

WIENER PROGRAMM 
FÜR FRAUENGESUNDHEIT

Handlungs- empfehlungen

zur Betreuung von FGM/C-betroffenen Frauen
und Mädchen in Österreich

Stadt
Wien

Strategische
Gesundheitsversorgung

Impressum

Herausgeber: FGM-Beirat der Stadt Wien

Medieninhaberin und Verlegerin: Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele/Wiener Programm für Frauengesundheit in der Stadt Wien –
Strategische Gesundheitsversorgung
1200 Wien, Brigittenauer Lände 50-54
Leitung: Kristina Hametner
Mailadresse: frauengesundheit@ma24.wien.gv.at
Telefon: 01 4000 84 200

Redaktion: Susanne Hölbfer (Klinik Ottakring – Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung), Alexandra Grasl-Akkilic (Wiener Programm für Frauengesundheit),
Mitarbeit: Mag.^a Elisabeth Hanusch-Mild (Frauengesundheitszentrum FEM Süd) und Dr.ⁱⁿ Maria Kastanek-Dungl (Klinik Ottakring)

Grafik und Gestaltung: Kathi Reidelshöfer

Bildnachweis:

Coverfoto: Alexandra Grasl-Akkilic

Anatomische Zeichnungen: Maria Kastanek-Dungl

Wien, Dezember 2024

Zitiervorschlag: Hölbfer S., Kastanek-Dungl M., Harbort J., Anker B., Ciresa-König A., Grasl-Akkilic A., El Jelede U., Hanusch-Mild E., Rosanelli M., Wolf H., Kreindl K., Lehner S., Sengschmid J., Windsperger-Taheiri K., Dörfler D.M.: Handlungsempfehlungen zur Betreuung von FGM/C-betroffenen Frauen und Mädchen in Österreich. FGM-Beirat der Stadt Wien (Hrg.), Wien 2024

Handlungsempfehlungen zur Betreuung von FGM/C- betroffenen Frauen und Mädchen in Österreich

Herausgegeben vom FGM-Beirat der Stadt Wien, 2024

AUTORINNEN

Susanne Hölbfer, Maria Kastanek-Dungl, Janina Harbort
Klinik Ottakring – Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung

Birgit Anker
Klinik Landstraße – Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe

Alexandra Ciresa-König
Universitätsklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe Innsbruck

Alexandra Grasl-Akkilic
Wiener Programm für Frauengesundheit

Umyma El Jelede, Elisabeth Hanusch-Mild, Marisa Rosanelli, Hilde Wolf
FEM Süd Frauengesundheitszentrum

Katharina Kreindl
Hebammenzentrum Wien

Stephanie Lehner, Johanna Sengschmid
Österreichisches Hebammengremium

Karin Windsperger-Taheri, Daniela M. Dörfler
Universitätsklinik für Frauenheilkunde Wien

Inhalt

Vorwort der Autorinnen	4
1. Hintergrund	5
1.1 Definition Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C)	5
1.2 Formen	5
1.3 Soziokulturelle Grundlagen	7
1.4 Prävalenz	8
1.5 Akute und chronische Komplikationen	10
2. Rechtliche Aspekte in Österreich	12
2.1 Gesetzeslage	12
2.2 Melde- und Anzeigepflicht	12
3. Empfehlungen für den Umgang mit betroffenen und bedrohten Frauen und Mädchen	14
3.1 Medizinische Betreuung in FGM/C-Ambulanzen	14
4. Empfehlungen zur medizinischen und psychosozialen Betreuung	16
4.1 Medizinische Betreuung von erwachsenen Frauen nach FGM/C	16
4.2 Medizinische Betreuung von schwangeren Frauen nach FGM/C	19
4.3 Begutachtung von Kindern	21
4.4 Empfehlungen zur psychosozialen Betreuung	22
5. Präventionsansätze in Österreich	23
5.1 Wirkungsvolle Präventionsmaßnahmen, die in Österreich bereits umgesetzt werden	23
5.2 Diskussion zu weiteren Präventionsmaßnahmen	25
6. Anlaufstellen	26
6.1 Beratung	26
6.2 Spezialisierte Spitalsambulanzen	27
7. Best Practice	29
7.1 FGM/C-Dokumentationsblatt der Klinik Ottakring für Schwangere	29
7.2 Management von Schwangeren mit Genitalverstümmelung/Genitalbeschneidung der Medizinischen Universität Wien – Universitätsklinikum AKH Wien	30
8. Anhang	31
8.1 Materialien	31
8.2 Literaturverzeichnis	31
8.3 Im FGM-Beirat der Stadt Wien vertretene Organisationen (2024)	33

Vorwort der Autorinnen

Im Namen von Tradition und „Familienehre“ werden jährlich weltweit zahlreiche Mädchen Opfer von weiblicher Genitalverstümmelung. Der englische Fachbegriff lautet Female Genital Mutilation/Cutting, abgekürzt FGM/C. Die Eindämmung dieser gegen Mädchen und Frauen gerichteten Gewaltform ist eines der UN-Ziele für eine Globale Nachhaltige Entwicklung.

In der Sozialarbeit, in der Medizin und im Bildungs- und Beratungswesen betreuen Fachpersonen Frauen und Mädchen aus FGM/C-praktizierenden Ländern. Für eine kompetente Versorgung der Betroffenen ist es notwendig, über die gesundheitlichen Folgen, die rechtliche Lage in Österreich sowie Anlaufstellen und spezialisierte Krankenhäuser informiert zu sein.

Der FGM-Beirat der Stadt Wien gibt diese von Expertinnen aus Medizin und Geburtshilfe, Psychologie, Rechts- und Sozialwissenschaften erstellten Handlungsempfehlungen heraus, um Frauenärzt*innen, Hebammen und Kinderärzt*innen fachliches Know-how und Good Practice zu vermitteln. Außerdem sollen Fachpersonen in der Sozialarbeit, Psychologie, Pädagogik und Bildungsarbeit in die vielfältigen gesundheitlich relevanten Folgen von FGM/C eingeführt werden. Im Folgenden werden auch andere, für alle Berufsgruppen hilfreiche Themengebiete wie rechtliche Fragen oder Empfehlungen zur Gesprächsführung behandelt.

Herausgegeben werden diese Empfehlungen vom FGM-Beirat der Stadt Wien. Regelmäßig kommen Expert*innen aus Gynäkologie, Geburtshilfe, Psychologie, Frauengesundheit und Pädiatrie mit Vertreter*innen der Ärztekammer für Wien, des Österreichischen Hebammengremiums und der Stadtverwaltung (Kinder- und Jugendanwaltschaft, Menschenrechtsbeauftragte, Abteilungen für Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheit, Frauen, Integration) zusammen. Der 2007 gegründete Fachbeirat wird vom Wiener Programm für Frauengesundheit koordiniert. Der Beirat ist ein wichtiges Instrument der Präventionsarbeit in Wien, sorgt für Awareness in verschiedenen Berufsgruppen und hat bereits vielfältige Maßnahmen zur gesundheitlichen Versorgung von FGM/C-Betroffenen angeregt und realisiert.

Diese Handlungsempfehlungen sind das Ergebnis jahrelangen Engagements und der Vernetzungsarbeit der Autorinnen im unermüdlichen Einsatz zur besseren und kultursensiblen Betreuung von durch FGM/C bedrohten und betroffenen Frauen und Mädchen.

1. Hintergrund

1.1 Definition Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C)

Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO versteht man unter weiblicher Genitalverstümmelung „eine traditionelle, gesundheitsgefährdende Praktik, die die teilweise oder vollständige Entfernung und andere Verletzungen der äußeren weiblichen Genitalien aus nicht-medizinischen Gründen umfasst.“[0]

Im deutschsprachigen Raum sowie im folgenden Text wird zumeist die englische Bezeichnung Female Genital Mutilation/Cutting, abgekürzt FGM/C, verwendet.

1.2 Formen

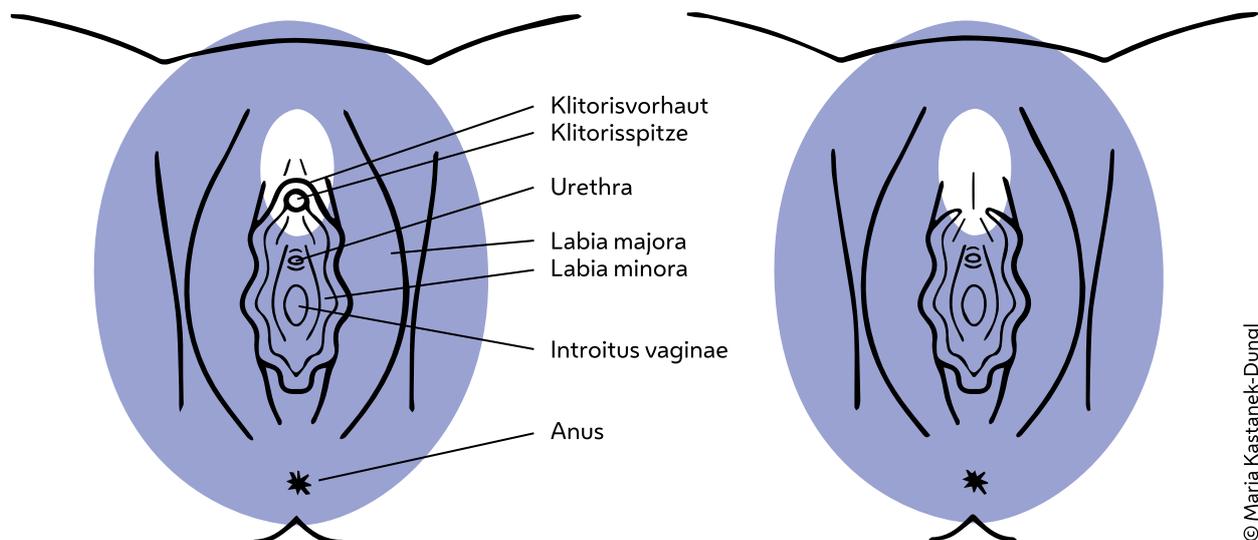
TYP I

Teilweise oder vollständige Entfernung der Klitorisspitze und/oder der Klitorisvorhaut

Typ Ia: Entfernung der Klitorisvorhaut

Typ Ib: Entfernung der Klitorisspitze und der Klitorisvorhaut

Abbildung 1 – FGM Typ I



© Maria Kastanek-Dungl

TYP II

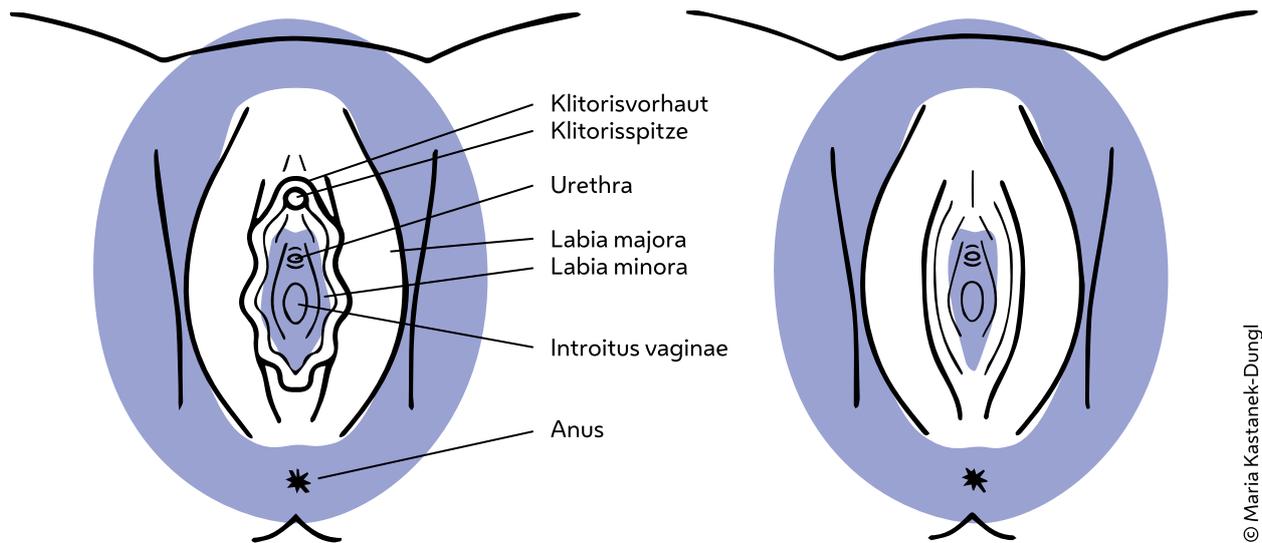
Teilweise oder vollständige Entfernung der Klitoris Spitze und Klitorisvorhaut sowie der kleinen Labien, mit oder ohne Verletzung der großen Labien

Typ IIa: Ausschließliche Entfernung der kleinen Labien

Typ IIb: Teilweise oder vollständige Entfernung der Klitoris Spitze und der kleinen Labien (die Klitorisvorhaut kann ebenfalls betroffen sein)

Typ IIc: Teilweise oder vollständige Entfernung der Klitoris Spitze, der kleinen und der großen Labien (die Klitorisvorhaut kann ebenfalls betroffen sein)

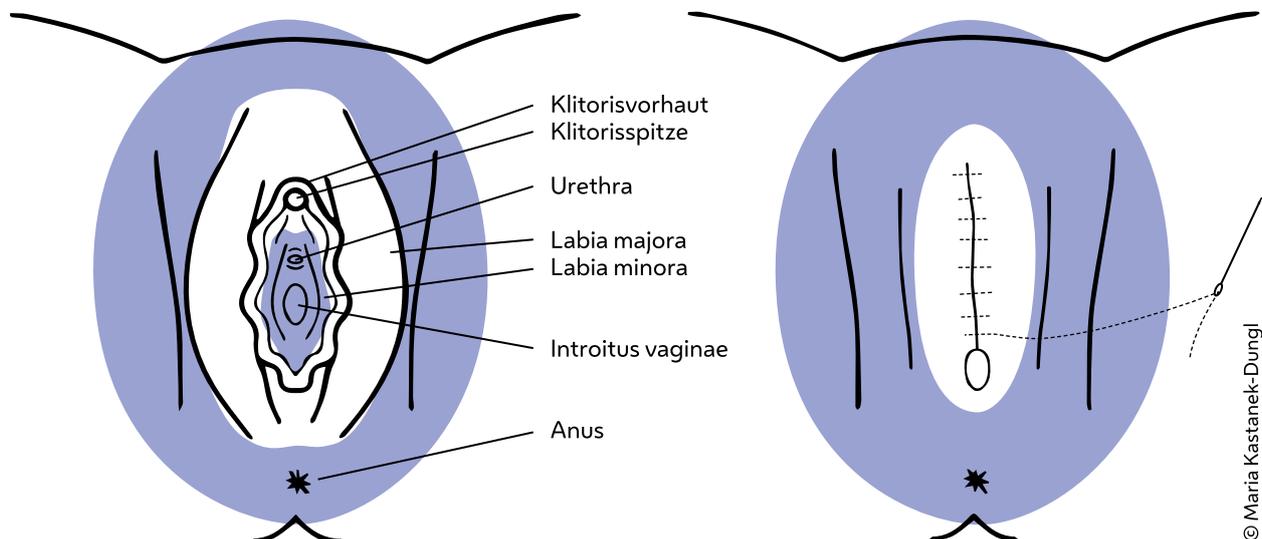
Abbildung 2 – FGM Typ II



TYP III

Verengung des Scheideneingangs durch das Schaffen eines narbigen Verschlusses mittels Beschneidung der kleinen und/oder großen Labien und mechanische Verbindung der Wundflächen inklusive oder exklusive Entfernung der Klitorisvorhaut und/oder Klitoris Spitze (Infibulation)

Abbildung 3 – FGM Typ III

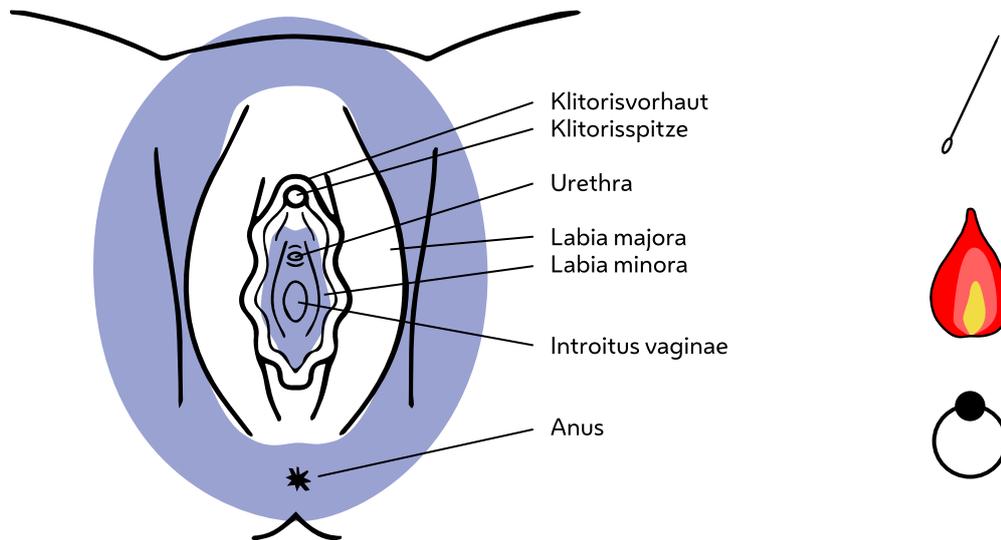


TYP IV

Alle anderen verletzenden Praktiken an den weiblichen Genitalien zu nicht-medizinischen Zwecken wie Einstechen oder Durchbohren, Einschneiden, Abschaben oder Kauterisieren

Zum Beispiel geht es bei der zunehmend praktizierten „Sunna light“ primär darum, dass „Blut fließt“ – es werden daher kleine Schnitte gesetzt, um dies zu erzielen.

Abbildung 4 – FGM Typ IV



© Maria Kastanek-Dungl

1.3 Soziokulturelle Grundlagen

Gesellschaften halten aus unterschiedlichen Gründen an FGM/C fest, das auf eine jahrtausendalte Praxis im antiken Ägypten zurückgehen soll [1]. UNICEF geht davon aus, dass heute weltweit 200 Millionen Frauen und Mädchen von FGM/C betroffen sind [2]. Auch in Europa und den USA des 19. Jahrhunderts wurden Frauen an den Genitalien beschnitten, um vermeintliche „Hysterie“ oder Masturbation zu „behandeln“ [3]. Je nach Region werden für FGM/C verschiedene Argumente angeführt [4], im Hintergrund steht jedoch stets die Kontrolle des weiblichen Körpers und der weiblichen Sexualität in einer patriarchal geprägten Gesellschaft. Viele der angeführten Gründe stehen in engem Zusammenhang zueinander [5]:

- **Soziale Norm:** „Alle“ machen es, einer nicht beschnittenen Tochter und ihrer Familie drohen Stigmatisierung und soziale Exklusion. FGM/C ist ein Beitrag zur „Familienehre“. Manche Gesellschaften praktizieren FGM/C als einen Initiationsritus und feiern damit den Übergang eines Mädchens zur Frau.
- **Ökonomischer Druck:** FGM/C soll die Heirats- und somit Überlebenschancen eines Mädchens garantieren.
- **Ästhetische Vorstellungen:** Eine Frau, deren Genital nicht beschnitten ist, entspricht den lokalen Schönheitsidealen nicht – womit ihre Heiratschancen schwinden.
- **Mythen über Körper und Gesundheit:** Je nach Region kursieren Vorstellungen wie FGM/C steigere die Fruchtbarkeit, sei gesund für die sexuelle Entwicklung, die Infibulation schütze die Gebärmutter bzw. eine Schwangerschaft oder die Klitoris würde unbeschnitten immer weiter wachsen oder wäre giftig.

- **Religiöse Zuschreibungen:** Unabhängig von der Religion wird FGM/C auf religiöse Vorgaben zurückgeführt. Die „Reinheit“ im spirituellen Sinne soll durch Beschneiden erlangt werden. Tatsächlich äußern sich alle Weltreligionen explizit gegen FGM/C. Der Irrglaube, es handle sich um eine religiöse Praxis, hält sich hartnäckig sowohl unter Betroffenen wie auch unter Außenstehenden. Zu diesem Missverständnis trägt die volkstümliche Bezeichnung von FGM/C Typ I als „Sunnah“ (bezeichnet überlieferte Aussagen des islamischen Religionsgründers, die nicht Teil des Koran sind) bei.

FGM/C ist in manchen Regionen – abhängig von der allgemeinen Beschneidungsrate – stärker in dörflichen als in urbanen Strukturen, in ärmeren Haushalten und bei Töchtern von Müttern ohne Schulbildung verbreitet und wird in bestimmten Ethnien häufiger praktiziert [5]. Abhängig von der Region, wird in unterschiedlichen Altersstufen und zu unterschiedlichen Anlässen beschnitten.

Bei Familien, die nach Europa emigriert sind, scheinen die Aufenthaltssicherheit und die Aufenthaltsdauer die Haltung gegenüber FGM/C im positiven Sinne zu verändern – der soziale Druck, FGM/C durchzuführen, verringert sich mit der Dauer des Aufenthalts [6].

In vielen Ländern wird FGM/C von traditionellen Beschneiderinnen durchgeführt, deren Tätigkeit in manchen Regionen mit Ansehen und hohem Honorar verbunden ist. Sie werden auch zur Defibulation in der Hochzeitsnacht oder vor einer Geburt gerufen – nicht selten handelt es sich um traditionelle Geburtshelferinnen. Die Rate an akuten Komplikationen ist bei traditionellen Beschneidungen sehr hoch, weshalb zunehmend medizinisches Personal FGM/C durchführt. In manchen Regionen wird FGM/C mehrheitlich von ausgebildetem klinischem Personal durchgeführt, zum Teil auch in Narkose (z.B. Ägypten). Doch auch unter ärztlicher Durchführung ist FGM/C nicht zu rechtfertigen und verstößt gegen die medizin-ethischen Grundsätze. Durch die sogenannte Medikalisierung von FGM/C droht eine Verharmlosung der nicht zu rechtfertigenden Körperverletzung im Kampf gegen FGM/C und der Eingriff kann sich aufgrund der Tatsache, dass keine Gegenwehr durch die Betroffenen zu erwarten ist, auch radikaler gestalten.

Gesetzliche Verbote bestehen bereits in sehr vielen Ländern und sind ein wichtiges Signal [4], reichen jedoch nicht aus, um von Generation zu Generation gepflegte Normen auszulöschen. Damit sich ein Dorf oder eine ganze Region von FGM/C abwendet, ist kultursensible Aufklärung vor Ort durch Individuen, Initiativen und die mediale Öffentlichkeit unverzichtbar. Erfolgreiche Prävention fußt auf langjähriger Sensibilisierungs- und Bildungsarbeit sowie Empowerment von Frauen und Mädchen. Auch sind Einkommensalternativen für die traditionellen Beschneiderinnen notwendig, die so z.B. vor Ort zu kompetenten Vortragenden bei Informationskampagnen gegen FGM/C werden können.

Nicht zuletzt ist es nötig, auch die männliche Bevölkerung und die Entscheidungsträger*innen mit einzubeziehen. Diese üben allein durch Bevorzugung einer beschnittenen Frau als Heiratskandidatin einen deutlichen gesellschaftlichen Einfluss aus. Haben einflussreiche Männer die negativen Auswirkungen von FGM/C auf die Gesundheit ihrer Frauen und Töchter einmal verstanden, kann dies von innen heraus die positive Einstellung zu einer bisher selbstverständlichen Tradition beenden.

1.4 Prävalenz

Weltweit sind geschätzt 200 Millionen Frauen und Mädchen von FGM/C betroffen [7]. Jährlich sind drei Millionen Mädchen gefährdet, an den Genitalien verstümmelt zu werden: Das sind mehr als 8.000 Betroffene täglich.

FGM/C wird in rund 30 afrikanischen Staaten des globalen Südens, besonders in Somalia, Guinea, Ägypten, Mali, Sudan, Eritrea, Äthiopien und in Teilen von Nigeria praktiziert. FGM/C kommt aber auch in Jemen, Indonesien und in indigenen Gemeinschaften Australiens und Südamerikas (Brasilien, Peru) vor und ist somit keiner Region zuzuordnen [2]. Infolge der globalen Migration leben FGM/C-Betroffene auch in Europa.

Eine Studie der Medizinischen Universität Wien schätzt die Zahl der Betroffenen in Österreich auf 11.000 Frauen und Mädchen [8]. Davon stammen 49 % aus Ägypten, 26 % aus Somalia, 6 % aus Nigeria, 4 % aus dem (Nord)Irak und 3 % aus Äthiopien und 12 % aus weiteren Ländern u.a. Kenia, Sudan, Eritrea, Guinea und Gambia. Die meisten Betroffenen, nämlich 6.323, leben in Wien, gefolgt von Oberösterreich (1.067), Steiermark (1.034), Tirol (688), Niederösterreich (565) und Salzburg (562) [8].

Bei 20% der Betroffenen in Österreich ist von FGM/C in Form von Typ III und bei 19 % in Form von Typ II auszugehen. Bei 7 % handelt es sich um die Typ I-Form. Mangels Datenlage in Österreich ist bei 54 % der Betroffenen der FGM/C-Typ unbekannt [8].

In Österreich, schätzt das EU-Institut für Gleichstellungsfragen (EIGE), sind zwischen 12 und 18 % der 0- bis 18-jährigen Mädchen aus FGM/C praktizierenden Ländern von Genitalverstümmelung bedroht [9]. In absoluten Zahlen sind das 735 bis 1.083 Mädchen im Alter von 0-18 Jahren. Darüber hinaus schätzt EIGE, dass 31% der asylsuchenden Mädchen in Österreich von FGM/C bedroht sind [10].

EIGE veröffentlichte eine Übersicht über jene Länder, in denen FGM/C dokumentiert ist, unter Angabe der jeweiligen nationalen Verbreitung von FGM/C und dem Durchschnittsalter bei der Beschneidung [11] (siehe Tabelle 1). Anzumerken ist: Keine Daten zu manchen Ländern bedeutet oftmals, dass keine entsprechende Datenübermittlung stattgefunden hat.

Tabelle 1: FGM/C-Risiko-Schätzung für die migrantische Bevölkerung nach Herkunftsland – (EIGE) 2018

Herkunftsland	Jüngste Berichte zu FGM/C		Nationale Prävalenzrate		Prävalenz nach Region		Medianes Alter bei Beschneidung
	Datenquelle	Jahr	Frauen im Alter von 15–19 J. (%)	Frauen im Alter von 15–49 J. (%)	niedrigste (%)	höchste (%)	
Ägypten	DHS	2015	69,6	87,2	74,5	92,1	10
Äthiopien	DHS	2016	47,1	65,2	24,2	98,5	4
Benin	MICS	2014	2,4	9,2	0,2	37,6	9
Burkina Faso	DHS	2010	57,7	76	55	90	4
Côte d'Ivoire	DHS	2011-12	31,3	38	12	80	4
Djibouti	MICS	2006	89,5	93	93	95	9
Eritrea	DHS	2010	68,8	83	71,2	95,9	0
Gambia	DHS	2013	76,3	74,9	47,4	96,7	4
Ghana	MICS	2011	1,5	4	0	41	9
Guinea	DHS	2012	94	97	89	100	9
Guinea-Bissau	MICS	2014	41,9	44,9	4,5	96,3	9
Indonesien	DHS	2012	49*	na	na	na	0
Irak	DHS	2011	4,9	8	0	58	9
Jemen	DHS	2013	16,4	19	0	85	0
Kamerun	DHS	2004	0,4	1	0	5	9
Kenia	DHS	2014	11,4	21	0,8	97,5	14
Liberia	DHS	2013	31,1	49,8	5,4	73	14
Mali	DHS	2012-13	90,3	91	88	95	4
Mauretanien	MICS	2011	65,9	69	20	99	4
Niger	DHS	2012	1,4	2	0	9	4
Nigeria	DHS	2013	15,3	25	3	49	4
Senegal	DHS	2015	22,2	24,2	6,9	76,9	4
Sierra Leone	MICS	2013	74,3	89,6	83,4	97,1	14
Somalia	MICS	2006	96,7	98	94	99	9
Sudan	MICS	2014	81,7	86,6	45,4	97,7	9
Uganda	DHS	2011	1	1	0	5	7
Tansania	DHS	2015-16	4,7	10	0	57,7	8
Togo	DHS	2013-14	1,8	4,7	0,4	17,4	9
Tschad	MICS	2014-15	31,8	38,4	0,7	96,1	9
Zentralafrikanische Republik	MICS	2010	17,9	24	3	77	14

* Bevölkerung zwischen 0–12 Jahren

1.5 Akute und chronische Komplikationen

Die äußeren weiblichen Genitalien sind sehr sensibel und durch ein dichtes Nervengeflecht versorgt. Die Schmerzen, die durch eine Beschneidung bis zur Amputation ohne Anästhesie entstehen, sind daher enorm und für viele Betroffene nachhaltig traumatisch [12].

Zu den akuten Folgen weiblicher Beschneidung zählen außerdem starke Blutungen, die bis zum hämorrhagischen Schock führen können [12, 13]. Auch kann es zu Infektionen kommen, da häufig mit unsterilem Material beziehungsweise unter unsterilen Bedingungen gearbeitet wird. Nicht selten berichten Patientinnen, dass alte Rasierklingen verwendet wurden, Kuh-Dung zur Blutstillung aufgelegt oder der Wundverschluss mit Akaziendornen durchgeführt wurde. Dies kann neben akuten, im schlimmsten Fall tödlichen Infektionen [12] auch zu chronischen Erkrankungen wie Hepatitis [14] oder HIV [14] sowie zur Bildung von Granulomen [12], Neurinomen und Fistelgängen [15, 16, 17] mit Inkontinenz führen. Dieser Umstand drängt Betroffene an den Rand ihrer Lebensstrukturen und des sozialen Umfelds [13].

In Abhängigkeit der Umstände der Beschneidung (Alter der Betroffenen, anatomische Kenntnisse der Beschneidenden, Sichtverhältnisse) kann es zu Verletzungen von Harnröhre, Vagina und umliegender Strukturen kommen [12]. Leisten die Betroffenen Widerstand, sind auch außergenitale Verletzungen möglich, wie Luxationen der Schulter, Knochenbrüche der Rippen oder Oberarme sowie Zungenbisse.

In der Zeit direkt nach der Beschneidung führen Schwellungen, Infibulation und Angst vor Schmerzen häufig zu Harnretention und schwerwiegenden urologischen Komplikationen [12, 13, 17]. Zusätzlich werden die Mädchen und Frauen häufig, um Nachblutungen vorzubeugen, durch Zusammenbinden der Beine für Wochen immobilisiert.

Schmerzbedingt, aber auch durch kompletten Verschluss im Rahmen von FGM/C Typ III, kann es zu akuten Harnablaufstörungen bis zum Harnverhalt kommen.

In diesem Sinne werden auch Abflussstörungen von Menstruationsblut bis zum Hämatometrokolpos (Rückstau des Blutes in die Scheide und Gebärmutter) beobachtet [18]. Daher zählen Dysmenorrhoe (Schmerzen bei der Menstruation) [19, 20] und Dys- und Pollakisurie (Schmerzen beim Urinieren bzw. häufigere, unvollständige Blasenentleerung) [17, 19, 20] in Abhängigkeit vom Typ der Beschneidung zu den Langzeitfolgen von FGM/C.

Der verzögerte Abfluss von Harn und Menstruationsblut begünstigt Harnwegsinfekte und chronische Unterbauchschmerzen [18]. Wenn sich Harn nach dem Urinieren hinter der Narbenplatte ansammelt und im Sinne eines „Nachtröpfeln“ verzögert abfließt, kann dies auch als Inkontinenz missinterpretiert werden [17].

Eines der häufigsten chronischen Beschwerdebilder nach FGM/C ist die Dyspareunie (Schmerzen beim Geschlechtsverkehr) [19, 21]. Diese beruht einerseits – unabhängig vom Typ der Beschneidung – auf fehlender Dehnbarkeit des Narbengewebes oder einem posttraumatischen Vaginismus (Verkrampfung der Scheidenmuskulatur); andererseits spielen die Verengung der Scheidenöffnung, die fehlende Lubrikation (Befeuchtung) [22] und verzögerte bis fehlende Erregbarkeit [19, 22] je nach Beschneidungstyp eine Rolle.

Im Kontext einer umfassenden medizinischen Versorgung ist erwähnenswert, dass Betroffene Vorsorgeuntersuchungen wie PAP-Abstriche oder vaginale Ultraschalluntersuchungen häufig aus Sorge vor Schmerzen nicht wahrnehmen oder deren Durchführung nicht möglich ist, weshalb es in der Entdeckung von anderen gynäkologischen Krankheitsbildern wie Dysplasien oder Krebserkrankungen zu erheblichen Therapieverzögerungen kommen kann [14].

Das Ausmaß der psychischen Folgen variiert von Frau zu Frau [23]. FGM/C und die entsprechenden Folgen können zu einem ausgeprägten psychischen Trauma und in Folge zu einer posttraumatischen Belastungsstörung [18], aber auch zu Depression, Angst- und Somatisierungsstörungen führen [12, 24].

Auch geburtshilflich führt FGM/C zu einer deutlichen Risikoerhöhung für Komplikationen. Auf diese geht Unterkapitel 4.2 genauer ein.

Akute Komplikationen	Langzeitfolgen
Starke Schmerzen [12]	Chronisches Schmerzsyndrom [18]
Lokale oder generalisierte Infektionen [12], septischer Schock	Chronische Infektionen (Hepatitis, HIV) [14], rezidivierende vaginale Infektionen und HWIs [18, 19]
Blutungen, hämorrhagischer Schock [25], Anämie [12]	Gynäkologische Komplikationen wie Dyspareunie [19, 21, 22], Dysmenorrhoe [18], fehlende Vorsorgeuntersuchungen [14]
Harnverhalt, Urethra-Ödem, Dysurie [17, 18, 19]	Miktionsstörungen [17, 19], Harnverlust durch „Nachtröpfeln“ [18]
Verletzung angrenzender Strukturen (Harnröhre, Vagina, ...) [12]	Geburtshilfliche Komplikationen wie protrahierte Geburtsverläufe [20, 26, 27], postpartale Hämorrhagien [19, 27, 28], Uterusrupturen, schwere Geburtsverletzungen (höhergradige Dammrisse [26, 29] – langfristig auch mit Stuhlinkontinenz und postpartalen Fistelbildungen) [15, 16], Erhöhung der peripartalen Mortalität, schlechteres kindliches Outcome [26, 27, 30]
Außergenitale (Kollateral-) Verletzungen wie Frakturen (Rippen), Luxationen (Schulter) [12]	Narbenkomplikationen wie Keloidbildung [12, 21, 25], Fistelbildung [15, 16, 17], Fremdkörperkeloide [12]
Psychisches Akut-Trauma [31]	Posttraumatische Belastungsstörung [18], Depressionen, Angststörungen [12], Somatisierungsstörungen [24]

2. Rechtliche Aspekte in Österreich

2.1 Gesetzeslage

FGM/C stellt eine Menschenrechtsverletzung dar und Staaten weltweit haben sich verpflichtet, Frauen und Mädchen gegen Formen von Gewalt wie FGM/C zu schützen. Österreich ist auch aufgrund der Istanbul-Konvention verpflichtet, konkrete Maßnahmen im Kampf gegen Gewalt an Frauen und insbesondere FGM/C zu setzen.

FGM/C ist in Österreich verboten. Eine Genitalverstümmelung ist als Körperverletzung mit schweren Dauerfolgen nach § 85 StGB strafbar. Das Strafausmaß kann bis zu 15 Jahre Haft betragen.

Gemäß § 90 Abs. 3 StGB kann in eine Verstümmelung oder sonstige Verletzung der Genitalien, die geeignet ist, eine nachhaltige Beeinträchtigung des sexuellen Empfindens herbeizuführen, nicht eingewilligt werden. Auch nach Einwilligung der Eltern oder der volljährigen Frau können Täter*innen daher strafrechtlich zur Verantwortung gezogen werden. Strafbar machen sich:

- Personen, die FGM/C vornehmen (auch Ärzt*innen, die den Eingriff medikalisiert durchführen)
- Eltern, die FGM/C an ihrer Tochter vornehmen lassen bzw. dies nicht verhindern.
- Andere Personen, die zur Durchführung von FGM/C beitragen (beispielsweise durch Anstiften oder Mitwirkung)

Frauen und Mädchen, die von FGM/C betroffen sind, unterliegen erweiterten Opferschutzbestimmungen. Die Verjährungsfrist beginnt erst mit dem 28. Lebensjahr der Betroffenen zu laufen, wenn sie zum Zeitpunkt der FGM/C noch minderjährig war, und es steht ihr eine juristische und psychosoziale Prozessbegleitung zu.

Eine Strafverfolgung ist in Österreich auch dann vorgesehen, wenn die Tat an einer Minderjährigen – die ihren üblichen Aufenthalt in Österreich hat – im Ausland erfolgte, selbst wenn dort FGM/C nicht verboten ist. So sollen vor allem auch jugendliche Mädchen vor Beschneidung während eines Auslandsaufenthalts z.B. in den Ferien geschützt werden.

2.2 Melde- und Anzeigepflicht

Bestimmte Berufsgruppen unterliegen einer gesetzlichen Anzeigepflicht, wenn in Ausübung ihres Berufs der Verdacht auf eine schwere Körperverletzung, zu der FGM/C zählt, entsteht. Dieser Pflicht unterliegen vor allem Gesundheitsberufe (z.B. Krankenpfleger*innen, Hebammen, Ärzt*innen, Psycholog*innen...), aber auch Behörden und öffentliche Dienststellen. Zu bedenken ist jedoch, dass eine Strafanzeige nur erfolgen muss, wenn

- Täter*in oder Betroffene zum Zeitpunkt der Tat Österreicher*in sind oder ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben
- oder die Tat in Österreich begangen wurde.

Fälle, die grundsätzlich angezeigt werden müssen, betreffen in der Praxis jene Mädchen, deren Eltern nach Österreich immigriert sind, und die im Zuge eines Heimaturlaubs im Herkunftsland FGM/C unterzogen werden.

Bei minderjährigen Mädchen kann eine polizeiliche Anzeige vorerst unterbleiben, wenn unverzüglich und nachweislich eine Meldung an die Kinder- und Jugendhilfe erfolgt und der Verzicht der Meldung hilfreich für das betroffene Opfer zu sein scheint.

EMPFEHLUNGEN FÜR DIE HANDHABUNG DER MELDE- UND ANZEIGEPFLICHT

I. FGM/C bei erwachsenen Frauen

Wenn Sie in Ausübung Ihres Gesundheitsberufs feststellen, dass Ihre Patientin von FGM/C betroffen ist: Versuchen Sie aufzuklären, wann, wo und durch wen FGM/C vorgenommen wurde. Wenn FGM/C im Ausland durch eine nicht-österreichische Person vorgenommen wurde, bevor die Betroffene (Nicht-Österreicherin) nach Österreich kam, müssen Sie keine Anzeige erstatten.

Bei Fragen in Zusammenhang mit FGM/C kontaktieren Sie ein geeignetes Zentrum (siehe Kapitel 6), um gemeinsam Interventionsmöglichkeiten zu erarbeiten und bedrohte Frauen und Mädchen kultursensibel zu schützen.

II. FGM/C bei minderjährigen Mädchen

II.1 Verdacht auf kürzlich erfolgte FGM/C

Wenn Sie in Ausübung Ihres Gesundheits- oder pädagogischen Berufs den Verdacht haben, dass eine Minderjährige, die in Österreich lebt oder die österreichische Staatsbürgerschaft besitzt, von FGM/C betroffen ist: Dann ist eine gesicherte Diagnosestellung vorrangig. Hierbei erscheinen die persönliche Kontaktaufnahme mit einem geeigneten Zentrum (siehe Kapitel 6) und die entsprechende Nachverfolgung, ob eine ärztliche Begutachtung stattgefunden hat, rechtlich ausreichend für alle betroffenen Berufsgruppen. Falls notwendig, wird eine Anzeige oder Meldung an die Kinder- und Jugendhilfe bei Bestätigung des Verdachts von diesen Zentren qualifiziert durchgeführt.

II.2 Verdacht auf drohende FGM/C

Wenn im Rahmen der Berufsausübung der Verdacht besteht, dass ein minderjähriges Mädchen gefährdet sein könnte (etwa während einer Urlaubsreise), FGM/C unterzogen zu werden, jedoch keine konkrete, akute Gefahr besteht, kontaktieren Sie ein geeignetes Zentrum (siehe Kapitel 6). Wenn dies notwendig ist, veranlassen diese Stellen eine Gefährdungsmeldung an die Kinder- und Jugendhilfe bei Uneinsichtigkeit der Familie bzw. bei bereits betroffenen Familienmitgliedern und drohender künftiger Manipulation an der Vulva.

Nur bei unmittelbarer Gefahr im Verzug (Sie erlangen Kenntnis über die unmittelbar bevorstehende Durchführung von FGM/C) muss eine polizeiliche Anzeige erfolgen.

3. Empfehlungen für den Umgang mit betroffenen und bedrohten Frauen und Mädchen

Angehörigen von Gesundheits- und Sozialberufen sowie Pädagog*innen kommt eine wesentliche Rolle bei der Prävention zu, da sie häufig in Kontakt mit Familien aus Ländern mit hoher FGM/C-Prävalenz stehen. Besteht ein Vertrauensverhältnis, sollte in Elterngesprächen einfühlsam, aber unmissverständlich die Bedeutung der körperlichen Unversehrtheit für die Entwicklung des Kindes betont werden. Es sollte auch auf die Strafbarkeit von FGM/C in Österreich hingewiesen werden. Eine kultursensible Aufklärung durch spezialisierte Mediatorinnen steht hier im Vordergrund.

Grundvoraussetzungen für die adäquate Betreuung betroffener und bedrohter Frauen und Mädchen, welche in den Anlaufstellen (siehe Kapitel 6) zur Verfügung stehen, sind:

- Gesundheitsberatung und psychosoziale Beratung im Österreich-Kontext / Aufklärung
- Vorbereitung auf eine gynäkologische Untersuchung
- Psychologische oder psychotherapeutische Beratung
- Sozialberatung
- Rechtsberatung
- Kooperation mit spezialisierten FGM/C-Ambulanzen

Alle Angebote werden in der Erstsprache bzw. mit einer entsprechend spezialisierten, weiblichen Dolmetscherin durchgeführt.

Österreichweit steht hier die FGM/C-Koordinationsstelle als Schulungs-, Austausch- und Beratungsplattform für Betroffene und das Hilffssystem im Vordergrund.

3.1 Medizinische Betreuung in FGM/C-Ambulanzen

Im österreichischen Kontext gilt zu beachten, dass von FGM/C betroffene Frauen trotz häufig schwerwiegender medizinischer Beschwerden kein alltägliches Patientinnen-Kollektiv darstellen. Die Betreuung dieser Patientinnen erfordert Expertise, ist zeitaufwendig und sollte von diesbezüglich spezialisiertem Personal durchgeführt werden. Daher ist es empfehlenswert, dass Betroffene – idealerweise nach Aufklärung und Vorbereitung durch primäre Anlaufstellen – in definierten Zentren durch Fachpersonen mit entsprechender Expertise medizinisch begutachtet und betreut werden. Zumeist wird es sich hierbei um Abteilungen für Gynäkologie und Geburtshilfe handeln, aber auch die Sichtweise von pädiatrischen, urologischen oder psychiatrischen Expert*innen kann hilfreich sein, Betroffene zu unterstützen. Als Best Practice-Beispiel für die Vorgehensweise in einem Zentrum dient hier das von der Universitätsklinik Wien entworfene Flowchart (siehe Unterkapitel 7.2).

Ein wie oben skizziertes interdisziplinäres Vorgehen ist lediglich bei von FGM/C-betroffenen schwangeren Frauen während der Geburt nicht mehr möglich. Daher gilt es, diese Patientinnen möglichst vor Wehenbeginn zu identifizieren, einer spezialisierten Betreuung zuzuführen beziehungsweise ein entsprechendes Prozedere zur Geburt vorab festzulegen (siehe Unterkapitel 4.2).

In diesem Fall kommt der bzw. dem betreuenden Facharzt*in für Gynäkologie und Geburtshilfe eine bedeutende Rolle zu, da die Diagnosestellung im Rahmen der Eltern-Kind-Pass-Untersuchung (ehemals „Mutter-Kind-Pass“) frühzeitig erfolgt und eine Zuweisung in das entbindende Krankenhaus ermöglicht.

Tipps für die Praxis: Das Gespräch mit Betroffenen und potenziell Gefährdeten

- Nehmen Sie sich ausreichend Zeit. Sorgen Sie für eine ruhige, ungestörte Atmosphäre.
- Wenn nötig, bitte eine spezialisierte und weibliche Dolmetscherin beiziehen.
- Sprechen Sie die Frau primär nicht direkt auf ihre persönliche Betroffenheit an. Besser ist zunächst zu erfragen, ob Beschneidung im Umfeld der Frau üblich ist.
- Achten Sie darauf, wie sich die Frau ausdrückt, und greifen Sie die von ihr verwendeten Begriffe auf, etwa „Beschneidung“. Vermeiden Sie drastische Begriffe wie „Verstümmelung“.
- Zeigen Sie Ihren Respekt, aber nicht Ihre Gefühle. Machen Sie Ihren Standpunkt deutlich, ohne zu verurteilen.
- Verweisen Sie Betroffene und potenziell Bedrohte an spezialisierte Beratungsstellen.
- Versuchen Sie in Ihrem Wirkungsbereich ein FGM/C geschultes multiprofessionelles Netzwerk zu bilden, um der Betroffenen und ihren Kindern die Möglichkeit zu geben, ihre Sicht auf FGM/C zu relativieren. Was im Herkunftsland richtig und notwendig erscheint, kann in Österreich mit allen Anlaufschwierigkeiten einen Prozess auslösen, den aufmerksame und geschulte Pädagog*innen oder medizinisches Personal im Rahmen von Vorsorge- und Eltern-Kind-Pass-Untersuchungen präventiv unterstützen können.

4. Empfehlungen zur medizinischen und psychosozialen Betreuung

4.1 Medizinische Betreuung von erwachsenen Frauen nach FGM/C

Aufgrund der Vielzahl an potenziellen Beschwerden und langfristigen Komplikationen können Betroffene an verschiedensten Stellen im Gesundheitssystem vorstellig werden [32]. In den meisten Fällen ist die anamnestische Erhebung beziehungsweise Diagnosestellung und Überweisung an ein spezialisiertes Zentrum vorrangig und ausreichend.

Jedoch kann FGM/C auch unvermutet im klinischen Alltag auffallen, z.B. bei Indikationen zum Legen eines Blasenkatheters im Rahmen einer geplanten Operation. In dieser Hinsicht sollte FGM/C ein Bestandteil jeglicher medizinischer und pflegerischer Ausbildung sein, um in solchen Situationen eine adäquate Betreuung betroffener Frauen zu sichern [32, 33, 34]. Es ist in Akutfällen empfehlenswert, der Patientin nicht durch zahlreiche frustrane Versuche der Untersuchung oder Katheterisierung Schmerzen zu bereiten, sondern die Indikation zu hinterfragen und bei tatsächlicher Notwendigkeit dies – gegebenenfalls unter Anästhesie – durch Personal mit der höchsten Expertise durchführen zu lassen.

Prinzipiell sind medizinische Gespräche zum Thema FGM/C zeitaufwendig und erfordern ein hohes Maß an kultureller Sensibilität [34]. Es ist daher darauf zu achten, dass diese in einer geschützten, störungsfreien Atmosphäre durch geschultes Personal stattfinden können. Für die Zeitkalkulation bei der medizinischen Betreuung von FGM/C-Patientinnen ist es wesentlich, das bis zu Vierfache an Zeiteinheiten im Vergleich zu Routinebegutachtungen einzuplanen.

Häufig ist das Erheben einer Anamnese bei Patientinnen mit FGM/C nur mit Hilfe einer spezialisierten Dolmetscherin möglich. Diese sollte, wenn möglich, in Hinblick auf FGM/C geschult und weiblich sein. Dolmetschende Verwandte und Kinder können abhängig von ihrer Einstellung zu FGM/C und ihrer Position in der Familie hinderlich und unzulässig bei der Betreuung sein. Ebenso ist zu bedenken, dass von außen hinzugezogene und Video-Dolmetscherinnen gerade bei kleinen Communitys durchaus mit der Patientin bekannt sein könnten und zur Stigmatisierung einer hilfeschuchenden Betroffenen in ihrem Umfeld beitragen.

Gespräche umfassen zunächst Aufklärung über die „normale Anatomie“ sowie die Veränderungen durch FGM/C und die entsprechenden medizinischen Konsequenzen. Anschließend erfolgen die Anamneseerhebung sowie eine körperliche Untersuchung – zumeist sind lediglich die Bestimmung des Beschneidungstyps, der äußerlichen anatomischen Verhältnisse sowie die Durchführung einer Abdominalsonographie ausreichend. Durch Traktion und Separation oder mittels Virgospekula erscheint das Angebot einer Vorsorgeuntersuchung, wenn gewünscht oder bei Beschwerden wie z.B. Fluor, ein gutes Angebot. Im Anschluss sollten konservative und operative Therapiemöglichkeiten sowie deren Erfolgsaussichten [35] besprochen werden.

Weiterführende Untersuchungen wie PAP-Abstrichentnahme oder Vaginalsonographie können bei Planung einer operativen Therapie auf während der Operation oder die Zeit nach der Operation verschoben werden, wenn man sie schmerzfrei durchführen kann.

Themen, die im Rahmen einer medizinischen Begutachtung erfragt werden sollten:

- Alter bei der Beschneidung
- Ort der Beschneidung
- Medikalisiert oder durch eine traditionelle Beschneiderin
- Gab es akute Komplikationen (z.B. starke Blutungen oder Infektionen)?
- Hat bereits Geschlechtsverkehr oder der Versuch eines Geschlechtsverkehrs stattgefunden? (Achtung: Vergewaltigungen werden hierbei sehr häufig nicht erwähnt)
- Welche chronischen Beschwerden liegen vor z.B. bei der Menstruation, dem Geschlechtsverkehr oder beim Harnlassen?
- Besteht Kinderwunsch oder ist die Patientin bereits schwanger?
- Welche Wünsche, Vorstellungen und Ängste hat die Patientin in Hinblick auf ein therapeutisches Vorgehen? [35, 36]

Bei der Anamneserhebung sollte beachtet werden, dass FGM/C ein Tabuthema für die Betroffene darstellt und daher häufig nicht als „bisherige Operation“ erwähnt wird [37]. Eine Beschneidung in der nonverbalen Phase kann möglicherweise für die Patientin gar nicht abrufbar oder erinnerlich sein. Viele Betroffene kommunizieren über ihre durch FGM/C verursachten Symptome und sehen primär keinen Zusammenhang mit ihrem Beschneidungsstatus [36, 38].

Ein rein chirurgisches Vorgehen ist häufig nur der Beginn eines therapeutischen Vorgehens – gerade bei vorbestehender Dyspareunie und Vaginismus sind sexualtherapeutische Maßnahmen [39] sowie gegebenenfalls eine muttersprachliche psychologisch-psychotherapeutische Anbindung notwendig [23], finden aber in der Praxis aufgrund der finanziellen Situation der Betroffenen, des mangelnden Angebots in der Muttersprache oder wegen Ablehnung durch die Patientin häufig nicht statt.

Die operative Therapie richtet sich nach der Form der Beschneidung, den Beschwerden sowie den speziellen Wünschen der Patientinnen [35, 40].

Operativ besteht die Möglichkeit einer Defibulation (Eröffnung der Narbenplatte in der Mittellinie) bei FGM Typ III, einer Erweiterungsplastik, einer Klitorisfreilegung oder -rekonstruktion [41] sowie von komplexeren Rekonstruktionen des gesamten äußeren Genitals [42], welche neben der Funktionalität auch die kosmetische Wiederherstellung des äußeren Genitals zum Ziel haben. Bei der Wahl der geeigneten Operationsmethode ist die Patientin umfassend über Erfolgsaussichten [35, 43], alternative Operationsmethoden sowie, besonders bei ausgedehnten rekonstruktiven Eingriffen, über potenzielle Risiken und Komplikationen aufzuklären (siehe Kasten). Aufklärung durch Fachpersonal sollte keineswegs direktiv und unter Zeitdruck erfolgen. Jede Betroffene sollte das Recht haben, für sich selbst entscheiden zu können, welcher operative Weg der Passende sein könnte [40, 44]. Hier sind Gespräche mit Personen, die diesen Weg bereits hinter sich gebracht haben, äußerst unterstützend [36].

AUFKLÄRUNGSINHALTE

Vor einer allfälligen operativen Therapie sollten im Rahmen eines Aufklärungsgesprächs folgende Punkte mit der Patientin besprochen werden, um die für die Patientin bestgeeignete Option zu wählen:

- Die Gesprächsführung sollte im Falle einer Sprachbarriere unbedingt mittels eigens geschulter Dolmetscher*innen erfolgen
- Erhebung einer ausführlichen Anamnese (optimalerweise mittels standardisierter Fragebögen falls vorhanden z.B. in Hinblick auf die Sexualität) [17]
- Erfragen der vorrangigen Beschwerden und Aufklärung über Erfolgsaussichten in Hinblick auf diese Beschwerden durch eine operative Therapie [35, 43]
- Aufklärung über die Vor- und Nachteile der verschiedenen operativen Methoden im Vergleich inklusive Eingriffsdauer, Risiken, Komplikationen und die zu erwartenden Verbesserungen für die Betroffene
- Vergleich der operativen Methoden in Hinblick auf den funktionellen und den kosmetischen Endzustand
- Berücksichtigung der Wünsche und Vorstellungen der Betroffenen in der Wahl der geeigneten Methode
- Verweis auf andere spezialisierte Zentren, falls die bestgeeignete bzw. gewünschte operative Methode vor Ort nicht angeboten wird

Sämtliche Eingriffe sollten – obwohl es sich speziell bei der Defibulation nicht um eine langwierige oder komplexe Operation handelt – bevorzugt in Vollnarkose oder zumindest Spinalanästhesie durchgeführt werden, um eine Retraumatisierung der Patientin zu verhindern [23].

Auf die Defibulation der infibulierten Vulva als kleinsten Eingriff, der auch akut im Rahmen einer Geburt schnell und unkompliziert durchgeführt werden kann, soll hier näher eingegangen werden [45]:

- Unter adäquater Anästhesie wird eine gerade Pinzette oder Klemme unter die Narbenspange im Bereich der geplanten Inzision (Mittellinie) eingeführt.
- Die Urethra sollte zuvor visualisiert werden und eventuell ein Harnkatheter gelegt werden, um Verletzungen bei verwachsenem Situs zu verhindern.
- Nun wird mit einem Skalpell, Elektrokoagulation oder einem anderen geeigneten Instrument das Narbengewebe nach kranial durchtrennt. Der Scheideneingang sowie die Urethra sollten nun einstellbar sein. Am besten sollte die geplante Höhe bzw. Länge der Eröffnung nach kranial in den OP-Revers gezeichnet werden – „so viel wie notwendig und so wenig wie möglich“.
- Die Wundränder werden mit schnell resorbierbaren Fäden versorgt, bevorzugt intrakutan fortlaufend oder, falls notwendig, mit Einzelknopfnähten.

Im Vorfeld jeder Operation sollte mit der Patientin besprochen werden, ob sie eine Fotodokumentation des Situs prä- und postoperativ wünscht und ob intraoperative Untersuchungen wie die Abnahme eines PAP-Abstrichs oder die Durchführung eines transvaginalen Ultraschalls indiziert sind. Diese Untersuchungen können, wenn vereinbart, in Anästhesie schmerzfrei durchgeführt werden.

Postoperativ sollte, in Abhängigkeit von Wundfläche und Wundheilung für ca. 4 Wochen kein Geschlechtsverkehr stattfinden, da eine Verletzung der Wundränder zu erneuten Verklebungen und Vernarbungen führen kann. In diesem Zeitraum können anästhetische (z.B. Lidocain Gel 2%) und östrogenhaltige Salben (z.B. Estriol Vaginal Creme) zur Schmerzstillung sowie Förderung der Wundheilung lokal aufgetragen werden. Falls möglich, sollte auch der potenzielle Partner der Patientin miteinbezogen werden, um auch diesem die Notwendigkeit der postoperativen Maßnahmen nahezubringen.

4.2 Medizinische Betreuung von schwangeren Frauen nach FGM/C

Von FGM/C betroffene Schwangere stellen die betreuenden Berufsgruppen, insbesondere Gynäkolog*innen, Geburtshelfer*innen sowie Hebammen vor besondere Herausforderungen [34]. Andererseits bietet die Schwangerschaft durch die gynäkologischen Untersuchungen und die Anknüpfung an das Gesundheitssystem auch die Möglichkeit, Betroffene zu identifizieren, aufzuklären, therapeutische Optionen zu besprechen und präventiv tätig zu werden. Der im Eltern-Kind-Pass empfohlenen Hebammenberatung kommt hierbei eine besondere Bedeutung zu, da sie die kostenlose Möglichkeit eines qualifizierten Anamnesegesprächs unter guten Rahmenverhältnissen bietet. Daher wäre es von besonderem Interesse, FGM/C und den Umgang mit Betroffenen zu einem verpflichtenden Teil der Hebammenausbildung zu integrieren, da oft große Unsicherheit und fehlende Kenntnisse eine wertfreie und kultursensible Beratung verhindern [33, 46]. Gerade diese Patientinnen profitieren besonders von einer Hebammenbetreuung im Wochenbett, wissen jedoch häufig gar nicht über ihren Anspruch diesbezüglich Bescheid [38].

Betroffene Patientinnen gehen mit einem durch FGM/C erhöhten Risiko in eine Spontangeburt [26, 28, 30]. Idealerweise erfolgt daher bereits im Rahmen der Eltern-Kind-Pass-Untersuchungen eine Diagnose beziehungsweise bei der Geburtsanmeldung im Krankenhaus im Rahmen der Anamnese ein Screening auf FGM/C. In der Praxis geschieht es jedoch leider häufig, dass Betroffene erst unter der Geburt als solche erkannt werden [46].

Prinzipiell besteht durch die fehlende Dehnbarkeit des Narbengewebes unabhängig vom Beschneidungsgrad ein etwa zweifach erhöhtes Risiko (OR 1,6-2,7) für höhergradige Geburtsverletzungen wie Dammriss 3. und 4. Grades [26, 29]. Es kann dadurch auch – je nach Versorgungssituation – zur Bildung von rectovaginalen Fisteln und Stuhlinkontinenz postpartal kommen [15, 16]. Außerdem ist FGM/C mit verlängerter Geburtsdauer (Austreibungsperiode) [26, 27] und schlechterem kindlichen Outcome vergesellschaftet [26, 30].

In diesem Zusammenhang ist jedoch besonders erwähnenswert, dass die Durchführung eines Kaiserschnittes ohne andere geburtshilfliche Begründung im Sinne der Betroffenen zu vermeiden ist. Einerseits können durch die rechtzeitige Defibulation die erwähnten Risiken minimiert werden, andererseits erhöht die Durchführung eines Kaiserschnittes ohne eine Defibulation deutlich das mütterliche Risiko im Rahmen einer Folgeschwangerschaft – dies stellt gerade bei Patientinnen mit unklarem Aufenthaltsstatus bei späterer Rückführung in ihr Heimatland mit fraglichem Zugang zu einem erneuten Kaiserschnitt ein potenziell lebensbedrohliches Szenario dar.

Eine besondere Bedeutung kommt der frühzeitigen Vorstellung schwangerer Patientinnen, welche von FGM/C betroffen sind, an der entbindenden Abteilung zu. Dort sollte – gegebenenfalls unter Hinzuziehung einer geeigneten Dolmetscherin bei Sprachbarriere und, wenn möglich in Anwesenheit des Partners, ein Geburtsmodusgespräch geführt werden.

Für eine adäquate Vorbereitung auf die Geburt wird empfohlen:

- Anamneseerhebung prinzipiell wie bei Nichtschwangeren
- Zusätzlich intensivierete Frage nach Beschwerden und Dokumentation derselben (forensische Bedeutung von bereits vor der Geburt existierenden Beschwerden wie Dyspareunie)
- Erhebung der geburtshilflichen Anamnese bei vorangegangenen Schwangerschaften, speziell in Hinblick auf Geburtsverletzungen, Versorgung derselben und gegebenenfalls bereits stattgefundenen Defibulation und/oder Reinfibulation (Wiederverschließen nach Defibulation) unter der Geburt
- Körperliche Untersuchung mit Dokumentation des Beschneidungsgrades und eventuell vorhandener Begleitdiagnosen (z.B. Atherome/Neurinome/etc.)
- Aufklärung der Patientin über prinzipiell erhöhte geburtshilfliche Risiken
- Festlegen der Indikation zur Defibulation und – falls bestehend – des Eingriffszeitpunktes
- Anästhesiologische Vorstellung und Aufklärung zur Periduralanästhesie, insbesondere diesbezügliche Empfehlung, falls Defibulation geplant ist

- Aufklärung über die medizinischen Empfehlungen und gesetzlichen Gegebenheiten in Österreich in Hinblick auf FGM/C
- Aufklärung über die postpartale Versorgung und das Verbot der „Reinfibulation“ (Wiederverschließen nach Defibulation)
- Evaluierung eines kindlichen Risikos bei weiblichen Feten, und gegebenenfalls Weitergabe einer Gefährdungseinschätzung postpartal an die Kinderschutzgruppe; wenn nötig auch Gefährdungsmeldung an die Kinder- und Jugendhilfe bzw. in seltenen Fällen die polizeiliche Anzeige (z.B. bei der Bitte um Durchführung von FGM/C – Gefahr im Verzug!)
- Festlegen einer Vorgehensweise bei geplanter oder ungeplanter Sectio in Hinblick auf die Defibulation – z.B. wünscht die Patientin im Falle eines dringenden Kaiserschnittes zusätzlich eine Defibulation oder soll der Eingriff in diesem Fall eventuell im Intervall durchgeführt werden?
- Einbeziehen des Partners in alle Schritte der Aufklärung ist empfehlenswert

Als Best Practice-Beispiel für die Vorbereitung einer Geburt in einem Zentrum dient hier das von der Klinik Ottakring entworfene FGM/C-Blatt für Schwangere (siehe Kapitel 7).

Unter der Geburt kommt der individuellen Hebammenbetreuung in diesem Patientinnen-Kollektiv besondere Bedeutung zu. Die Durchführung von vaginalen Untersuchungen sollte nur bei entsprechenden Indikationen erfolgen und ist auf ein notwendiges Minimum zu beschränken.

Falls eine Defibulation notwendig erscheint, empfiehlt sich die Durchführung unter der Geburt [45] bei aufsteigendem kindlichem Kopf unter adäquater Anästhesie (Periduralanästhesie wünschenswert, wenn nicht möglich auch Lokalanästhesie möglich). Dies erfordert jedoch die Verfügbarkeit von entsprechend geschultem Personal rund um die Uhr [34]. Daher wird die Geburt idealerweise in einem auf FGM/C-Patientinnen spezialisierten Zentrum geplant (siehe Unterkapitel 6.2). Ein entsprechendes Vorgehen ist jedoch von regionalen Gegebenheiten und Anfahrtswegen abhängig und unter Umständen nicht möglich. In diesem Fall sollte die Patientin bei Indikation bereits in der Schwangerschaft (ab der 16. SSW) geplant in Spinalanästhesie und in Abhängigkeit von der Schwangerschaftswoche unter CTG-Kontrolle defibuliert werden. Dies kann bei ausgeprägten Befunden von Typ III-Beschneidungen auch in spezialisierten Zentren notwendig sein, falls eine digital-vaginale Untersuchung oder eine transvaginale Sonographie aufgrund des Beschneidungsgrades unmöglich erscheinen. Bei solchermaßen Betroffenen sollte die Defibulation in der Schwangerschaft ebenfalls erwogen werden, da ansonsten bei Auftreten von Komplikationen in der Schwangerschaft beziehungsweise unter der Geburt unter Umständen lediglich aufgrund mangelnder diagnostischer Möglichkeiten eine Sectio indiziert werden müsste [20, 26].

Postpartum erfolgt die Versorgung einer Defibulation analog zu nichtschwangeren Patientinnen sowie die Versorgung eventueller zusätzlicher Geburtsverletzungen. Gerade bei von FGM/C-Betroffenen ist – unabhängig von Defibulation und Geburtsverletzungen – aufgrund des Risikoprofils besonders auf die Wichtigkeit der rectal-digitalen Untersuchung postpartum zur Detektion höhergradiger Verletzungen hinzuweisen.

Ein stationärer Aufenthalt im Wochenbett bietet erneut die Gelegenheit zu Prävention bei weiblichen Kindern. Hierfür können Ärzt*innen, Psycholog*innen wie auch Hebammen oder Pflegepersonal in einem geschützten Rahmen dieses sensible Thema ansprechen ohne Verdächtigungen zu äußern und unter Berücksichtigung des kulturellen Hintergrunds eine Risikoabschätzung durchführen [31].

Die Diagnose FGM/C und gegebenenfalls die Defibulation sind zu dokumentieren und im Entlassungsbrief zu vermerken. Es ist in diesem Zusammenhang noch einmal auf die Wichtigkeit und den Anspruch auf eine Hebammennachbetreuung im Wochenbett hinzuweisen – eine Informationsweitergabe durch den Entlassungsbrief ist daher unerlässlich. Die Hygiene- und Pflegeempfehlungen entsprechen denen der regulären Dampfpflege nach Geburtsverletzungen.

4.3 Begutachtung von Kindern

Die Begutachtung und Betreuung von Kindern stellt allgemein ganz besondere Herausforderungen an das Gesundheitssystem und erfordert entsprechende Kenntnisse und Erfahrung im Umgang mit diesen und auch den Eltern. Deshalb ist es umso wichtiger, dass entsprechende Untersuchungen von Personal mit hoher Expertise durchgeführt werden [47].

Das Kindeswohl ist oberstes Prinzip und die Sicherheit des Kindes ist zu garantieren.

Die Gewährleistung einer adäquaten kindgerechten medizinischen Versorgung kann letztlich nur durch Spezialist*innen mit Ausbildung bzw. Erfahrung in der Kinder- und Jugendgynäkologie erfolgen. Da FGM/C bei Kindern mit schwerwiegenden Konsequenzen bis zum Entzug der Obsorge einhergehen kann, müssen eine sichere Diagnosestellung sowie die Kenntnis von Differentialdiagnosen wie Lichen sclerosus oder Labiänsynechien durch die Begutachtenden die Grundvoraussetzung für solche Untersuchungen sein.

Die Betreuung von Kindern bezieht selbstverständlich die Eltern mit ein. Es ist wichtig, ein Setting zu schaffen, in dem Eltern und Kinder entspannt und in Ruhe ihre Anliegen äußern können.

Versorgung von Kindern bedeutet in erster Linie Prävention. Hier steht die Aufklärung im Vordergrund. Die Eltern benötigen sachliche Information, keinesfalls eine vorwurfsvolle Haltung und müssen darüber informiert werden, dass ein gesundheitlicher Nachteil mit akuten und chronischen Folgeschäden durch die Genitalverstümmelung von Mädchen entsteht. Auch die psychische Verletzung ist anzusprechen.

Bei bereits beschnittenen Mädchen gilt im Kindesalter Zurückhaltung in Hinblick auf therapeutische Verfahren und ein zuwartendes Vorgehen [48]. Ausschließlich im Falle von Beschwerden beziehungsweise drohenden Langzeitfolgen (z.B. bei ausgeprägter Harnabflussstörung wie Hydronephrose) sollte interveniert werden. Die Untersuchung sowie Therapie sollte auch hier ausschließlich durch Expert*innen stattfinden.

Bei Abwehrhaltung des Kindes (z.B. Zusammenpressen der Beine) muss auf eine Evaluation an diesem Tag verzichtet werden. Das psychische Wohl des Kindes steht im Vordergrund!

Jugendliche suchen manchmal auch nur das Gespräch ohne Untersuchung und brauchen generell oft Zeit, bis sie bereit dafür sind. Sie sind oft nicht gewohnt ihre eigene Vulva anzusehen, geschweige denn, diese zu berühren. Besteht bereits eine Partnerschaft, leiden Betroffene oft unter Dyspareunie oder können gar keinen Geschlechtsverkehr ausüben. Durch die fehlende Aufklärung und Beeinträchtigung der sexuellen Gesundheit entsteht ein starker Leidensdruck [49].

4.4 Empfehlungen zur psychosozialen Betreuung

FGM/C und die damit verbundenen Folgen erhöhen bei betroffenen Frauen und Mädchen das Risiko für eine psychische Erkrankung [17].

Nicht immer verläuft FGM/C unter den gleichen Umständen. Da FGM/C in manchen Ländern in Kliniken unter Einsatz von Anästhesie und Schmerzmedikation, also medikalisiert, durchgeführt wird, sind die psychischen Auswirkungen sehr unterschiedlich. Im Fall einer traditionellen Beschneidung – ohne Anästhesie, bei Fixierung durch nahe Angehörige – kann FGM/C ein massives Trauma verursachen. Die Folgen können jenen einer posttraumatischen Belastungsstörung entsprechen.

Bei manchen Frauen kommt es hingegen zur Dissoziation, wobei jegliche Erinnerung verdrängt wird. Am häufigsten sind Symptome einer Depression oder einer Angststörung, aber auch somatoforme Störungen lassen sich auf diese Gewalterfahrung zurückführen. Schließlich können psychische Erkrankungen die ohnehin durch FGM/C belastete Sexualität zusätzlich beeinträchtigen [12].

Um Frauen bestmöglich zu unterstützen, braucht es eine niederschwellige, bedürfnisorientierte und optimalerweise muttersprachliche psychologische Versorgung. Es sollten nur weibliche klinische Psychologinnen und Psychotherapeutinnen eingesetzt werden, die im Umgang mit FGM/C-Betroffenen geschult sind. Eine psychologische Begleitung ist gerade bei rekonstruktiven Eingriffen empfehlenswert, um eine Retraumatisierung zu verhindern. Da die Bewältigungsstrategien und der Leidensdruck individuell sehr unterschiedlich sind, sollte die gesamte Person in den Mittelpunkt gestellt werden und etwaige psychische Belastungen nicht ausschließlich auf FGM/C reduziert werden.

5. Präventionsansätze in Österreich

FGM/C ist nicht nur ein Thema in den Ländern mit häufigem FGM/C-Vorkommen. Durch Migrationsbewegungen leben auch in Europa von FGM/C betroffene und gefährdete Frauen und Mädchen. Präventionsarbeit ist enorm wichtig, um Töchter aus Familien betroffener Herkunftsländer vor Genitalverstümmelung zu schützen.

Neben Bewusstseinsbildung und Aufklärung stellen gesellschaftliche Veränderungsprozesse, die zu wirtschaftlicher Unabhängigkeit und Selbstbestimmung bei Frauen führen, weitere Pfeiler der Prävention dar.

5.1 Wirkungsvolle Präventionsmaßnahmen, die in Österreich bereits umgesetzt werden

Im Mittelpunkt der Präventionsarbeit stehen Frauen und Mädchen, aber auch Männer aus Herkunftsländern mit einer hohen FGM/C-Prävalenz. Eine Schlüsselrolle nehmen hier engagierte Beraterinnen ein, die ebenfalls aus diesen Herkunftsländern stammen und trotz der Gefahr stigmatisiert zu werden, den Zugang zu den Communitys ermöglichen (siehe Kapitel 6). Nur auf dieser Basis sind Betroffene und Bedrohte erreichbar für Beratungs- und Präventionsangebote.

BERATUNG FÜR FRAUEN, MÄDCHEN UND MÄNNER AUS DEN COMMUNITYS

Das Frauengesundheitszentrum FEM Süd in Wien nimmt seit 2007 eine führende Rolle in der Beratungs- und Präventionstätigkeit für bedrohte und betroffene Frauen in Ostösterreich ein. Mittlerweile entstanden österreichweit mehrere andere Beratungsstellen (siehe Kapitel 6), die sich dem Thema FGM/C widmen. Das Beratungs- und Betreuungsangebot setzt auf mehreren Ebenen an und umfasst medizinische, psychosoziale sowie rechtliche Aspekte.

Diese Einrichtungen sind in vielen Communitys bereits seit langem bekannt und genießen einen hohen Grad an Vertrauen. Neben der hilfreichen „Mundpropaganda“ ist die langjährige Zusammenarbeit mit vielen Kooperationspartner*innen von großer Bedeutung. In Ergänzung zum Angebot für Frauen und Mädchen bieten manche Beratungsstellen auch männerspezifische Beratung an.

WORKSHOPS FÜR FRAUEN, MÄDCHEN UND MÄNNER AUS DEN COMMUNITYS

Die Etablierung eines nachhaltigen Zugangs zu betroffenen Communitys stellt einen herausfordernden Prozess dar, der auf mehreren Ebenen ansetzt und auf unterschiedlichste Weise gelingen kann. Workshop-Angebote für Mädchen und Frauen aus relevanten Herkunftsländern haben eine enorme Bedeutung in der Arbeit gegen FGM/C.

Diese Workshops bieten die Möglichkeit, die Frauen und Mädchen behutsam im Dialog an FGM/C heranzuführen. Themen wie das österreichische Gesundheitssystem, Frauenrechte und Frauengesundheit haben sich als „Türöffner“ bewährt, FGM/C fließt bei den Gesundheitsthemen als integrativer Bestandteil ein.

Männerworkshops leisten einen maßgeblichen Beitrag zur Sensibilisierung von Jugendlichen und Männern, denen die Tragweite dieser Praxis und deren Auswirkungen auf die körperliche und psychische Gesundheit der Frauen und Mädchen überhaupt nicht bewusst sind.

PEERS-SCHULUNGEN

Unter „Peers“ sind in diesem Kontext Personen gemeint, die der Community eines von FGM/C-betroffenen Landes angehören. Diese haben eine wichtige Funktion als Multiplikator*innen im Kampf gegen FGM/C in ihrem vom Herkunftsland geprägten sozialen Umfeld. Sie werden im Rahmen eigener Schulungen ausgebildet, um in ihrem Umfeld über Mythen und die gesundheitlichen Folgen von FGM/C aufzuklären.

SCHULUNGSANGEBOT FÜR FACHKRÄFTE

Sensibilisierung und Vermittlung von Basiswissen zum Thema FGM/C sollte in Schulungen und Fortbildungen erfolgen und in die entsprechenden Curricula der einzelnen Berufsgruppen integriert werden.

Ziel von Schulungen zum Thema FGM/C ist es, Mitarbeiter*innen und Auszubildende aus unterschiedlichen Berufsgruppen (medizinischer und psychosozialer Bereich, Pädagogik, öffentlicher Bereich u.a.) zu diesem Thema zu sensibilisieren.

Mit konkreten Informationen über die Ursachen für FGM/C, die kulturellen Begründungen und die gesundheitlichen und psychischen Auswirkungen wird es den Fachkräften ermöglicht, kultursensibel mit von FGM/C betroffenen Mädchen und Frauen umzugehen. Die Schulungen bieten auch einen geschützten Raum für die emotionale Betroffenheit der Fachkräfte.

FGM-BEIRAT DER STADT WIEN

Unter Leitung des Wiener Programms für Frauengesundheit trifft der FGM-Beirat der Stadt Wien seit 2007 regelmäßig zusammen. Dem Beirat gehören an: Expert*innen der Gynäkologie, der Frauengesundheit, Psychologie und Pädiatrie, Vertreter*innen der Ärztekammer Wien, des Österreichischen Hebammengremiums und relevanter Abteilungen der Stadtverwaltung wie Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheit, Frauen, Integration, Kinder- und Menschenrechte. Der FGM-Beirat leistet strukturelle Arbeit in der Präventions- und Bewusstseinsbildung und setzt wichtige Impulse in der medizinischen Versorgung.

MEDIZINISCHE SPEZIALAMBULANZEN

Spezialambulanzen zum Thema FGM/C bieten fachlich kompetente und kultursensible medizinische Beratung, Diagnostik und Therapie für erwachsene Frauen sowie spezialisierte kinder- und jugendgynäkologische Begutachtung für Betroffene und Bedrohte.

TOOLS ZUR SENSIBILISIERUNG UND AUFKLÄRUNG

In den letzten Jahren wurden in Österreich Informationsbroschüren sowohl für Bedrohte und Betroffene als auch für Fachkräfte produziert. Das Wiener Programm für Frauengesundheit entwickelte in Kooperation mit dem FGM-Beirat der Stadt Wien Materialien. Es entstanden Infoblätter in vielen Sprachen sowie an die Eltern gerichtete muttersprachliche Videos. Für Fachkräfte wurde ein eigenes E-Learning-Tool mit zwei Modulen als Basisinformation entwickelt. Links siehe Unterkapitel 8.1.

ÖSTERREICHWEITE FGM/C-KOORDINATIONSSTELLE

Seit Jänner 2022 bietet die FGM/C-Koordinationsstelle Information, Beratung, Präventionsarbeit und Unterstützung für Hilfesuchende, Expert*innen und Fachkräfte zum Thema FGM/C.

Hinter der Koordinationsstelle steht eine Partnerschaft des Frauengesundheitszentrums FEM Süd, des Österreichischen Roten Kreuzes, der Frauengesundheitszentren Linz und Salzburg und des Männergesundheitszentrums MEN.

Ziel der Koordinationsstelle ist es, einen Beitrag zu einer österreichweiten bedürfnis- und bedarfsgerechten Versorgung für von FGM/C betroffene Frauen und Mädchen sowie zur Prävention dieser

Form der Gewalt gegen Frauen zu leisten. In der Praxis entsteht so eine österreichweite Plattform, die alle Akteur*innen miteinander vernetzt und Hilfestellung in der jeweiligen Region vermittelt.

Das Beratungs- und Betreuungsangebot setzt auf mehreren Ebenen an und umfasst medizinische, psychosoziale sowie rechtliche Aspekte. Präventions- und Aufklärungsarbeit erfolgt gemeinsam mit den Communitys aus FGM/C-betroffenen Ländern, zudem werden relevante Berufsgruppen im Umgang mit betroffenen Frauen geschult und die Öffentlichkeit für das Thema sensibilisiert.

Siehe oben angeführte Punkte Workshops für Frauen, Mädchen und Männer in den Communitys, Peers-Schulungen, und Schulungs-Angebot für Fachkräfte (siehe Unterkapitel 6.1).

5.2 Diskussion zu weiteren Präventionsmaßnahmen

ELTERN-KIND-PASS

Der Beschneidungsstatus der Mutter ist geburtshilflich relevant (siehe Unterkapitel 4.2) und sollte im Eltern-Kind-Pass festgehalten werden. Als Lokalisation eignet sich bei betroffenen Müttern die Anamneseseite. Außerdem bietet sich im Gespräch mit der Schwangeren bzw. mit der Mutter eine Möglichkeit, das Risiko für weibliche Kinder zu evaluieren.

KRITISCHE REFLEXION ZU SERIENUNTERSUCHUNGEN FÜR REISERÜCKKEHRERINNEN

Standardisierte gynäkologische Untersuchungen an Kindern bei Rückkehr aus Ländern mit hoher FGM Prävalenz sind aus Sicht der Verfasserinnen abzulehnen. Es fehlen sowohl genügend Expert*innen, die diese Untersuchungen mit entsprechender Qualifikation durchführen könnten als auch Evidenz, dass solche Maßnahmen das Risiko für die Betroffenen reduziert. Jedoch führen Zwangsuntersuchungen nachweislich zu Stigmatisierung und Traumatisierung der betroffenen Mädchen [47].

KRITISCHE REFLEXION ZU SCHUTZBRIEF GEGEN FGM/C

In anderen Ländern gibt es einen Schutzbrief, welcher im Reisepass mitgeführt werden kann und über die Strafbarkeit von FGM/C informiert [50]. Dies soll dem Schutz vor FGM/C in den Herkunftsländern während der Ferienzeiten dienen.

In Österreich wird das Mitführen dieses Schutzbriefes von Frauen aus betroffenen Communitys kritisch gesehen. Es besteht die Sorge, dass bei Passkontrollen bei der Einreise ins Herkunftsland Schwierigkeiten entstehen könnten, was aus ihrer Sicht den Nutzen des Schutzbriefs relativiert. Aus Sicht der Expert*innen ist eine qualifizierte Aufklärung und Vorbereitung der Mädchen vor Reisen in die Herkunftsländer zielführender.

6. Anlaufstellen

6.1 Beratung

FGM/C-Koordinationsstelle – Kompetenzzentrum Österreich

Infotelefon: +43 1 267 7 267

Montag bis Donnerstag: 9 bis 16 Uhr

Freitag: 9 bis 12 Uhr

fgm-koordinationsstelle.at

WIEN

Frauengesundheitszentrum FEM Süd

Wiener Gesundheitsverbund – Klinik Favoriten

Umyma El Jelede, Bakk.^a

Kundratstraße 3

1100 Wien

Telefon: +43 1 60191 5201

Mail: kfn.femsued@gesundheitsverbund.at

femsued.at

Sprachen: Deutsch, Englisch, Arabisch, Somali

Männergesundheitszentrum MEN

Wiener Gesundheitsverbund – Klinik Favoriten

Kundratstraße 3

1100 Wien

Telefon: +43 1 60191 5454

Mail: kfn.men@gesundheitsverbund.at

men-center.at

Sprachen: Deutsch, Englisch

STEIERMARK

Österreichisches Rotes Kreuz – Landesverband Steiermark

Merangasse 26 (Eingang Leonhardstraße 23)

8010 Graz

Telefon: +43 50 1445 10176

Mail: womencare@st.roteskreuz.at

Sprachen: Deutsch, Englisch, Arabisch, 3 ghanaische Sprachen

TIROL

Österreichisches Rotes Kreuz – Landesverband Tirol

Heiliggeiststraße 19

6020 Innsbruck

Telefon: +43 664 6046630419

Mail: fgmc-koordinationstelle@roteskreuz-tirol.at

Sprachen: Deutsch, Englisch, Arabisch, Somali

SALZBURG

FrauenGesundheitsZentrum Salzburg

Mag.^a Aline Halhuber
Alpenstraße 48/1
5020 Salzburg
Telefon: +43 662 442255
Mail: office@fgz-salzburg.at
fgz-salzburg.at
Sprachen: Deutsch, Englisch

OBERÖSTERREICH

Linzer Frauengesundheitszentrum

Mag.^a Friederike Widholm
Kaplanhofstraße 1
4020 Linz
Telefon: +43 664 5648304
Mail: office@fgz-linz.at
fgz-linz.at
Sprachen: Deutsch, Englisch

6.2 Spezialisierte Spitalsambulanzen

WIEN

Ottakring

Gynäkologische und geburtshilfliche Abteilung
Ambulanz für Patientinnen nach weiblicher Beschneidung (FGM/C – Female Genitale Mutilation/
Cutting)
Leitung: Dr.ⁱⁿ Susanne Hölbfer
Montleartstraße 37, 1160 Wien
Telefon: +43 1 49150 4710
Anmeldung: Nach telefonischer Terminvereinbarung
klinik-ottakring.gesundheitsverbund.at/leistung/ambulanz-fuer-gynaekologie-und-geburtshilfe

Klinik Landstraße

Gynäkologische und geburtshilfliche Abteilung
Ambulanz für plastische-rekonstruktive Gynäkologie, FGM-Ambulanz
Leitung: Dr.ⁱⁿ Birgit Anker
Juchgasse 25, 1030 Wien
Telefon: +43 1 71165 74711
Anmeldung: Nach telefonischer Terminvereinbarung
klinik-landstrasse.gesundheitsverbund.at/leistung/fgm-ambulanz

Universitätsklinikum AKH Wien

Universitätsklinik für Frauenheilkunde - Abt. allgemeine Gynäkologie und gynäkologische Onkologie
Krisenambulanz
Leitung: Ass.Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Daniela Dörfler
Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien
Telefon: +43 1 404 00 29040 oder +43 1 404 00 280 40
Anmeldung: Nach telefonischer Terminvereinbarung
akhwien.at/default.aspx?pid=13132

STEIERMARK

LKH Universitätsklinikum Graz

Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

FGM-Ambulanz

Leitung: Dr.ⁱⁿ Marie-Christine Bertholin y Galvez

Auenbruggerplatz 14, 8036 Graz

Terminvereinbarungen/Anfragen über FGM/C-Koordinationsstelle Rotes Kreuz Steiermark

Telefon: +43 50 1445 10176 oder +43 664 823 38 57

Mail: womencare@st.roteskreuz.at

TIROL

Frauenklinik Innsbruck

Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Vulva Sprechstunde

Leitung: GfÖÄⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Alexandra Ciresa-König

Anichstraße 35, 6020 Innsbruck

Telefon: +43 512 504 23060

Anmeldung: Nach telefonischer Terminvereinbarung

frauenklinik.at

SALZBURG

Landeslinik Hallein

FGM Ambulanz

Bürgermeisterstraße 34, 5400 Hallein

Leitung: Dr.ⁱⁿ Maria Trattner

Telefon: +43 5 7255 44451

Mail: gynaekologie.lk-hallein@salk.at

7. Best Practice

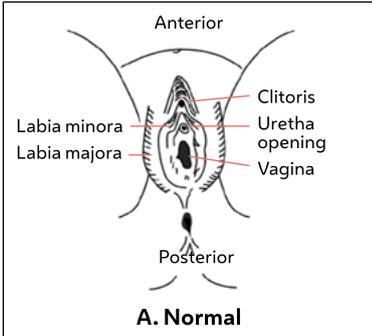
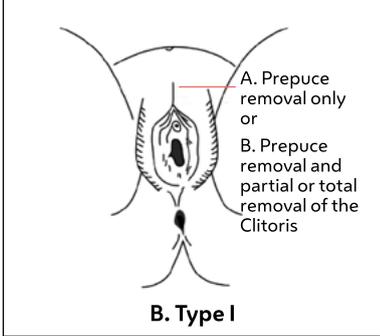
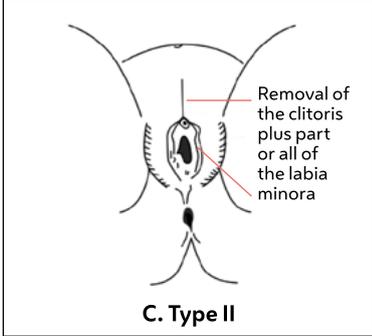
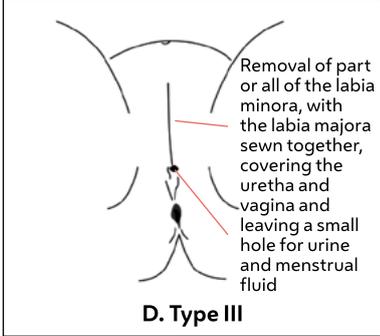
7.1 FGM/C-Dokumentationsblatt der Klinik Ottakring für Schwangere

Patientinnenetikett

*Geburtshilfliche Patientinnen
mit Z.n. Female Genital Mutilation*

Beratungsgespräch erfolgt: keine positive Anamnese für FGM
 kein Geburtsmodusgespräch notwendig
 Geburtsmodusgespräch notwendig

Patientin an andere Beratungsstelle verwiesen (Frühe Hilfen, FEM-Elternambulanz, Ambulanz für peripartale Psychiatrie):
 1.)

 <p>A. Normal</p>	 <p>B. Type I</p>	<p>FGM</p> <p><input type="checkbox"/> Typ I</p> <p><input type="checkbox"/> Typ II</p> <p><input type="checkbox"/> Typ III</p> <p>Evtl. Beschreibung/Pat. Symptomatisch?:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
 <p>C. Type II</p>	 <p>D. Type III</p>	

2.) Aufklärung der Patientin (in Anwesenheit des Ehemanns +/- Dolmetsch) über erhöhtes Risiko höhergradiger Geburtsverletzungen, Versorgung der Geburtswege und etwaige Konsequenzen erfolgt? Eventuelles kindliches Risiko bei weiblichem Fetus evaluiert?

nein > wann geplant? ja

3.) Defibulation bei Sectio gewünscht? ja nein

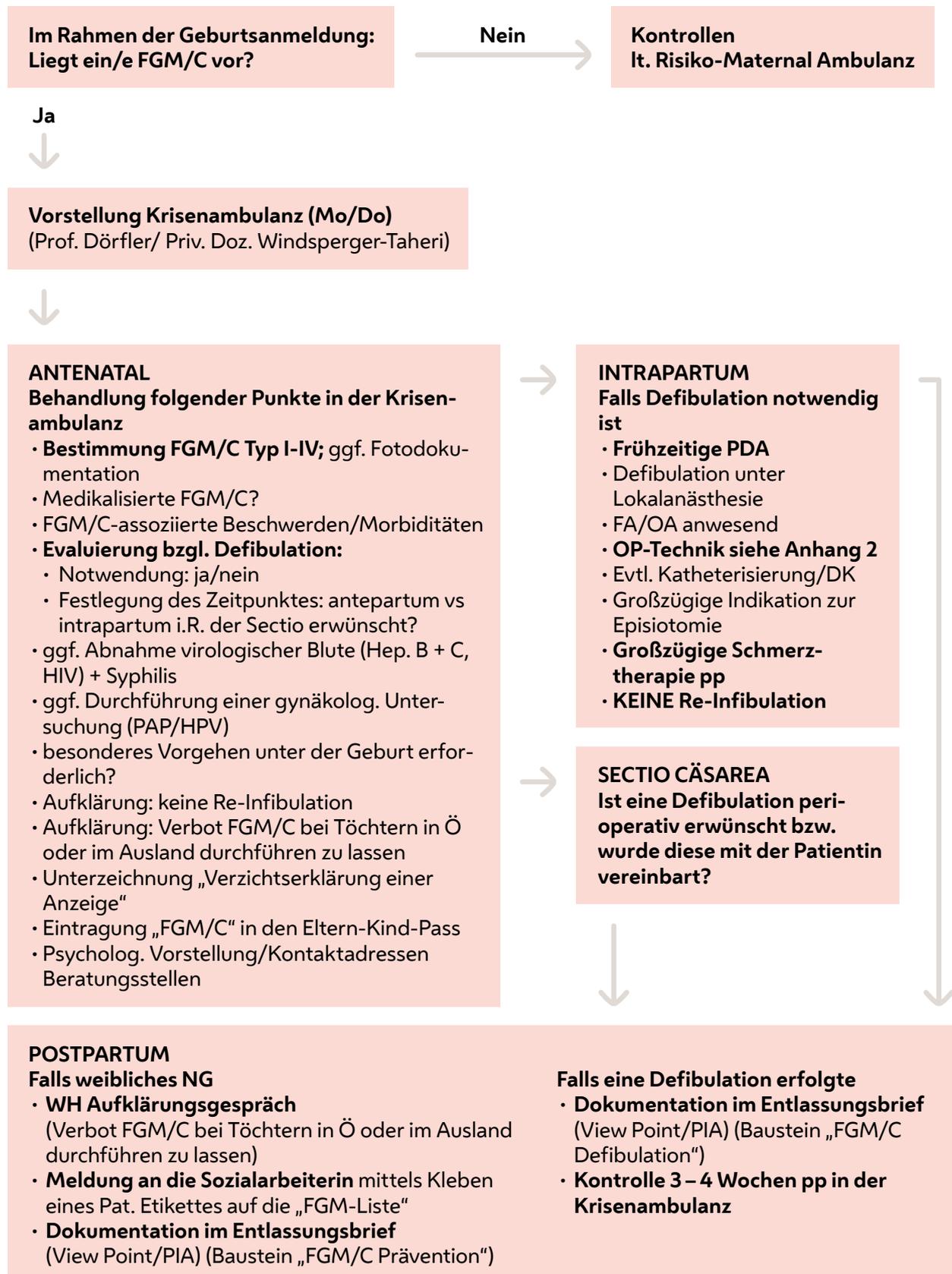
4.) Versorgung/Situs St. p. partum:

5.) Neugeborenes weiblich männlich

6.) KinderärztInnen informiert? nein ja (wann? _____, wer? _____)

7.2 Management von Schwangeren mit Genitalverstümmelung/ Genitalbeschneidung der Medizinischen Universität Wien – Universitätsklinikum AKH Wien

(Auszug aus der hausinternen Leitlinie)



8. Anhang

8.1 Materialien

„Weibliche Genitalverstümmelung – FGM“, E-Learning für Fachkräfte, Stadt Wien

- Modul 1 „Auswirkungen – Faktenwissen – Rechtslage“, stadtwiengfm.seam-release.at/FGM_Modul_1
- Modul 2 „Wissenswertes für PädagogInnen“, stadtwiengfm.seam-release.at/FGM_Modul_2
- FGM-Wissens-Check, stadtwiengfm.seam-release.at/FGM_Wissens-Check

Informationen zur rechtlichen Lage bei FGM/C in Österreich, Österreichische FGM/C-Koordinationsstelle
fgm-koordinationsstelle.at/wp-content/uploads/rechtliche-Aspekte-FGMC-in-Oesterreich_2024.pdf

Weibliche Genitalverstümmelung: Leitfaden für den Umgang mit betroffenen Mädchen und Frauen, FEM Süd
fgm-koordinationsstelle.at/wp-content/uploads/Leitfaden-fuer-den-Umgang-mit-betroffenen-Maedchen-und-Frauen.pdf

„Ich schütze meine Tochter“, 4-seitiger Folder für Eltern in 5 Sprachen, Stadt Wien

- Deutsch: wien.gv.at/gesundheitsberatung-vorsorge/frauen/frauengesundheit/pdf/fgm-deutsch.pdf
Arabisch: wien.gv.at/gesundheitsberatung-vorsorge/frauen/frauengesundheit/pdf/fgm-arabisch.pdf
Englisch: wien.gv.at/gesundheitsberatung-vorsorge/frauen/frauengesundheit/pdf/fgm-englisch.pdf
Französisch: wien.gv.at/gesundheitsberatung-vorsorge/frauen/frauengesundheit/pdf/fgm-franzoesisch.pdf
Somali: wien.gv.at/gesundheitsberatung-vorsorge/frauen/frauengesundheit/pdf/fgm-somali.pdf

„Nein zur Genitalbeschneidung“, Videos für Eltern in 5 Sprachen, Stadt Wien

- Englisch: [wien.gv.at/video/889/Nein-zur-Genitalbeschneidung-\(English\)](http://wien.gv.at/video/889/Nein-zur-Genitalbeschneidung-(English))
Französisch: [wien.gv.at/video/890/Nein-zur-Genitalbeschneidung-\(Francais\)](http://wien.gv.at/video/890/Nein-zur-Genitalbeschneidung-(Francais))
Deutsch: wien.gv.at/video/887/Nein-zur-Genitalbeschneidung
Nordsomali: [wien.gv.at/video/896/Nein-zur-Genitalbeschneidung-\(Nordsomali\)](http://wien.gv.at/video/896/Nein-zur-Genitalbeschneidung-(Nordsomali))
Südsomali: [wien.gv.at/video/891/Nein-zur-Genitalbeschneidung-\(Suedsomali\)](http://wien.gv.at/video/891/Nein-zur-Genitalbeschneidung-(Suedsomali))

8.2 Literaturverzeichnis

0. WHO, *Female genital mutilation*, bezogen unter who.int/health-topics/female-genital-mutilation (Zugriff 19.12.2024).
1. Schnüll, P., *Schnitte in die Seele – weibliche Genitalverstümmelung – eine fundamentale Menschenrechtsverletzung*. Terre des Femmes (Hrg.), Frankfurt a.M., 2003.
2. UNICEF, *United Nations Children's Fund, Female Genital Mutilation/Cutting: A global concern*, 2016.
3. *Genitalbeschneidung von Mädchen und Frauen*. Wissenschaftliche Dienste Deutscher Bundestag, 2018.
Aktenzeichen: WD 1 - 3000 - 014/18: p. 6ff.
4. The, L., *Changing culture to end FGM*. Lancet, 2018. **391**(10119): p. 401.
5. *United Nations Children's Fund, Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change*. UNICEF, 2013.
6. Nestlinger, J., P. Fischer, S. Jahn, I. Ihring, F. Czelinski, *Eine empirische Studie zu weiblicher Genitalverstümmelung in Deutschland*. 2017.
7. UNICEF, *FGM prevalence among girls and women aged 15 to 49 years, by residence and wealth quintile (%) (2013-2021)**. UNICEF, 2023.
8. Jirovsky-Platter, E., A.C. Maukner, S. Mohamed, U. El Jelede, H. Wolf, *Female Genital Mutilation/Cutting in Österreich – eine Mixed-Methods-Studie. Endbericht*. Medizinische Universität Wien, 2024.
9. EIGE, *Weibliche Genitalverstümmelung. Wie viele Mädchen sind in Österreich gefährdet?* Europäisches Institut für Gleichstellungsfragen, 2021.
10. EIGE, *Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union: Denmark, Spain, Luxembourg and Austria*. European Institute for Gender Equality, 2021.
11. EIGE, *Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union. Step-by-step guide 2nd Edition*. European Institute for Gender Equality, 2018.
12. WHO, *Care of women and girls living with female genital mutilation: a clinical handbook*. World Health Organization, 2018.
13. Toubia, N., *Female circumcision as a public health issue*. N Engl J Med, 1994. **331**(11): p. 712-6.
14. Frick, A., A. Azuaga, and J. Abdulcadir, *Cervical dysplasia among migrant women with female genital mutilation/cutting type III: A cross-sectional study*. Int J Gynaecol Obstet, 2022. **157**(3): p. 557-563.
15. Reisenauer, C., et al., *Evaluation and management of obstetric genital fistulas treated at a pelvic floor centre in Germany*. BMC Womens Health, 2021. **21**(1): p. 52.
16. Matanda, D.J., P. Sripad, and C. Ndwiga, *Is there a relationship between female genital mutilation/cutting and fistula? A statistical analysis using cross-sectional data from Demographic and Health Surveys in 10 sub-Saharan Africa countries*. BMJ Open, 2019. **9**(7): p. e025355.

17. Teufel, K. and D.M. Dörfler, *Female genital circumcision/mutilation: implications for female urogynaecological health*. *Int Urogynecol J*, 2013. **24**(12): p. 2021-7.
18. Wulfes, N., et al., *Cognitive-Emotional Aspects of Post-Traumatic Stress Disorder in the Context of Female Genital Mutilation*. *Int J Environ Res Public Health*, 2022. **19**(9).
19. Johnson-Agbakwu, C.E., et al., *Influence of Female Genital Mutilation/Cutting on Health Morbidity, Health Service Utilization and Satisfaction with Care among Somali Women and Teenage Girls in the United States*. *J Racial Ethn Health Disparities*, 2023. **10**(2): p. 788-796.
20. Lurie, J.M., et al., *Painful gynecologic and obstetric complications of female genital mutilation/cutting: A systematic review and meta-analysis*. *PLoS Med*, 2020. **17**(3): p. e1003088.
21. Bazzoun, Y., L. Aerts, and J. Abdulkadir, *Chronic Vulvar Pain After Female Genital Mutilation/Cutting: A Retrospective Study*. *Sex Med*, 2021. **9**(5): p. 100425.
22. Mohamed, A.H., et al., *Somalian women with female genital mutilation had increased risk of female sexual dysfunction: a cross-sectional observational study*. *Sci Rep*, 2022. **12**(1): p. 15633.
23. O'Neill, S. and C. Pallitto, *The Consequences of Female Genital Mutilation on Psycho-Social Well-Being: A Systematic Review of Qualitative Research*. *Qual Health Res*, 2021. **31**(9): p. 1738-1750.
24. Buggio, L., et al., *Psychosexual Consequences of Female Genital Mutilation and the Impact of Reconstructive Surgery: A Narrative Review*. *Health Equity*, 2019. **3**(1): p. 36-46.
25. Obiora, O.L., J.E. Maree, and N.G. Nkosi-Mafutha, „A lot of them have scary tears during childbirth...“ experiences of healthcare workers who care for genitally mutilated females. *PLoS One*, 2021. **16**(1): p. e0246130.
26. Kulaksiz, D., et al., *A prospective cohort study of the relationship of female genital mutilation with birth outcomes in Somalia*. *BMC Womens Health*, 2022. **22**(1): p. 202.
27. Rabiepour, S. and Z. Ahmadi, *The effect of female circumcision on maternal and neonatal outcomes after childbirth: a cohort study*. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2023. **23**(1): p. 46.
28. Gombau-Giménez, L., et al., *Obstetric Complications in Women from Sub-Saharan Africa-A Cross-Sectional Study*. *Int J Environ Res Public Health*, 2022. **19**(16).
29. Eshraghi, B., et al., *Risk of obstetric anal sphincter tear among primiparous women with a history of female genital mutilation, giving birth in Sweden*. *PLoS One*, 2022. **17**(12): p. e0279295.
30. Majlander, S., et al., *Potentially traumatic experiences pre-migration and adverse pregnancy and childbirth outcomes among women of Somali- and Kurdish-origin in Finland*. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2023. **23**(1): p. 589.
31. Omigbodun, O., et al., *Escaping social rejection, gaining total capital: the complex psychological experience of female genital mutilation/cutting (FGM/C) among the Izzis in Southeast Nigeria*. *Reprod Health*, 2022. **19**(1): p. 41.
32. Ogunsiji, O., A.E. Ogbeide, and J. Ussher, *Experiences of Primary Healthcare Workers in Australia towards Women and Girls Living with Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C): A Qualitative Study*. *Healthcare (Basel)*, 2023. **11**(5).
33. Kimani, S., et al., *Female Genital Mutilation/Cutting: Innovative Training Approach for Nurse-Midwives in High Prevalent Settings*. *Obstet Gynecol Int*, 2018. 2018: p. 5043512.
34. Sisti, L.G., et al., *FGM experience and training needs of Italian Gyn&Obs medical staff: results from a pilot study*. *Eur J Public Health*. 2023 Oct 24;33(Suppl 2):ckad160.1565. doi:10.1093/eurpub/ckad160.1565. eCollection 2023 Oct.
35. Jordal, M., et al., *The benefits and disappointments following clitoral reconstruction after female genital cutting: A qualitative interview study from Sweden*. *PLoS One*, 2021. **16**(7): p. e0254855.
36. Palm, C., et al., *The relationship between dominant Western discourse and personal narratives of female genital cutting: exploring storytelling among Swedish-Somali girls and women*. *Front Sociol*, 2023. **8**: p. 1188097.
37. Mauri, F., et al., *Female Genital Mutilation/Cutting in the Swiss HIV Cohort Study: A Cross-Sectional Study*. *J Immigr Minor Health*, 2023. **25**(1): p. 136-141.
38. Ziyada, M.M. and R.E.B. Johansen, *Barriers and facilitators to the access to specialized female genital cutting healthcare services: Experiences of Somali and Sudanese women in Norway*. *PLoS One*, 2021. **16**(9): p. e0257588.
39. Jordal, M., et al., „Damaged genitals“-Cut women's perceptions of the effect of female genital cutting on sexual function. *A qualitative study from Sweden*. *Front Sociol*, 2022. **7**: p. 943949.
40. Johnsdotter, S. and B. Essén, *Deinfibulation Contextualized: Delicacies of Shared Decision-Making in the Clinic*. *Arch Sex Behav*, 2021. **50**(5): p. 1943-1948.
41. Villani, M., *Clitoral reconstruction: challenges and new directions*. *Int J Impot Res*, 2023. **35**(3): p. 196-201.
42. Chappell, A.G., A.J. Soriano, and I. Percec, *The Role of Plastic Surgeons in Female Genital Mutilation Reconstructive Surgery*. *World J Plast Surg*, 2021. **10**(1): p. 104-107.
43. Foldès, P., B. Cuzin, and A. Andro, *Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study*. *Lancet*, 2012. **380**(9837): p. 134-41.
44. Mon O'Dey, D., *[S2k Guideline „Reconstructive and Aesthetic Surgery of the Female Genital Area]*. *Chirurgie (Heidelb)*, 2023. **94**(4): p. 381.
45. Taraldsen, S., et al., *Risk of obstetric anal sphincter injury associated with female genital mutilation/cutting and timing of deinfibulation*. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2022. **101**(10): p. 1163-1173.
46. Taumberger, N., et al., *Female genital mutilation/cutting incidence, diagnostic capacities, and obstetric outcomes among migrant women: a single-center retrospective analysis in a 10-year birth cohort in Austria*. *BMC Public Health*, 2023. **23**(1): p. 68.
47. Creighton, S.M. and D. Hodes, *Female genital mutilation: what every paediatrician should know*. *Arch Dis Child*, 2016. **101**(3): p. 267-71.
48. Jaeger, F., M. Caffisch, and P. Hohlfeld, *Female genital mutilation and its prevention: a challenge for paediatricians*. *European Journal of Pediatrics*, 2009. **168**(1): p. 27-33.
49. Ekenze, S.O., O.M. Mbadiwe, and H.U. Ezegwui, *Lower genital tract lesions requiring surgical intervention in girls: perspective from a developing country*. *J Paediatr Child Health*, 2009. **45**(10): p. 610-3.
50. *Schutzbrief gegen weibliche Genitalverstümmelung*. Deutsches Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Referat Öffentlichkeitsarbeit, 2023.

8.3 Im FGM-Beirat der Stadt Wien vertretene Organisationen (2024)

AKH Wien – MUW, Universitätsklinik für Frauenheilkunde
AKH Wien – MUW, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde
Ärztammer Wien – Referat Frauenpolitik, Gender Mainstreaming und Diversity
Frauengesundheitszentrum FEM SÜD – FGM/C- Koordinationsstelle
Hebammenzentrum Wien
Kinder und Jugendanwaltschaft Wien
Klinik Landstraße – Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe
Klinik Ottakring – Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe
Menschenrechtsbeauftragte der Stadt Wien
Österreichisches Hebammengremium, Landesgruppe Wien
Rotes Kreuz – FGM/C-Koordinationsstelle
Stadt Wien – Frauenservice
Stadt Wien – Gesundheitsdienst
Stadt Wien – Integration und Diversität
Stadt Wien – Kinder und Jugendhilfe
Stadt Wien – Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele/Wiener Programm für Frauengesundheit in der
Abteilung Strategische Gesundheitsversorgung