (Verdacht auf) Körperverletzung variiert kantonal (vgl. Groth, 2019).

²⁵ In diesem Zusammenhang wird gelegentlich problematisiert, dass ästhetisch motivierte Eingriffe im weiblichen Genitalbereich in der Regel von solchen Diskussionen ausgenommen sind («Doppelmoral»). Wenn die FGM/C-Fälle dokumentiert werden sollen, müsste man demnach auch über die Handhabung bei ästhetischen Eingriffen diskutieren.

Fachpersonen sehen darin eine wichtige Verbesserung der Datenlage, sofern eine möglichst flächendeckende und harmonisierte Erfassung implementiert werden kann.

In den **Asylverfahren** gibt es keine Statistiken zu FGM/C. Genitalverstümmelungen werden momentan – wie alle übrigen Fluchtgründe – vom SEM nicht differenziert erfasst bzw. berichtet (Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz, 2019). Auch wenn man sich auf die Entscheidpraxis des SEM beschränken würde (wie viele Personen haben aufgrund von FGM/C Asyl bekommen), steht man gemäss Expert/innen-Einschätzungen vor dem Problem, dass Asylentscheide oft multifaktoriell sind. Auch **weitere Institutionen/Stellen**, die potenziell Kontakt zu Betroffenen und Gefährdeten haben (z.B. KESB), verfügen über keine systematische Erfassung der Anzahl der (Verdachts-)Fälle (Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz, 2019). Weil es keine Meldepflicht gibt und FGM/C kaum angezeigt wird, ist auch die **polizeiliche Kriminalstatistik** (PKS) keine geeignete Datenquelle. Die Realisierung einer harmonisierten Erhebung und des Zusammenzugs von Daten aus unterschiedlichen Bereichen – etwa im Rahmen eines **zentralen Melderegisters** – dürfte aus denselben Gründen wie bei der Einführung einer Meldepflicht in der Gesundheitsversorgung schwierig sein.

5.2.4 Erfassung in Befragungen der Migrationsbevölkerung

Eine weitere Datenquelle zu FGM/C sind **Selbstangaben in Befragungen** der betroffenen Migrationsbevölkerung. In der Schweiz werden Selbstangaben zu FGM/C bisher nur in der Swiss HIV Cohort Study (SHCS) erhoben. Hierbei handelt es sich allerdings um eine spezifische Population (HIV-infizierte Personen) und die Antworten zum FGM/C-Status weisen vergleichsweise viele fehlende Werte auf (Mauri et al., 2022).

Eine **Integration** von Fragen zum FGM/C-Status in **bestehende Erhebungen** hätte den Vorteil, dass hier eine etablierte Befragungsinfrastruktur genutzt werden könnte. Thematisch würde sich grundsätzlich die **Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB** anbieten. Voraussetzungen für die Integration neuer Themen sind gemäss Auskunft des BFS, dass diese Anschlussmöglichkeiten in einem breiteren Analysekontext bietet und mind. 5% der Bevölkerung davon betroffen sind. Diese Voraussetzungen dürften bei FGM/C nicht gegeben sein. Eine weitere Problematik ist, dass die SGB aktuell eine Unterabdeckung der Migrationsbevölkerung aufweist. Die Erhebung wird «nur» in den drei Hauptlandessprachen und per Telefon durchgeführt (demnächst Umstellung auf Online). Zudem sind Personen im Asylprozess in der Stichprobe der SGB – wie in den meisten Befragungen des BFS – nicht enthalten. Diese Limitationen dürften dazu führen, dass selbst bei einer Integration von FGM/C in der SGB die betroffenen Migrationsgemeinschaften stark untervertreten sind und damit keine belastbare Datengrundlage erreicht wird. Im Gespräch mit dem BFS wird auch die **Omnibus-Erhebung** im Rahmen der jährlichen Volkszählung als weitere (theoretische) Möglichkeit genannt. Bei der Omnibus-Erhebung handelt es sich um ein flexibles Instrument, dass rasch Informationsbedürfnisse verschiedener Akteure aufnehmen kann und auch schon durch das BAG alimentiert wurde (z.B. Befragung zum Tabakkonsum). Hier dürften sich aber grundsätzlich ähnliche Probleme bei der Erreichung der relevanten Zielgruppen stellen. Gemäss Angaben des BFS ist in Zusammenarbeit mit dem EBG eine **Erhebung zum Thema häusliche Gewalt / Gewalt gegen Frauen** geplant. Inwiefern hier Möglichkeiten zur Thematisierung von FGM/C bestehen, müssten weitere Abklärungen ergeben.

Ein weiterer Ansatz wäre die Konzipierung und Durchführung einer **Befragung spezifisch bei den betroffenen Migrationsgemeinschaften**. Dabei müsste eine geeignete Erhebungsmethode geprüft werden, damit sprachliche und technische Barrieren überwunden werden können und sichergestellt ist, dass die sensible Thematik in adäquater Weise aufgegriffen wird (evtl. spezifisch geschulte Interviewer/innen). Zudem müsste die Befragung thematisch breit abgestützt sein, da bei einer expliziten und ausschliesslichen Fokussierung auf FGM/C von einer niedrigen Teilnahmebereitschaft auszugehen ist.

Bei allen Datenzugängen via Selbstangaben bleibt generell das Problem der Zuverlässigkeit der Daten.

5.3 Veränderung von Normen und Werten

In der vorliegenden Studie wurden **Einschätzungen zu Veränderungen der Normen, Werte und Verhaltensweisen** in Bezug auf FGM/C in den Migrationsgemeinschaften in der Schweiz bei den Multiplikator/innen, in Gesprächen mit Fachpersonen und in der Befragung der regionalen Anlaufstellen abgeholt.

Die Mehrheit der befragten **Multiplikator/innen** waren der Ansicht, dass durch die Migration in die Schweiz Veränderungen stattfinden. Dafür sei einerseits die Strafbarkeit verantwortlich. Die rechtliche Situation in der Schweiz scheint in den Migrationsgemeinschaften generell bekannt zu sein. Diese verringere auch den sozialen Druck der Verwandtschaft aus dem Herkunftsland. Andererseits sei die Information insbesondere zu den gesundheitlichen Konsequenzen zentral, die oftmals bei Frauen wie auch Männern nicht bekannt sind. Mütter aber auch Väter kommen dann eher zur Überzeugung, ihre Mädchen nicht beschneiden zu lassen. Aufklärungsarbeit leiste damit einen zentralen Beitrag zur Veränderung von Werten und Normen, erfordere jedoch auch viel Zeit, Fingerspitzengefühl und Geduld. Generell würden Migrant/innen in der Schweiz weniger nach traditionellen Geschlechterrollen leben als im Herkunftsland. Auch werde ein offenerer Umgang mit der Sexualität gepflegt und FGM/C sei weniger ein Tabuthema. Dies gelte insbesondere für die Personen ab der zweiten Migrationsgeneration. Veränderungen in den Einstellungen und Verhaltensweisen in Bezug auf FGM/C können sich wiederum auf die Wahrnehmung im Herkunftsland auswirken. So können Migrant/innen einerseits über die gesundheitlichen Konsequenzen informieren. Andererseits sei es ein wichtiges Signal, dass auch unbeschnittene Frauen heiratsfähig sind. Einzelne Multiplikator/innen glauben allerdings, dass ein allfälliger Verzicht auf FGM/C primär der Angst vor juristischen Konsequenzen geschuldet sei und nicht aufgrund der Überzeugung erfolgt, dass die Praktik schädlich ist. Das Gesetz habe also das Verhalten, kaum aber die Einstellungen in Bezug auf FGM/C verändert. Einige Multiplikator/innen haben schliesslich auch davon gehört, dass häufiger «leichtere» Formen der Beschneidung gewünscht sind.

Die Einschätzungen der Multiplikator/innen decken sich weitgehend mit denen von **Fachpersonen**, die sich auf Studien aus anderen Ländern oder ihr Erfahrungswissen beziehen. So ist bekannt, dass je mehr Informationen zu sexueller Gesundheit, FGM/C und Sexualpädagogik in weiterem Sinne vorhanden sind, desto eher eine Bereitschaft vorhanden ist, von FGM/C Abstand zu nehmen. Spezifisch aus der Männerarbeit weiss man, dass nebst der Aufenthaltsdauer im Ausland auch die Information zu den Folgen von FGM/C für die Betroffenen eine wichtige Rolle spielt, um von der Praktik Abstand zu nehmen (häufig seien sich die Männer der Folgen und Auswirkungen von FGM/C schlicht nicht so bewusst). In den jüngeren Generationen würden sich häufig auch die Männer gegen FGM/C engagieren. Fachpersonen weisen weiter darauf hin, dass Migration generell mit Einstellungsänderungen verbunden und der soziale Druck, FGM/C zu praktizieren, ausserhalb des Herkunftslands viel tiefer sei. Es besteht jedoch auch der Eindruck, dass es Unterschiede gibt nach Community. Dies wird teilweise mit dem Umgang mit FGM/C in den jeweiligen Herkunftsländern in Verbindung gebracht (in Eritrea ist FGM/C stark rückläufig, weniger hingegen in Somalia). Andere sind eher der Ansicht, dass Unterschiede zwischen Migrationsgemeinschaften primär damit zusammenhängen, wie weit fortgeschritten die Sensibilisierungs- und Enttabuisierungsarbeit ist und damit wie gut Präventionsangebote die einzelnen Communities erreichen. Schliesslich erwähnt eine Person, dass die Veränderung von Normen und Werten erschwert wird, wenn die Migrationsbevölkerung als fremd betrachtet werde («wir und die anderen»): dadurch steige das Bedürfnis, sich in die Community zurückzuziehen.

Auch einzelne **regionale Anlaufstellen** können Tendenzen in Richtung Ablehnung von FGM/C in den betroffenen Diasporagruppen feststellen. Allerdings war es für etliche Anlaufstellen schwierig, dazu eine

6 Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

Einschätzung zu machen – etwa, weil man nur mit wenigen Leuten oder nur mit bestimmten Diasporagruppen Kontakt hat, oder weil die Anlaufstelle erst seit kurzem besteht und allfällige Veränderungen nicht beurteilt werden können.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass gemäss Einschätzungen der befragten Fachpersonen und Multiplikator/innen Veränderungen der Normen, Werten und Verhaltensweisen in Bezug auf FGM/C (Akkulturation) stattfinden, insbesondere in den jüngeren Generationen. Basierend auf dieser Informationsgrundlage lassen sich jedoch keine empirisch belastbare Akkulturationsfaktoren ableiten. Allerdings scheinen Prävalenzschätzmethoden, welche Szenarien für niedrigere Prävalenzraten in den jüngeren Migrationsgenerationen vorsehen, auch für den schweizerischen Kontext angezeigt.

6 Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

Im Folgenden werden zunächst die zentralen Studienergebnisse zusammenfassend dargestellt. Anschliessend werden für die Bereiche mit dem grössten Handlungsbedarf Empfehlungen zuhanden unterschiedlicher Akteure formuliert.

6.1 Schlussfolgerungen

Diese Kapitel resümiert die zentralen Studienergebnisse und zeigt den Handlungsbedarf entlang der drei Untersuchungsebenen (Massnahmen des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz, Versorgungssituation in den Kantonen, Datenlage).

Massnahmen des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz

Die Ausrichtung und Zielsetzungen des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz werden von den konsultierten Akteuren grundsätzlich bestätigt. Die Massnahmen des Netzwerks werden sowohl von den Zielgruppen selbst, wie auch von den Expert/innen in der Regel als zielführend eingeschätzt. Die einzelnen Dienstleistungen des Netzwerks werden in Anspruch genommen und positiv bewertet. Viele Empfehlungen aus der vorangehenden Evaluation (Calderón-Grossenbacher, 2019) wurden für die aktuelle Mandatsperiode aufgenommen. Insbesondere konnte die Verankerung von Beratungs- und Versorgungsangeboten in den Kantonen vorangetrieben werden. Trotz zunehmender Regionalisierung wird weiterhin ein grosser Bedarf an einem nationalen Netzwerk geäussert. Dabei werden aus einer Innen- wie Aussensicht weitgehend dieselben Argumente vorgebracht: Ohne nationales Kompetenzzentrum, das Wissen bündelt und die Qualität sowie Vernetzung sicherstellt, wäre die Nachhaltigkeit der bisherigen Anstrengungen und Aufbauarbeiten in Frage gestellt.

Die Schulung von Fachpersonen ist eine wichtige Massnahme des Netzwerks, um Gefährdete und Betroffene erkennen, schützen und versorgen zu können. Diesbezüglich konnten in den vergangenen Jahren einige Fortschritte erzielt werden. Grösserer Handlungsbedarf besteht trotz zahlreicher Schulungsaktivitäten nach wie vor im Gesundheitsbereich. Studien sowie die Erfahrungen der befragten Expert/innen zeigen, dass Gesundheitsfachpersonen FGM/C häufig nicht erkennen und viele Betroffene von den behandelnden Fachpersonen nicht auf ihre Beschneidung angesprochen werden. Wichtig sind daher weiterhin Anstrengungen sowohl für die Integration der Thematik in die Aus- und Weiterbildungen als auch Schulungen, Richtlinien und Leitfäden für die praktizierenden Fachpersonen. Daneben bleibt die Sensibilisierung von Fachpersonen aus den weiteren involvierten Bereichen (Integrations-, Asyl-, Sozial-, Bildungs-, Gleichstellungs-, Kindesschutzbereich; Polizei und Justiz) relevant.

Versorgungssituation in den Kantonen

Seit der Gründung des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz liegt ein Fokus der Tätigkeiten auf dem Aufbau von regionalen Anlaufstellen, welche die Beratung, Versorgung und Prävention in den Kantonen sicherstellen sollen. Das Angebot konnte in den vergangenen Jahren stark ausgebaut werden und die Mehrheit der Kantone kann aktuell auf regionale Anlaufstellen zurückgreifen (im eigenen Kanton oder einem Nachbarkanton). Auch in Kantonen ohne Zugang zu einer regionalen Anlaufstelle gibt es z.T. ein Grundangebot der Fachstellen sexuelle Gesundheit, die sich zum Thema FGM/C austauschen und mit anderen Stellen vernetzt sind. Bei einzelnen, insbes. kleinen Kantonen erscheint es aufgrund der geringen Fallzahlen wenig zweckmässig, eigene spezialisierte Angebote aufzubauen. Insgesamt konnten hinsichtlich der regionalen Abdeckung mit Beratungs- und Versorgungsleistungen wichtige Fortschritte erzielt werden. Die grössten Lücken bestehen derzeit im Kanton Zürich, wo jedoch entsprechende Angebote in Planung sind, im Kanton Bern bei der psychosozialen Beratung sowie in den meisten Kantonen bei der Präventionsarbeit in Migrationsgemeinschaften (Communityarbeit). Die Communityarbeit ist ein wichtiger Pfeiler bei der Bekämpfung von FGM/C, jedoch häufig unterfinanziert.

Als generelle Schwierigkeit bei der nachhaltigen regionalen Verankerung erweist sich, dass FGM/C ein Nischenthema und damit stark vom Engagement einzelner Personen abhängig ist. Zudem zeigt sich, dass die Finanzierung der regionalen Anlaufstellen trotz ihrer teilweise institutionellen Verankerung in Strategien und Konzepten häufig nicht langfristig gesichert ist. In diesem Zusammenhang wird auch betont, dass eine institutionelle Verankerung bzw. entsprechende Richtlinien/Vorgaben ohne Finanzierung und geeignetes Personal an der Umsetzung scheitern würden. Finanzierungslücken bestehen – nebst der Communityarbeit – auch in Bezug auf die Koordination und Vernetzung, welche häufig nicht Teil der Leistungsvereinbarungen mit den Anlaufstellen sind. Bei der Verankerung des Themas FGM/C in den Kantonen besteht damit weiterhin Handlungsbedarf in Bezug auf die Definition von Zuständigkeiten, der Einbindung in übergeordnete Strategien und Massnahmen sowie insbesondere bei der Bereitstellung finanzieller Ressourcen für ein längerfristiges und nachhaltiges Engagement.

Auf regionaler Ebene besteht in der Regel eine Zusammenarbeit zwischen den psychosozialen Beratungsangeboten und den medizinischen Versorgungsangeboten. Weniger etabliert scheint die Vernetzung und Zusammenarbeit der regionalen Anlaufstellen mit Diensten aus dem Bildungs- und Sozialbereich sowie der ambulanten Gesundheitsversorgung. In einigen Kantonen und Regionen findet eine interdisziplinäre Zusammenarbeit auf strategischer und/oder operativen Ebene statt. Teilweise bestehen regionale Netzwerke zu FGM/C. Insgesamt zeigt sich bezüglich der interdisziplinären Vernetzung und Zusammenarbeit eine grosse kantonale/regionale Heterogenität, die mit den jeweiligen Strukturen und wiederum auch von der Initiative einzelner Personen abhängt.

Datenlage

Am Beispiel der Schweiz zeigt sich eindrücklich, dass die geschätzten FGM/C-Prävalenzen je nach zugrundeliegender Datenquelle und Berechnungsmethode sehr stark auseinander gehen (zw. 2.3% und 60% der Frauen und Mädchen aus den betroffenen Migrationsgemeinschaften). Alle Ansätze weisen je spezifische Limitationen auf. Bei der Umlegung der FGM/C-Prävalenzraten der Herkunfts- auf die Zielländer sind Verzerrungen zu erwarten, wenn potenzielle Einflüsse der Migration sowie zeitliche Entwicklungen unberücksichtigt bleiben. Insbesondere fehlen für die Schweiz empirische Akkulturationsfaktoren. Doch selbst korrigierte Schätzmethoden, welche Einflüsse der Migration und zeitliche Entwicklungen einbeziehen, kommen nicht ohne Annahmen aus. Mit den ICD-Diagnosen ist aktuell in der Schweiz nur der stationäre Spitalbereich abgedeckt und FGM/C wird nur erfasst, falls die Hospitalisierung damit in Zusammenhang steht. Zudem ist bei FGM/C von Unter- und Falschkodierungen auszugehen. Bei den Prävalenzschätzungen mittels Selbstangaben stellt sich schliesslich das Problem der Zuverlässigkeit der Angaben, da viele Frauen nicht wissen, ob sie beschnitten sind. Zudem basieren die Schätzungen für die Schweiz auf einer spezifischen Population (HIV-infizierte Frauen) bei gleichzeitig häufig fehlenden Angaben zum FGM/C-

Status. Neben diesen drei Ansätzen zur Schätzung von Prävalenzen liegen aktuell für die Schweiz nur vereinzelt Daten zu FGM/C vor (z.B. Beratungsanfragen der nationalen Anlaufstelle).

Grundsätzliche Schwierigkeiten bei der Erhebung von Daten zu FGM/C sind, dass FGM/C in Bezug auf die gesamte Bevölkerung der Schweiz selten vorkommt; eine schwierig erreichbare Population, ein intimes Thema sowie eine Straftat betrifft und sowohl über Selbstangaben wie auch medizinische Diagnosen nicht einfach zu bestimmen bzw. zu erfassen ist. Im Bereich der Prävalenzschätzungen könnten relativ «niederschwellig» korrigierte indirekte Schätzmethoden geprüft werden. Zudem dürften Massnahmen zur Sensibilisierung, Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals gleichzeitig auch zu einer vollständigeren und korrekteren Erfassung von FGM/C im stationären Spitalbereich beitragen. Eine Verbesserung der Datenlage kann ausserdem im Bereich der psychosozialen Beratungsleistungen erwartet werden. Schliesslich bietet sich allenfalls die Möglichkeit, FGM/C im Rahmen der geplanten Erhebung des BFS und EBG zu Gewalt gegen Frauen zu thematisieren. Die übrigen diskutierten Ansätze zur Verbesserung der Datenlage (ambulante Gesundheitsversorgung, Melderegister, Integration in SGB, Befragung Migrationsbevölkerung) scheinen aufgrund von rechtlichen, technischen, methodischen und/oder ethischen Hürden schwierig umsetzbar.

6.2 Handlungsempfehlungen

Grundsätzlich besteht ein breiter Konsens bezüglich der notwendigen Massnahmen für die Bekämpfung von FGM/C in der Schweiz (Prävention, Beratung, medizinische Versorgung sowie eine zuverlässige Datengrundlage). Die bereits in zahlreichen Publikationen formulierten Handlungsempfehlungen haben sich in der vorliegenden Untersuchung erneut bestätigt. Dabei zeigt sich, dass eine erfolgreiche Umsetzung von Massnahmen gegen FGM/C stark vom Engagement einzelner Personen abhängt. Weil FGM/C ein Nischenthema ist, wird man die Abhängigkeit von engagierten Einzelpersonen gemäss der konsultierten Akteure nie vollständig vermeiden können. Dennoch – oder gerade deshalb – sind weiterhin Anstrengungen notwendig, um die strukturelle und institutionelle Verankerung der Thematik bei den involvierten Akteuren und Politikbereichen zu festigen. In der Schweiz bestehen derzeit nur wenige konkrete und verbindliche Vorgaben und Empfehlungen, welche die regionalen Präventions-, Beratungs- und Versorgungsangebote nachhaltig sicherstellen, die Erkennung und die Unterstützung von Betroffenen / Gefährdeten ermöglichen sowie eine zuverlässige Datengrundlage schaffen können. Erschwerend ist dabei, dass Top-Down Ansätze mit allgemein gültigen Empfehlungen im föderalen System der Schweiz nur bedingt greifen.

In den Gesprächen und Fokusgruppen mit unterschiedlichen Stakeholdern konnten für die folgenden 6 Bereiche der grösste Handlungsbedarf identifiziert werden: (1) Weiterführung des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz, (2) Verankerung der Angebote in den Regionen, (3) interdisziplinäre Vernetzung, (4) Sensibilisierung, Aus-, Weiter- und Fortbildung von Fachpersonen, (5) Stärkung der Communityarbeit und (6) Verbesserung der Datenlage. Nachfolgende werden Empfehlungen für diese Bereiche formuliert. Wobei die Bereiche nicht immer trennscharf sind, da einzelne Empfehlungen gleichzeitig mehrere Handlungsfelder betreffen. Viele Empfehlungen sind nicht grundsätzlich neu, sondern bestätigen die Ausrichtung der Aktivitäten und Massnahmen gemäss Bundesratsbericht in Erfüllung des Postulats Rickli (Bericht BR, 2020, vgl. auch Tabelle 1).

Empfehlungen zu den Aufgaben des **Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz**:

- Der Bund finanziert weiterhin das Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz.
- Das Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz führt seine Aktivitäten wie bisher fort: Betreiben der Online-Informationsplattform (Fach- und Communitywebsite); Beratung und Information für

6 Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

Betroffene und Fachpersonen (insb. komplexere Fallberatungen) durch nationale Anlaufstelle; Schulungen für Fachpersonen; Förderung der Präventionsarbeit in den betroffenen Migrationsgemeinschaften (Communityarbeit); Erarbeitung von Grundlagen und Materialien zum Thema FGM/C; Aufbau regionaler Anlaufstellen; Sensibilisierung und Vernetzung der beteiligten Akteure. In einer nächsten Förderperiode sollen die Aktivitäten insbesondere auch darauf fokussieren: (1) Vernetzung und Verankerung der regionalen Anlaufstellen, (2) Massnahmen, um Zugänge zu betroffenen Migrationsgemeinschaften zu schaffen und gemeinsam mit den regionalen Anlaufstellen die Communityarbeit zu stärken, (3) Fortsetzung der Anstrengungen zur Sensibilisierung und Schulung von Fachpersonen im Gesundheitsbereich sowie zur Integration der Thematik FGM/C in relevante Bildungsgänge.

Empfehlungen zur **Institutionalisierung** in den Regionen:

- Die Kantone definieren eine federführende Stelle für das Thema FGM/C.
- Die federführenden Stellen erarbeiten Leitlinien für ein koordiniertes Vorgehen auf kantonaler Ebene bei einem Verdacht oder Fall von FGM/C.
- Die Kantone berücksichtigen FGM/C bei der Umsetzung der Istanbul-Konvention.
- Die Kantone sollen nach Möglichkeit in allen Bereichen (medizinische Hilfe, psychosoziale Beratung, fachliche Beratung) ein eigenes Angebot bzw. den Zugang zu einem Angebot in einem anderen Kanton schaffen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Mobilität der Betroffenen teilweise eingeschränkt ist.
- Die Kantone prüfen im Hinblick auf die kommende Förderperiode der Kantonalen Integrationsprogrammen KIP, inwiefern im Förderbereich «Erstinformation und Beratung» Handlungsspielraum besteht, um Beratungsangebote für frauenspezifische Themen umzusetzen / zu unterstützen.
- Die Kantone stellen die nötigen finanziellen Mittel bereit, um ein nachhaltiges Engagement gegen FGM/C sicherzustellen. Insbesondere sollen die Koordination, Vernetzung und Communityarbeit in die Leistungsvereinbarungen mit den regionalen Anlaufstellen aufgenommen werden.
- Die jeweils zuständigen Behörden (SEM, SODK) setzen die erarbeiteten Praxisleitlinien zu FGM/C für den Asylbereich um.
- Das BAG (unter Mitbeteiligung des SEM) nutzt das Austauschgefäss von Bund und kantonalen Konferenzen, um die Umsetzung der Handlungsempfehlungen und die Verbreitung von Good Practices gemeinsam voranzutreiben.
- Das Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz engagiert sich weiterhin für den Aufbau und die Sicherstellung von regionalen Versorgungs- und Beratungsangeboten und unterstützt die zuständigen Behörden bei der institutionellen Verankerung des Themas FGM/C.

Empfehlungen zur **interdisziplinären Vernetzung und Zusammenarbeit**:

- Der Bund (BAG, SEM, EBG) nimmt eine Vorbildfunktion ein, indem eine Zusammenarbeit aller involvierten Stellen auf Bundesebene stattfindet und sichtbar gemacht wird.
- Die Kantone nutzen gezielt bestehende interdisziplinäre und bereichsübergreifende Strukturen und Gremien, um das Thema FGM/C einzubringen.
- Das Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz fördert und unterstützt weiterhin die Vernetzung und interdisziplinäre Zusammenarbeit der involvierten Akteure auf regionaler und übergeordneter Ebene.

Empfehlungen zur **Sensibilisierung, Aus-, Weiter und Fortbildung von Fachpersonen**:

- Das BAG bemüht sich weiterhin, im Rahmen der bestehenden Gremien die Ausbildungsstätten und Weiterbildungsorganisationen im Gesundheitsbereich für das Thema FGM/C zu sensibilisieren.

- Das SEM bemüht sich um die Sensibilisierung und Schulung der Fachpersonen im Asylbereich auf Bundesebene (Angestellte SEM und Mandatsnehmende).
- Die Kantone prüfen die Möglichkeit, inwiefern sich die kantonsärztlichen Dienste dafür einsetzen können, Inputs zu FGM/C in medizinische Fachtagungen oder bestehende Arbeitsgruppen zu integrieren.
- Die Fachgesellschaften bemühen sich im Rahmen ihrer jeweiligen Kompetenzen zur Integration des Themas FGM/C in die Bildungsgänge der Gesundheitsfachpersonen.
- Die Aus-, Weiter- und Fortbildungsorgane der verschiedenen Gesundheitsberufe prüfen die Möglichkeit zur Aufnahme des Themas FGM/C in die Curricula.
- Das Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz setzt seine Anstrengungen zur Sensibilisierung und Schulung von Fachpersonen aus allen betroffenen Bereichen (Gesundheitswesen, Integrations-, Asyl-, Sozial-, Gleichstellungs-, Bildungs- und Kindesschutzbereich; Polizei und Justiz) sowie zur Integration der Thematik FGM/C in relevante Aus-, Weiter- und Fortbildungen fort.

Empfehlungen zur Stärkung der **Communityarbeit**:

- Die Kantone anerkennen und fördern die Arbeit der Multiplikator/innen zur Prävention von FGM/C.
- Die Kantone öffnen im Kontext der Integrationsförderung bestehende Netzwerke zu Communities, um FGM/C zu thematisieren.
- Die Bildungsinstitutionen sowie involvierte Akteure (z.B. Bund, Kantone, Interpret) prüfen im Rahmen ihrer Kompetenzen, inwiefern FGM/C systematisch in die Aus- und Weiterbildungen der interkulturellen Dolmetschenden integriert werden kann.
- Das Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz führt die Zusammenarbeit mit Multiplikator/innen aus den betroffenen Migrationsgemeinschaften fort und stärkt gemeinsam mit den regionalen Anlaufstellen die Sensibilisierungs- und Präventionsarbeit in den Communities.

Empfehlungen für die Verbesserung der **Datenlage**:

- Das BAG führt korrigierte indirekte Prävalenzschätzungen durch oder gibt diese in Auftrag. Idealerweise werden dabei verschiedene Varianten getestet, damit ein Standardverfahren für künftige wiederholte Schätzungen festgelegt werden kann.
- Das BAG klärt beim BFS (Sektion Kriminalität) und/oder dem EBG ab, ob Fragen zu FGM/C in die geplante Erhebung zu häuslicher Gewalt / Gewalt gegen Frauen aufgenommen werden können.
- Die jeweils zuständigen Akteure bemühen sich, im Rahmen der Schulung von Gesundheitsfachpersonen die korrekte ICD-Kodierung von FGM/C zu fördern.
- Das Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz verfolgt weiterhin das Projekt zur harmonisierten Datenerfassung von psychosozialen Beratungsleistungen der regionalen Anlaufstellen.

Literaturverzeichnis

- Abdulcadir, J., Dugerdil, A., Boulvain, M., Yaron, M., Margairaz, C., Irion, O., & Petignat, P. (2014). Missed opportunities for diagnosis of female genital mutilation. *Int J Gynaecol Obstet.*, 125(3), 256–60. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2013.11.016>
- BAG Bundesamt für Gesundheit (2023). Gesetzgebung Krebsregistrierung [Webseite]. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesetze-und-bewilligungen/gesetzgebung/gesetzgebung-mensch-gesundheit/gesetzgebung-krebsregistrierung.html> (Stand April 2013).
- Behrendt, A. (2011): *Listening to African Voices – Female Genital Mutilation/Cutting among Immigrants in Hamburg: Knowledge, Attitudes and Practice*. Hamburg: Plan International Deutschland e.V. https://www.frauenrechte.de/images/downloads/fgm/plan_listening_to_african_voices_2011 (abgerufen am 10.3.2023).
- Bericht des Bundesrats vom 25. November 2020 in Erfüllung des Postulats Rickli (18.3551) «Massnahmen gegen die weibliche Genitalverstümmelung».
- Bericht des Bundesrats vom 25. September 2019 in Erfüllung des Postulates Feri (16.3407) «Analyse der Situation von Flüchtlingsfrauen».
- Bericht des Bundesrats vom 28. Oktober 2015 in Erfüllung der Motion Bernasconi (05.3235) «Sexuelle Verstümmelungen an Frauen. Sensibilisierungs- und Präventionsmassnahmen».
- Birri, M. (2014). *FGM in der Schweiz. Bestandesaufnahme über die Massnahmen gegen weibliche Genitalverstümmelung in der Schweiz in den Bereichen Prävention, Unterstützung und Schutz*. Bern: Terre des Femmes.
- Birri, M. (2019). *Weibliche Genitalbeschneidung (FGM/C) in der Schweiz: Übersicht über bestehende Massnahmen und Akteur_innen. Eine Situationsanalyse und Empfehlungen* [nicht öffentlich zugänglicher Bericht z.H. des fedpols]. Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz.
- Bisang, N. (2019). *Weibliche Genitalbeschneidung: Ein Leitfaden für die professionelle Beratung im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich*. Luzern: interact Verlag.
- Bundesrat (2022): Nationaler Aktionsplan der Schweiz zur Umsetzung der Istanbul-Konvention 2022–2026. Juni 2022.
- Calderón-Grossenbacher, R. (2019). *Evaluation Projekt «Prävention gegen weibliche Genitalverstümmelung FGM 2016–2019»*. Evaluationsbericht [im Auftrag von Caritas Schweiz]. Bern: rc consulta.
- Cappa, C., Van Baelen, L., & Leye, E. (2019). The practice of female genital mutilation across the world: data availability and approaches to measurement. *Global Public Health*, 14(8), 1139–1152. <https://doi.org/10.1080/17441692.2019.1571091>
- Cottler-Casanova, S., & Abdulcadir, J. (2021). Estimating the indirect prevalence of female genital mutilation/cutting in Switzerland. *BMC Public Health*. 21(1),1011. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10875-w>
- Cottler-Casanova, S., Horowicz, M., Gayet-Ageron, A., & Abdulcadir, J. (2021). Female genital mutilation/cutting (FGM/C) coding capacities in Swiss university hospitals using the International Classification of Diseases (ICD). *BMC Public Health*. 21(1), 1151. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11160-6>
- Cottler-Casanova, S., Horowicz, M., Gieszl, S., Johnson-Agbakwu, C., & Abdulcadir, J. (2020). Coding female genital mutilation/cutting and its complications using the International Classification of Diseases: a commentary. *BJOG*. 127, 660–664. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16086>
- de Pietro, J., Graf, A., Hausammann, C., Schnegg, B., & Voegeli, S. (2014). *Prävention, Versorgung, Schutz und Intervention im Bereich der weiblichen Genitalbeschneidung (FGM/C) in der Schweiz*.

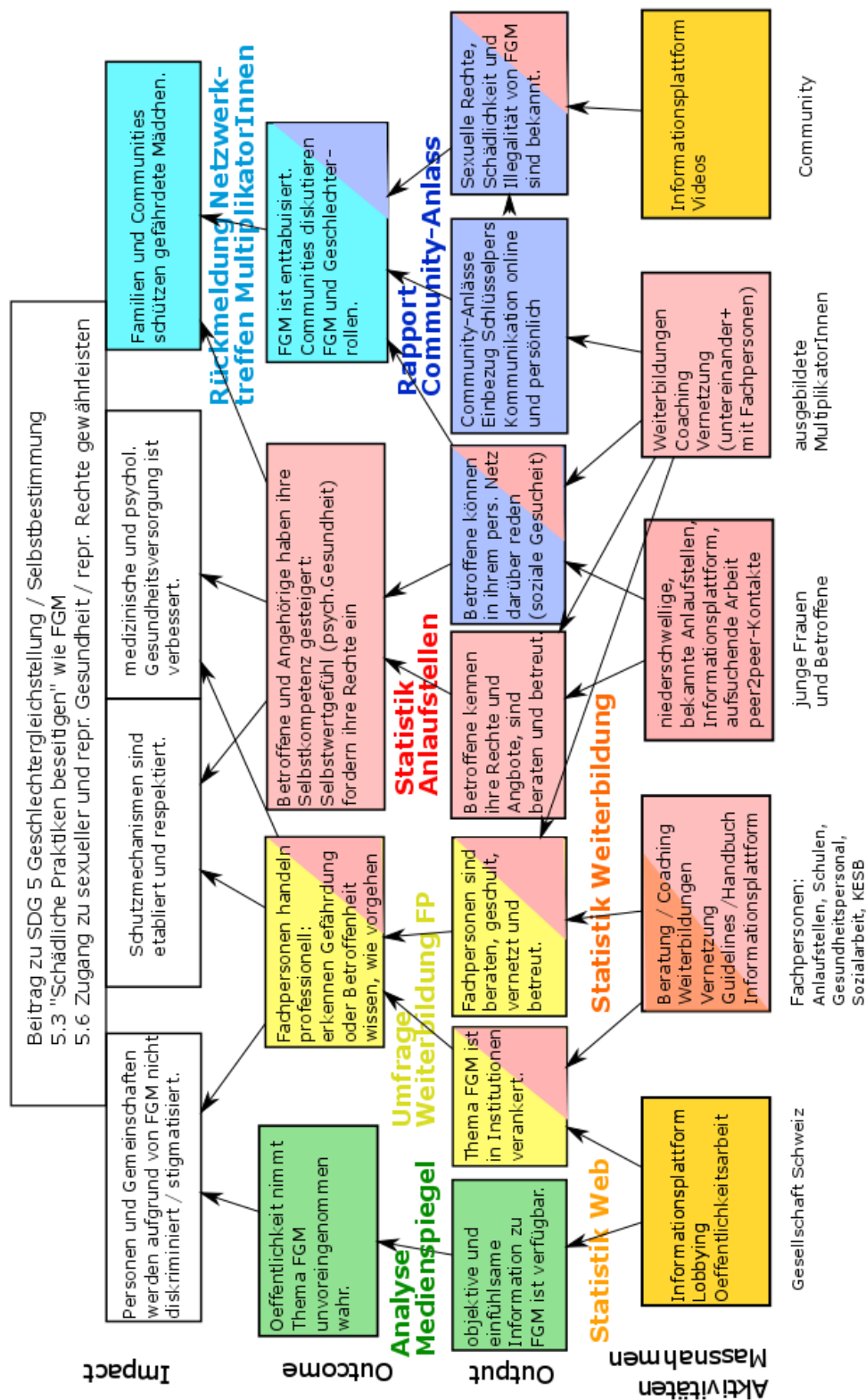
- Empfehlungen und Best Practices* [im Auftrag des Bundesamtes für Migration und des Bundesamtes für Gesundheit im Rahmen des Nationalen Programms Migration und Gesundheit]. Bern: Schweizerisches Kompetenzzentrum für Menschenrechte SKMR.
- De Schrijver, L., Van Baelen, L., Van Eekert, N., & Leye, E. (2020). Towards a better estimation of prevalence of female genital mutilation in the European Union: a situation analysis. *Reprod Health*, 17, 105. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00947-2>
- de Weck, F., & Hausammann, C. (2014). *Genitalverstümmelung von Frauen und Mädchen in der Schweiz. Überblick über rechtliche Bestimmungen, Kompetenzen und Behörden* [im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit]. Bern: Schweizerisches Kompetenzzentrum für Menschenrechte SKMR.
- ELGE European Institute for Gender Equality (2022). Data collection on female genital mutilation in the EU [Factsheet]. doi: 10.2839/43973
- ELGE European Institute for Gender Equality (2019). *Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union. Step-by-step guide 2nd Edition*. <https://eige.europa.eu/publications/estimation-girls-risk-female-genital-mutilation-european-union-step-step-guide-2nd-edition> (abgerufen am 8.3.2023).
- ELGE European Institute for Gender Equality (2015). *Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union*. <https://eige.europa.eu/publications/estimation-girls-risk-female-genital-mutilation-european-union-report> (abgerufen am 14.11.2022).
- Exterkate, M. (2013). *Female Genital Mutilation in the Netherlands. Prevalence, incidence and determinants*. Utrecht: Pharos Centre of Expertise on Health for Migrants and Refugees.
- GREVIO – Group of Experts on Action against Violence against Women and Domestic Violence (2022). *GREVIO'S (Baseline) Evaluation Report on legislative and other measures giving effect to the provisions of the Council of Europe Convention on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence (Istanbul Convention) – Switzerland*. Strasbourg.
- Groth, B. (2019). *Die Anzeigepflicht des Arztes aus juristischer Sicht*. <https://skg-ssdp.ch/wp-content/uploads/2019/05/Groth.pdf> (abgerufen am 29.3.2023).
- Horowicz, M., Cottler-Casanova, S., & Abdulcadir, J. (2022). Diagnoses and procedures of inpatients with female genital mutilation/cutting in Swiss University Hospitals: a cross-sectional study. *Reprod Health* 19, 104. <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01411-z>.
- Integra (2017). *Eine empirische Studie zu weiblicher Genitalverstümmelung in Deutschland. Daten – Zusammenhänge – Perspektiven*. Freiburg: Integra.
- Kaplan Marcusán, A., Ajenjo Cosp, M., & López-Gay, A. (2022). Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2021. *Antropología Aplicada* 4. <https://www.uab.cat/doc/mapa-mgf-2021> (abgerufen am 10.3.2023).
- Low, N., Marti, C., & Egger, M. (2007). Mädchenbeschneidung in der Schweiz: Umfrage von UNICEF Schweiz und der Universität Bern. *Schweizerische Ärztezeitung*. 86(16), 970–973.
- Macfarlane, A. J., & Dorkenoo, E. (2014). *Female Genital Mutilation in England and Wales: Updated statistical estimates of the numbers of affected women living in England and Wales and girls at risk Interim report on provisional estimates*. London: City University London.
- Marti, S. (2013). *Auswertung bestehender Handlungsempfehlungen im Bereich FGM in der Schweiz und in der europäischen Union* [im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit im Rahmen der Bundesstrategie «Migration und Gesundheit 2008–2013»]. Bern: Universität Bern, Schweizerisches Kompetenzzentrum für Menschenrechte SKMR, Interdisziplinäres Zentrum für Geschlechterforschung IZFG.

- Mauri, F., Cottler-Casanova, S., Cavassini, M., et al. (2022). Female Genital Mutilation/Cutting in the Swiss HIV Cohort Study: A Cross-Sectional Study. *Journal of Immigrant and Minority Health* (2022). <https://doi.org/10.1007/s10903-022-01390-0>.
- Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz (2023). [Fachwebsite zu FGM/C]. <https://www.maedchenbeschneidung.ch/netzwerk> > Mädchenbeschneidung (Stand März 2023).
- Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz (2022a). *Tätigkeitsbericht vom 1. Juli 2021– 30. November 2022*.
- Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz (2022b). *EBG-Gesuch «Verbesserung der Datenlage»*. Kurzbericht von Sexuelle Gesundheit Schweiz.
- Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz (2021a). *Schlussbericht vom 1. April 2016 – 30. Juni 2021*.
- Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz (2021b). *Übersicht und Stand der Dinge bez. Sensibilisierung von Gesundheitsfachpersonen 2016–2021*.
- Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz (Hrsg.) (2020). *Weibliche Genitalbeschneidung und Kinderschutz. Ein Leitfaden für Fachpersonen*. https://www.maedchenbeschneidung.ch/public/user_upload/2020_Leitfaden_FGM_Kinderschutz_DE.pdf
- Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz (2019). *Weibliche Genitalbeschneidung (FGM/C) in der Schweiz: Übersicht über bestehende Massnahmen und Akteur_innen. Eine Situationsanalyse und Empfehlungen* [vertraulicher Bericht zuhänden des fedpol].
- Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz (o.D.). *Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz: Schärfung der Kompetenzen auf nationaler und regionaler Ebene*.
- Netzwerk Istanbul-Konvention (Hrsg.) (2021). *Umsetzung der Istanbul-Konvention in der Schweiz. Alternativbericht der Zivilgesellschaft*. https://istanbulkonvention.ch/assets/images/elements/Alternativbericht_Netzwerk_Istanbul_Konvention_Schweiz.pdf
- NHS National Health Service (2023). SCCI2026: Female Genital Mutilation Enhanced Dataset [Webseite]. <https://digital.nhs.uk/data-and-information/information-standards/information-standards-and-data-collections-including-extractions/publications-and-notifications/standards-and-collections/scci2026-female-genital-mutilation-enhanced-dataset> (Stand April 2023).
- Ortensi, L. E., Farina, P., & Menonna, A. (2015). Improving estimates of the prevalence of Female Genital Mutilation/Cutting among migrants in Western countries. *DEMOGRAPHIC RESEARCH*, 32(18), 543–562. <https://dx.doi.org/10.4054/DemRes.2015.32.18>
- SGGG – Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2005). Patientinnen mit genitaler Beschneidung. Schweizerische Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegefachkräfte [Guideline Stand 02.2005, Ratifiziert Mai 2013]. https://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/3_Fachinformationen/2_Guidelines/De/Patientinnen_mit_genitaler_Beschneidung_2005.pdf
- Sturm und Bräm (2022). *Mädchenbeschneidung.ch: Google Analytics Oktober 2021– September 2022*.
- Terre des Femmes (2022). Dunkelzifferstatistik zu weiblicher Genitalverstümmelung [Webseite]. Zugriff am 22.12.2022 auf [TERRE DES FEMMES - Menschenrechte für die Frau e.V. - Dunkelzifferstatistik zu weiblicher Genitalverstümmelung \(frauenrechte.de\)](https://www.terredesfemmes.ch/de/dunkelzifferstatistik-zu-weiblicher-genitalverstuemmelung)
- Thierfelder, C., Tanner, M., & Kessler Bodiang, C. M. (2005). Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system. *European Journal of Public Health*, 15(1), 86–90. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cki120>

- Unicef (2022). Percentage of girls and women aged 15-49 years who have undergone FGM (by place of residence and household wealth quintile) [Datentabelle]. Zugriff am 19.12.2022 auf <https://data.unicef.org/resources/dataset/fgm/>
- Unicef Schweiz (2016). *Mädchenbeschneidung. Die Zeit rund um die Geburt als Anknüpfungspunkt für Prävention. Kurzbericht zur Umfrage zu Präventionsmassnahmen in Schweizer Geburtskliniken*. Zürich.
- Unicef Schweiz (2013). *Weibliche Genitalverstümmelung in der Schweiz. Risiko, Vorkommen, Handlungsempfehlungen*. Zürich.
- Wieser S., Stucki, M., Kohler, A., Lenzin, G., & Schärer, X. (2023). *Grundlagenbericht zur Klassifikation und Kodierung der Diagnosen und Prozeduren in der ambulanten Gesundheitsversorgung*. Neuchâtel: BFS.
- Ziyada, M.M., Norberg-Schulz, M., & Johansen, R.E. (2016). Estimating the magnitude of female genital mutilation/cutting in Norway: an extrapolation model. *BMC Public Health*, 16 (110). <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2794-6>

A-1 Wirkungsmodell

FGM - Monitoring-Instrumente



A-2 Offene Antworten Online-Befragung der regionalen FGM/C-Anlaufstellen

Tabelle 10: Begründungen der kritischen Einschätzungen der Versorgungssituation

Im Bereich Prävention in den Migrationsgemeinschaften (z.B. Community-Anlässe mit Multiplikator/innen)
Der Kanton ist sehr dezentral organisiert, dies gilt auch für die Asylunterkünfte. Es gibt kein eigentliches Zentrum. Es ist schwierig an Schlüsselpersonen heranzukommen. Trotz Zusammenarbeit mit der Anlaufstelle Integration und der Caritas ist es kaum möglich, mit Schlüsselpersonen in Kontakt zu treten.
Es sind für Anlaufstellen nur sehr wenig leicht verfügbare Informationen für Migrationsgemeinschaften vorhanden.
Le Canton a mandaté le Service de la cohésion multiculturelle pour traiter cette thématique mais depuis plusieurs années, plus rien ne se fait malgré nos relances. Nos Centres n'ayant pas les ressources nécessaires pour mettre sur pied des conférences, formations ou autres. Nous faisons de la prévention auprès des personnes que nous rencontrons dans le cadre du réseau hospitalier lors d'accouchements ou d'interruptions de grossesse. Nous faisons également de la prévention lors de nos entretiens individuels ou en petits groupes. Concernant les constats ou contrôles gynécologiques, nous n'avons aucune ressource dans le canton, aucun médecin spécialisé sur cette thématique.
Les conseillères du centre de santé sexuelle prennent en charge les patientes excisées, font de la prévention, mais une partie du réseau n'est pas encore suffisamment formée. Il n'y a pas de multiplicateurs/trices qui interviennent dans les communautés. Par contre les interprètes de « se comprendre » sont très bien formées/sensibilisées à la thématique. Certains professionnels du réseau ne sont pas encore suffisamment formés/sensibilisés à la question.
Notre organisation de santé sexuelle ne participe malheureusement pas aux rencontres des populations migrantes comme par exemple les Tables malgré des contacts pris avec les organisateurs et les animateurs mais ils ont connaissance de nos centres, de l'importance de lutter contre les MGF et devraient pouvoir les femmes concernées dans le réseau de soin. Depuis le Covid, les cours de santé et droits sexuels dans les foyers d'accueil ont de la peine à reprendre. Il n'y a pas eu de rencontres avec les multiplicatrices dans notre région.
Wir sind erst ganz am Anfang, die Prävention muss verbessert werden.
Im Bereich Erkennung und Schutz von gefährdeten Mädchen / Frauen
A notre connaissance, un protocole a été mis en place dans le cadre du réseau hospitalier pour identifier les patientes qui auraient potentiellement besoin de parler de leur excision. Dans ce cadre-là, des sages-femmes et des conseillères en santé sexuelle font de la prévention en particulier chez des femmes ayant donné naissance à des filles. A notre connaissance aucun autre dispositif de détection n'est mis en place dans le canton. Nous avons eu vent de 1 ou 2 situations signalées par des enseignant-es auprès de l'Office de protection de l'enfant lors de départs en vacances ou de Foyers d'enfants ou d'adolescent-es qui nous ont aiguillé des personnes concernées. Cela reste pourtant très exceptionnel.
Ich denke, dass das medizinische Personal im weiteren Sinne noch nicht gut informiert ist.
Nous n'avons pas encore bien pris contact avec les personnes concernées pour pouvoir leur expliquer quelles sont les lois et quelle est la prévention pour leurs filles.
Im Bereich psychosoziale Beratung von Betroffenen, Gefährdeten und deren Angehörigen
De même le réseau est très jeune et nous devons encore travailler sur ce point.
Die Sensibilisierung fehlt noch.
Im Bereich medizinische Versorgung von Betroffenen
La thématique de l'excision n'est pas ou très peu abordée lors des consultations gynécologiques. Il n'y a pas de médecin de référence pour l'excision. Les sages-femmes conseils sont sensibilisées à cette thématique. Certaines patientes qui ont été suivies en gynécologie disent que les médecins n'ont pas abordé l'excision (alors qu'elles étaient concernées). A notre connaissance, l'équipe de gynécologue n'ont pas suivis de formations continues.
Lorsque nous souhaiterions qu'une femme puisse avoir un constat médical ou simplement un contrôle gynécologique, nous n'avons aucune « vraies » ressources médicales dans le Canton. Nous devons aiguiller les femmes auprès des autres Cantons. A notre connaissance, aucun médecin ou gynécologue n'est spécialisé dans le domaine de l'excision dans notre Canton.

Quelle: Online-Befragung der regionalen FGM/C-Anlaufstellen, 2023 (n=13 Nennungen). Darstellung BASS

Tabelle 11: Dienstleistungen, die die regionalen FGM/C-Anlaufstellen vermissen bzw. sich für die Zukunft wünschen würden

Super wäre, wenn das Netzwerk mehr Ressourcen hätte, um zusammen mit den Anlaufstellen Weiterbildungen für Fachpersonen zu organisieren. Wir merken, dass viele Fachpersonen unsicher oder gar nicht sensibilisiert sind.
Falls möglich, Sensibilisierung des Kantons auf allen Ebenen: politisch, im Bildungswesen (Schulen), beim Hebammenverein, ...
Ich würde mir wünschen, mehr über Strategien zur Erreichbarkeit der Männer zu erfahren. Ein vielfältigeres Angebot von Referierenden Fachpersonen auch aus den Deutschschweizer Kantonen.
Le réseau suisse contre l'excision forme les multiplicatrices qui sont en lien avec les communautés : Comment encourager les multiplicatrices à rencontrer les institutions régionales, les points de contact pour développer ensemble des projets ... ? Le réseau suisse contre l'excision pourrait-il faciliter ces contacts ? Au niveau cantonal, pourrait-il aussi encourager une politique de lutte et d'information ?
Nous souhaiterions que le Réseau contre l'excision puisse avoir des contacts avec le Service de la cohésion multiculturelle pour les inciter à proposer des actions de prévention contre l'excision ou qu'il mette en réseau les Services du Canton qui accompagnent des femmes concernées par cette thématique ou encore qu'il organise des liens entre ces Services et les communautés migrantes concernées. Nous souhaiterions également que le Réseau contre l'excision ait des contacts avec le Service cantonal de la santé publique pour ces mêmes raisons.
Que les partenaires décideurs et politiques du canton soient plus motivés et impliqués « obligation légale »? Que les travailleurs sur le terrain puissent bénéficier de soutien pour leurs prestations.
Serait-il possible que le réseau Suisse contre l'excision demande à l'autorité responsable, qui est normalement financé par le canton pour la lutte contre les MGF, de réactiver son rôle de coordinateur cantonal et de remettre sur pied des rencontres annuelles des partenaires afin que ce programme de lutte contre les MGF dans le canton ne tombe pas dans l'oubli ?
Soutien financier.

Quelle: Online-Befragung der regionalen FGM/C-Anlaufstellen, 2023 (n=22, 8 Nennungen). Darstellung BASS

Tabelle 12: Begründungen zur Wichtigkeit, dass es für die Arbeit an der FGM/C-Anlaufstelle weiterhin ein nationales Kompetenzzentrum gibt, das die verschiedenen Dienstleistungen anbietet

Cela montre l'importance de la thématique aux autorités et soutien notre travail au quotidien.
Da die Fälle nicht sehr häufig vorkommen, ist es sehr wichtig, sich auf ein stets aktuelles Kompetenzzentrum berufen zu können, auch um sich stetig weiterzubilden.
Es braucht jemand, der die Adressen bündelt und der die Weiterbildungen organisiert. Es ist für mich als Gynäkologin sonst zu kompliziert die Übersicht zu behalten.
Für uns als kleiner Kanton mit keiner grossen Erfahrungsgrundlage bildet das Netzwerk eine wichtige Unterstützung.
Il faut harmoniser les protocoles d'accompagnement et de soutien pour lutter efficacement.
FGM/C ist ein nationales, interkantonal Problem.
Le réseau suisse c/excision est une ressource importante pour notre point de contact, tant pour les professionnels que pour les personnes concernées.
Nous avons besoin d'être encore guidées pour un certain temps, soutien dans les formations du personnel local.
Trotz viel Werbung und Vernetzung leisten wir wenig Beratungsarbeit. Die Erfahrungssammlung leidet darunter. Wir sind daher (noch) auf das Fachwissen und die Unterstützung des nationalen Kompetenzzentrums angewiesen.
Une source de motivation, de partage d'expériences et de formation continue.
Weil hier Informationen zusammenfliessen, gebündelt und bearbeitet werden. Es hat jemand den Gesamt-Lead.
Weil sich sonst keiner für diese Fälle verantwortlich fühlt.
Weiterbildungen für Fachpersonen, Backup für schwierige Fragen / Herausforderungen / Rechtliches, Öffentlichkeitsarbeit, Lobby-Arbeit.
Unsere Anlaufstelle hat gerade erst mit der Arbeit begonnen und ist sehr froh für die Unterstützung und den Erfahrungsaustausch.
Die Organisation von Treffen und dem Austausch der verschiedenen Akteure sind wichtig und können nicht von den kantonalen Anlaufstellen organisiert werden.
Il me semble important qu'une coordination au niveau national s'opère et permette d'avoir un cadre clair afin que les offices cantonaux puissent faire leur travail.
Il y a encore peu de relais au niveau cantonal, en tout cas au niveau de notre canton ; cette thématique n'a pas l'air être d'une extrême priorité.
La population migrante en Suisse est très importante, le nombre de femmes, filles concernées par les MGF restent élevé avec des conséquences sur la santé sexuelle importantes. C'est un problème de santé publique.
Soutien financier.
Bien que nous rencontrons très rarement ce genre de délit, il est nécessaire d'avoir un centre national pour faire respecter la loi suisse.

Quelle: Online-Befragung der regionalen FGM/C-Anlaufstellen, 2023 (n=22, 20 Nennungen). Darstellung BASS

A-3 Liste der befragten Personen und Stellen

A-3.1 Interviewpersonen Einzelgespräche

Aussensicht Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz

- Catherine Telley, Freiburger Fachstelle für sexuelle Gesundheit und Kontaktperson der regionalen Anlaufstelle im Kanton FR. Mitglied der Begleitgruppe des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz.
- Jasmine Abdulcadir, Leiterin Gynäkologin und Geburtshilfe am HUG, Kontaktperson einer regionalen Anlaufstelle im Kanton GE, Mitautorin von diversen Studien zu FGM/C-Prävalenzen in der Schweiz und Mitglied der Begleitgruppe des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz.
- Christiane Meier, Kantonsärztin des Kantons Zürich, ist am Aufbau einer regionalen FGM/C-Anlaufstelle im Kanton beteiligt.
- Thomas Gerber, Leiter «Brückenbauer» (interkulturelles Netzwerk) der Kantonspolizei Zürich.
- Jules Busslinger, Amtsvorsteher und Präsident KESB Uri; Alice Arnold, Fachperson Soziales KESB Uri.

Versorgungssituation Kantone ohne regionale FGM/C-Anlaufstelle

- Cornelia Egli-Angele, Leiterin Beratungsstelle für Partnerschaft & Schwangerschaft, Kanton Schaffhausen.
- Claudia Bertenghi, Abteilungsleiterin Triaplust AG (Integrierte Psychiatrie Uri, Schwyz und Zug) – Einzel-, Paar- und Familienberatung, Kanton Schwyz.
- Nadia Wiedmer, Therapeutin und Beraterin Fachstelle Beziehungsfragen Kanton Solothurn (FABESO)
- Sandra Giachetti, Beraterin und Sozialarbeiterin BENEFO, Beratungsstelle für Familienplanung, Schwangerschaft und Sexualität, Kanton Thurgau.
- Simone Haug, Beraterin und Therapeutin eff-zett das fachzentrum – Beratung und Prävention, Kanton Zug.
- Die Versorgungssituation in den Kantonen ZH und UR wurde im Rahmen der Expert/innen-Gespräche zur «Aussensicht Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz» thematisiert (vgl. weiter oben).

Datenlage

- Sektion Gesundheitsversorgung, Bundesamt für Statistik
- Sektion Gesundheit der Bevölkerung, Bundesamt für Statistik
- Abteilung Gesundheitsstrategien, Bundesamt für Gesundheit

Handlungsempfehlungen

- Irène Renz, Leiterin Abteilung Gesundheitsförderung und Stv. Leiterin Amt für Gesundheit Kanton Basel-Landschaft.
- Maria-Pia Politis Mercier, ehemalige Hebamme und Dozentin an der Haute École de Santé Vaud (HE-SAV), Mitglied der Begleitgruppe des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz.

A-3.2 Teilnehmende an Fokusgruppen

Fokusgruppe Trägerinnen Netzwerk gegen Mädchenbeschneidung Schweiz

- Simone Giger und Denise Schwegler, Caritas Schweiz
- Christine Sieber, Sexuelle Gesundheit Schweiz
- Elijah Strub, Interdisziplinäres Zentrum für Geschlechterforschung (IZFG)

Fokusgruppen Multiplikator/innen

- Tesfalem Ghebregiorghis
- Yohannes Berhane
- Ilhan Mohamed Aden
- Maryam Abdisalam
- Safiyo Hussein Abdi
- Qatro Shire
- Fatima Khatir
- Zahia Selmane
- Omayma El Tahir
- Amouna Abakar Moustapha
- Susuna Esayas

Fokusgruppe Stakeholder (Diskussion Handlungsempfehlungen)

- Sabina Hösli, Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit Bundesamt für Gesundheit BAG
- Branka Vukmirović, Abteilung Integration Staatssekretariat für Migration SEM
- Michelle Fongang, COSM – Service de la cohésion multiculturelle (NE), Mitglied der BG des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz
- Sibylle Ming, Sexuelle Gesundheit Aargau (ist eine regionale Anlaufstelle für FGM/C)
- Nadia Bisang, ehemals Caritas (Netzwerk) und Autorin des «Leitfadens für die professionelle Beratung im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich» (Bisang, 2019)