



Umfrage 2012

# Weibliche Genitalverstümmelung in der Schweiz

Risiko, Vorkommen, Handlungsempfehlungen

**Kontakt**

Schweizerisches Komitee für UNICEF  
Baumackerstrasse 24  
8050 Zürich  
Telefon 044 317 22 66  
Fax 044 317 22 77  
info@unicef.ch  
www.unicef.ch

**Impressum**

Weibliche Genitalverstümmelung in der Schweiz.  
Risiko, Vorkommen, Handlungsempfehlungen.  
Schweizerisches Komitee für UNICEF  
Baumackerstrasse 24  
CH-8050 Zürich

Zürich, 2013

## Editorial

Weltweit sind rund 130 Millionen Frauen beschnitten und alle 15 Sekunden erleidet ein kleines Mädchen dieses Schicksal. Die Konsequenzen für das Leben dieser Frauen und Mädchen sind vielschichtig: Schmerzen beim Harnlassen und beim Geschlechtsverkehr, wiederkehrende Infektionen des Urintrakts, Risiken bei der Geburt für Mutter und Kind, Fisteln sind nur einige Stichworte dazu.

Weibliche Genitalverstümmelung – eine Menschenrechtsverletzung mit lebenslangen Folgen – wird in verschiedenen Ländern praktiziert. Weder der Koran noch die Bibel, noch die Thora verlangen die Beschneidung der weiblichen Genitalien. Und trotzdem ist die Überwindung eine Herausforderung für Regierungen, Religionsführer und Akteure. Durch die veränderten Migrationsströme sind heute nahezu alle Teile der Welt gefordert, Mädchen vor der Verletzung ihrer körperlichen Integrität zu schützen. Dies gilt auch für die Schweiz. Aufgrund neuester Schätzungen muss davon ausgegangen werden, dass rund 10700 gefährdete oder betroffene Mädchen und Frauen in unserem Land leben.

UNICEF Schweiz und weitere Organisationen haben sich in den letzten zehn Jahren intensiv dafür eingesetzt, dass die Informationen über die Konsequenzen der weiblichen Genitalverstümmelung verbreitet und der Schutz der Mädchen vertieft wird. Erste Umfragen im Jahr 2001 und 2004 zeigten die Bedürfnisse auf. Guidelines für das Gesundheitspersonal und Informationsmaterialien wurden in Zusammenarbeit von Organisationen, Fachleuten und Migrationsfrauen entwickelt, die rechtlichen Bedingungen geklärt. Ein explizites Verbot der weiblichen Genitalverstümmelung folgte. Artikel 124 StGB trat am 1. Juli 2012 in Kraft, ein wichtiger Meilenstein zur Überwindung der Praktik in der Schweiz und zum Schutz von gefährdeten Mädchen.

Nun gilt es, gezielte Präventionsmassnahmen durchzuführen. Denn eine Strafnorm kann nur dann greifen, wenn gleichzeitig die Verhinderung der Straftat ermöglicht wird. Erfahrungen von UNICEF weltweit zeigen, dass Prävention und Repression sich ergänzen müssen, will man die Praktik überwinden. Um Präventionsbemühungen zielgerecht auszurichten und Bedürfnisse zu klären, ist die Auslotung der Situation, zehn Jahre nach der ersten Befragung, Voraussetzung.

Deshalb hat UNICEF Schweiz in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, der Schweizerischen Stiftung für die sexuelle und reproduktive Gesundheit und TERRE DES FEMMES Schweiz die Umfrage 2004 in leicht modifizierter Form im Sommer 2012 wiederholt. Die Arbeit wurde von der Arbeitsgruppe gegen weibliche Genitalbeschneidung in der Schweiz begleitet. Die Umfrageergebnisse zeigen auf, dass die weibliche Genitalverstümmelung nach wie vor ein Thema in den betroffenen Migrationsgemeinschaften ist und dass insbesondere Fachpersonen aus dem medizinischen und dem Sozialbereich, aber auch aus dem Asylbereich mit Betroffenen in Kontakt kommen und auf adäquate Informationen und Schulungen angewiesen sind. Präventionsmassnahmen zeigen Wirkung, doch deren Weiterentwicklung ist nötig.

Die Umfrage wurde möglich dank tatkräftiger Unterstützung. Unser Dank geht an alle Partnerorganisationen, an das Bundesamt für Gesundheit und das Bundesamt für Migration für die finanzielle Unterstützung. Danken möchten wir FehrAdvice & Partners AG für die unentgeltliche Bearbeitung und Auswertung der Daten.

Elsbeth Müller  
Geschäftsleiterin, UNICEF Schweiz

Die Umfrage zu weiblicher Genitalverstümmelung unter Fachpersonen in der Schweiz wurde ermöglicht durch die grosszügige Unterstützung von:



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
**Bundesamt für Gesundheit BAG**



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement EJPD  
**Bundesamt für Migration BFM**

Die Umfrage wurde realisiert in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, der Schweizerischen Stiftung für die sexuelle und reproduktive Gesundheit und TERRE DES FEMMES Schweiz.

Danken möchten wir der Firma FehrAdvice & Partners AG für das grosszügige Engagement. FehrAdvice & Partners AG hat die Bearbeitung und Auswertung der Daten unentgeltlich vorgenommen.

Unser Dank geht zudem an die nationale Arbeitsgruppe gegen weibliche Genitalbeschneidung in der Schweiz für die thematische Begleitung.

# Inhaltsverzeichnis

<b>I. Zusammenfassung</b> .....	5
<b>II. Organisation und Methode</b> .....	8
1. Ziel .....	8
2. Methode .....	8
3. Terminologie .....	8
4. Rücklauf – demographische Daten .....	8
<b>III. Resultate und Ergebnisse</b> .....	10
1. Erfahrungen mit weiblicher Genitalverstümmelung .....	10
2. Medizinischer Kontext .....	14
3. Gesellschaftsrelevanter Kontext .....	16
4. Herausforderungen und Kenntnisse .....	20
<b>Anhang 1</b> .....	22
Anzahl gefährdeter und/oder betroffener Mädchen und Frauen in der Schweiz: statistische Annäherung .....	22
Statistische Grundlagen .....	23
<b>Anhang 2</b> .....	24
Fragebogen .....	24
<b>Anhang 3</b> .....	28
Offene Antworten zu Fragebogen .....	28



# I. Zusammenfassung

## Ausgangslage

Nach 2001 und 2004 führte UNICEF Schweiz ein drittes Mal in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, der Schweizerischen Stiftung für die sexuelle und reproduktive Gesundheit und TERRE DES FEMMES Schweiz die Umfrage zur weiblichen Genitalverstümmelung durch. Ziel war es, Aufschluss über die heutige Situation zu erhalten und Voraussetzungen für Präventionsmassnahmen zu schaffen. Durch das Inkrafttreten der Strafnorm Artikel 124 StGB über das Verbot der weiblichen Genitalverstümmelung in der Schweiz kommt dem Schutz vor Beschneidung eine besondere Rolle zu. Umso wichtiger sind Erkenntnisse über Erfahrungen von direkt involvierten Personen.

Während sich die Umfrage im Jahr 2001<sup>1</sup> ausschliesslich auf die Gynäkologen und Gynäkologinnen beschränkte, wurden im Jahr 2004<sup>2</sup> auch Hebammen, Pädiater/-innen und Sozialstellen befragt. 2012 konnte die Befragung auf den Asylbereich ausgedehnt werden.

## Ergebnisse

**Kontakte:** 36 Prozent der Umfrageteilnehmenden behandelten oder berieten in den letzten 12 Monaten beschnittene Frauen und Mädchen. Dabei sind berufsbedingte Erfahrungen in allen Fachbereichen zu erkennen, was dem Charakter des Themas entspricht. In der französischsprachigen Schweiz hatten deutlich mehr Fachpersonen mit Betroffenen Kontakt. Hier bestätigt sich, was sich bereits in den Umfragen 2001 und 2004 abzeichnete, und widerspiegelt die Tatsache, dass mehr Migrantinnen aus Ländern mit hohen Prävalenzraten in der Westschweiz leben.

**Vorkommen:** Gynäkologen/-innen und Hebammen hatten im Jahr 2012 signifikant häufiger Kontakt mit beschnittenen Mädchen oder Frauen verglichen mit den anderen Berufsgruppen. Die weibliche Genitalverstümmelung ist ein sensibles und intimes Thema und wird häufig im Rahmen einer Schwangerschaft oder Geburt festgestellt. Insofern erstaunt dieses Ergebnis nicht. Auffälliger hingegen ist die Zunahme von Kontakten mit beschnittenen Mädchen und Frauen bei den Pädiatern/-innen. Ihre Arbeit konzentriert sich auf das Kind. Die Resultate könnten darauf hinweisen, dass Pädiater/-innen häufiger beschnittene Mädchen behandeln oder Mädchen, die Gefahr laufen, beschnitten zu werden. Fünf medizi-

nische Fachpersonen gaben zudem an, mit den Konsequenzen von akuten Komplikationen einer frischen Infibulation konfrontiert gewesen zu sein. Diese Tatsache deutet darauf hin, dass Frauen und Mädchen kurz vor oder während ihres Aufenthalts in der Schweiz beschnitten wurden. Dass Beschneidung auch bei den Mädchen vorkommt, zeigen zudem die Antworten zur Frage nach den Altersgruppen. Während 2 Prozent der festgestellten Verstümmelungen bei Mädchen im Alter von 0–4 Jahren diagnostiziert wurden, sind es im Alter von 5–9 Jahren bereits 6 Prozent, im Alter von 10–14 Jahren 7 Prozent und zwischen 15 und 19 Jahren 12 Prozent. Ob die Mädchen vor oder nach ihrer Ankunft in der Schweiz beschnitten wurden, bleibt offen.

**Betroffene:** Wie bereits im Jahr 2004 kamen die befragten Fachpersonen am meisten mit Betroffenen im Alter von 24–34 Jahren in Kontakt. Auch hier widerspiegelt sich, dass die Konsequenzen der weiblichen Genitalverstümmelung rund um Schwangerschaft und Geburt virulent werden. So geben auch 56 Prozent der Gynäkologen und Gynäkologinnen an, die Beschneidung anlässlich einer Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung festgestellt zu haben. Nicht anders stellt sich die Situation bei den Pädiatern/-innen dar. 46 Prozent stellen die Beschneidung im Rahmen einer generellen Untersuchung fest. Am häufigsten kamen Fachpersonen mit Betroffenen aus Somalia, Eritrea, Äthiopien und dem Sudan in Kontakt.

**Typen von weiblicher Genitalverstümmelung:** Zwar wurde die Typologie der weiblichen Genitalverstümmelung durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2008 leicht präzisiert, was insbesondere die Klitoridektomie (Typ I) und die Exzision (Typ II) betrifft. Der Vergleich zwischen 2004 und 2012 ist jedoch zulässig.

Der Vergleich zeigt einen bemerkenswerten Rückgang der festgestellten Infibulation (Typ III) und stabile Zahlen für die Exzision (Typ II). Auffällig aber ist die Zunahme der Klitoridektomie (Typ I) um 25 Prozent von 19 Prozent auf 44 Prozent.

Setzt man die festgestellten praktizierten Typen von Genitalverstümmelung nach Klassifikation der WHO in Beziehung zu den Ursprungsländern, zeigt sich das folgende Bild: In der Schweiz ist der Anteil Mädchen und Frauen aus Ursprungsländern mit praktizierender Infibulation und Exzision besonders hoch. Auch hat der Anteil der Migrantinnen aus diesen Ländern

in den vergangenen Jahren zugenommen. Ein hoher Anteil Infibulation – der schmerzlichsten Form der Verstümmelung – und ein geringerer Anteil Klitoridektomie wären somit nachvollziehbar. Die Zahlen sprechen jedoch eine andere Sprache: Die Anzahl Infibulation hat um zehn Prozentpunkte abgenommen, während die Klitoridektomie um 25 Prozentpunkte zugenommen hat. Dieses Ergebnis könnte ein Indiz dafür sein, dass die Information und die Sensibilisierungsarbeit der letzten Jahre zu mehr Diagnosen von weiblicher Genitalverstümmelung, insbesondere des Typs I, führten. Diese Form von Genitalverstümmelung ist schwierig zu erkennen. Möglich ist auch, dass trotz zunehmender Einwanderung aus Staaten mit hoher Prävalenz für Infibulation die Beschneidung im Ursprungsland abgenommen hat und somit weniger beschnittene Frauen einwandern. Weiter ist möglich, dass im Zuge der Diskussion um die Strafnorm Eltern von der schwersten Form der Beschneidung (Typ IV) zu einer leichteren Form (Typ I) übergangen. Eine abschliessende Interpretation lassen die Daten jedoch nicht zu.

**Medizinische Probleme:** Weibliche Genitalverstümmelung wird einerseits im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen sowie bei generellen medizinischen Untersuchungen – insbesondere bei den Mädchen – festgestellt. Die gesundheitlichen Probleme betreffen mit 32 Prozent vor allem die chronischen Schmerzen und die regelmässig wiederkehrenden Infektionen des Urintraktes (17 Prozent). 3 Prozent der Umfrageteilnehmenden nannten Fisteln im Zusammenhang mit der Genitalverstümmelung als Grund für die medizinische Behandlung. 52 Prozent der medizinischen Fachpersonen mussten bereits einmal medizinische Konsequenzen der Verstümmelung behandeln. 48 Prozent bemerkten, dass sie keine medizinischen Probleme im Zusammenhang mit der Beschneidung feststellten.

**Was tun bei Verdachtsfällen:** Über 90 Prozent der Fachpersonen aller Fachgebiete fühlen sich verpflichtet, Verdachtsfälle bei Vormundschaftsbehörden, Sozialdiensten, Polizei oder Kinderschutzgruppen zu melden. Auffällig ist die geringere Ausprägung des Verpflichtungsgefühls in den französischsprachigen Teilen der Kantone Wallis und Freiburg. Sie weichen mit 80 Prozent im französischsprachigen Wallis und 67 Prozent im französischsprachigen Freiburg um signifikante Prozentpunkte vom Durchschnitt der Kantone (96 Prozent) ab.

**Informationsbedarf:** Trotz grossen Anstrengungen in den letzten Jahren ist der Informationsbedarf bei den Fachpersonen nach wie vor gross. Werden heute weniger die rechtlichen Probleme von Fachpersonen aus dem medizinischen Bereich als Herausforderung betrachtet, sind es vielmehr die mangelnden Fertigkeiten bei psychologischen und sozialen Fragestellungen sowie die Gesprächsführung bei sensiblen Themen.

59 Prozent der Fachpersonen greifen zudem auf Informationsmaterialien zurück und 51 Prozent auf Beratungsstellen. Damit kommt den beiden Informationsangeboten eine wichtige Bedeutung zu. Unterschiede in der Nutzung von Hilfsangeboten sind im Vergleich der Berufsgruppen auszumachen. Fachpersonen aus dem medizinischen Bereich nutzen vor allem Beratungsstellen (53 Prozent), gefolgt von interkulturellen Vermittlern/-innen (51 Prozent). Fachpersonen aus dem Sozialbereich nutzen vor allem Informationsmaterialien (67 Prozent), gefolgt von interkulturellen Vermittlern/-innen (44 Prozent), und Personen aus dem Asylbereich nutzen in erster Linie Informationsmaterialien (89 Prozent), gefolgt von Beratungsstellen (63 Prozent).

**Einbindung in Ausbildungslehrplan und in die Weiterbildung:** Bereits die Umfrage 2004 wies ein grosses Interesse aus, die Wissensvermittlung über weibliche Genitalverstümmelung in die berufliche Aus- und Weiterbildung zu integrieren. 2012 stieg die Anzahl der Ja-Stimmen um 5,9 Prozent von 88 Prozent auf 93,9 Prozent. Damit kann von einem einheitlichen Wunsch der Fachpersonen ausgegangen werden unabhängig vom Fachbereich. Auffällig ist, dass die Thematik der weiblichen Genitalverstümmelung stärker in der Aus- und Weiterbildung des medizinischen Fachbereichs (50 Prozent) verankert ist, gefolgt vom Sozialbereich (38 Prozent) und vom Asylbereich (34 Prozent). Überdies zeigt sich eine Korrelation zwischen Fachpersonen aus dem Sozial- und Asylbereich mit besuchten Ausbildungskursen zur Thematik der weiblichen Genitalverstümmelung und der Beratung von Frauen aus Ländern mit hohen Prävalenzraten. Die Zahlen deuten darauf hin, dass der Besuch von Aus- und Weiterbildung eine sinnvolle Präventionsmassnahme ist.



## Handlungsempfehlungen

Die Umfrageergebnisse zeichnen verglichen mit 2004 ein ähnliches Bild, wenn auch in bestimmten Bereichen die einzelnen Aspekte eine stärkere Ausprägung erfahren haben. Die Resultate weisen darauf hin, dass nach wie vor verschiedene Handlungsfelder bestehen, will man Mädchen vor der weiblichen Genitalverstümmelung wirksam schützen.

Die Umfrage gibt keine Antwort auf die Frage nach den Gründen für die Beschneidung von Mädchen. Dies war auch nicht das Ziel dieser Studie. Trotzdem widerspiegeln die Resultate die Tatsache, dass Frauen und Mädchen von Genitalverstümmelung bedroht oder betroffen sind – auch in der Schweiz. Eine wirkungsvolle Präventionsarbeit muss daher diesen Aspekt berücksichtigen, will man Ressourcen zielgerichtet einsetzen.

Frauen und Mädchen, die beschnitten sind oder Gefahr laufen, beschnitten zu werden, werden vor allem von medizinischen Fachpersonen und Fachleuten aus dem Sozial- und Asylbereich betreut. Der Zugriff auf adäquate Informationen spielt dabei eine wichtige Rolle. Die Korrelation zwischen genossener Aus- und Weiterbildung und Betreuung von Betroffenen zeigt, dass die Einbindung in die Lehrpläne vordringlich ist. Dabei geht es nicht ausschliesslich um Wissensvermittlung. Vielmehr ist die Gesprächsführung zu schulen, vor allem wenn es darum geht, sensible Themen wie die weibliche Genitalverstümmelung anzusprechen. Zudem sind psychologische und soziale Aspekte zu behandeln, um die bestmögliche Beratung von betroffenen Frauen und Mädchen zu ermöglichen.

Fachpersonen greifen zudem auf Beratungsstellen zurück. Voraussetzung für eine qualitativ gute Betreuung der Betroffenen ist auch hier die Möglichkeit zur Weiterbildung und der Zugriff auf gutes Informationsmaterial.

Handlungsbedarf besteht in der Wissensvermittlung über das geltende Melderecht und die geltende Meldepflicht in den jeweiligen Kantonen unter Einbezug ethisch-rechtlicher Fragen.

- 1 Jäger, F.; Schulze, S.; Hohlfeld, P.: Female genital mutilation in Switzerland: a survey among gynaecologists. *Swiss Medical Weekly* 2002; 132:259–264.
- 2 Schweizerisches Komitee für UNICEF (Hg.): Mädchenbeschneidung in der Schweiz. Umfrage bei Schweizer Hebammen, Gynäkologen/-innen, Pädiatern/-innen und Sozialstellen. Zürich 2005, sowie: Low, Nicola; Marti, Colette; Egger, Matthias (2005): Mädchenbeschneidung in der Schweiz: Umfrage von UNICEF Schweiz und der Universität Bern. *Schweizerische Ärztezeitung*; 86: Nr. 16, 970–973.

## II. Organisation und Methode

### 1. Ziel

Die Umfrage 2012 wurde in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, der Schweizerischen Stiftung für die sexuelle und reproduktive Gesundheit und TERRE DES FEMMES Schweiz durchgeführt.

Ziel der Studie war es, neue Erkenntnisse über Risiko, Vorkommen und Handlungsbedarf zu erhalten. Der folgende Bericht fasst die wichtigsten Ergebnisse thematisch zusammen, wobei statistisch signifikante Unterschiede eigens hervorgehoben sind. Zudem sind signifikante Unterschiede zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und zwischen den Umfragen 2004 und 2012 erwähnt. Die offenen Antworten finden sich im Anhang 1.

### 2. Methode

Die Umfrage wurde mittels eines Online-Fragebogens realisiert. Dank der Unterstützung verschiedener Berufsverbände konnten 5950 Personen oder Stellen angeschrieben werden. Der Versand des Fragebogens erfolgte im Juli 2012. Vier Wochen später folgte ein Erinnerungsschreiben. Fachpersonen des Asylbereichs erhielten den Fragebogen von den Zuständigen der kantonalen Asylkoordination. Die Umfrageergebnisse des Asylbereichs sind daher mit einer gewissen Vorsicht zu lesen, da Selbstselektionseffekte nicht ausgeschlossen werden können.

Befragt wurden Pädiater/-innen, Hebammen, Gynäkologen/-innen, Mütter- und Väterberater/-innen, Sozialarbeiter/-innen, interkulturelle Übersetzer- und Vermittler/-innen, Fachpersonen aus dem Asylbereich sowie Fachpersonen für sexuelle Gesundheit in Bildung und Beratung. Die einzelnen Berufsgruppen erhielten einen Fragebogen, der leicht modifiziert und auf ihren Fachbereich abgestimmt war.

Die statistische Signifikanz der Unterschiede zwischen einzelnen Teilnehmergruppen der Umfrage (Fachbereich, Berufsgruppe, Geschlecht usw.) wurde mit Chi-Quadrat-Tests bzw. mit Z-Tests überprüft. Odds Ratios und 95 Prozent Vertrauensintervalle wurden verwendet, um Richtung und Stärke des Zusammenhangs zwischen den Antworten bezüglich des Erhebungsjahres zu quantifizieren. Alle Antworten wurden auf ihre statistische Signifikanz getestet. Die statistisch signifikanten Unterschiede zwischen verschiedenen Teilnehmer-

gruppen sowie den Erhebungsjahren sind im Text gekennzeichnet, entweder durch die Angaben der Odds Ratios oder Chi-Quadrat-Werte oder durch einen textlichen Hinweis zur statistischen Signifikanz, wenn der Unterschied mittels eines Z-Tests ermittelt wurde. Das Signifikanz-Niveau bei den Z-Tests betrug durchgehend mindestens 5 Prozent.

### 3. Terminologie

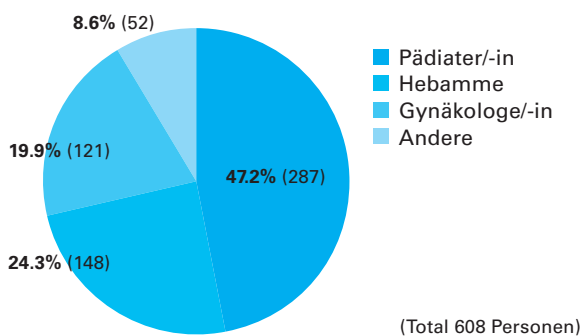
Um die Darstellung der Grafiken zu optimieren, wurden gewisse Berufsbezeichnungen in der Auswertung wie folgt abgekürzt:

- «Pflegefachfrau/Pflegefachmann mit Schwerpunkt Pädiatrie»: neu «Pflegefachfrau/Pflegefachmann Pädiatrie»
- «Interkulturelle/-r Übersetzer- und Vermittler/-in»: neu «Interkulturelle/-r Vermittler/-in»
- «Fachperson für sexuelle Gesundheit in Bildung und Beratung»: neu «Fachperson für sexuelle Gesundheit»

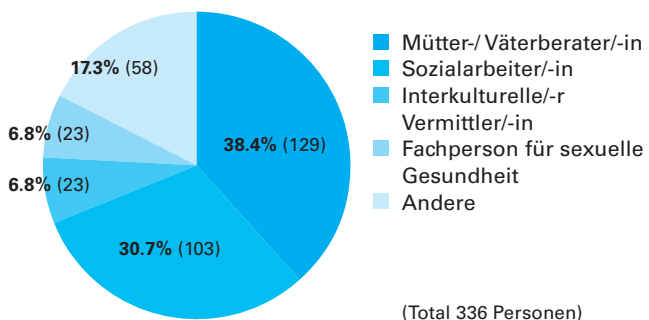
### 4. Rücklauf – demographische Daten

Im Jahr 2012 wurden 5950 Fachpersonen und Fachstellen zur Teilnahme an der Umfrage eingeladen. 1053 Personen haben an der Umfrage teilgenommen, davon 806 Frauen. Da nicht alle Antwortbögen komplett ausgefüllt wurden bzw. aufgrund von Umfrage-Filtern nicht alle Fragen beantwortet werden mussten, kann die Anzahl der teilnehmenden Personen je nach Frage abweichen. 47,2 Prozent der Umfrageteilnehmenden im medizinischen Bereich gehören zur Gruppe der Pädiater/-innen, gefolgt von den Hebammen mit 24,3 Prozent und den Gynäkologen/-innen mit knapp 20 Prozent (Grafik 1). Im Sozialbereich beteiligten sich vor allem Mütter- und Väterberater/-innen (38,4 Prozent) sowie Sozialarbeiter/-innen (30,7 Prozent) (Grafik 2). Im Asylbereich sind knapp 60 Prozent der Umfrageteilnehmenden Sozialarbeiter/-innen, die restlichen 40 Prozent setzen sich aus verschiedenen Berufsgruppen zusammen (Grafik 3). Unter diesen verschiedenen Berufsgruppen sind Migrationsfachpersonen und Personen aus dem Bereich Administration/Management besonders häufig vertreten (Anhang 1, Ergänzung zu Grafik 3).

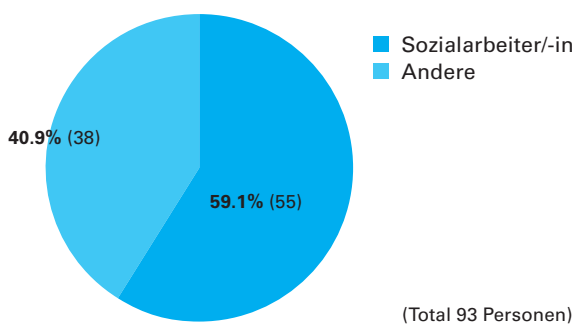
Grafik 1: **Umfrageteilnehmende im medizinischen Bereich nach Berufsgruppe**



Grafik 2: **Umfrageteilnehmende im Sozialbereich nach Berufsgruppe**



Grafik 3: **Umfrageteilnehmende im Asylbereich nach Berufsgruppe**



### III. Resultate und Ergebnisse

#### 1. Erfahrungen mit weiblicher Genitalverstümmelung

##### Berufliche Erfahrungen im Kontakt mit beschnittenen Mädchen und Frauen

372 von 1025 Umfrageteilnehmenden haben angegeben, durch ihre Berufstätigkeit mindestens einmal in Kontakt mit beschnittenen Mädchen oder Frauen gekommen zu sein. Im medizinischen Bereich waren dies 40 Prozent, im Sozialbereich 27 Prozent.

Die Kontaktrate im Asylbereich liegt mit 42 Prozent erstaunlich hoch. Allerdings wurden die Umfrageteilnehmenden im Asylbereich – anders als die übrigen Teilnehmenden – nicht direkt angeschrieben, sondern durch die kantonalen Asylkoordinatoren auf die Umfrage hingewiesen. Selbstselektionseffekte könnten daher ein Grund für die hohe Kontaktrate sein. Vorstellbar ist etwa, dass Asylkoordinatoren verstärkt Fachpersonen ansprachen, von denen sie vermuteten, dass sie Kontakt mit beschnittenen Mädchen oder Frauen hatten (Grafik 4,  $\chi^2: p = 0.000$ ).

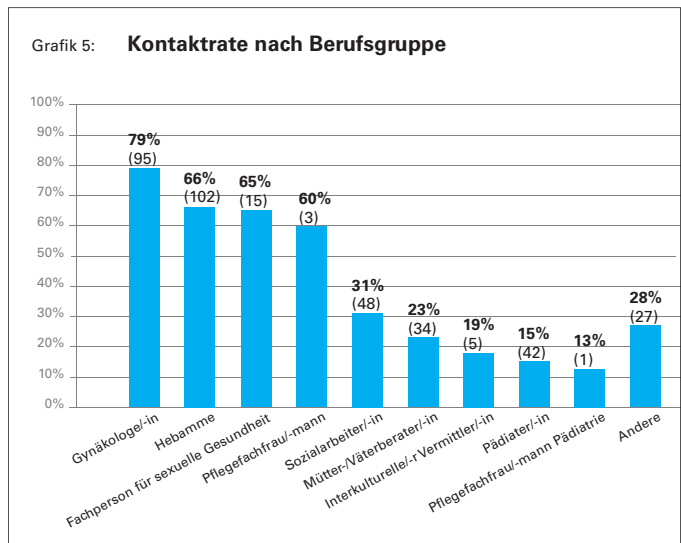
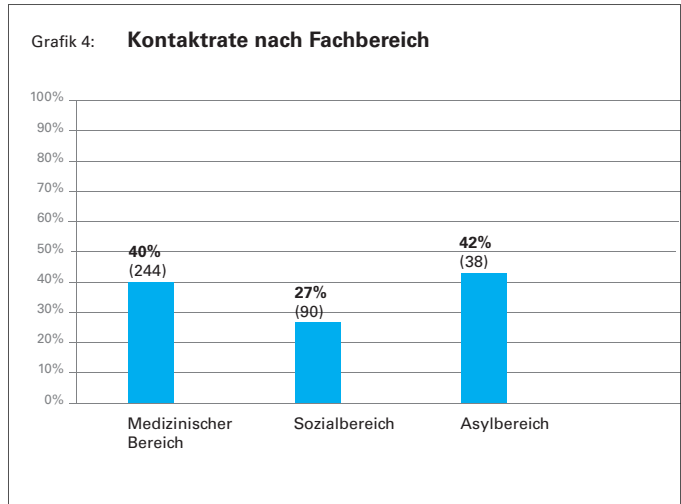
##### Kontakt mit Betroffenen nach Berufsgruppe

Gynäkologen/-innen und Hebammen hatten im Vergleich zu den anderen Berufsgruppen statistisch signifikant am häufigsten beschnittene Mädchen oder Frauen behandelt. Dies ist nicht weiter erstaunlich, da diese Berufsgruppe Frauen vor, während und nach der Geburt betreut. Bei den Berufsgruppen Pflegefachfrau/-mann und Pflegefachfrau/-mann Pädiatrie ist die Fallzahl sehr tief. Ein Quervergleich mit den Ergebnissen der anderen Berufsgruppen ist daher nicht möglich (Grafik 5).

##### Kontaktrate im medizinischen Bereich im Vergleich zum Jahr 2004

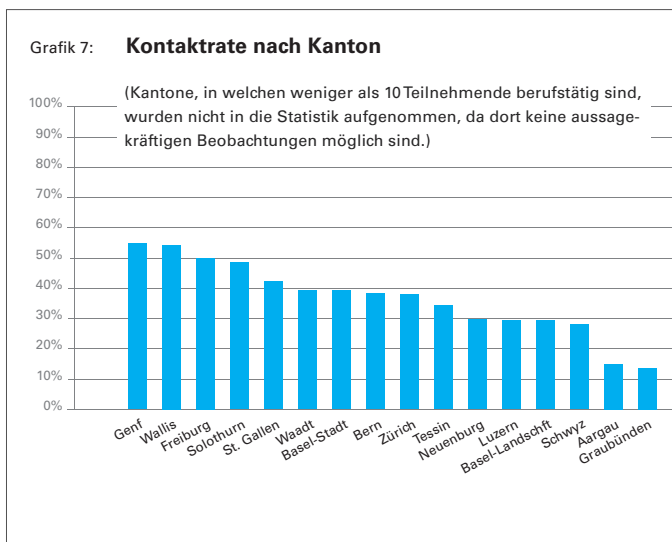
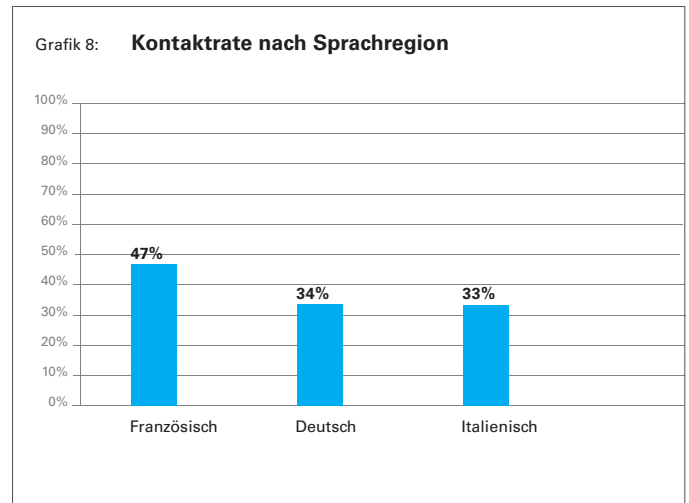
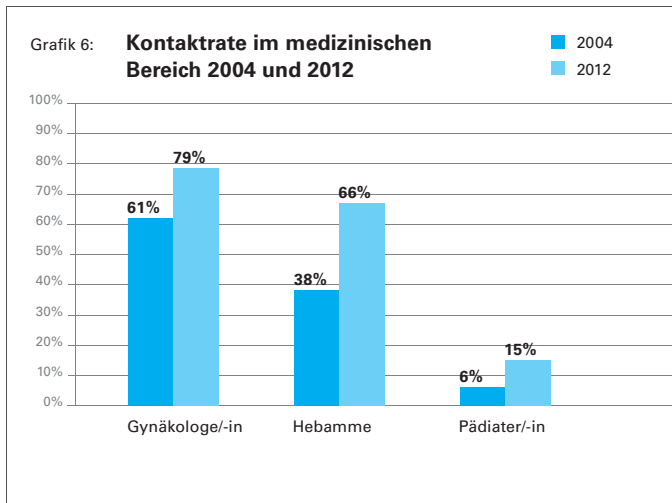
Alle drei Berufsgruppen aus dem medizinischen Bereich haben im Jahr 2012 deutlich häufiger beschnittene Mädchen oder Frauen behandelt verglichen mit dem Jahr 2004. Besonders deutlich stieg der Anteil bei Pädiatern/-innen und Hebammen. Gynäkologen/-innen sind weiterhin statistisch signifikant am häufigsten mit weiblicher Genitalverstümmelung konfrontiert (Grafik 6).

Erstaunen muss der Anstieg bei den Pädiatern/-innen von 6 auf 15 Prozent, denn diese Fachgruppe kümmert sich um die medizinische Versorgung von Kindern. Die Zunahme würde bedeuten, dass Pädiater/-innen mehr beschnittene Mädchen behandeln.



Ob dies auf die verstärkte Immigration aus Ländern mit hohem Vorkommen zurückzuführen ist, auf eine verstärkte Sensibilisierung der Pädiater/-innen oder ob mehr Mädchen beschnitten werden, lässt sich daraus nicht ableiten.

Im Durchschnitt hatten mehr weibliche als männliche Fachpersonen Kontakt mit beschnittenen Frauen. Hier gilt zu beachten, dass überdurchschnittlich viele männliche Umfrageteilnehmer Pädiater waren und diese im Vergleich zu anderen Berufsgruppen seltener angaben, mit beschnittenen Mädchen oder Frauen in Kontakt gekommen zu sein.



Überdies ist zu beachten, dass möglicherweise eher diejenigen Fachpersonen geneigt waren, an der Umfrage teilzunehmen, welche bereits mit weiblicher Genitalverstümmelung konfrontiert worden sind, als solche, die bisher noch keine Erfahrungen mit dem Thema gemacht haben.

### Regionale Unterschiede im Kontakt mit beschnittenen Mädchen und Frauen

Kantonale Unterschiede in Bezug auf die Häufigkeit von Kontakten zu beschnittenen Mädchen oder Frauen lassen sich nur minimal feststellen. Einzig die Kantone, welche eine besonders hohe Kontaktrate aufweisen, unterscheiden sich statistisch signifikant von den Kantonen, welche eine besonders niedrige Kontaktrate aufweisen (Grafik 7). Fachpersonen in französischsprachigen Kantonen begegnen weiblicher Genitalverstümmelung häufiger (Grafik 8;  $\chi^2$ :  $p = 0.001$ ). Eine Erklärung dafür könnte sein, dass der Anteil Migrantinnen aus Ländern mit hohen Prävalenzraten in der Romandie höher ist.

### Durchschnittliche Anzahl der Begegnungen in den letzten 12 Monaten

Sowohl im Jahr 2004 als auch im Jahr 2012 wurden durchschnittlich 1,4 Frauen mit Genitalverstümmelung medizinisch behandelt. Damit lässt die im Vergleich zu 2004 scheinbar gestiegene Kontaktrate nicht zwangsläufig darauf schliessen, dass auch tatsächlich mehr Fälle in den letzten 12 Monaten beobachtet wurden. Eine mögliche Erklärung könnte auch sein, dass sich die Wahrscheinlichkeit erhöht, eine beschnittene Frau zu behandeln, je länger eine Fachperson im Beruf tätig ist.

### Typen von weiblicher Genitalverstümmelung

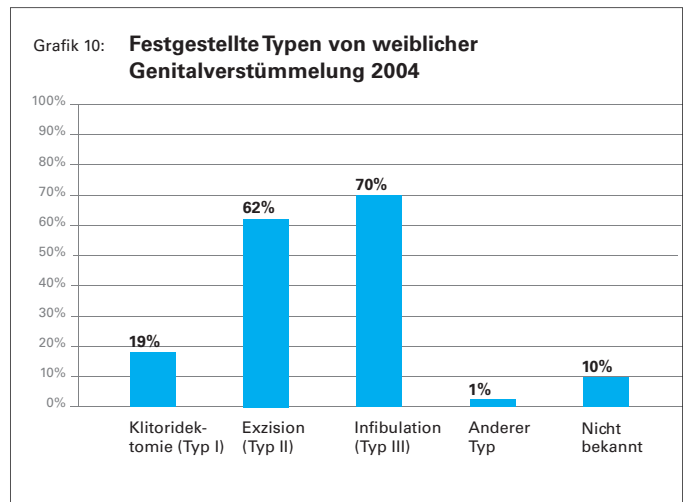
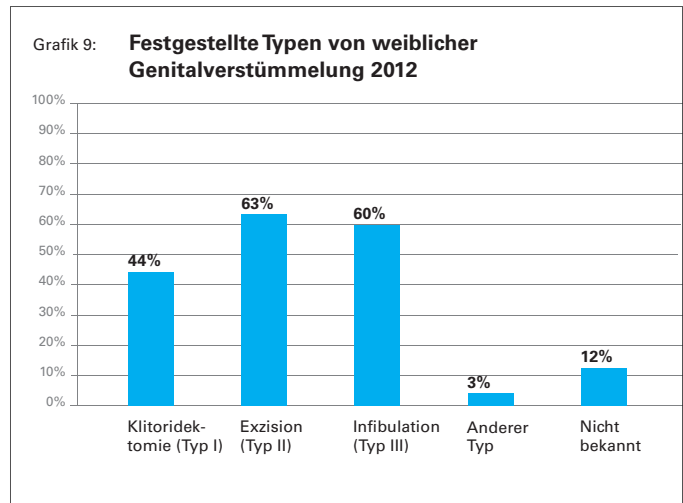
Wie 2004 wurde auch 2012 nach dem Typ weiblicher Genitalverstümmelung gefragt. 2012 diente die neue Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Massstab für die Bezeichnung und Beschreibung der verschiedenen Genitalverstümmelungstypen. Die WHO präziserte diese Klassifikation im Jahr 2008 und dabei insbesondere die Typen I und II. Die Einteilung in vier Typen erfuhr keine Veränderung.

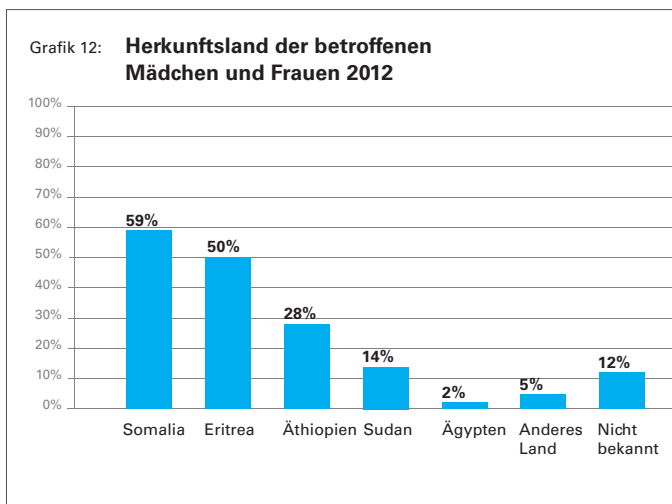
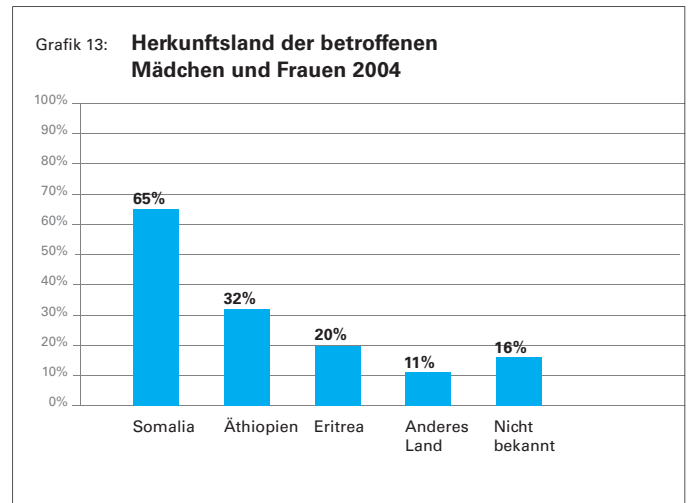
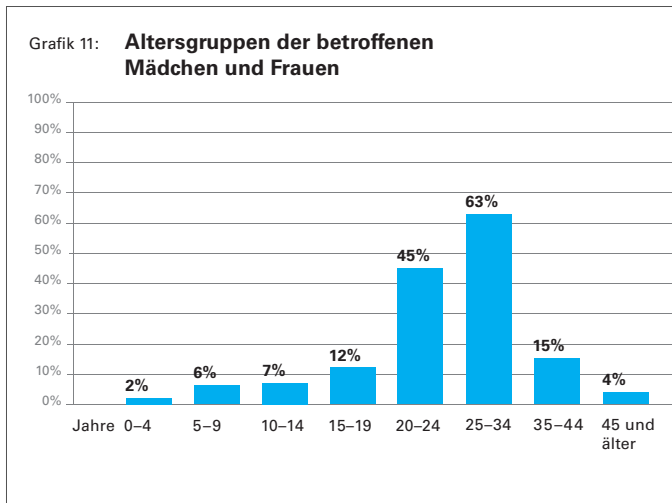
Diese aktuelle Klassifikation unterscheidet vier Arten der weiblichen Genitalverstümmelung:

- Klitoridektomie (Typ I): Teilweise oder vollständige Entfernung der Klitoris und/oder der Klitorisvorhaut.
- Exzision (Typ II): Teilweise oder vollständige Entfernung der Klitoris und der kleinen Schamlippen, mit oder ohne Entfernung der grossen Schamlippen.
- Infibulation (Typ III): Verengung der Vaginalöffnung und Schaffung eines Verschlusses durch Ausschneiden und Zusammenfügen der kleinen Schamlippen und/oder der grossen Schamlippen, mit oder ohne Entfernung der Klitoris.
- Typ IV: Alle anderen schädlichen Eingriffe, die die weiblichen Genitalien verletzen und keinem medizinischen Zweck dienen, zum Beispiel: Einstechen, Durchbohren, Einschneiden, Ausschaben und Ausbrennen oder Verätzen.

Wie bereits 2004 wurden Exzision (Typ II) und Infibulation (Typ III) am häufigsten genannt. Auffällig ist der Rückgang der festgestellten Infibulation um 10 Prozentpunkte und die Zunahme der Klitoridektomie (Typ I) um 25 Prozentpunkte.

Die Abnahme der festgestellten Infibulation könnte darauf hindeuten, dass trotz stärkerer Einwanderung aus Ländern mit hohen Prävalenzraten des Typs III (Grafik 12) diese schmerzhafteste Form weniger praktiziert wird. Die starke Zunahme der Klitoridektomie (Typ I) zwischen 2004 und 2012 (Grafiken 9 und 10) kann unterschiedlich erklärt werden. So könnte die Sensibilisierung der medizinischen Fachpersonen zu einem besseren Erkennen der Klitoridektomie geführt haben. Möglich wäre auch, dass die Information und Sensibilisierung der Migrationsbevölkerung dazu führte, dass die Klitoridektomie (Typ I) einer schmerzhafteren Form vorgezogen wurde.





sind statistisch signifikant (Grafik 12). Im Vergleich zu 2004 scheint der Anteil an beschnittenen Mädchen und Frauen aus Eritrea gestiegen und der Anteil der Mädchen und Frauen aus Somalia und Äthiopien leicht gesunken zu sein (Grafik 13).

Statistisch signifikant mehr Fachpersonen aus der französischsprachigen Schweiz haben angegeben, mit betroffenen Personen aus Äthiopien in Kontakt gekommen zu sein.

Die Länder Sudan und Ägypten wurden in der Umfrage 2012 mit berücksichtigt. Insbesondere das Herkunftsland Sudan wurde mit 14 Prozent häufig angegeben. In der Gruppe anderes Land befinden sich vornehmlich westafrikanische Herkunftsländer.

### Altersgruppen der betroffenen Mädchen und Frauen

Die an der Umfrage teilnehmenden Fachpersonen kamen wie im Jahr 2004 vor allem mit Betroffenen im Alter von 20–34 Jahren in Kontakt (Grafik 11).

### Herkunftsländer der Betroffenen

Ein Grossteil der beschnittenen Mädchen und Frauen stammt aus Ländern, die ein hohes Vorkommen von Genitalverstümmelung aufweisen. 59 Prozent der Fachpersonen gaben an, Mädchen oder Frauen aus Somalia betreut zu haben, die Hälfte der Umfrageteilnehmenden nannte Eritrea als Ursprungsland, gefolgt von Äthiopien mit 28 Prozent. Diese Unterschiede

## 2. Medizinischer Kontext

### Feststellung der Genitalverstümmelung

Bei den Gynäkologen/-innen wurden weibliche Genitalverstümmelungen am häufigsten bei Voruntersuchungen während der Schwangerschaft (56 Prozent) und bei generellen Untersuchungen (50 Prozent) festgestellt. 31 Prozent der Gynäkologen/-innen gaben zudem an, eine weibliche Genitalverstümmelung bei einer Geburt festgestellt zu haben (Grafik 14).

Bei den Pädiatern/-innen stellten 46 Prozent die Genitalverstümmelung in einer generellen Untersuchung fest. 39 Prozent gaben an, die Verstümmelung in einem anderen Zusammenhang festgestellt zu haben. Dieses Resultat ist mit dem ärztlichen Fachgebiet zu erklären, da Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen und Geburten nicht zum Fachbereich der Pädiater/-innen gehören (Grafik 15).

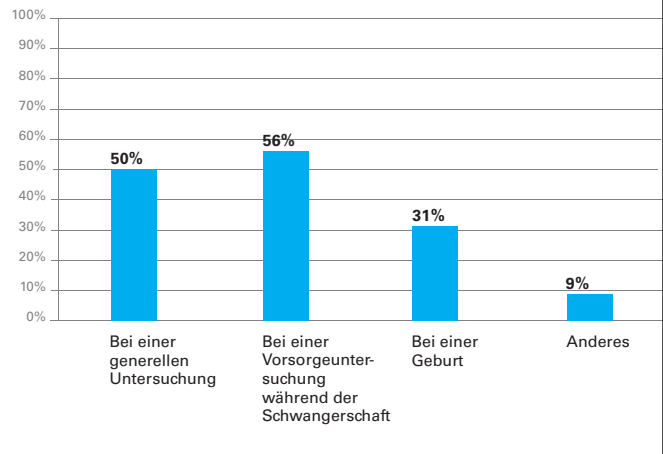
Im Gegensatz dazu stehen die Hebammen, die die Genitalverstümmelungen zu 65 Prozent bei einer Geburt feststellen konnten sowie zu 40 Prozent bei einer Vorsorgeuntersuchung während der Schwangerschaft (Grafik 16). Im Rahmen der offenen Antworten gaben Hebammen ausserdem an, Genitalverstümmelungen nach der Geburt oder im Wochenbett festgestellt zu haben.

### Klinische Probleme im Zusammenhang mit der Genitalverstümmelung

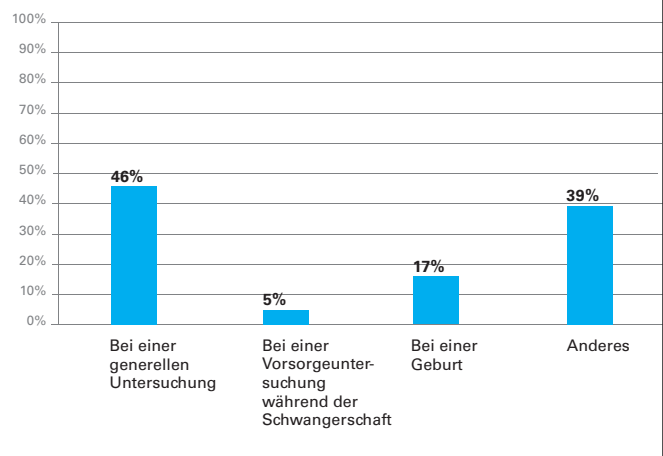
Chronische Schmerzen sowie wiederkehrende Infektionen des Utrinktraktes sind mit 32 Prozent bzw. 17 Prozent die am häufigsten erfassten klinischen Probleme im Zusammenhang mit der Genitalverstümmelung. Hervorzuheben ist, dass 2 Prozent der Fachpersonen im medizinischen Bereich, die bereits Betroffene behandelt haben, akute Komplikationen einer frischen Infibulation feststellten. In absoluten Zahlen entspricht dies fünf medizinischen Fachpersonen. Diese Zahlen deuten darauf hin, dass die Verstümmelung erst kurz vor dem Aufsuchen des Arztes erfolgte.

48 Prozent der medizinischen Fachpersonen gaben an, keine Probleme im Zusammenhang mit der Genitalverstümmelung festgestellt zu haben (Grafik 17). Im Rahmen der offenen Antworten wurden weiter Probleme bei einer Geburt sowie sexuelle und psychische Probleme genannt.

Grafik 14: Zeitpunkt der Feststellung der Genitalverstümmelung durch Gynäkologen/-innen



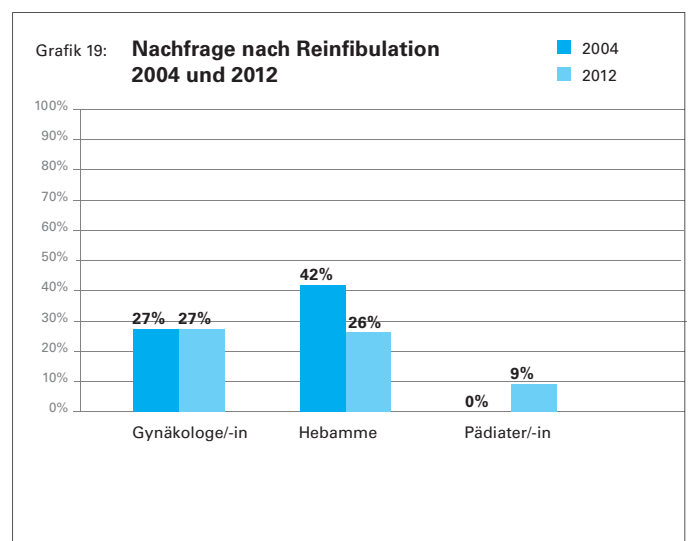
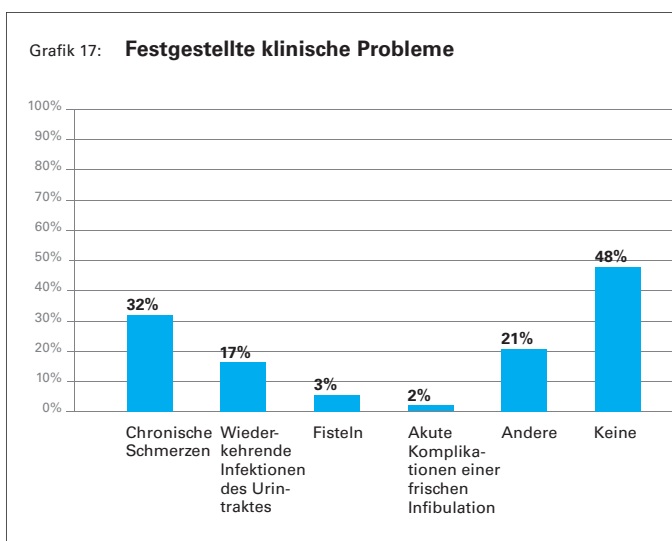
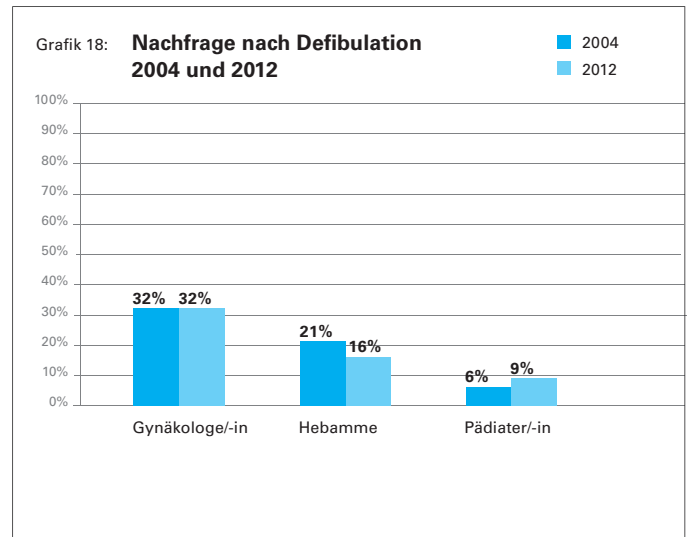
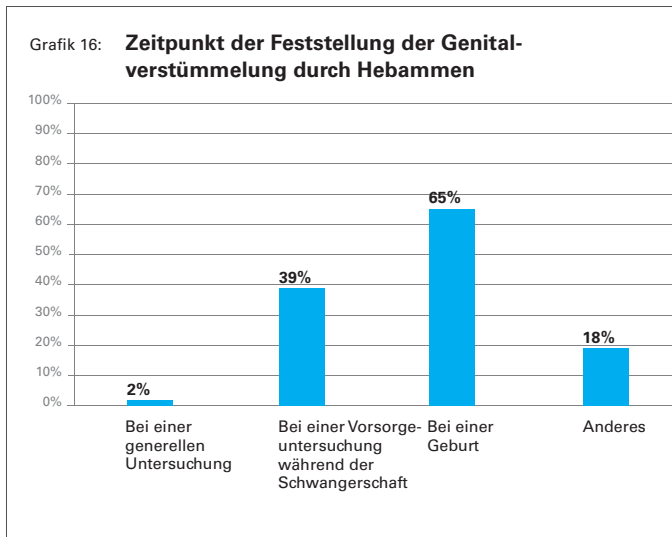
Grafik 15: Zeitpunkt der Feststellung der Genitalverstümmelung durch Pädiater/-innen



### Defibulation

32 Prozent der Gynäkologen/-innen gaben an, bereits gebeten worden zu sein, eine Defibulation durchzuführen, d.h. die zusammengewachsenen Schamlippen aufzuschneiden (Grafik 18). Verglichen mit der Umfrage 2004 blieben die Zahlen stabil. Feststellbar ist ein regionaler Unterschied. In der französischsprachigen Schweiz wurde statistisch signifikant häufiger um die Durchführung einer Defibulation gebeten.

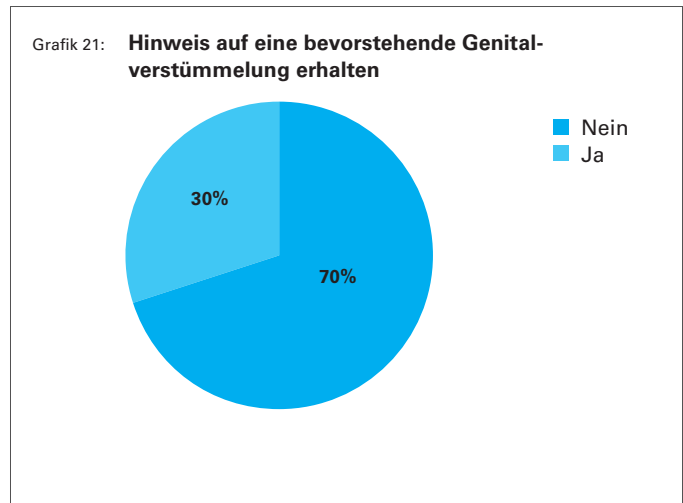
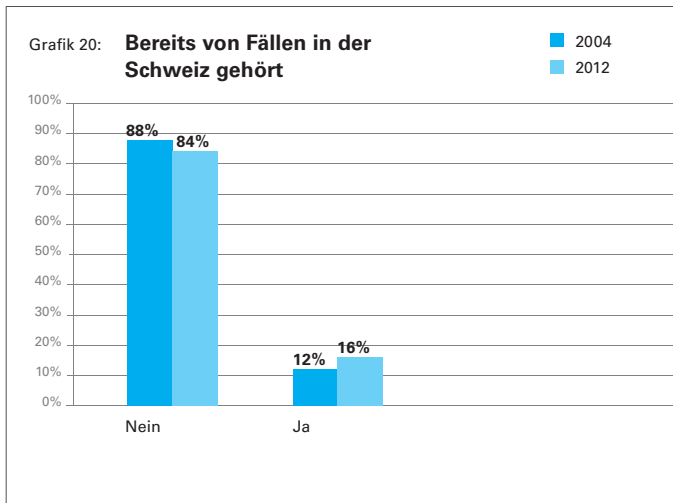




### Reinfibulation

Da zur Verhinderung von Geburtskomplikationen bei einer infibulierten Frau eine Defibulation vorgenommen werden muss, wünschen sich einige Frauen nach der Geburt eine Reinfibulation und damit ein Wiederschließen der Öffnung. Der Anteil der Frauen, die Hebammen um eine Reinfibulation nach einer Geburt gebeten haben, ist 2012 um 16 Prozent gesunken verglichen mit 2004 (odds ratio 2.1, 95 Prozent CI 1.2 bis 3.8,  $p = 0.006$ ). Jedoch ist der Anteil der Pädiater/-innen, die um eine Reinfibulation gebeten worden sind, von 0 auf 9

Prozent angestiegen (Grafik 19). Insgesamt 8 Fachpersonen gaben an, auf Wunsch der Patientin schon einmal eine Reinfibulation durchgeführt zu haben.



### 3. Gesellschaftsrelevanter Kontext

#### Informationen über Genitalverstümmelungsfälle in der Schweiz

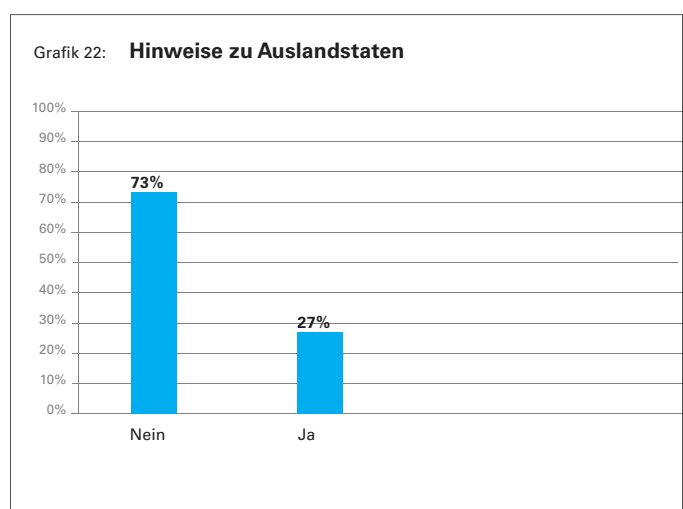
Nur 16 von 1005 antwortenden Personen berichteten, gefragt worden zu sein, wo die Durchführung einer Genitalverstümmelung in der Schweiz möglich sei – ein ähnlich niedriger Stand wie im Jahr 2004. Drei medizinische Fachpersonen wurden gebeten, eine Genitalverstümmelung durchzuführen. Insgesamt 16 Prozent der Befragten (157 von 1005 Befragten) haben hingegen bereits von Genitalverstümmelungsfällen in der Schweiz gehört – rund 4 Prozent mehr als im Jahr 2004 (odds ratio 1.4, 95 Prozent CI 1.1 bis 1.8,  $p = 0.004$ ) (Grafik 20).

#### Hinweise auf bevorstehende und erfolgte Genitalverstümmelungen

30 Prozent der Umfrageteilnehmenden berichteten, informiert worden zu sein, dass ein Mädchen oder eine Frau dem Risiko einer bevorstehenden Genitalverstümmelung ausgesetzt ist (Grafik 21). Es besteht jedoch kein statistisch signifikanter Unterschied hinsichtlich der verschiedenen Berufsgruppen. Auch ist nicht ersichtlich, ob die bevorstehende Genitalverstümmelung in der Schweiz oder im Ausland erfolgen sollte.

#### Hinweise zu Auslandstaten

27 Prozent der Umfrageteilnehmenden (270 von 1005 Antwortenden) hatten Kenntnisse von Fällen, in denen Mädchen für eine Beschneidung ins Ausland gebracht wurden (Grafik 22).

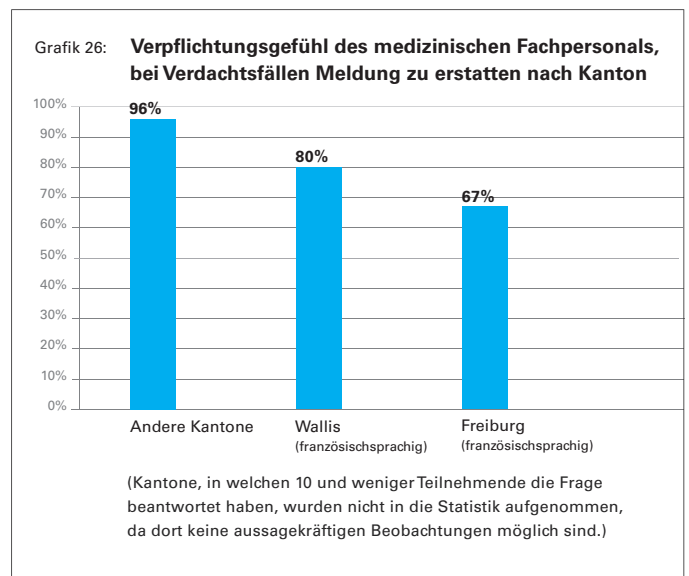
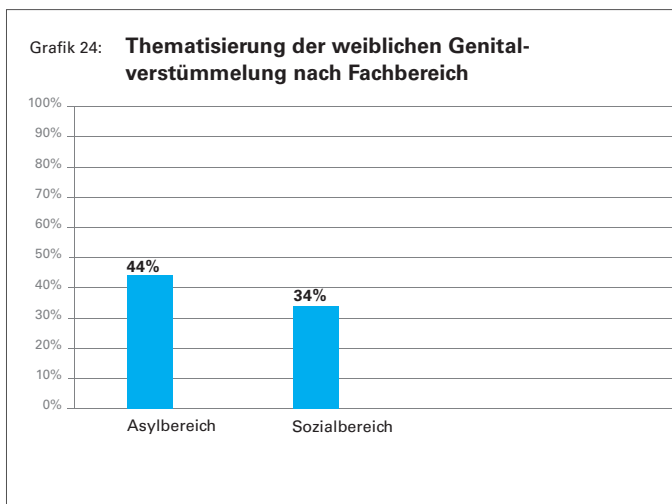
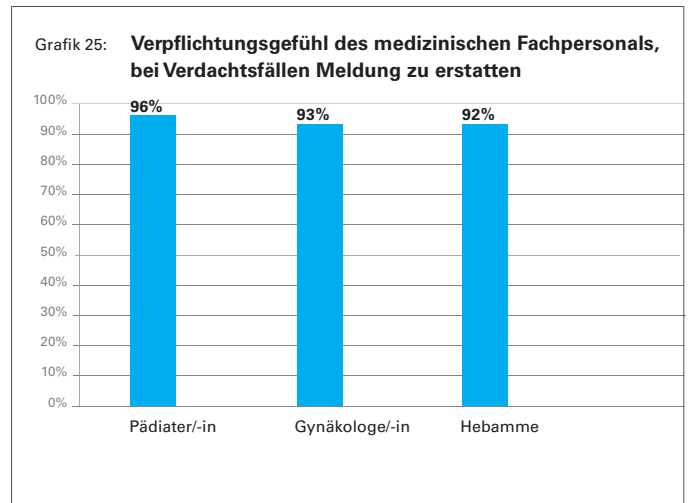
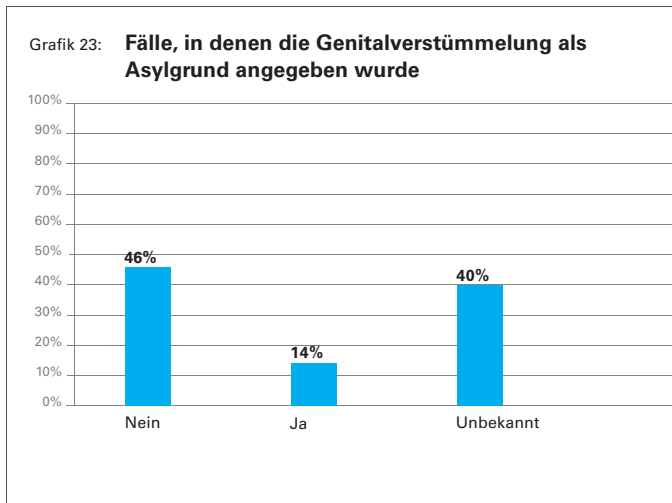


#### Genitalverstümmelung als Asylgrund

In der Umfrage 2012 wurden die Fachpersonen des Asylbereichs gefragt, ob betroffene Frauen die weibliche Genitalverstümmelung als Asylgrund angegeben haben, was 14 Prozent (5 Personen) bestätigten (Grafik 23). 46 Prozent verneinten die Frage.

#### Thematisierung der weiblichen Genitalverstümmelung

Im Jahr 2012 gaben 34 Prozent der Fachpersonen im Sozialbereich sowie 44 Prozent der Fachpersonen aus dem Asylbereich an, das Thema der weiblichen Genitalverstümmelung mit Personen aus Ländern mit hohem Vorkommen zu thema-

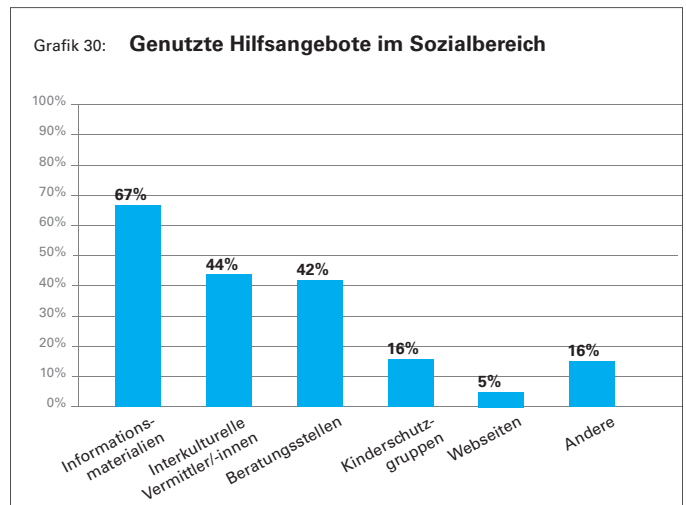
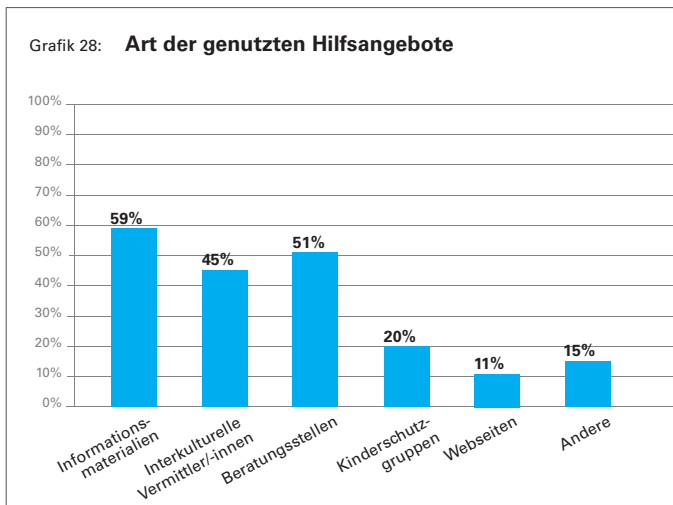
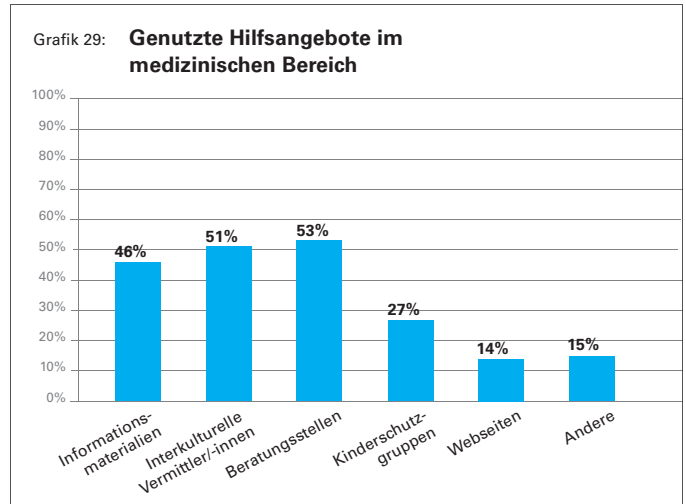
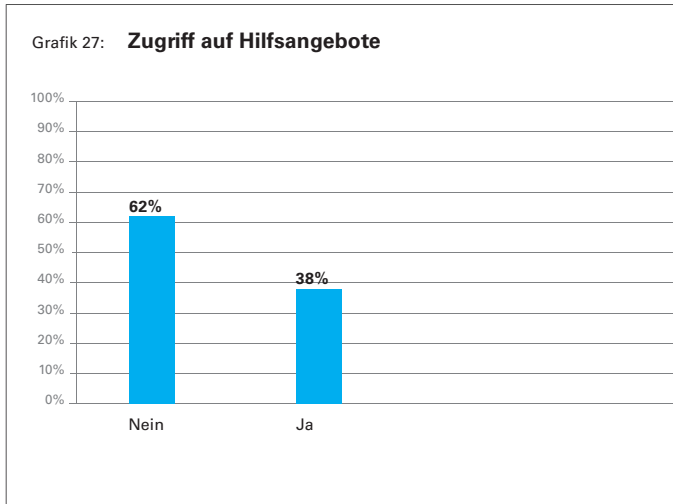


tisieren (Grafik 24). Somit schenken Fachpersonen im Asylbereich der Problematik signifikant mehr Aufmerksamkeit als Fachpersonen im Sozialbereich ( $\chi^2: p = 0.099$ ). Diese Ergebnisse könnten darauf hindeuten, dass die Bemühungen des Bundesamts für Migration um bessere Information in den Empfangs- und Durchgangszentren zu greifen beginnen.

### Vorgehen bei Verdachtsfällen

Bei Verdachtsfällen fühlen sich alle drei medizinischen Berufsgruppen mit über 90 Prozent verpflichtet, bei den Vormundschaftsbehörden, Kinderschützgruppen, Sozialdiensten oder der Polizei Meldung zu erstatten (Grafik 25).

Vergleicht man die Kantone, fällt auf, dass das Verpflichtungsgefühl bei Fachpersonen im französischsprachigen Teil der Kantone Wallis und Freiburg statistisch signifikant weniger stark ausgeprägt ist (Grafik 26).



### Zugriff auf Hilfsangebote

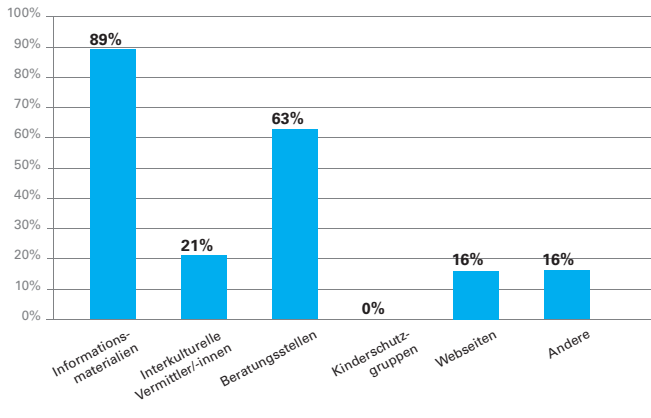
Insgesamt gaben 38 Prozent aller Umfrageteilnehmenden an, im Kontakt mit betroffenen oder gefährdeten Mädchen und Frauen Hilfsangebote in Anspruch genommen zu haben (Grafik 27). Dabei wurde vor allem auf Informationsmaterialien (59 Prozent), Beratungsstellen (51 Prozent) und interkulturelle Vermittler/-innen (45 Prozent) zurückgegriffen. Zum Teil wurde auch die Hilfe von Kinderschutzgruppen und Webseiten in Anspruch genommen (Grafik 28). Fachpersonen im medizinischen Bereich haben dabei deutlich seltener auf Hilfsangebote zurückgegriffen als Fachpersonen aus dem Sozial- und Asylbereich (chi:  $p = 0.002$ ).

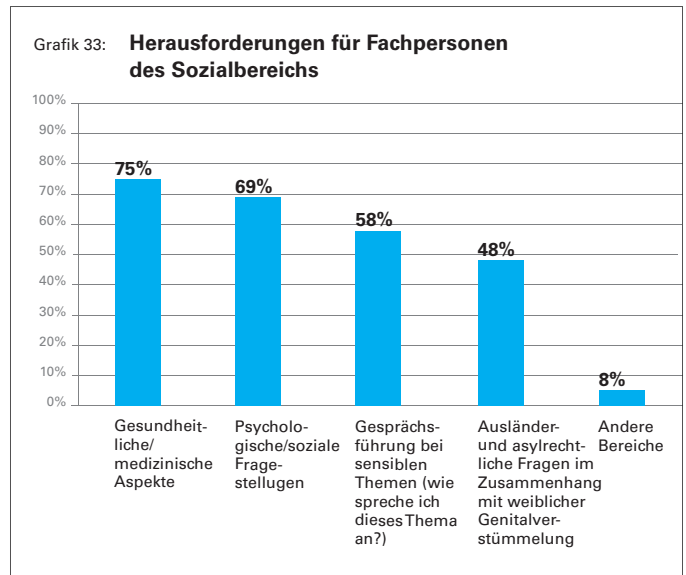
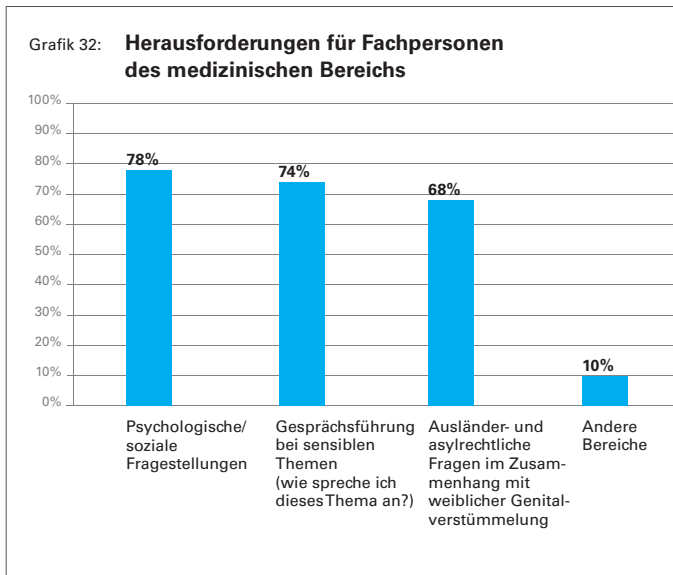
### Genutzte Hilfsangebote nach Fachbereich

Bei Fachpersonen aus dem sozialen und dem medizinischen Bereich ist eine ähnliche Nutzung der verschiedenen Hilfsangebote feststellbar. Fachpersonen aus dem Asylbereich hingegen bevorzugen Informationsmaterialien und den Zugriff auf Beratungsstellen (Grafik 29–31).

Im medizinischen Bereich haben Hebammen im Vergleich zu Gynäkologen/-innen und Pädiatern/-innen häufiger auf Informationsmaterial zurückgegriffen (chi:  $p = 0.001$ ).

Grafik 31: **Genutzte Hilfsangebote im Asylbereich**

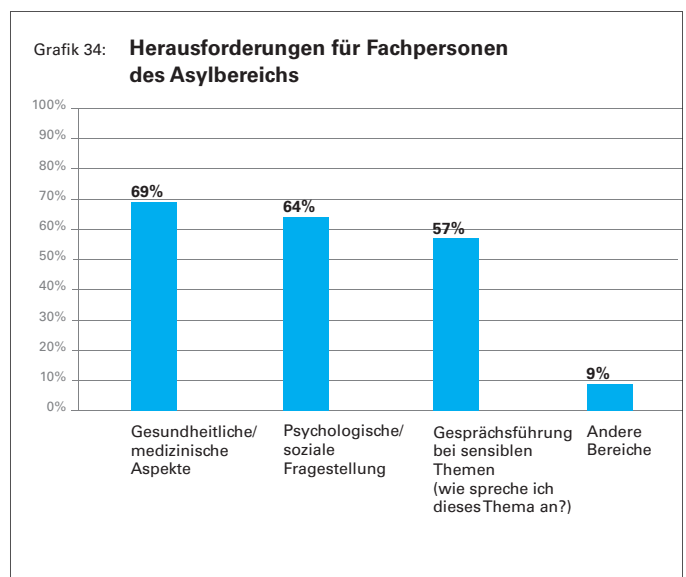




#### 4. Herausforderungen und Kenntnisse

##### Herausforderungen im Berufsalltag

Für viele Fachpersonen stellen die psychologischen Fragestellungen und die Gesprächsführung bei sensiblen Themen grosse Herausforderungen dar. Insbesondere sind die Berufsgruppen dort gefordert, wo fachfremdes Wissen gefragt ist. Es ist zu vermuten, dass psychologische und soziale Fragestellungen sowie die Gesprächsführung für Fachpersonen aus dem medizinischen Bereich herausfordernd sind, während es den Fachpersonen aus dem Sozial- und Asylbereich an Wissen zu gesundheitlichen und medizinischen Aspekten der weiblichen Genitalverstümmelung fehlt (Grafiken 32–34). Zu berücksichtigen ist, dass die Berufsgruppen jeweils zu fachspezifischen Aspekten befragt wurden und unterschiedliche Antwortmöglichkeiten zur Verfügung hatten. In der Rubrik offene Antworten werden von den Fachpersonen des medizinischen und des Sozialbereichs kulturelle Fragestellungen als Herausforderung genannt. Umfrageteilnehmende des medizinischen Bereichs verweisen zudem auf verschiedene medizinische Probleme im Zusammenhang mit der Genitalverstümmelung. Sie erachten die Vermittlung von juristischem Wissen als Herausforderung. Im Sozialbereich stand vor allem das Kindeswohl im Zentrum. Zudem erachten sie Präventionsmassnahmen als wichtiges Instrument. Die Tabuisierung der weiblichen Genitalverstümmelung durch die Betroffenen stellt für verschiedene Fachpersonen im Asylbereich eine Hürde dar.



##### Weibliche Genitalverstümmelung als Thema in der Aus-/Weiterbildung

50 Prozent der Fachpersonen aus dem medizinischen Bereich, 38 Prozent der Fachpersonen aus dem Sozialbereich und 34 Prozent der Fachpersonen aus dem Asylbereich berichteten, dass das Thema weibliche Genitalverstümmelung Teil ihrer Aus- bzw. Weiterbildung war. Dabei ist der Anteil im medizinischen Bereich statistisch signifikant höher als im Sozial- und Asylbereich

(Grafik 35). Auch hier gilt zu beachten, dass die Ergebnisse im Asylbereich durch Selbstselektionseffekte verzerrt sein könnten. Verknüpft mit den Angaben zu Aus- bzw. Weiterbildungsgängen, hat einzig bei den Fachpersonen im Bereich «sexuelle und reproduktive Gesundheit» eine statistisch signifikante Mehrheit angegeben, das Thema in der Ausbildung behandelt zu haben. Bei den übrigen Berufsgruppen gab jeweils eine Mehrheit der Fachpersonen an, dass das Thema weibliche Genitalverstümmelung im Verlauf ihrer Aus- bzw. Weiterbildung nie behandelt wurde.

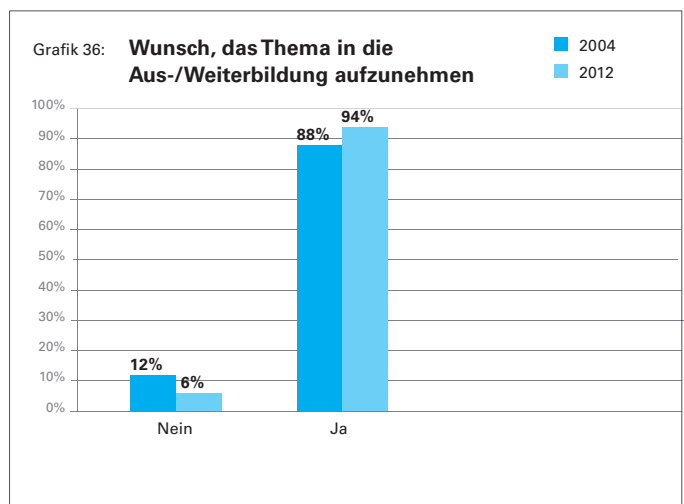
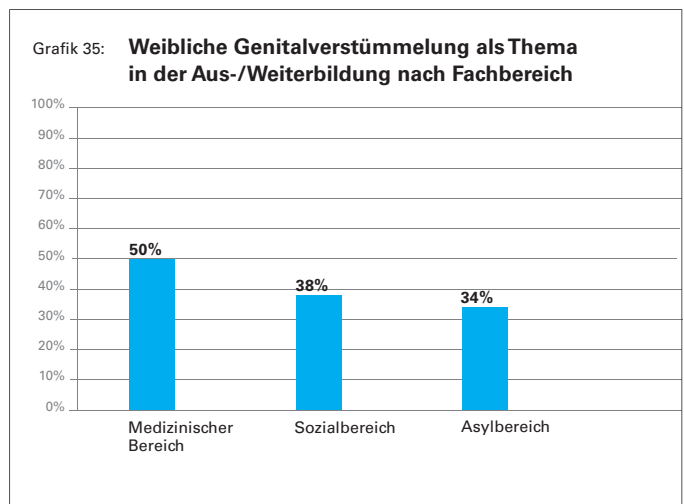
Bei Fachpersonen des medizinischen Bereichs wurde das Thema am häufigsten während oder nach der Spezialisierung behandelt. Unter den einzelnen Berufsgruppen im medizinischen Bereich zeigen sich statistisch signifikante Unterschiede. So haben Hebammen am häufigsten (69 Prozent), Gynäkologen/-innen am zweithäufigsten (55 Prozent) und Pädiater/-innen (41 Prozent) deutlich weniger oft angegeben, das Thema weibliche Genitalverstümmelung in der Aus-/Weiterbildung behandelt zu haben.

#### Aufnahme des Themas in Aus- und Weiterbildung

Der Wunsch, das Thema weibliche Genitalverstümmelung in die Aus- oder Weiterbildung aufzunehmen, ist bei allen Berufsgruppen konstant sehr stark ausgeprägt (Grafik 36). Dies lässt darauf schliessen, dass sowohl das Interesse als auch das Bedürfnis gross ist, das Thema zu vertiefen. Verglichen mit 2004 hat der Wunsch nach Aufnahme in die Weiterbildung zugenommen (odds ratio 2.0, 95 Prozent CI 1.5 bis 2.7,  $p = 0.000$ ).

Fachpersonen des Sozial- und Asylbereichs, in deren Aus- bzw. Weiterbildung die weibliche Genitalverstümmelung thematisiert wurde, haben das Thema statistisch signifikant häufiger bei Klientinnen aus Ländern mit hohen Prävalenzraten angesprochen. Es scheint, dass sich eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem Thema in der Ausbildung positiv auf die Betreuung von betroffenen und gefährdeten Mädchen und Frauen auswirkt.

Fachpersonen, in deren Aus- und Weiterbildung die weibliche Genitalverstümmelung nicht behandelt wurde, hatten ein leicht niedrigeres Interesse an der Behandlung dieses Themas in ihrer Ausbildung. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass sie weniger Kontakt mit Betroffenen hatten.



Fachpersonen, die sich hingegen bereits in ihrer Aus- und Weiterbildung mit dem Thema befasst hatten, gaben statistisch signifikant öfters den Wunsch an, das Thema in die Aus- bzw. Weiterbildung zu integrieren. Unklar ist jedoch, ob sie generell die Aufnahme des Themas in ihre Aus- und Weiterbildung als bereichernd empfanden oder ob sie sich möglicherweise eine Vertiefung wünschten.

# Anhang 1

## Anzahl gefährdeter und/oder betroffener Mädchen und Frauen in der Schweiz: statistische Annäherung

Erstmals wurde im Jahr 2001 in Zusammenarbeit<sup>1</sup> mit der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe die Anzahl der in der Schweiz lebenden und von weiblicher Genitalverstümmelung betroffenen und gefährdeten Mädchen und Frauen erhoben. Die statistische Annäherung ermittelte die Zahl von 6700 Betroffenen und Gefährdeten.

Die veränderten Migrationsströme in den letzten Jahren führten dazu, dass insbesondere der Anteil Migrantinnen aus den Ländern Eritrea und Sudan zugenommen hat und jener aus Äthiopien und Somalia leicht zurückging. Damit verändert sich auch die Anzahl betroffener Mädchen und Frauen. Denn das Vorkommen von weiblicher Genitalverstümmelung in Eritrea beträgt 89 Prozent, in Somalia 98 Prozent, im Sudan 89 Prozent und in Äthiopien 74 Prozent. Die Zunahme der eingewanderten Frauen aus diesen Ländern wirkt sich daher direkt auf die Anzahl von weiblicher Genitalverstümmelung betroffener Frauen und Mädchen aus. Die Zahl sagt jedoch nichts aus über die Anzahl tatsächlich beschnittener Mädchen und Frauen. Vielmehr handelt es sich um weibliche Personen, die beschnitten sind oder Gefahr laufen, beschnitten zu werden.

## 10700 Frauen und Mädchen sind beschnitten oder laufen Gefahr, beschnitten zu werden

10700 Frauen und Mädchen in der Schweiz sind beschnitten oder laufen Gefahr, beschnitten zu werden. Diese Zahl beruht auf den Daten des Bundesamts für Statistik zur ausländischen weiblichen Wohnbevölkerung.<sup>2</sup> Sie wurden in Bezug gesetzt mit den Prävalenzraten in den Ursprungsländern der Migrantinnen. Als Quelle für die Prävalenzraten dienen die im jährlich erscheinenden UNICEF Bericht «Zur Situation der Kinder in der Welt»<sup>3</sup> publizierten Daten.

Ein direkter Vergleich mit der im Jahr 2001 ermittelten Anzahl Betroffener ist nur bedingt möglich. Das Bundesamt für Statistik hat in der Zeitperiode 2001–2012 Änderungen in der

Erhebung der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung<sup>4</sup> vorgenommen. So wurden im Jahr 2001 die sich im Asylprozess befindenden Personen separat erfasst. Neu sind diese Personen entweder in der ständigen oder in der nichtständigen Wohnbevölkerung berücksichtigt abhängig von der Anzahl Aufenthaltsjahre in der Schweiz. Die im Jahr 2012 erhobene Zahl schliesst die Daten zur ständigen und die Daten zur nichtständigen Wohnbevölkerung<sup>5</sup> ein. Nicht berücksichtigt in der Berechnung sind Frauen und Mädchen aus praktizierenden Ländern, die über das Schweizer Bürgerrecht verfügen.

<sup>1</sup> Jäger, F.; Schulze, S.; Hohlfeld, P.: Female genital mutilation in Switzerland: a survey among gynaecologists. *Swiss Medical Weekly* 2002; 132:259–264.

<sup>2</sup> Vgl. Bundesamt für Statistik, Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP).

<sup>3</sup> United Nations Children's Fund, *The State of the World's Children 2012*, New York 2012.

<sup>4</sup> Aufgrund einer Neudefinition der ständigen Wohnbevölkerung sind Personen im Asylprozess mit einer Aufenthaltsdauer von mindestens zwölf Monaten neu in der ständigen Wohnbevölkerung erfasst. Personen im Asylprozess, die weniger als zwölf Monate in der Schweiz leben, sind Teil der nichtständigen Wohnbevölkerung.

<sup>5</sup> Berücksichtigt werden sämtliche Personen der ständigen Wohnbevölkerung sowie Personen mit Ausweisen F oder N der nichtständigen ausländischen Wohnbevölkerung.



## Statistische Grundlagen

Staatsangehörigkeit	Prävalenzrate für Frauen (1997–2010)	Ständige weibliche Wohnbevölkerung (2011)	Personen im Asylprozess der nichtständigen weiblichen Wohnbevölkerung (2011)	Total	Geschätzte Anzahl gefährdeter Mädchen und von weiblicher Genitalverstümmelung betroffener Frauen (gerundet)
Ägypten	91%	725	15	740	673
Äthiopien	74%	1472	64	1536	1137
Benin	13%	124	1	125	16
Burkina Faso	73%	177	3	180	131
Côte d'Ivoire	36%	898	23	921	332
Dschibuti	93%	13	0	13	12
Eritrea	89%	4401	616	5017	4465
Gambia	78%	68	0	68	53
Ghana	4%	686	2	688	28
Guinea	5%	225	5	230	221
Guinea-Bissau	50%	26	9	35	18
Jemen	23%	212	13	225	52
Kamerun	1%	2711	19	2730	27
Kenia	27%	898	9	907	245
Liberia	58%	63	3	66	38
Mali	85%	104	0	104	88
Mauretanien	72%	34	1	35	25
Niger	2%	36	3	39	1
Nigeria	30%	718	80	798	239
Sambia	1%	67	0	67	1
Senegal	28%	520	3	523	146
Sierra Leone	91%	71	0	71	65
Somalia	98%	2187	210	2397	2349
Sudan	89%	262	12	274	244
Südsudan		0	0	0	0
Tansania	15%	161	4	165	25
Togo	4%	587	12	599	24
Tschad	44%	57	0	57	25
Uganda	1%	216	0	216	2
Zentralafrikanische Republik	26%	27	0	27	7
<b>Total</b>		<b>17746</b>	<b>1107</b>	<b>18853</b>	<b>10689</b>

# Anhang 2

## Fragebogen

### Umfrage unter Fachpersonen zu weiblicher Genitalverstümmelung

Vielen Dank, dass Sie sich an der vorliegenden Umfrage beteiligen.

Diese Umfrage ist Teil der verschiedenen Forschungsvorhaben, die im Rahmen der nationalen Arbeitsgruppe zur Überwindung weiblicher Genitalverstümmelung in der Schweiz (AG FGM) verwirklicht werden mit dem Ziel, Grundlagen und Empfehlungen für zukünftige Präventions-, Versorgungs- und Interventionsmassnahmen im Bereich der weiblichen Genitalverstümmelung in der Schweiz zu erarbeiten.

Ziel der Umfrage ist, in Erfahrung zu bringen, inwiefern Personen aus dem Schweizer Gesundheits-, Sozial- und Asylsektor mit gefährdeten oder betroffenen Mädchen und Frauen konfrontiert sind, wie sie damit umgehen und ob Informationsbedarf über das Thema besteht.

Mit Ihrer Teilnahme leisten Sie einen wichtigen Beitrag zum Gelingen der Umfrage. Die Befragung dauert maximal 10 Minuten. Ihre Antworten werden selbstverständlich streng vertraulich und anonym behandelt.

#### 1. In welchem Bereich sind Sie vorwiegend tätig?

- Medizinischer Bereich
- Sozialbereich (Beratungsstellen, Sozialstellen Verwaltung, Sozialdienst in Spitälern usw.)
- Interkulturelle Übersetzung und Vermittlung
- Beratung und Bildung im Bereich sexuelle Gesundheit und Familienplanung
- Beratung und Betreuung von Migranten und Migrantinnen (Kompetenzzentren Integration)
- Asylbereich (Betreuung und Beratung von Asylsuchenden und Flüchtlingen)

#### 2. Beruf:

- Gynäkologe/Gynäkologin
- Pädiater/-in
- Hebamme
- Pflegefachfrau/Pflegefachmann
- Pflegefachfrau/Pflegefachmann mit Schwerpunkt Pädiatrie
- Sozialarbeiter/-in
- Interkulturelle/-r Übersetzer- und Vermittler/-in
- Mütter-/Väterberater/-in
- Fachperson für sexuelle Gesundheit in Bildung und Beratung
- andere: \_\_\_\_\_

#### 3. Geschlecht:

- weiblich
- männlich

#### 4. In welchem Kanton sind Sie vorwiegend tätig?

- Aargau
- Appenzell Ausserrhoden
- Appenzell Innerrhoden
- Basel-Landschaft
- Basel-Stadt
- Bern
- Freiburg (deutsch)
- Fribourg (français)
- Genève
- Glarus
- Graubünden
- Jura
- Luzern
- Neuchâtel
- Nidwalden
- Obwalden
- Schaffhausen
- Schwyz
- Solothurn
- St. Gallen
- Thurgau
- Ticino
- Uri
- Vaud
- Valais (français)
- Wallis (deutsch)
- Zug
- Zürich

#### 5. Haben Sie schon beschnittene Mädchen oder Frauen behandelt?

- Ja
- Nein
- weiss nicht

#### 6. Hatten Sie in Ihrer Berufstätigkeit bereits mit beschnittenen Mädchen oder Frauen Kontakt?

- Ja
- Nein
- weiss nicht

#### 7. Sie haben schon beschnittene Mädchen oder Frauen behandelt.

Wie viele waren es in den letzten 12 Monaten?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- mehr, ungefähr: \_\_\_\_\_

**8. Sie hatten in Ihrer Berufstätigkeit bereits mit beschnittenen Mädchen oder Frauen Kontakt. Wie viele waren es in den letzten 12 Monaten?**

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- mehr, ungefähr: \_\_\_\_\_

**9. Wann haben Sie die genitale Verstümmelung festgestellt?**

(Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Felder an. Es sind mehrere Antworten möglich.)

- bei einer generellen Untersuchung
- bei einer Vorsorgeuntersuchung während der Schwangerschaft
- bei einer Geburt
- weiteres: \_\_\_\_\_

**10. Haben Sie bei den Patientinnen Probleme festgestellt, die im Zusammenhang mit der Genitalverstümmelung stehen könnten?**

(Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Felder an. Es sind mehrere Antworten möglich.)

- Fisteln
- chronische Schmerzen
- wiederkehrende Infektionen des Urogenitaltraktes
- akute Komplikationen einer frischen Infibulation
- andere: \_\_\_\_\_
- keine

**11. Bei infibulierten (fast vollständig entfernte äussere Genitalien) Patientinnen:**

**Wurden Sie gebeten, eine Defibulation (Eröffnen der Infibulation) vorzunehmen?**

- Nein
- Ja (wie viele Fälle?) \_\_\_\_\_

**12. Bei infibulierten (fast vollständig entfernte äussere Genitalien) Patientinnen:**

**Wurden Sie nach der Geburt gebeten, eine Reinfibulation (Zunähen nach der Geburt) vorzunehmen?**

- Nein
- Ja (wie viele Fälle?) \_\_\_\_\_

**13. Bei infibulierten (fast vollständig entfernte äussere Genitalien) Patientinnen:**

**Haben Sie schon auf Wunsch einer Patientin eine Reinfibulation durchgeführt?**

(Ihre Antworten werden vertraulich und anonym behandelt. Sie brauchen Ihren Namen nicht auf dem Fragebogen anzugeben.)

- Nein
- Ja (wie viele Fälle?) \_\_\_\_\_

**14. Welcher Altersgruppe gehörten die beschnittenen Mädchen oder Frauen an?**

(Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Felder an. Es sind mehrere Antworten möglich.)

- 0–4 Jahre
- 5–9 Jahre
- 10–14 Jahre
- 15–19 Jahre
- 20–24 Jahre
- 25–34 Jahre
- 35–44 Jahre
- 45 Jahre und älter

**15. Woher stammten die beschnittenen Mädchen oder Frauen?**

(Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Felder an. Es sind mehrere Antworten möglich.)

- Ägypten
- Äthiopien
- Eritrea
- Somalia
- Sudan
- anderes Land: \_\_\_\_\_
- nicht bekannt

**16. War Ihnen die Art der Genitalverstümmelung bekannt?**

- Ja
- Nein

**17. Welchen Arten von genitaler Verstümmelung sind Sie schon begegnet?**

Gemäss Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahr 2008:

Klitoridektomie (Typ I):

Teilweise oder vollständige Entfernung der Klitoris und/oder der Klitorisvorhaut.

Exzision (Typ II):

Teilweise oder vollständige Entfernung der Klitoris und der kleinen Schamlippen, mit oder ohne Entfernung der grossen Schamlippen.

Infibulation (Typ III):

Verengung der Vaginalöffnung und Schaffung eines Verschlusses durch Ausschneiden und Zusammenfügen der kleinen Schamlippen und/oder der grossen Schamlippen, mit oder ohne Entfernung der Klitoris.

(Typ IV):

Alle anderen schädlichen Eingriffe, die die weiblichen Genitalien verletzen und keinem medizinischen Zweck dienen, zum Beispiel: Einstechen, Durchbohren, Einschneiden, Ausschaben und Ausbrennen oder Verätzen.

(Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Felder an. Es sind mehrere Antworten möglich.)

- Klitoridektomie (Typ I)
- Exzision (Typ II)
- Infibulation (Typ III)
- andere (Typ IV) : \_\_\_\_\_
- nicht bekannt

**18. Hat ein beschnittenes oder gefährdetes Mädchen oder eine beschnittene Frau ihre Genitalverstümmelung als Asylgrund angegeben?**

- Ja
- Nein
- unbekannt

**19. Hat man Sie schon informiert, es bestehe Gefahr, dass ein Mädchen oder eine Frau dem Risiko einer bevorstehenden Genitalverstümmelung ausgesetzt ist?**

- Ja
- Nein

**20. Wurden Sie schon gebeten, eine Genitalverstümmelung bei einem Mädchen oder einer Frau durchzuführen?**

- Ja
- Nein

**21. Bitte beantworten Sie Folgendes:**

Hat man sich bei Ihnen erkundigt, wo die Durchführung einer Genitalverstümmelung in der Schweiz möglich sei?

- Ja
- Nein

Haben Sie schon von Fällen gehört, in welchen ein Mädchen in der Schweiz beschnitten wurde?

- Ja
- Nein

Haben Sie schon von Fällen gehört, in welchen ein Mädchen zwecks genitaler Verstümmelung ins Ausland gebracht worden ist?

- Ja
- Nein

**22. Fühlen Sie sich verpflichtet, bei Verdachtsfällen Vormundschaftsbehörden, Sozialdienst, Polizei oder Kinderschutzgruppen zu informieren?**

- Ja
- Nein

**23. Thematisieren Sie die weibliche Genitalverstümmelung mit Klientinnen aus Ländern mit hohen Vorkommensraten?**

- Ja
- Nein

**24. Haben Sie im Kontakt mit betroffenen oder gefährdeten Frauen oder Mädchen auf Hilfsangebote zurückgegriffen?**

- Ja
- Nein

**25. Auf welche Hilfsangebote haben Sie im Kontakt mit betroffenen oder gefährdeten Frauen oder Mädchen zurückgegriffen?**

(Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Felder an. Es sind mehrere Antworten möglich.)

- Informationsmaterialien
- interkulturelle Übersetzer- und Vermittler/-innen
- Beratungsstellen
- Kinderschutzgruppen
- Webseiten
- andere: \_\_\_\_\_

**26. Wurde das Thema weibliche Genitalverstümmelung im Verlauf Ihrer medizinischen Aus-/Weiterbildung behandelt?**

- Ja
- Nein

**27. Wann wurde das Thema weibliche Genitalverstümmelung im Verlauf Ihrer medizinischen Aus-/Weiterbildung behandelt?**

- vor dem Staatsexamen
- während der Spezialisierung
- nach der Spezialisierung
- während der Aus-/Weiterbildung zur Hebamme
- während der Aus-/Weiterbildung zur Pflegefachperson
- anderes: \_\_\_\_\_

**28. Würden Sie die Integration des Themas weibliche Genitalverstümmelung in die medizinische Aus- oder Weiterbildung begrüssen?**

- Ja
- Nein

**29. Herausforderungen im medizinischen Alltag in Zusammenhang mit weiblicher Genitalverstümmelung sehe ich in folgenden Bereichen:**

(Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Felder an. Es sind mehrere Antworten möglich.)

- psychologische/soziale Fragestellungen
- Gesprächsführung bei sensiblen Themen (wie spreche ich dieses Thema an?)
- Ausländer- und asylrechtliche Fragen im Zusammenhang mit weiblicher Genitalverstümmelung
- andere Bereiche: \_\_\_\_\_

Bemerkungen:

**30. Wurde das Thema weibliche Genitalverstümmelung im Verlauf Ihrer Aus-/Weiterbildung behandelt?**

- Ja
- Nein

**31. In welchem Bereich haben Sie eine Aus- bzw. Weiterbildung absolviert?**

(Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Felder an. Es sind mehrere Antworten möglich.)

- soziale Arbeit
- interkulturelle Übersetzung und Vermittlung
- Rechtsberatung
- andere: \_\_\_\_\_

**32. Würden Sie die Integration des Themas weibliche Genitalverstümmelung in ihre Aus- oder Weiterbildung begrüßen?**

- Ja
- Nein

**33. Herausforderungen in meinem Berufsalltag in Zusammenhang mit weiblicher Genitalverstümmelung sehe ich in folgenden Bereichen:**

(Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Felder an. Es sind mehrere Antworten möglich.)

- gesundheitliche/medizinische Aspekte
- psychologische/soziale Fragestellungen
- Gesprächsführung bei sensiblen Themen (wie spreche ich dieses Thema an?)
- andere Bereiche: \_\_\_\_\_

Bemerkungen:

**34. Wurde das Thema weibliche Genitalverstümmelung im Verlauf Ihrer Aus-/Weiterbildung behandelt?**

- Ja
- Nein

**35. In welchem Bereich haben Sie eine Aus- bzw. Weiterbildung absolviert?**

(Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Felder an. Es sind mehrere Antworten möglich.)

- soziale Arbeit
- interkulturelle Übersetzung und Vermittlung
- Rechtsberatung
- Mütter-/Väterberatung
- sexuelle und reproduktive Gesundheit
- andere: \_\_\_\_\_

**36. Würden Sie die Integration des Themas weibliche Genitalverstümmelung in Ihre Aus- oder Weiterbildung begrüßen?**

- Ja
- Nein

**37. Herausforderungen in meinem Berufsalltag in Zusammenhang mit weiblicher Genitalverstümmelung sehe ich in folgenden Bereichen:**

(Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Felder an. Es sind mehrere Antworten möglich.)

- gesundheitliche/medizinische Aspekte
- psychologische/soziale Fragestellungen
- Gesprächsführung bei sensiblen Themen (wie spreche ich dieses Thema an?)
- Ausländer- und asylrechtliche Fragen im Zusammenhang mit weiblicher Genitalverstümmelung
- andere Bereiche: \_\_\_\_\_

Bemerkungen:

**38. Weitere Angaben:**

Persönliche Angaben – Ihre Daten werden anonymisiert ausgewertet. Die Angabe Ihres Namens ist kein Pflichtfeld.

Wenn Sie künftig über das Thema weibliche Genitalverstümmelung informiert werden wollen oder sich an der Präventionsdiskussion beteiligen möchten, sind wir Ihnen dankbar für die Angabe Ihres Namens.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Institution: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

# Anhang 3

## Offene Antworten zu Fragebogen

Ergänzend zu den Grafiken im Bericht sind im Folgenden die offenen Antworten aufgeführt. Die Prozentzahl widerspiegelt den Anteil Personen, die von der Möglichkeit der offenen Antwort Gebrauch gemacht haben. Die Antworten wurden in einer qualitativen Analyse gruppiert und sind absteigend nach der Anzahl ihrer Nennungen aufgeführt. Die Anzahl Nennungen ist jeweils in Klammern angegeben.

### Ergänzung zu Grafik 1

Andere Berufe im medizinischen Bereich (8,6 Prozent)

- Assistenzärzte/Medizinisches Personal in Ausbildung (9)
- Andere Ärzte (8)
- Dolmetscher (1)
- Pflege (1)
- Psychologisches Personal (1)

### Ergänzung zu Grafik 2

Andere Berufe im Sozialbereich (17,3 Prozent)

- Administration/Management (13)
- Migrationsfachperson (8)
- Sozialhilfe (6)
- Psychologisches Personal (5)
- Lehrerin (4)
- Wissenschaft/Soziologie (2)
- Medizinisches Personal (2)
- Verschiedenes (2)
- Juristische Fachperson (1)
- Dolmetscher (1)

### Ergänzung zu Grafik 3

Andere Berufe im Asylbereich (40,9 Prozent)

- Administration/Management (14)
- Migrationsfachperson (10)
- Lehrerin (3)
- Verschiedenes (3)
- Juristische Fachperson (2)
- Sozialhilfe (1)
- Medizinisches Personal (1)
- Psychologisches Personal (1)
- Wissenschaft/Soziologie (1)

### Ergänzung zu Grafik 9

Anderer Typ der Genitalverstümmelung 2012 (3 Prozent)

- Piercings/Durchbohrungen (6)
- Entfernung der kleinen Labien (1)
- Entfernung der Vorhaut (1)
- Aufrauhung der Vulva (1)

### Ergänzung zu Grafik 12

Anderes Herkunftsland 2012 (5 Prozent)

- Guinea (2)
- Irak (2)
- Mali (2)
- Nigeria (2)
- Sierra Leone (2)
- Burkina Faso (1)
- Elfenbeinküste (1)
- Ex-Jugoslawien (1)
- Guinea-Bissau (1)
- Iran (1)
- Liberia (1)
- Schweden (1)
- Senegal (1)
- Westafrika (1)

### Ergänzung zu Grafik 14

Andere Feststellung der Genitalverstümmelung durch Gynäkologen/-innen (9 Prozent)

- Gynäkologische Problembehandlung (3)
- Kinderwunschbehandlung (2)
- Selbstdeklaration der Patientin (2)

### Ergänzung zu Grafik 15

Andere Feststellung der Genitalverstümmelung durch Pädiater/-innen (39 Prozent)

- Zuweisung von Dritten (5)
- Anamnese (2)
- Anamnese der Mutter (2)
- Magen-Darm-Behandlung (2)
- Selbstdeklaration der Mutter (2)
- Gynäkologische Problembehandlung (1)
- Gynäkologischer Untersuch (1)
- Selbstdeklaration der Patientin (1)
- Systemische Beratung (1)

### **Ergänzung zu Grafik 16**

Andere Feststellung der Genitalverstümmelung durch Hebammen (18 Prozent)

- Direkt nach Geburt (7)
- Im Wochenbett (6)
- Selbstdeklaration der Patientin (2)
- Geburtsvorbereitung (1)
- Zuweisung von Dritten (1)

### **Ergänzung zu Grafik 17**

Andere festgestellte klinische Probleme im Zusammenhang mit der Genitalverstümmelung (21 Prozent)

- Probleme bei Geburt (15)
- Sexuelle Störungen (13)
- Psychische Probleme (9)
- Nein/nicht bekannt (4)
- Inkontinenz (2)
- Scheidenkrampf (2)
- Schmerzen bei Kontrolle (2)
- Unfruchtbarkeit (1)
- Verstopfung (1)

### **Ergänzung zu Grafik 28**

Andere genutzte Hilfsangebote (15 Prozent)

- Gynäkologie (7)
- Sozialdienste (3)
- Ärzte allgemein (2)
- Diskussionen/Telefongespräche (2)
- Kollegen (2)
- Ausbilder (1)
- NGOs (1)
- Rechtsberatung (1)
- Kontaktperson aus Migrationsgruppe (1)

### **Ergänzung zu Grafik 32**

Andere Herausforderungen im medizinischen Bereich (10 Prozent)

- Kulturelle Aspekte (14)
- Medizinische Probleme (8)
- Schweizer Recht (und dessen Unkenntnis) (6)
- Sprachschwierigkeiten (6)
- Ethische Fragestellungen (5)
- Geburtshilfe und Vorbereitung (5)
- Sexualität der Frau (5)
- Kinderschutz und Prävention (4)
- Verhalten bei anderen Beschneidungsarten (Labienplastiken, Zirkumzision) (3)
- Anderes (2)
- Keine (2)
- Betroffene tabuisieren das Thema (2)

### **Ergänzung zu Grafik 33**

Andere Herausforderungen im Sozialbereich (8 Prozent)

- Kinderschutz und Prävention (8)
- Kulturelle Aspekte (7)
- Sexualität der Frau (2)
- Unerfahrenheit mit dem Thema (1)
- Gewalt (1)
- Sprachschwierigkeiten (1)
- Keine (1)
- Aufklärung (1)

### **Ergänzung zu Grafik 34**

Andere Herausforderungen im Asylbereich (9 Prozent)

- Betroffene tabuisieren das Thema (4)
- Fehlende Vorgaben zu einer Herangehensweise an das Thema (1)
- Schwierigkeit, das Thema als Mann anzusprechen (1)



**Schweizerisches Komitee für UNICEF**

Baumackerstrasse 24

CH-8050 Zürich

Telefon +41 (0)44 317 22 66

Fax +41 (0)44 317 22 77

[www.unicef.ch](http://www.unicef.ch)

Postkonto Spenden 80-7211-9



Schweiz Suisse Svizzera