

# Weibliche Genital- Verstümmelung

(FGM – Female Genital Mutilation)

Information für Ärztinnen, Ärzte  
und Hebammen in Österreich



## **Danksagung**

Die Herstellung, der Druck und der Versand dieser Broschüre wurden von der Initiative *END FGM – European Campaign* ([www.endfgm.eu](http://www.endfgm.eu)) und dem österreichischen Verein *FGM-Hilfe* ([www.fgm-hilfe.at](http://www.fgm-hilfe.at)) finanziert.

Zur inhaltlichen Gestaltung dieser Broschüre haben beigetragen:

OÄ Dr.<sup>n</sup> Marika Huber, Rudolfstiftung Wien

Prim. Dr. Manfred G. Mörtl, MBA, Vorstand der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe,  
Perinatalzentrum im Klinikum Klagenfurt

Mag.<sup>a</sup> Beate Pfeifenberger-Lamprecht, IBCLC, Leitende Hebamme, Klinikum Klagenfurt

Mag.<sup>a</sup> Hilde Wolf, FEM Süd, Gesundheitszentrum für Frauen, Eltern und Mädchen

Umyma Eljelede, Bakk.<sup>a</sup>, FEM Süd, Gesundheitszentrum für Frauen, Eltern und Mädchen

## **Quellen:**

Amnesty International: *annual reports 2005-2011*.

FEM Süd: *Female Genital Mutilation (FGM) – Weibliche Genitalverstümmelung; Leitfaden zum Umgang mit betroffenen Mädchen und Frauen*.

gynécologie suisse (Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe): *Patientinnen mit genitaler Beschneidung: Schweizerische Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegefachkräfte*.

WHO on FGM, a *Teacher's Guide*, WHO/RHR/01.16 - Web only.

**Impressum:** Herausgeber und für den Inhalt verantwortlich: FGM-Hilfe, Verein zur Bekämpfung weiblicher Genitalverstümmelung, ZVR-Zahl: 7864 18896; Redaktion: Dr.<sup>n</sup> Elisabeth Cencig, Obfrau des Vereins FGM-Hilfe; Dr. Hassan Ibrahim, Assistenzarzt an der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, Perinatalzentrum im Klinikum Klagenfurt; Druck: Steffan-Druck KG Völkermarkt; Auflage: 5.000 Stück; Erscheinungsjahr: 2013.

	Seite
Vorwort	2
Situation in Österreich	3
Was verstehen wir unter FGM?	4
Formen der FGM	4
Geographischer und kultureller Hintergrund	7
Folgen der weiblichen Genitalverstümmelung	10
Erste Begegnung mit einer betroffenen Patientin	12
Gynäkologische Untersuchung	14
Defibulation	15
Bericht aus der Praxis	17
Schwangerschaft und Geburt	18
Postpartale Behandlung	19
Anhang	20

Nach vorsichtigen Schätzungen sind in Österreich ca. 8.000 Mädchen und Frauen Opfer von FGM (Female Genital Mutilation), der weiblichen Genitalverstümmelung. Die medizinische Versorgung dieser schwer geschädigten Frauen stellt eine Herausforderung für die Gesundheitsdienste dar – auch in Österreich. Eine allgemeine Information und Sensibilisierung über FGM innerhalb des gesamten medizinischen Personals, vor allem aber von Gynäkologinnen, Gynäkologen und Hebammen, ist dringend geboten. Eine Reihe von europäischen Gesundheitsdiensten<sup>1</sup> bieten bereits medizinische Richtlinien bzw. standardisierte Verfahren für den Umgang mit beschnittenen Frauen, vor allem im gynäkologischen Bereich, an. Österreich gehört jedoch nicht dazu. Die vorliegende Broschüre zielt darauf ab, diese Lücke zu schließen.

Am 29. und 30. Juni 2009 fand an der Medizinischen Universität Wien die zweitägige Konferenz „Weibliche Genitalverstümmelung (FGM) – State of the art der Behandlung und Prävention“ statt. Das Wiener Programm für Frauengesundheit hat gemeinsam mit der Medizinischen Universität Wien und dem Frauengesundheitszentrum FEM Süd diese Konferenz organisiert. Die ungefähr 150 teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und MedizinstudentInnen haben zweifellos von der Informationsfülle dieser Veranstaltung profitiert. Allerdings kamen die meisten Teilnehmer aus dem Stadtgebiet und dem Umfeld von Wien, wo sich besonders viele von FGM betroffene Mädchen und Frauen befinden.

Die vorliegende Broschüre wird österreichweit verteilt werden. Die handliche Größe im DIN A5 Format findet in der Tasche eines Ärztemantels Platz. Ihr Inhalt wird außerdem im PDF Format ins Internet gestellt werden.

Die Herausgeber der Broschüre, die Initiative *END FGM – European Campaign* und der österreichische Verein *FGM-Hilfe* erwarten sich mit dieser Veröffentlichung eine effiziente Hilfe für die betroffenen Mädchen und Frauen. Viele von ihnen leben in Immigrantengemeinschaften, unter schwierigen materiellen und kulturellen Bedingungen, sind den Deutschen kaum oder nur unzureichend mächtig. Eine gute Betreuung durch medizinisches Personal, das über ihre Probleme informiert und für ihr spezifisches Leid sensibilisiert ist, wird ihnen das Leben in Österreich ganz entscheidend erleichtern.

---

<sup>1</sup>Empfehlungen zum Umgang mit FGM-Patientinnen existieren bereits in Belgien, Dänemark, Deutschland, Frankreich, Irland, Italien, Schweden, Schweiz, UK und in den Niederlanden.

Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation WHO sind gegenwärtig weltweit ca. 150 Millionen Mädchen und Frauen Opfer der weiblichen Genitalverstümmelung. Seit etlichen Jahrzehnten steigt die Zahl von betroffenen Mädchen und Frauen in Europa aufgrund von Immigration aus Herkunftsländern mit hoher FGM-Rate. Gegenwärtig wird die Zahl von FGM-Opfern in Europa auf 500.000 geschätzt. Die für Österreich angenommene Zahl von 8.000 dürfte bereits überschritten sein. So ist allein die Somali-Community in Wien in den letzten Jahren auf 3.000 gestiegen. In Anbetracht der Tatsache, dass Somalia immer noch eine Beschneidungsrate von über 95% hat, ist davon auszugehen, dass die Zahl der FGM-Opfer in Wien seit der letzten Schätzung erheblich gestiegen ist.

Es wird vermutet, dass auch in Österreich Beschneidungen durchgeführt werden, bis jetzt konnten aber noch keine eindeutigen Beweise dafür gefunden werden. Mit Sicherheit ist davon auszugehen, dass es auch in Österreich Fälle von „FGM-Tourismus“ gibt. Darunter ist zu verstehen, dass Mädchen während der Ferien von Erziehungsberechtigten ins Herkunftsland gebracht und dort beschnitten werden. Diese Praxis wird in Österreich allerdings seit kurzem erschwert. Seit November 2011 gibt es folgende gesetzliche Bestimmung: FGM (sowie Zwangsheirat) wird mit bis zu 5 Jahren Haft bestraft, wenn StaatsbürgerInnen bzw. AusländerInnen mit Wohnsitz in Österreich beteiligt sind, und zwar auch dann, wenn die Straftat im Ausland erfolgt ist.

Die Verstümmelung der weiblichen Genitalien ist in Österreich gesetzlich verboten, sie erfüllt den Tatbestand schwerer Körperverletzung und gilt als massive Menschenrechtsverletzung. Das österreichische Strafrecht sieht dazu vor, dass „in eine Verstümmelung oder sonstige Verletzung der Genitalien, die geeignet ist, eine nachhaltige Beeinträchtigung des sexuellen Empfindens herbeizuführen“, nicht eingewilligt werden kann (§ 90 Abs. 3 StGB). Das bedeutet, dass Eltern für ihre weiblichen Kinder keine Genitalverstümmelung<sup>2</sup> veranlassen dürfen. Auch eine volljährige Frau kann nicht mit „strafbefreiender Wirkung“ rechnen, wenn sie in eine Genitalverstümmelung an sich selbst einwilligt.

Das Strafrechtsänderungsgesetz von 2006 bezeichnet im Artikel 124 des Strafgesetzbuches FGM als „Delikt gegen die sexuelle Integrität und Selbstbestimmung“ und hat die Verjährungsfrist für eine strafrechtliche Verfolgung von der ursprünglichen Volljährigkeit des Opfers bis zu dessen vollendetem 28. Lebensjahr verlängert. Betroffene Mädchen und Frauen haben in Österreich auch Anspruch auf Schmerzensgeld und auf kostenlose psychosoziale und juristische Prozessbegleitung.

---

<sup>2</sup>Die männliche Beschneidung bleibt in Österreich straffrei.

## Was verstehen wir unter FGM ?

FGM, die Abkürzung des englischen Begriffes *Female Genital Mutilation*, hat sich weltweit für die Praxis der weiblichen Genitalverstümmelung durchgesetzt<sup>3</sup>. Der englische Begriff *Mutilation* und seine deutsche Entsprechung *Verstümmelung* wurden erst in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts geprägt und haben die Begriffe *Circumcision* / *Beschneidung* verdrängt. Ziel dieser Neuprägung war es, Assoziationen zur Praxis der männlichen Beschneidung zu vermeiden und zu verdeutlichen, dass jeder Eingriff in die weiblichen Genitalien ungleich größeren und folgenschwereren Schaden anrichtet als die Entfernung der männlichen Vorhaut. Damit haben die ersten Vorkämpfer gegen FGM verdeutlicht, dass es sich hier um eine Form von Gewalt gegen Frauen handelt. Die Praxis der weiblichen Genitalverstümmelung ist somit eine gravierende Menschenrechtsverletzung, nämlich der Menschenrechte auf körperliche Unversehrtheit und des Schutzes gegen Gewalt. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) versteht unter weiblicher Genitalverstümmelung „alle Verfahren ohne medizinische Indikation, die eine teilweise oder vollständige Entfernung oder andere Formen einer Verletzung der äußeren weiblichen Genitalien zur Folge haben“.

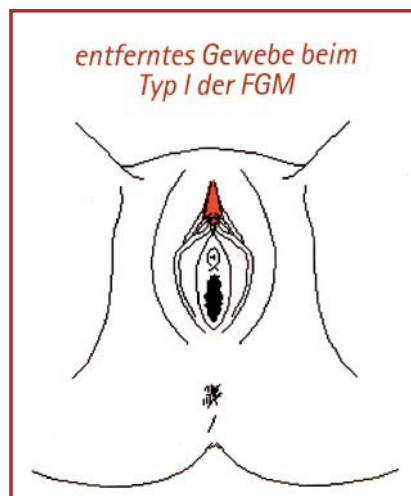
## Formen der FGM

Die folgende Klassifizierung folgt einer Darstellung von Amnesty International Österreich<sup>4</sup>, die sich ihrerseits im Wesentlichen auf Recherchen der Weltgesundheitsorganisation WHO stützt. Diese Beschreibung enthält detaillierte Angaben über die Durchführung der jeweiligen Praxis und ist somit für medizinisches Personal besonders interessant:

### Typ 1 – Klitoridektomie („Sunna“):

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

Bei dieser verbreitetsten Form wird die Klitoris zwischen Daumen und Zeigefinger gehalten, lang gezogen und mit einem scharfen Gegenstand abgetrennt. Blutungen werden gewöhnlich durch Abdichten der Wunde mit Gaze oder einer Druckbandage verhindert. Modern ausgebildete Praktiker dichten die Klitorisarterie mit ein oder zwei Nähten ab.



<sup>3</sup>In der afrikanischen und nordamerikanischen Literatur findet sich auch häufig die Abkürzung FGM/C für *Female Genital Mutilation/Cutting*. Afrikanische Frauenorganisationen ziehen den Begriff *Cutting* vor, da er ihnen als weniger anstößig als *Mutilation* erscheint.

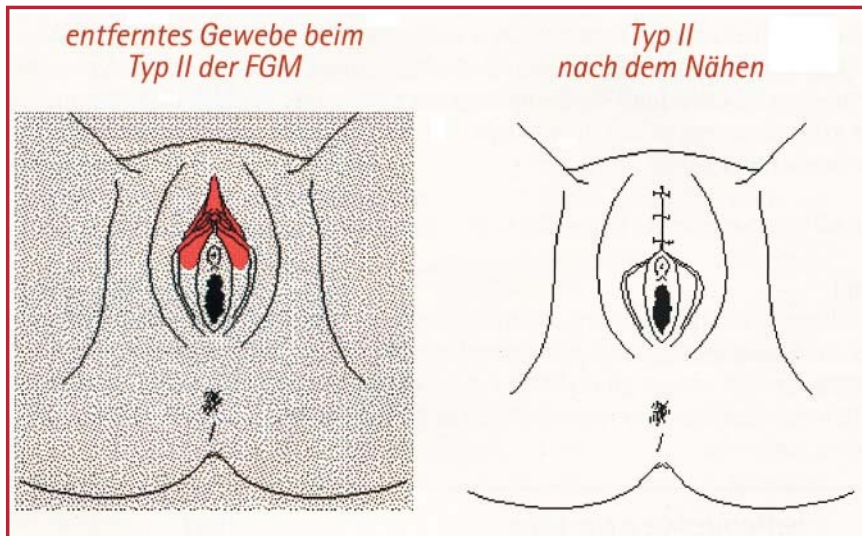
<sup>4</sup>amnesty international Österreich, *Schnitt ins Leben*, amnesty international Report 2006 über Weibliche Genitalverstümmelung, Wien 2006, 9-12.

## Typ 2 – Exzision:

*Teilweise oder vollständige Entfernung der Klitoris und der Labia minora.*

Die Schwere der Beschneidung variiert hier sehr. Gewöhnlich werden die Klitoris oder die Klitorisvorhaut wie bei Typ 1 entfernt, mit teilweiser oder vollständiger Abtrennung der Labia minora. Blutungen werden wie bei Typ 1 verhindert, wobei in den meisten Fällen auch Nähte gesetzt werden. Diese können eventuell den Ausgang der Harnröhre und Teile der Öffnung der Vagina abdecken.

Es gibt Fälle, wo die schwere Beschneidung durch das Zusammenfügen der Wundränder heilt und zu einer Pseudo-Infibulation führt, obwohl nicht genäht wurde. Typ 1 und 2 werden bei 80 bis 85 Prozent der Frauen durchgeführt.



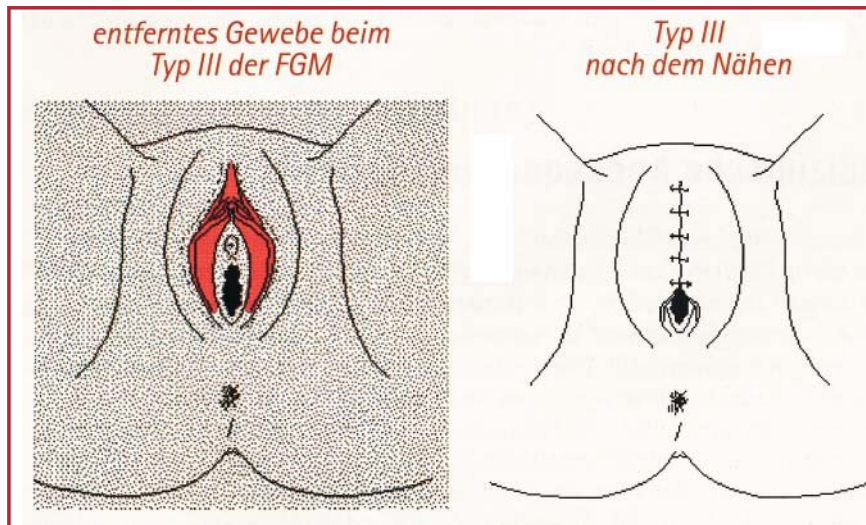
## Typ 3 – Infibulation:

*Verengung der Vaginalöffnung und Schaffung eines Verschlusses durch Ausschneiden und Zusammenfügen der Labia majora.*

Hier wird sehr viel Gewebe entfernt. Die extremste Form bedeutet die Amputation der Klitoris<sup>5</sup> und Labia minora zusammen mit der inneren Oberfläche der Labia majora. Die Wundränder der Labia majora werden mit Hilfe von Dornen, Nähten oder Breiumschlägen zusammengefügt; nach Beendigung des Eingriffs werden die Beine des Mädchens vier bis sechs Wochen lang zusammengebunden. Die entstandene Narbe bedeckt wie eine Haube die Harnröhre und die Vagina fast vollständig und ist eine physische Barriere gegen Penetration. Eine kleine Öffnung erlaubt das Abfließen des Harns und des Menstruationsblutes. Die Öffnung, umgeben von Haut und Narben, ist meist zwei bis drei Zentimeter lang, kann aber auch so schmal wie der Kopf eines Zündholzes sein. Ist diese Öffnung groß

<sup>5</sup>Hier gibt es Ausnahmen. So haben westliche Ärzte in zahlreichen Fällen im Zuge einer Defibulation unter dem Narbengewebe eine unversehrte Klitoris freigelegt. (Vgl. Bericht M. Huber, S. 17 f.)

genug, so kann sie nach schmerzhafter und lange dauernder Dehnung so weit geöffnet werden, dass Beischlaf möglich ist; das kann Wochen, Monate, bei einigen bekannten Fällen Jahre dauern. Ist die Öffnung für eine Penetration zu eng, wird defibuliert, also geschnitten, was traditionell der Bräutigam, ein weibliches Familienmitglied oder die ursprüngliche Beschneiderin mit einem Messer, einer Rasierklinge oder einer scharfen Glasscherbe besorgt. Moderne Paare suchen manchmal die Hilfe eines Mediziners, meist heimlich, um die „Männlichkeit“ des Bräutigams nicht in Frage zu stellen.



In Afrika kommt es vermehrt dazu, dass FGM in Krankenhäusern durchgeführt wird, wenn die betroffene Familie über die nötigen finanziellen Mittel verfügt. Innerhalb eines Kulturkreises, in dem die weibliche Genitalverstümmelung als alte Tradition verwurzelt ist, finden sich genügend Ärzte, für die ein solcher Eingriff keine Verletzung ihres Berufsethos darstellt. In diesen Fällen ergeben sich für das betroffene Mädchen geringere akute Komplikationen, die gravierenden Spätfolgen bleiben aber bestehen.

Bei Infibulation und bei anderen Fällen schwerer Beschneidung muss bei Geburten defibuliert werden, um dem Kopf des Kindes den Weg frei zu machen. Nach der Geburt verlangt die Tradition in manchen afrikanischen Regionen, z. B. im Sudan, eine neuerliche Infibulation, um eine neue „Jugfräulichkeit“ zu schaffen, da eine enge Vagina dem Mann angeblich mehr Genuss verschafft.

Unter den erwachsenen Immigrantinnen aus dem Sudan, dem südlichen Ägypten, aus Somalia, Dschibuti und Eritrea stellt die Infibulation den Regelfall dar. Infibulation in kleinerem Umfang ist bei Frauen aus Gambia, Kenia, Äthiopien und Mali anzutreffen.



#### Typ 4 – Diverse unklassifizierte Typen von FGM:

*Alle anderen schädlichen Eingriffe in die weiblichen Genitalien ohne medizinische Indikation, zum Beispiel Punktion, Piercing, Einschnitt, Ausschaben und Ausbrennen (cauterisation).*

### Geographischer und kultureller Hintergrund

Der Kontinent mit der massivsten Betroffenheit durch FGM ist Afrika. In einem breiten Gürtel ziehen sich die Länder mit statistisch erfassbarer FGM-Inzidenz südlich der Sahara von Senegal im Westen bis Somalia im Osten. Während die fünf nordafrikanischen Länder West-Sahara, Marokko, Algerien, Tunesien und Libyen keine Fälle von FGM aufweisen, stellt Ägypten mit seiner (trotz offiziellen Verbotes) hohen Rate von über 80% eine Ausnahme dar und dürfte wohl schon vor mehr als 2.000 Jahren FGM praktiziert haben.

Wir übernehmen die graphische Darstellung der Inzidenz von FGM in Afrika (siehe nächste Seite) von der Thomson Reuters Foundation aus dem Jahr 2012, da sie die aktuellsten Daten repräsentiert<sup>6</sup>. Sie ist nur in englischer Sprache verfügbar, was für unser Zielpublikum gewiss kein Problem darstellt. Diese Darstellung gibt die Schätzung von FGM Opfern weltweit mit 100 bis 140 Millionen an. Es ist dies eine sehr vorsichtige Schätzung, welche die erst seit kurzem bekannten Daten aus Asien nicht berücksichtigt. Die Karte macht den prozentualen Anteil von FGM-Opfern in den einzelnen Ländern durch die fünf Farbabstufungen deutlich, gibt aber keine Hinweise auf die praktizierten Typen. Dies wäre graphisch schwer darstellbar, da sich in den meisten der 28 Länder die Typen vermischen. (Dies gilt vor allem für Grenzregionen.) Auch gibt die Karte keinen Hinweis auf den Umstand, dass es Länder mit großen FGM-freien Regionen gibt. So hat der Sudan eine zu über 90% betroffene nördliche muslimische Hälfte und einen praktisch FGM-freien nichtmuslimischen Süden.

Der überwiegende Teil aller FGM-Opfer weltweit ist in muslimischen Gesellschaften zu finden. Die Infibulation wird fast ausschließlich in muslimischen Ethnien praktiziert. Wie zu erwarten ist, gibt es in Grenzgebieten zwischen Gesellschaften verschiedener religiöser und kultureller Traditionen Überlappungen tradierten Brauchtums wie der weiblichen Genitalverstümmelung. Äthiopien und das südliche Ägypten stellen insofern eine Ausnahme dar, als viele Anhänger der christlichen Kopten ebenfalls FGM praktizieren. Die koptische Kirche hat sich inzwischen gegen die Praxis der weiblichen Genitalverstümmelung ausgesprochen.

---

<sup>6</sup>Als Quellen nennt die Datenagentur Thomson Reuters UNICEF und das Population Reference Bureau.

# FEMALE GENITAL MUTILATION (FGM) WHERE DOES IT HAPPEN?

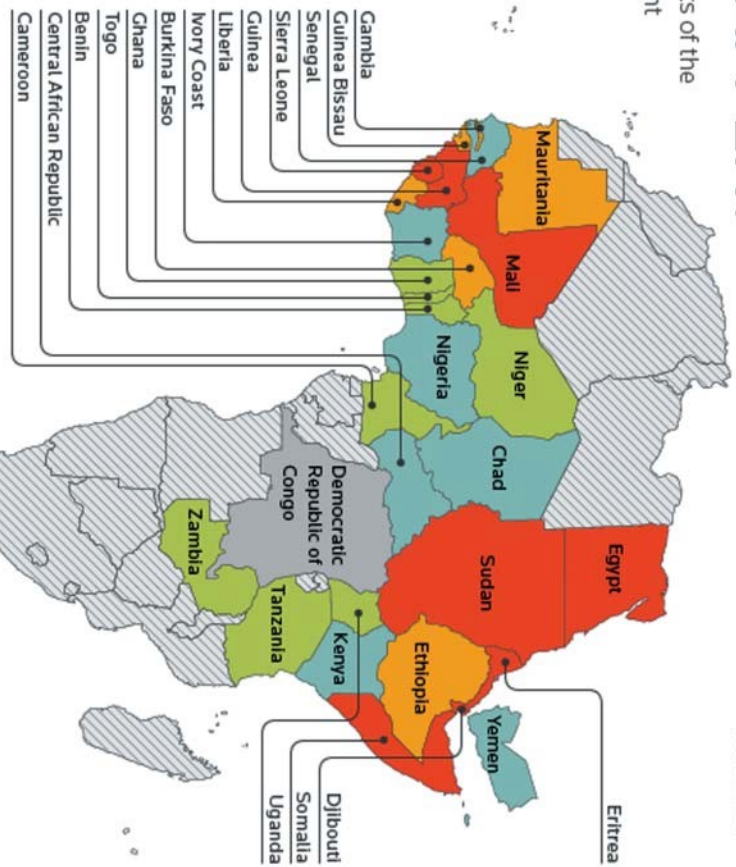


FGM is practised in 28 African countries and parts of the Middle East and Asia. It is also found in immigrant communities worldwide.

An estimated 100 to 140 million girls and women have been subjected to FGM. In Africa, around 3 million girls are thought to undergo FGM every year.

FGM is often a prerequisite for marriage, but it can cause life-long physical and psychological problems.

FGM PREVALENCE FOR WOMEN AGED 15-49



Source: UNICEF and Population Reference Bureau

2012 Thomson Reuters Foundation

Auch eine Reihe islamischer Führer lehnen FGM ab und weisen darauf hin, dass der Koran in keiner Weise eine weibliche Beschneidung fordert. Der Großteil der nordafrikanischen und vorderasiatischen Länder (Marokko, Algerien, Tunesien, Libyen, Türkei, Syrien, Libanon, Jordanien, Iran) mit muslimischer Mehrheitsbevölkerung kennt keine weibliche Beschneidung.

In muslimischen Gesellschaften, die FGM praktizieren, wird hingegen oft die Religion als Begründung für diese Praxis angeführt. Während ihres Aufenthalts in Somaliland traf Dr.<sup>in</sup> Elisabeth Cencig einen der angesehensten religiösen Führer, Scheich Husien Mohed Gulled, zu einem Gespräch über das Problem FGM. Der Scheich sprach sich entschieden gegen das brutale Ritual der Infibulation aus. Eine „milde“ Form der Beschneidung, ein „harmloser kleiner Schnitt“ müsse allerdings - in seiner Interpretation des Koran - auch an Mädchen vollzogen werden, damit Gleichheit herrsche zwischen Männern und Frauen. Diese Einstellung zu FGM dürfte in Ethien mit traditioneller weiblicher Beschneidung weit verbreitet sein. FGM ist nämlich fast ausschließlich in Gesellschaften anzutreffen, die flächendeckend die männliche Beschneidung praktizieren. Wie bereits erwähnt, führen viele Länder bzw. Ethnien die männliche Beschneidung durch, weisen jedoch keine Vorkommen von FGM auf.

Während die Typen 2 und 3 der weiblichen Genitalverstümmelung ausschließlich in Afrika vorkommen, sind Abarten von Typ 4 auch auf anderen Kontinenten anzutreffen, z. B. Dehnung der Vagina an geschlechtsreifen Mädchen bei den Pitta-Patta in Australien und Einschneiden des Dammes bei den Conibos in Peru.

Typ 1, die Klitorisbeschneidung, hat auch in Asien weite Verbreitung gefunden, und zwar vorwiegend im Jemen und in irakischen Kurdengebieten, vor allem aber in Indonesien, Malaysia und Pakistan.

Die meisten Mädchen werden im Alter von 4 – 8 Jahren beschnitten. Einige afrikanische Gesellschaften führen die Beschneidung erst an Mädchen in der Pubertät durch. In Äthiopien wiederum werden Mädchen im Säuglingsalter beschnitten mit der Begründung, in diesem frühen Alter wären die Schmerzen leichter zu ertragen.

## Folgen der weiblichen Genitalverstümmelung

Über die medizinischen Folgen von FGM (einschließlich der Todesfolge) gibt es keine gesicherten Daten. Nur ein Bruchteil der Komplikationen kann von den verschiedenen Gesundheitsdiensten registriert werden. In Bezug auf Afrika erschweren die großen Distanzen und die Armut vieler der Betroffenen den Weg zu Ärzten und Spitälern. In den westlichen Industrieländern befürchten viele Familienmitglieder gesetzliche Verfolgung<sup>7</sup>.

Was die Spätfolgen von FGM betrifft, so werden sie von vielen FGM-Opfern nicht in Verbindung mit der Beschneidung gesehen, die sie meist als kleine Kinder erlebt haben. Spätfolgen werden als allgemeines Schicksal von Frauen hingenommen, als Normalzustand in einer Gesellschaft, die seit vielen Jahrhunderten flächendeckend FGM praktiziert hat. Dennoch gibt es vor allem in den westlichen Industrieländern medizinische Erfahrungen mit FGM-Opfern, die in den folgenden Tabellen von Akut- und Spätfolgen ihren Niederschlag finden. Alle Formen von FGM haben medizinische Komplikationen zur Folge, am gravierendsten sind die Folgeerscheinungen der Infibulation.

### Akute Folgen von FGM

<b>Starker Blutverlust</b> durch Verletzung der kitoralen Arterie; mögliche Folgen: Hämorrhagie, Schock, Anämie, Tod
<b>Infektionen:</b> Lokale oder generalisierte Infektionen, septischer Schock, HIV-Infektion, Tetanus
<b>Harnwegskomplikationen:</b> Harnretention, Urethra-Ödem, Dysurie, Inkontinenz
<b>Verletzungen:</b> Verletzungen angrenzender Organe (Harnröhre, Vagina; Frakturen aufgrund heftigen Widerstandes des Kindes während des Eingriffs)
<b>Psychische Probleme:</b> Akut-Trauma

<sup>7</sup>In praktisch allen westlichen Industrieländern ist FGM per Gesetz verboten. In Großbritannien wurde FGM 1985 verboten, es gab aber in beinahe drei Jahrzehnten keine einzige Anklage, geschweige denn eine Verurteilung. Über diesen unbefriedigenden Sachverhalt gibt es nun in UK eine heftige Debatte und es wird erwogen, gegen Verantwortliche einer weiblichen Beschneidung unter einem anderen Rechtstitel, z. B. dem des Kindesmissbrauchs, vorzugehen. In Frankreich kam es im gleichen Zeitraum zu über 100 Verurteilungen gegen Personen, die für eine weibliche Beschneidung verantwortlich waren.

## Spätfolgen von FGM

<b>Probleme bei gynäkologischen Vorsorge-Untersuchungen:</b> Vaginaluntersuchung, transvaginaler Ultraschall, PAP-Abstrich sind wesentlich erschwert, bei infibulierten Frauen vor einer Defibulation gänzlich unmöglich
<b>Gynäkologische und sexuelle Probleme:</b> chronische Vaginitis, Dispareunie, Endometritis, Adnexitis, Dysmenorrhoe, prolongierte Menstruationsdauer, Infertilität, Sterilität
<b>Probleme während der Schwangerschaft:</b> Mangelernährung von Schwangeren <sup>8</sup> , Angst vor Öffnung der Scheide bei infibulierten Frauen, gesteigerte Gebärangst
<b>Geburtshilfliche Komplikationen:</b> Verlängerung der Austreibungsphase, Schwierigkeiten bei Katheterapplikation, fetalen Skalpelektroden und fetalem Blut Monitoring, Perinealrisse mit folgender Wundinfektion, postpartale Blutungen, erhöhte perinatale Morbidität und Mortalität
<b>Harnwegskomplikationen:</b> Rezidivierende Harnwegsinfektion, prolongiertes Wasserlassen, Inkontinenz, Vaginalkristalle
<b>Narbenprobleme:</b> Rezidivierende Abszesse, Keloide, Dermoid-Zysten, Neurome, Fistelbildung
<b>Psychische Spätfolgen:</b> Posttraumatische Belastungsstörungen, Angststörungen, Depressionen

<sup>8</sup>Zu Mangelernährung kommt es bei Frauen, die durch bewusstes Fasten das Geburtsgewicht des Kindes gering halten wollen.

## Erste Begegnung mit einer betroffenen Patientin

„Für mich und andere Mädchen, die Opfer von FGM sind, ist ein Arztbesuch eine Qual. Die erste Reaktion von Ärzten ist Schock und Fassungslosigkeit. Sie fragen, was geschehen ist, glauben, es handle sich um eine Verletzung oder einen Unfall. Jedes Mal, wenn ich einen neuen Arzt aufsuche, muss ich ihn über FGM informieren. Von anderen Mädchen weiß ich, dass sie Arztbesuche vermeiden, weil sie es als beschämend empfinden, die Sache jedes Mal wieder von Neuem zu erklären“.

Ifrah Ahmed, „Strong Voice“ der *END FGM – European Campaign*.

Ähnlich ergeht es vielen Mädchen und Frauen, wenn sie als Immigrantinnen ärztliche Hilfe suchen. Wenn der Arzt, die Ärztin oder Hebamme über die spezifischen Probleme einer beschnittenen Patientin informiert sind, dann ist bereits die erste Voraussetzung für ein vertrauensvolles Gespräch gegeben. Es ist allerdings davon auszugehen, dass die Patientin über keine oder nur sehr mangelhafte Deutschkenntnisse verfügt; in solchen Fällen muss eine Übersetzerin / ein Übersetzer beigezogen werden<sup>9</sup>. Dr. Hassan Ibrahim schildert folgenden Vorfall aus seiner Praxis: Eine FGM-Patientin kam zu ihm und sagte, dass das von einem Gynäkologen verschriebene Medikament nicht gewirkt hätte. Dr. Ibrahim fand heraus, dass sie die verschriebenen Vaginaltabletten gegen Scheidenpilz geschluckt hatte.

Um solchen Missverständnissen vorzubeugen, muss die sprachliche Kommunikation sichergestellt werden, in den meisten Fällen wird ein kompetenter Dolmetscher bzw. eine Dolmetscherin beigezogen werden müssen. Es sollte überprüft werden, welche Einstellung zum Problem FGM die Übersetzerin bzw. der Übersetzer hat und über welche professionellen Grundkenntnisse sie/er verfügt, um eine objektive Wiedergabe der Aussagen von Arzt, Ärztin oder Hebamme zu gewährleisten<sup>10</sup>. Eine beschnittene Patientin wird wahrscheinlich nicht alleine kommen. Ein unverheiratetes Mädchen wird von einem weiblichen Familienmitglied, eine verheiratete Frau wahrscheinlich von ihrem Mann begleitet werden. Hier wird die behandelnde Fachkraft entscheiden, ob die Anwesenheit einer Begleitperson für das Beratungsgespräch förderlich oder hinderlich ist.

---

<sup>9</sup>Die im Anhang angeführten Beratungsstellen stehen für solche Fälle zur Verfügung.

<sup>10</sup>Es ist davon auszugehen, dass die im Anhang angeführten Beratungsstellen ein solches „Screening“ bereits durchgeführt haben und man sich somit auf die von ihnen empfohlenen Dolmetscher verlassen kann. Größere Krankenanstalten sollten über entsprechende Übersetzer verfügen.

Die folgenden Informationen sind für ein gutes Gespräch zwischen Arzt/Ärztin/Hebamme und Patientin hilfreich:

- Die Patientin weiß möglicherweise gar nicht, dass sie beschnitten ist. Wenn überhaupt, dann ist sie sich wahrscheinlich nicht im Klaren über die Art ihrer Beschneidung.
- Die Erinnerung an die Beschneidung kann sehr stark nachwirken oder völlig verdrängt sein.
- Der Zusammenhang zwischen einer Beschneidung und gesundheitlichen Problemen wird der Patientin nicht bewusst sein. Es verlangt Geduld und Behutsamkeit, ihr diesen Zusammenhang zu erklären.
- Graphisches Anschauungsmaterial der weiblichen Anatomie kann sich als hilfreich erweisen, Fotografien sollten vermieden werden.
- Die Begriffe *Weibliche Genitalverstümmelung* bzw. *Female Genital Mutilation* sind unter allen Umständen zu vermeiden, da sie die meisten Betroffenen als beleidigend und verletzend empfinden. Die Begriffe „Beschneidung“ und „beschnitten“ sind weniger problematisch.

Englische Hilfsorganisationen empfehlen die Formulierungen „Have you been cut down below?“ und „Have you been closed?“ Da eine Reihe von Immigrantinnen über rudimentäres Englisch verfügen, lassen sich vermutlich diese englischsprachigen Fragen gut einsetzen.

Während der Beratung ist es wichtig, die Patientin vor ihrem kulturellen Hintergrund zu sehen und sich der Tatsache bewusst zu sein, dass in diesen Kulturen ein strenges Tabu in Bezug auf Sexualität herrscht. Unter diesen Voraussetzungen ist es sehr wichtig, mit Sensibilität und Einfühlungsvermögen eine Vertrauensbasis zu schaffen. Es liegt in der Natur der Sache, dass sich die Patientin gegenüber einer weiblichen medizinischen Fachkraft eher öffnet. Dies soll nicht heißen, dass nicht auch männliche Gynäkologen über hohes Einfühlungsvermögen verfügen. Die Entscheidung wird von der individuellen Patientin (oft auch von ihrem Mann, in diesem Fall gegen eine männliche Fachkraft) getroffen werden. Wenn es sich um eine unverheiratete Patientin handelt, muss sie darüber aufgeklärt werden, dass die gynäkologische Untersuchung keine Gefahr für ihre Jungfräulichkeit darstellt.

Häufig stehen Immigrantinnen unter dem zusätzlichen Druck eines laufenden Asylverfahrens, finanzieller Unsicherheit und mangelnder sprachlicher Kommunikationsmöglichkeit. Wenn psychische bzw. soziale Belastungen offensichtlich werden, sollte die Patientin an spezialisierte Beratungsstellen (siehe Anhang) verwiesen werden. Mitunter wird es ratsam sein, das Thema FGM und die individuelle Problematik der Patientin erst in einem weiteren Gespräch zu thematisieren.

Es ist zu erwarten, dass viele westliche Ärztinnen, Ärzte und Hebammen die Praxis der weiblichen Beschneidung vehement ablehnen und sich ein wertendes Urteil gegen den gesamten Kulturkreis, in dem FGM praktiziert wird, gebildet haben. Solche Vorurteile dürfen im Beratungsgespräch nicht einmal ansatzweise spürbar werden. Diese konkrete Patientin ist Opfer einer uralten brutalen Tradition, deren Bedeutung für die gesellschaftliche Akzeptanz bereits dem kleinen Mädchen eingebläut wurde. Einfühlungsvermögen und der Wunsch, den Leidensdruck der Patientin zu lindern, werden die behandelnde Fachkraft den richtigen Ton finden lassen.

Wenn es sich allerdings bei der Patientin um ein minderjähriges Mädchen handelt, stellt sich ein gravierender Sachverhalt dar: Medizinische Fachkräfte haben bei Verdacht einer schweren Körperverletzung an Minderjährigen nach dem Ärztegesetz Strafanzeige zu erstatten. Richtet sich der Verdacht gegen nahe Angehörige des Opfers, kann die Anzeige unterbleiben, wenn unverzüglich und nachweislich Meldung an den zuständigen Jugendwohlfahrtsträger erstattet wird. Es ist auch auf bestehende Opferschutzeinrichtungen hinzuweisen (§54 Abs.5 und 6 Ärztegesetz).

## Gynäkologische Untersuchung

Falls eine gynäkologische Untersuchung gewünscht wird bzw. notwendig ist, sollte diese von einer mit FGM vertrauten Ärztin durchgeführt werden. Wenn die Patientin kein Deutsch spricht, sollte die Übersetzerin eine erwachsene Frau sein. Familienmitglieder sind auszuschließen, weil sie die Patientin daran hindern würden, im Gespräch mit der Ärztin das anerzogene Tabu zu durchbrechen.

Eine vaginalen Untersuchung stellt sowohl für die Ärztin/Hebamme als auch für die Patientin eine große Herausforderung dar, besonders in Fällen von teilweiser oder totaler Infibulation. Für die Patientin bedeutet die Untersuchung ein schwer zu ertragendes Überschreiten ihrer Schamgrenze<sup>11</sup>. Für die untersuchende Fachkraft ergeben sich dabei medizinisch-technische Probleme: Die Untersuchung mit Spekulum oder der PAP-Abstrich an der Cervix uteri ist schwierig, in manchen Fällen undurchführbar. Wenn die vaginale Untersuchung unmöglich ist, kann mit Einverständnis der Patientin eine rektale Untersuchung vorgenommen werden. Im Falle eines Abortus können bei der Durchführung einer Kürettage Schwierigkeiten auftreten, ebenso bei einem Schwangerschaftsabbruch. In diesen Fällen ist es unerlässlich, die Patientin über die Notwendigkeit einer Defibulation zu informieren.

---

<sup>11</sup>Der Film *Wüstenblume* nach der gleichnamigen Biographie von Waris Dirie zeigt eine solche Szene mit großer Eindringlichkeit und ist insgesamt mit seiner authentischen und sensiblen Darstellung des Problems FGM im Immigrantenmilieu sehr zu empfehlen.



Während bei einem ersten Beratungsgespräch das Problem FGM und seine medizinischen Folgen vorsichtig und behutsam angesprochen werden, ist bei der gynäkologischen Untersuchung eine unmissverständliche Information über die entstandenen medizinischen Komplikationen und mögliche Therapieformen geboten. Da FGM-Opfer meist wenig über ihre eigene und so gut wie nichts über die genitale Anatomie einer unbeschnittenen Frau wissen, ist ein Aufklärungsgespräch nötig. Schematische Abbildungen können dabei helfen, manche Frauen akzeptieren auch einen Spiegel. Hilfreich ist es, wenn Frauen dazu ermutigt werden können, ihr Sexualleben und damit verbundene Probleme zu schildern.

Wenn es sich um eine gynäkologische Untersuchung in einer frühen Schwangerschaftsphase handelt, ist bei infibulierten Frauen eine ausführliche Information über eine Defibulation unumgänglich. Es ist wichtig, die Frauen frühzeitig über die zu erwartenden anatomischen und physiologischen Veränderungen zu informieren. Man darf nicht vergessen, dass diese Frauen mit dem ästhetischen Ideal einer möglichst engen Scheide aufgewachsen sind. Viele haben Angst, mit einer erweiterten Vagina das Missfallen ihrer Männer zu erregen. Deshalb müssen auch die Ehemänner über die Folgen einer Defibulation informiert werden. Am erfolgreichsten ist eine solche Aufklärung mit zwingenden medizinischen Argumenten umzusetzen.

## Defibulation

Defibulation ist ein chirurgischer Eingriff, bei dem mit Hilfe einer vertikalen Inzision entlang der Infibulationsnarbe der vaginale Introitus freigelegt und neue Labia majora geschaffen werden.

Indikationen für eine Defibulation sind:

- Wunsch der Patientin
- Schwierigkeiten beim Wasserlassen und Menstruieren
- erschwerter Geschlechtsverkehr
- Keloidbildung des Narbengewebes
- schwere Dysmenorrhoe
- rezidivierende Infektionen
- Einschlusszysten
- Kürettage nach Abortus/Fehlgeburt
- Schwangerschaftsabbruch
- Geburt

Wie bereits im vorangegangenen Kapitel angesprochen, ist vor diesem Eingriff ein ausführliches Beratungsgespräch mit der Patientin notwendig. Wenn es sich um eine verheiratete Frau handelt, muss der Ehemann einbezogen und über die zu erwartenden Veränderungen der vaginalen Anatomie seiner Frau aufgeklärt werden. Der Eingriff ist unter Anästhesie durchzuführen, um die Patientin vor einer Assoziation mit der ursprünglichen Beschneidung und ihren traumatischen Folgen zu bewahren. Die Schweizerischen Empfehlungen von gynécologie suisse schlagen eine regionale Anästhesie (Periduralanästhesie oder Leitungsanästhesie) oder eine kurze Vollnarkose vor und geben folgende Hinweise zur Durchführung der Defibulation<sup>12</sup>:

„Wird eine Lokalanästhesie gewählt, ist es empfehlenswert, mit einer oberflächlichen Lokalanästhesie in Form einer Creme oder eines Patches zu beginnen. Ist das Gewebe zart, kann dann eine dünne Nadel verwendet werden (Nadel nach Mantoux). Ist das Gewebe derb, sollte eine i.m.-Injektionsnadel eingesetzt werden: Die Injektionen werden vereinfacht, wenn die Nadel im 45°-Winkel aufgesetzt wird.

Operationsmodus: Zwei Finger bzw. eine Gefäßklemme werden unterhalb der Inzisionszone eingeführt. Mit der Schere wird in Richtung des Mons pubis bis zur Darstellung der Urethra eröffnet. Dabei sollte darauf geachtet werden, die Urethra und die Klitoris, die noch vorhanden sein kann, zu schützen. Die Klitoris muss wieder mit Haut bedeckt werden, damit sie nicht hypersensibel auf normale Stimuli wird. Wenn die Klitoris im Verlauf der Intervention zu weit eröffnet wurde, sollte genäht werden. Die Wunden werden mittels Einzelknopfnah (Verschluss Stich für Stich am Wundrand jeder Seite) oder mit einer überwändigen Naht mit selbst resorbierendem Faden der Stärke 3-0 oder 4-0, z. B. Vicryl Rapid<sup>®</sup>, versorgt.“

In der amerikanischen Fachzeitschrift *Obstetrics & Gynecology* findet sich eine interessante Studie über den Langzeiterfolg von Defibulationen. Sie wurde von den geburtshilflichen Abteilungen des Brigham and Women's Hospital in Boston und der Feinberg School of Medicine in Chicago durchgeführt:

40 beschnittene Frauen des Typs 3 wurden zwischen 1995 und 2005 an den genannten Spitälern defibuliert. Die Indikationen waren bei 30% Schwangerschaft, bei 30% Dismenorrhoe, bei 20% Apareunia und bei 15% Dyspareunia. Bei mehr als der Hälfte der Frauen befand sich unter dem Narbengewebe eine intakte Klitoris. Bei keiner der 40 Interventionen kam es zu intraoperativen oder postoperativen Komplikationen. 37 der 40 Patientinnen waren mit dem Ergebnis der Operation hoch zufrieden und würden den Eingriff jederzeit weiterempfehlen. Sofern es sich um verheiratete Frauen handelte, waren auch deren Ehemänner glücklich über das Ergebnis.<sup>13</sup>

<sup>12</sup>Schweizerische Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegefachkräfte: „Patientinnen mit genitaler Beschneidung“, in gynécologie suisse / Version 1.0 / Stand 02.2005.

<sup>13</sup>Vgl. „Defibulation to Treat Female Genital Cutting: Effect on Symptoms and Sexual Function“, in: *Obstetrics & Gynecology*, July 2006 – Vol. 108 – Issue 1, 55-60.

Im Jahr 2010 hat die Wiener Krankenanstalt Rudolfstiftung eine Ambulanz für plastisch-rekonstruktive Gynäkologie eingerichtet, die von OÄ Dr.<sup>in</sup> Marika Huber geleitet wird. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit dem Frauengesundheitszentrum FEM Süd im Kaiser-Franz-Josef-Spital, einer wichtigen Anlaufstelle für FGM-Patientinnen. Frau OÄ Dr.<sup>in</sup> Marika Huber hat sich bereit erklärt, uns den folgenden Bericht über ihre medizinische Betreuung von FGM-Patientinnen zur Verfügung zu stellen:

*Ein Drittel unserer Patientinnen in der Ambulanz für plastisch-rekonstruktive Gynäkologie sind FGM-Patientinnen. Unser empathisch geschultes Personal ist darum bemüht, die Voraussetzungen für eine gynäkologische Untersuchung auf den kulturellen Hintergrund dieser Mädchen und Frauen abzustimmen: Die Zeit für diese Untersuchung wird großzügig bemessen. Um die medizinischen Probleme zu veranschaulichen, verwenden wir Modelle des Genitalbereichs, dazu graphische Darstellungen und Spiegel. Wir achten darauf, dass im Untersuchungsraum Ruhe herrscht. Dolmetscherinnen stehen zur Verfügung.*

Seit dem Bestehen der Ambulanz wurden 59 Patientinnen untersucht:

**18 Patientinnen** kamen wegen Metrorrhagie, Myomen der Gebärmutter oder wegen Fragen zu ihrer Schwangerschaft (z. B.: Besteht die Möglichkeit zu einer Spontangeburt?).

**8 Patientinnen** kamen mit Eltern wegen Begutachtung bezüglich einer Beschneidung. Diese Untersuchungen waren von den jeweiligen Kindergärten bzw. Schulen veranlasst worden.

**33 Patientinnen** hatten Beschwerden durch die Beschneidung (rezidivierende Entzündungen im Blasen- und Vaginalbereich und Kohabitationsbeschwerden; bevorstehende Heirat). Bei diesen Patientinnen wurde eine Defibulation empfohlen, durchgeführt wurden 23 Operationen. Die nötigen administrativen Schritte und die entsprechende psychologische Vorbereitung wurden von FEM Süd, insbesondere von Frau Bakk.<sup>a</sup> Umyma Eljelede übernommen.

Die Defibulationen wurden in Allgemeinnarkose durchgeführt, mit zweitägigem stationären Aufenthalt. Es wurde eine Rekonstruktion der Vulva mit Klitoris hergestellt. Verwendet wurden CO<sub>2</sub> Laser, bipolarer Strom und monofiler resorbierbarer Faden der Stärke 5.0 (geringste Nekrosen-Breite, dadurch zarte Narbe und geringste Schrumpfungstendenz). Postoperativer Druckverband mit T-Binde und Ovestin<sup>®</sup> Salbe, für 12-24 Stunden. Danach wurden die Patientinnen noch in die Pflege eingewiesen (täglich 1 mal Ovestin<sup>®</sup> und Reinigung und Spülung). Kontrolluntersuchung nach 1-2 Wochen.

In allen Fällen war die Klitoris unter dem Narbengewebe rekonstruierbar. Wir haben somit nie eine beschnittene Klitoris vorgefunden; die Vorhaut war allerdings beschnitten, die kleinen Labien mehr oder weniger reseziert und entsprechend zur Verengung des Introitus vernarbt.

*Um auf die Typeneinteilung weiblicher Genitalverstümmelung zurückzukommen: Unsere Patientinnen repräsentierten Fälle des Typus 2 und 3. Die Verengung des Introitus war nicht durch die Resektion der großen, sondern der kleinen Labien verursacht worden.*

*Eine Rekonstruktion der Klitoris und der vorderen Kommissur wird aus psychischen und medizinischen Gründen nicht in der Schwangerschaft durchgeführt. Um bei einer infibulierten Frau eine Spontangeburt zu ermöglichen, eröffnen wir den Introitus. In solchen Fällen kann eine Klitorisrekonstruktion frühestens nach dem Abstillen durchgeführt werden.*

## Schwangerschaft und Geburt

Durch FGM bedingte Komplikationen bei der Geburt treten fast ausschließlich bei infibulierten Frauen (Typ 3) auf. Es werden allerdings auch bei Beschneidungen des Typs 2 (Exzision) in einigen Fällen Nähte gesetzt. Bei der ersten gynäkologischen Untersuchung während einer Schwangerschaft sollte somit geklärt werden, ob die Form der Beschneidung ein Gebärhindernis darstellt. Wenn eine Defibulation nötig ist, sollte die Patientin bereits im Erstgespräch über die anatomischen Veränderungen aufgeklärt werden. Es wäre problematisch, eine Gebärende erst im Kreißaal über eine notwendige Defibulation zu informieren. Es darf nicht vergessen werden, dass ein solcher Eingriff allen gesellschaftlichen und kulturellen Traditionen einer infibulierten Frau widerspricht und ihr daher Zeit für die Akzeptanz einer völlig fremden Sichtweise eingeräumt werden muss.

Eine Reihe von Ländern mit großer Erfahrung im Umgang mit infibulierten Frauen sind dazu übergegangen, die Defibulation erst während des Geburtsvorganges durchzuführen. Dazu gehören Belgien, Frankreich, Großbritannien und die Niederlande. Deutschland und die Schweiz haben sich in den Empfehlungen ihrer Ärztenvertretungen ebenfalls für die Defibulation während der Geburt ausgesprochen. In Österreich wird hingegen in solchen Fällen häufig noch ein Kaiserschnitt bevorzugt. Die Defibulation während der Geburt sollte während der zweiten Geburtsphase unter Periduralanästhesie durchgeführt werden. Der Schwangeren wird dadurch einer von zwei Eingriffen unter Narkose erspart.

Nach der Entbindung werden die geöffneten Narben dergestalt versorgt, dass medizinische Probleme wie rezidivierende Blasenentzündungen oder Stau des Menstruationsblutes ebenso vermieden werden wie Schwierigkeiten beim Sexualverkehr. Das heißt, dass die Scheide geöffnet bleibt. Wenn für manche Patientinnen eine exponierte Scheide inakzeptabel ist und sie daher eine Reinfibulation, das heißt, einen neuerlichen Verschluss des Scheideneingangs ver-

langen<sup>14</sup>, muss der Geburtshelfer eine derartige Behandlung aufgrund der österreichischen Gesetzeslage ablehnen. Wie im Kapitel „Situation in Österreich“ dargelegt, kann auch keine erwachsene Frau „in eine Verstümmelung oder sonstige Verletzung der Genitalien einwilligen“. Ein Arzt ist dazu verpflichtet, bestehende Wunden einer Patientin so zu versorgen, dass keine gesundheitliche Beeinträchtigung entsteht. Im Sinne eines medizinischen „State of the Art“: Dort, wo geschnitten wurde, muss genäht werden.

## Postpartale Behandlung

Eine Frau, die mit ihrer Erstgeburt gleichzeitig eine Defibulation erlebt hat, passt nicht in das Routineschema postpartaler Behandlung. Die Patientin bedarf in der Nachbehandlung großer Sensibilität und Behutsamkeit von Seiten des Pflegepersonals. Unter anderem sollte sie die Möglichkeit haben, Fragen zu ihrer veränderten Anatomie zu stellen. Im Falle einer drohenden Depression sollte psychosoziale Hilfe angefordert werden. (Vergessen wir nicht, FGM-Opfer haben Anspruch auf kostenlose psychosoziale Unterstützung.)

Wenn ein Mädchen geboren wurde, ergibt sich die zusätzliche Notwendigkeit einer ausführlichen Information über die österreichische Gesetzeslage in Bezug auf FGM. Es besteht die Gefahr, dass die Tradition der weiblichen Beschneidung an diesem kleinen Mädchen fortgesetzt werden soll. Auch wenn die Mutter inzwischen über die schlimmen Folgen eines solchen Eingriffs informiert worden ist, kann großer Druck von der Familie und/oder der kulturellen Community in Richtung einer Beschneidung ausgehen. In angelsächsischen Ländern wird in solchen Fällen ein Dossier über Mutter und Kind angelegt und der psychosoziale Dienst wird in Strategien der Prävention (einer neuerlichen Beschneidung) einbezogen. In Österreich gibt es noch keine Verpflichtung für eine derartige Dokumentation.

Die Entbindung eines Mädchens in einer Klinik ist eine gute Gelegenheit dafür, präventive Maßnahmen zu setzen, um neugeborene Mädchen vor FGM zu schützen. In den folgenden Jahren spielen KinderärztInnen, KindergartenpädagogInnen und LehrerInnen ebenfalls eine wichtige Rolle in der Prävention von FGM.

Mädchen und Frauen, die FGM mit allen Folgen erlebt und durchlitten haben, müssen in unserer zivilisierten und humanen Gesellschaft erleben dürfen, dass sie ein Recht auf medizinische Hilfe haben und dass ihnen diese vorbehaltlos gewährt

---

<sup>14</sup>Dies kann bei Immigrantinnen aus dem Sudan und aus Somaliland vorkommen. In diesen Ländern verlangen Frauen nach der Geburt häufig eine neuerliche Infibulation, weil sie das „Ideal“ einer verschlossenen Vagina in hohem Maße verinnerlicht haben.

wird. Geschätzte 8.000 bis 9.000 FGM-Opfer leben in Österreich. Das ist eine Größenordnung, die uns alle angeht. Je mehr Menschen in unserem Land diesem Problem gegenüber sensibilisiert sind, umso besser wird es diesen Mädchen und Frauen gelingen, in Österreich ein menschenwürdiges Leben zu führen. Es wurde bereits angesprochen, dass die Prävention von FGM über das medizinische Personal hinausgeht, vor allem, was das Umfeld kleiner Mädchen aus den aufgezeigten Kulturkreisen in Kindergarten und Schule betrifft. Neben KindergärtnerInnen und LehrerInnen können sich auch Eltern von MitschülerInnen einbringen, indem sie für einen Kontakt mit solchen Mädchen offenstehen. In zunehmendem Maße werden Jugendliche aus afrikanischen Immigrantengruppen auch in den österreichischen Arbeitsprozess eingegliedert werden. Je informierter und in weiterer Folge sensibilisierter das jeweilige gesellschaftliche Umfeld über das Problem FGM ist, umso eher wird es gelingen, die grausame Tradition der weiblichen Beschneidung zu beenden.

## Anhang

Die folgenden Wiener Beratungsstellen stehen für Fragen und Probleme in Zusammenhang mit FGM zur Verfügung:

### **Bright Future**

Beratungsstelle für Frauengesundheit und FGM  
Schwarzspanierstraße 15/1, Tür 2  
1090 Wien  
Tel.: 01/319 2693  
E-Mail: [office@african-women.org](mailto:office@african-women.org)  
[www.african-women.org](http://www.african-women.org)

### **FEM Süd – Frauengesundheitszentrum**

im Kaiser Franz Josef-Spital (SMZ-Süd)  
Kundratstraße 3  
1100 Wien  
Tel. 01/601 91-5201  
E-Mail: [femsued.post@wienkav.at](mailto:femsued.post@wienkav.at)  
[www.fem.at](http://www.fem.at)

### **Orient Express – Frauenberatungsstelle**

Schönngasse 15-17/2  
1020 Wien  
Tel.: 01/728 97 25  
E-Mail: [office@orientexpress-wien.com](mailto:office@orientexpress-wien.com)  
[www.orientexpress-wien.com](http://www.orientexpress-wien.com)

**End FGM – European Campaign**

rue de Trèves, 35  
1040 Brüssel  
Belgien  
[www.endfgm.eu](http://www.endfgm.eu)

**FGM-Hilfe**

c/o Dr. Elisabeth Cencig  
Kirchgasse 14  
A-9100 Völkermarkt  
[www.fgm-hilfe.at](http://www.fgm-hilfe.at)