



ZENTRUM FÜR PUBLIC HEALTH
MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN



Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) in Österreich

Eine Mixed-Methods-Studie

Endbericht

Medizinische Universität Wien,
Zentrum für Public Health,
Abteilung für Sozial- und Präventivmedizin,
Unit Medical Anthropology und Global Health

Autorinnen:

Projektleitung: Dr.ⁱⁿ Elena Jirovsky-Platter

Projektteam: Anna Christina Maukner, BA, MSc; Dr.ⁱⁿ Suad Sheikh Mohamed

Kooperationspartner: Umyma El Jelede, MBBS; Mag.^a Hilde Wolf, MBA (FEM Süd)

August 2024

Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:

Rektor Univ. Prof. Dr. Markus Müller

Medizinische Universität Wien

Spitalgasse 23, 1090 Wien

www.meduniwien.ac.at

Verantwortlich für den Inhalt:

Zentrum für Public Health: Dr.ⁱⁿ Elena Jirovsky-Platter

Der Bericht wurde aus Mitteln des Bundeskanzleramts/Frauen, Familie, Integration und Medien gefördert.

Erscheinungsort, -jahr: Wien, 2024

Im Falle von Zitierungen (im Zuge von wissenschaftlichen Arbeiten) ist als Quellenangabe anzugeben:

Jirovsky-Platter, E., Maukner, A., Mohamed, S., El Jelede, U., Wolf, H. (2024). „Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) in Österreich – Eine Mixed-Methods-Studie. Endbericht.“ Wien: Medizinische Universität Wien.

Danksagungen

Wir bedanken uns an erster Stelle bei allen an der Forschung teilnehmenden Personen, die ihre Zeit zur Verfügung gestellt und ihre persönlichen Erfahrungen mit uns geteilt haben.

Danke den Teilnehmenden aus betroffenen Communitys, die mit uns individuelle Interviews gemacht haben, für ihr Vertrauen und ihre Offenheit.

Besonderer Dank gilt Community Leader:innen und in NGOs oder Vereinen tätigen Personen, die von ihrem Engagement gegen FGM/C in den Communitys in Österreich erzählt und uns wichtige Einblicke in ihre Arbeit gegeben haben. Um diese Arbeit und das vielfältige Engagement gegen FGM/C sichtbar zu machen, haben wir allen teilnehmenden Community Leader:innen die Möglichkeit offengelassen, auf Wunsch in den Danksagungen genannt werden zu können. Viele haben sich dagegen entschieden. Andere haben sich dezidiert gewünscht, dass wir sie hier namentlich nennen und ihre Arbeit somit gewürdigt wird:

- Mag. Chimene Silvanie Segnou Ngangue, Juristin, Sozialberaterin
- Rahma Ahmed Jimale, Gründerin Somalische Frauen Beratungsinitiative
- Salma Ali Ahmed, Beratung, Frauengesundheitszentrum Salzburg
- Zaynab Hirsi, Obfrau ISKA START Verein
- Roda Mahamud, Hooyo Verein und Projektmitarbeiterin, Rotes Kreuz Landesverband Steiermark
- Peninah Lesorogol, Gründerin Samburu Beads Shop, Aktivistin für Klimaschutz, ökologische Nachhaltigkeit und Frauenförderung
- James Masai Paul, Gründer Africa is now Kenya
- Mag. Karin Somé, Krankenpflegerin, Bildungskordinatorin für Migrant:innen von Nowa
- Roda Aden, Beraterin, Rotes Kreuz Landesverband Tirol
- Anita Akua Asante, Sozialpädagogin, Beraterin und Projektmitarbeiterin, Rotes Kreuz Landesverband Steiermark, FGM/C Koordinationsstelle
- Mamadou Kone, M.E.S., Experte in Internationale Kooperation und Training in Methodologie und Didaktik
- Tajir Ahmed Abdullahi, Obmann, Verein Bildung Kultur Integration
- Jamal Mataan, Sozialberater, Community Organiser, Übersetzer und Dolmetscher
- Hamdi Abdullahi, Journalistin und Aktivistin
- Siculo Mekonen, Sozialpädagogin, psychosoziale Beraterin, FEM Süd, ehem. Obfrau somalischer Jugendverein
- Mag. Josiane Aimée Nyampundu, soziale Beraterin
- Marieme Alozie, sozialmedizinische Beraterin, Pflegeassistentin und Lebens- und Psychosoziale Beratung
- Asha Abdi Osman, Sozialassistentin (Verein Die Nachbarinnen), Obfrau Wadajir Verein
- Fadumo Abdurahman, Community Leaderin, Stop FGM/C Projekt, Caritas Vorarlberg
- Dr.in Ishraga Mustafa Hamid, Schriftstellerin, Übersetzerin und Kulturschaffende, Trägerin des Goldenen Verdienstzeichens des Landes Wien
- In Erinnerung an Saida Sheikh Aden, Obfrau Somali Demokratie und Integrationsgebende Verein, die im März verstorben ist

Vielen Dank an die Personen aus dem Gesundheitsbereich, die sich Zeit genommen haben und ihre Erfahrung und Fachwissen mit uns in einem Interview geteilt oder die Online-Befragung mitgemacht haben.

Für die Finanzierung dieser Studie bedanken wir uns beim Bundesministerium für Frauen, Familie, Integration und Medien. Wir bedanken uns beim Team der Sektion II – Integration, Kultusamt und Volksgruppen für die angenehme Zusammenarbeit und den Austausch.

Wir bedanken uns bei unserem Kooperationspartner, dem Institut für Frauen- und Männergesundheit, für die gute Zusammenarbeit. Für die Projektleitung dort danken wir Mag.^a Hilde Wolf, MBA. Frau Mag.^a Elisabeth Hanusch-Mild und Mag.^a Marisa Rosanelli, BA, danken wir für inhaltliches Feedback. Für die

Durchführung von Interviews danken wir insbesondere Umyma El Jelede, MBBS, und Tajir Ahmed Abdul-lahi.

Unser Dank gilt auch den anderen Mitgliedern der FGM/C Koordinationsstelle: Österreichisches Rotes Kreuz, Frauengesundheitszentrum Linz und Frauengesundheitszentrum Salzburg.

Herzlichen Dank an Frau Dorothea Manser-Lehner von der Caritas Beratungsstelle Existenz & Wohnen und Caritas Flüchtlingshilfe, Vorarlberg, die uns sehr unterstützt hat und uns einen besonderen Einblick in die Situation im westlichsten Zipfel Österreichs gegeben hat.

Unser Dank gilt besonders auch Amina Abdelmalik MA, Jamal Mataan, Elham Abdeldaiem und Anaheed Strauhs für ihre tatkräftige Unterstützung bei der Übersetzung und Transkription von Interviews.

Ass.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ med. univ. Daniela Dörfler danken wir für ihren Input zur Forschung und insbesondere für die fachliche Überprüfung des Kapitels „Kurative Medizinische Eingriffe“.

Dr.ⁱⁿ med. univ. Erika Schranz und Dr.ⁱⁿ med. univ. Louise Siebe haben im Rahmen ihrer Diplomarbeiten (Medizinische Universität Wien; Betreuung durch Dr.ⁱⁿ Elena Jirovsky-Platter) zur Analyse von Ansichten und Erfahrungen von Schlüsselpersonen aus verschiedenen Berufsgruppen mit Kontakt zu von FGM/C betroffenen Frauen wichtige Vorarbeit für dieses Forschungsprojekt geleistet. Dafür bedanken wir uns.

Der Afrikanischen Frauenorganisation (Bright Future), der Desert Flower Foundation, sowie Dr. Hassan Ibrahim, die sich seit Jahrzehnten in der Arbeit gegen FGM/C in Österreich einsetzen, danken wir für informelle Gespräche.

Es war uns nicht möglich alle Personen oder Personengruppen, die derzeit in Österreich zu FGM/C arbeiten oder in den letzten Jahrzehnten dazu gearbeitet haben, zu erreichen oder in unsere Forschung direkt miteinzubeziehen. Ihnen und allen, die noch kommen werden, ist in Österreich viel zu verdanken. Sie alle haben die Grundlage gelegt, die Voraussetzungen geschaffen, dass heute FGM/C selbstverständlich zum Thema gemacht wird, ein Bemühen besteht, durch Prävention FGM/C zu verhindern und durch adäquate Gesundheitsversorgung und Beratung FGM/C-Betroffene gerecht zu unterstützen.

Inhaltsverzeichnis

Danksagungen	2
Inhaltsverzeichnis	4
Tabellenverzeichnis	7
Abbildungsverzeichnis	8
Abkürzungsverzeichnis	9
Executive Summary (Deutsch)	10
Executive Summary (Englisch)	12
1 Einleitung	14
1.1 Was ist FGM/C?	14
1.2 Begriffswahl	14
1.3 Formen von FGM/C	14
1.4 Gesundheitliche Folgen von FGM/C	15
1.5 Medikalisierung von FGM/C	16
1.6 Warum wird FGM/C praktiziert?	16
1.7 Kurative medizinische Eingriffe bei FGM/C	17
1.7.1 Klitorisrekonstruktion nach FGM/C Typ I, II, und III	18
1.7.2 Vulvarekonstruktion nach FGM/C Typ II und III	18
1.7.3 Defibulation nach FGM/C Typ III	19
1.7.4 Psychische Gesundheit in Bezug auf kurative medizinische Eingriffe	19
1.8 FGM/C und gesundheitliche Versorgung in Ländern mit hohem Einkommen	20
1.9 Situation in Österreich	21
1.9.1 Betroffene in Österreich	21
1.9.2 Rechtslage und Asylwesen in Österreich	21
1.9.3 Hilfsangebote zu FGM/C in Österreich	23
1.9.4 Medizinische Versorgung und Ausbildung in Österreich in Bezug auf FGM/C	24
1.10 Forschungsziele und Fragestellung	25
1.11 Aufbau des Berichts	26
2 Studiendesign	27
2.1 Mixed-Methods-Studie	27
2.2 Zentrale Begriffsdefinitionen	27
2.3 Forschungsteam und Positionalität	28
2.4 Ethische Aspekte	28

3	Quantitative Studie: Einschätzung der von FGM/C bedrohten und betroffenen Mädchen und Frauen in Österreich	29
3.1	Gesamtpopulation an weiblichen Personen mit Migrationshintergrund in Ländern, in denen FGM/C praktiziert wird	29
3.2	Prävalenzdaten in Ländern, in denen FGM/C praktiziert wird	31
3.3	Einschätzung der von FGM/C betroffenen Mädchen und Frauen in Österreich	32
3.3.1	Extrapolation des FGM/C Typs für die potenziell Betroffenen	35
3.4	Einschätzung der von FGM/C bedrohten Mädchen in Österreich	38
3.4.1	Gesamtpopulation an Mädchen mit Migrationshintergrund (0-18 Jahre, 1. und 2. Generation) in Ländern, in denen FGM/C praktiziert wird	38
3.4.2	Berechnung der Anzahl an potenziell bedrohten Mädchen in Österreich	41
3.5	Diskussion der statistischen Daten	46
4	Quantitative Studie: Online-Befragung von Gesundheitspersonal	47
4.1	Methode	47
4.1.1	Hintergrund	47
4.1.2	Datenerhebung und Fragebogen	47
4.1.3	Studienpopulation, Distribution und Rekrutierung	48
4.1.4	Statistische Analyse	48
4.2	Ergebnisse der Online-Befragung	49
4.2.1	Soziodemografische Merkmale	49
4.2.2	FGM/C in der Ausbildung und Selbsteinschätzung des Wissens	51
4.2.3	Ansprechen von FGM/C	53
4.2.4	Erfahrung mit FGM/C betroffenen Patientinnen	54
4.2.4.1	Kinderärzt:innen	56
4.2.5	Betreuung von Patientinnen mit FGM/C	56
4.2.6	Anmerkungen der Teilnehmenden	58
4.3	Zusammenfassung und Diskussion der Online-Befragung	60
5	Qualitative Studie mit Personen aus betroffenen Communitys und Gesundheitspersonal	62
5.1	Methode	62
5.1.1	Semistrukturierte Interviews	62
5.1.2	Studienpopulation	62
5.1.3	Informed Consent und Datenverarbeitung	63
5.1.4	Transkription und Analyse	63
5.2	Ergebnisse der qualitativen Studie	63
5.2.1	Betroffene Communitys	64

5.2.1.1	Begründungen für FGM/C	65
5.2.1.2	Wer bestimmt, ob FGM/C durchgeführt wird?	66
5.2.1.3	Einstellungen und Einstellungswandel bezüglich FGM/C	66
5.2.1.4	Kenntnis der Gesetzeslage in Österreich	67
5.2.1.5	Erfahrungen im österreichischen Gesundheitssystem	68
5.2.1.6	Wahrnehmung der Aufklärungsarbeit und Hilfsangebote in Österreich	72
5.2.1.7	Handlungsbedarf aus Sicht der betroffenen Communitys	73
5.2.2	Gesundheitspersonal	77
5.2.2.1	Wahrnehmung des Gesundheitspersonals über Einstellungen zu FGM/C	77
5.2.2.2	Beurteilung der rechtlichen Lage in Österreich	78
5.2.2.3	Behandlung und Umgang mit FGM/C Patientinnen	79
5.2.2.4	Angebot von Therapieoptionen	81
5.2.2.5	Psychische Gesundheit	82
5.2.2.6	Hemmschwellen für Betroffene aus Sicht des Gesundheitspersonals	83
5.2.2.7	Herausforderung Sprache und Übersetzung	84
5.2.2.8	Aus- und Fortbildung von medizinischem Personal	85
5.2.2.9	Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit anderen Stakeholder:innen	86
5.2.2.10	Handlungsbedarf aus Sicht des Gesundheitspersonals	88
5.3	Zusammenfassung und Diskussion der qualitativen Ergebnisse	90
6	Zusammenfassung und Diskussion der Gesamtergebnisse	94
6.1	Handlungsempfehlungen	97
7	Literaturverzeichnis	101
8	Annex	110
8.1	Annex Einschätzung der Prävalenz	110
8.2	Annex Online-Befragung	114
8.3	Annex Qualitative Studie	118

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gesamtpopulation an weiblichen Personen mit Migrationshintergrund (1. und 2. Generation)	30
Tabelle 2: FGM/C Prävalenz in Ländern, in denen FGM/C dokumentiert wird, nach Altersgruppen	31
Tabelle 3: Potenziell betroffene Mädchen und Frauen (1. Generation) nach Altersgruppen	33
Tabelle 4: Potenziell betroffene Mädchen und Frauen (1. Generation) nach Geburtsland und Altersgruppen	33
Tabelle 5: Prozentverteilung der FGM/C Typen von betroffenen Frauen im Alter von 15-49 Jahren	36
Tabelle 6: FGM/C Typ der potenziell betroffenen Mädchen und Frauen (1. Gen.) in Österreich nach Geburtsland	37
Tabelle 7: Anzahl an in Österreich lebenden Mädchen (0-18 Jahre) mit Migrationshintergrund nach Geburtsland bzw. Geburtsland der Mutter	39
Tabelle 8: Anzahl an in Österreich lebenden Mädchen (0-18 Jahre) mit Migrationshintergrund nach Bundesland	40
Tabelle 9: Anzahl und Prozent der potenziell bedrohten Mädchen, Minimal- und Maximalszenario.....	42
Tabelle 10: Anzahl an potenziell bedrohten Mädchen nach Geburtsland bzw. Geburtsland der Mutter	43
Tabelle 11: Anzahl an potenziell bedrohten Mädchen nach Bundesland	45
Tabelle 12: Betreute Patientinnen nach FGM/C Typen (Mehrfachantworten möglich)	56
Tabelle 13: Begleitung der Patientin (Mehrfachantworten möglich)	58
Tabelle 14: Anzahl der durchgeführten Interviews pro Bundesland	64
Tabelle 15: Anzahl der durchgeführten Interviews nach Herkunftsland	64
Tabelle 16: Übersicht des teilnehmenden Gesundheitspersonals	77
Tabelle 17: Prävalenzdaten in den Ländern, in denen FGM/C dokumentiert wird, in Prozent nach Altersgruppen	111
Tabellen 18-26: Anzahl der potenziell betroffenen Mädchen und Frauen (1. Generation) nach Alter und Bundesland.....	113
Tabelle 27: Soziodemografische Merkmale nach Berufsgruppen	114
Tabelle 28: Wissen zu FGM/C nach Berufsgruppe	117
Tabelle 29: Detailübersicht der Teilnehmenden aus betroffenen Communitys	118

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verteilung der potenziell betroffenen Mädchen und Frauen (1. Generation) nach Geburtsland (n=10.869) in Österreich	34
Abbildung 2: Anzahl der potenziell betroffenen Mädchen und Frauen (1. Generation) nach Bundesland	35
Abbildung 3: Verteilung des FGM/C Typs der betroffenen Mädchen und Frauen (1. Generation).....	38
Abbildung 4: Anzahl an Mädchen (0-18 Jahre) in Österreich nach Zuwanderungsgeneration und fünf stärksten vertretenen Ländern	40
Abbildung 5: Maximal- und Minimalszenario der potenziell bedrohten Mädchen in Österreich	42
Abbildung 6: Maximal- und Minimalszenario mit den sieben am stärksten vertretenen Ländern der potenziell bedrohten Mädchen in Österreich	44
Abbildung 7: Alter der Teilnehmenden (n=534).....	49
Abbildung 8: Berufsgruppe der Teilnehmenden (n=537).....	50
Abbildung 9: Arbeitserfahrung der Teilnehmenden (n=529)	50
Abbildung 10: Teilnehmende nach Bundesländern und Berufsgruppen (n=531)	51
Abbildung 11: FGM/C als Teil der Ausbildung nach Berufsgruppen.....	51
Abbildung 12: Wissen zu FGM/C (n=537).....	52
Abbildung 13: Einschätzung des Wissens zu FGM/C allgemein nach Berufsgruppe.....	52
Abbildung 14: Einschätzung des Wissens über die Gründe für FGM/C nach Berufsgruppe	53
Abbildung 15: Gesprächsführung zu FGM/C (n=537).....	53
Abbildung 16: Nachfrage nach FGM/C bei unterschiedlichen gesundheitlichen Problemen nach Berufsgruppe.....	54
Abbildung 17: Rolle von FGM/C im Alltag nach Berufsgruppe (n=534)	54
Abbildung 18: Gründe, warum Patientinnen aus Risikoländern zum Arzt kamen (n=204)	55
Abbildung 19: Anzahl individuelle Patientinnen in den letzten 5 Jahren (n=299)	55
Abbildung 20: routinemäßige Untersuchungen von Kinderärzt:innen.....	56
Abbildung 21: Durchführung von Eingriffen nach Berufsgruppen (n=82).....	57
Abbildung 22: Beratung zu Eingriffen nach Berufsgruppen (n=102)	57
Abbildung 23: Anraten eines Kaiserschnitts (n=180)	58

Abkürzungsverzeichnis

DHS	Demographic and Health Survey
EIGE	European Institute for Gender Equality (Europäisches Institut für Gleichstellungsfragen)
FGM/C	Female Genital Mutilation/Cutting
GREVIO	Group of experts on action against violence against women and domestic violence
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖGGG	Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
ÖGKJ	Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde
ÖHG	Österreichisches Hebammengremium
SDGs	Sustainable Development Goals
SOP	Standing Operating Procedure
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
UNICEF	United Nations Children's Fund
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Executive Summary (Deutsch)

Hintergrund

Weibliche Genitalverstümmelung (Female Genital Mutilation/Cutting – FGM/C) ist eine Form von geschlechtsspezifischer Gewalt, die in Österreich als Körperverletzung mit schweren Dauerfolgen strafbar ist. Dieses Thema ist in Österreich nicht ausreichend erforscht. Daher war das Anliegen dieses Forschungsprojekts, die Situation von FGM/C in Österreich umfassend zu untersuchen. Ziel der vorliegenden Studie war es, eine möglichst genaue Zahl der in Österreich lebenden FGM/C betroffenen und bedrohten Mädchen und Frauen zu berechnen und mit qualitativen Daten zur Einstellung, Einflussfaktoren und bekannten Hilfsangeboten von betroffenen Communitys und Gesundheitspersonal zu kontextualisieren. Damit sollten Wissenslücken in Bezug auf FGM/C in Österreich geschlossen werden, um die Präventionsarbeit gegen FGM/C und somit auch die psychosoziale und medizinische Versorgung der betroffenen Frauen und Mädchen in Österreich zu verbessern. Die Studie wurde vom Bundeskanzleramt, Sektion II Integration, Kultusamt und Volksgruppen beauftragt und in Kooperation mit FEM Süd durchgeführt. Sie befasst sich mit den Fragen (1) wie viele Frauen und Mädchen in Österreich schätzungsweise von FGM/C betroffen sind, (2) welche Einstellungen, Hintergründe und Einflussfaktoren in Hinblick auf das Phänomen FGM/C unter betroffenen oder gefährdeten Personen bzw. in deren Umfeld in Österreich bestehen, (3) welche Betreuungsmöglichkeiten und Angebote für Frauen mit FGM/C in Österreich vorhanden sind und wie diese genutzt werden und (4) welches Wissen Gesundheitspersonal über FGM/C besitzt und wie es mit betroffenen Frauen umgeht.

Methode

Die Studie verwendete ein Mixed-Methods-Design und wurde von April 2023 bis Mai 2024 durchgeführt. Der quantitative Teil der Studie umfasste die statistische Einschätzung durch eine Extrapolation der FGM/C Prävalenzdaten von Ländern, in denen FGM/C dokumentiert wird. Dafür wurden die Prävalenzdaten mit den verfügbaren statistischen Daten der Mädchen und Frauen mit Geburtsland oder Geburtsland der Mutter, in dem FGM/C dokumentiert wird, in Österreich hochgerechnet. Außerdem wurde eine Online-Befragung von Gesundheitspersonal mit 537 Teilnehmenden aus den Bereichen Hebammen (29%), Gynäkologie (21%), sonstige Gesundheitsberufe (19%), Allgemeinmedizin (18%) und Pädiatrie (13%) durchgeführt. Neben soziodemografischen Merkmalen wurde das Gesundheitspersonal zum Vorkommen von FGM/C in der Aus- und Weiterbildung, einer Selbsteinschätzung des Wissens über FGM/C und Erfahrung mit Patientinnen befragt. Um diese Daten zu kontextualisieren, wurden qualitative Interviews mit 52 Frauen, 24 Männern und 29 Community Leader:innen¹ sowie mit 18 Personen des Gesundheitsbereichs geführt. Die Teilnehmenden wurden nach ihren Einstellungen zu und Erfahrungen mit FGM/C befragt. Die Interviewdaten wurden transkribiert, übersetzt und anschließend unter Verwendung der Software Atlas.ti qualitativ analysiert. Durch Verwendung dieser unterschiedlichen Methoden konnte ein vielschichtiges Verständnis der Situation von FGM/C in Österreich gewonnen werden.

Ergebnisse

In Österreich leben laut Schätzungen 10.869 potenziell von FGM/C betroffene Mädchen und Frauen und zwischen 1.704 und 3.023 potenziell von FGM/C bedrohte Mädchen. Die meisten betroffenen Mädchen und Frauen leben in den Bundesländern Wien, Oberösterreich, Steiermark und Tirol. Die Hälfte der Frauen in Österreich, die von FGM/C betroffen sind, stammt schätzungsweise aus Ägypten, ein weiteres Drittel aus Somalia, aber auch Frauen aus einer Vielzahl anderer Länder sind betroffen. Mit den vorhandenen quantitativen Daten kann eine ungefähre Einschätzung der Lage von FGM/C in Österreich gegeben werden, die durch die qualitativen Ergebnisse der Studie in Kontext gesetzt werden.

¹ Definition, wie der Begriff Community Leader:innen in diesem Bericht verwendet wird siehe Kapitel 2.2 Zentrale Begriffsdefinitionen.

Die Auswertung der Online-Befragung von Gesundheitspersonal zeigt, dass Gesundheitspersonal wenig Wissen zu FGM/C hat. 88% würden gerne mehr über die rechtliche Lage und 74% über die verschiedenen Formen von FGM/C laut WHO-Klassifikation erfahren. Hebammen und Gynäkolog:innen schätzen ihr Wissen generell höher als andere Berufsgruppen ein. Außerdem fühlen sich vor allem Kinderärzt:innen beim Ansprechen von FGM/C nicht wohl und brauchen daher vermehrt Ausbildung zur Gesprächsführung. Nur 34% des befragten Gesundheitspersonals gaben an, dass ihnen während ihrer Berufsausbildung Wissen über FGM/C im Allgemeinen vermittelt wurde. Während 70% des Gesundheitspersonals angab, Kontakt mit Patientinnen aus Ländern, in denen FGM/C praktiziert wird, zu haben, fragen sie nicht immer nach FGM/C, wenn Gesundheitsprobleme, die im Zusammenhang mit FGM/C stehen können, vorkommen. FGM/C spielt zwar im Arbeitsalltag des befragten Gesundheitspersonals eine geringe Rolle, dennoch ist es wichtig, Abläufe und Anlaufstellen sowie mögliche Eingriffe zu kennen und auf diese verweisen zu können.

Das fehlende Wissen von Gesundheitspersonal wird auch durch die Aussagen von betroffenen Frauen bestätigt, die erzählten, dass sich Gesundheitspersonal ihrer Ansicht nach nicht mit FGM/C auskennt und sie oft nicht danach gefragt werden. Daraus ergibt sich auch eine mangelnde Dokumentation von FGM/C, sodass FGM/C auch bei vorgenommenen Untersuchungen von Gesundheitspersonal nicht vermerkt wird. Auch berichteten Frauen von Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitssystem. Mittlerweile gibt es in fast allen Bundesländern eine FGM/C Ambulanz, die betroffene Mädchen und Frauen betreut und ebenfalls kurative Behandlungsmöglichkeiten anbietet. Im Gesundheitsbereich wird sowohl vom Gesundheitspersonal als auch von betroffenen Communitys vor allem die Sprachbarriere als große Herausforderung gesehen, die durch unzufriedenstellende Dolmetschangebote weiter besteht und eine mögliche Hemmschwelle darstellt. Die qualitativen Ergebnisse zeigen außerdem den Bedarf nach verbesserter psychologischer Betreuung für betroffene Frauen und Migrantinnen allgemein, um die komplexen Traumata, die nicht notwendigerweise alleine auf FGM/C zurückzuführen sind, sondern auch von Flucht-, Kriegs- und Gewalterfahrungen stammen, zu behandeln. Daher ist es wichtig, eine kultur- und traumasensible Betreuung von betroffenen Frauen, die physische, psychische und soziale Aspekte miteinbezieht, zu gewährleisten.

Die unterschiedlichen Einstellungen und Begründungen im Hinblick auf FGM/C sowie die diversen Entscheidungsträger:innen, die in den verschiedenen betroffenen Communitys vertreten sind, zeigen die Komplexität dieses Themas. FGM/C ist in Österreich als Körperverletzung mit schweren Dauerfolgen strafbar. Teilnehmenden aus den betroffenen Communitys ist die rechtliche Lage bzgl. FGM/C in Österreich nicht ausreichend klar. Es ist zwar bekannt, dass es Gesetze gibt, aber viele kennen die Details nicht. Innerhalb der betroffenen Communitys zeichnen sich viele Ängste in Verbindung mit der Gesetzeslage ab, insbesondere aufgrund der Unwissenheit darüber, was die Gesetze genau beinhalten und bedeuten und welche Konsequenzen sich daraus ergeben könnten. Auch das Gesundheitspersonal nimmt diese Angst in den betroffenen Communitys wahr, was das Ansprechen von FGM/C und der damit zusammenhängenden gesundheitlichen Probleme erschwert. Daher gilt es vermehrt auf Prävention und Aufklärungsarbeit zu setzen, um FGM/C zu verhindern.

Im Vergleich zu anderen Bundesländern ist in Wien durch den FGM Beirat eine bessere Vernetzung zwischen den unterschiedlichen Stakeholdern gegeben. Durch die 2021 etablierte FGM/C Koordinationsstelle wurde ein österreichweites Netzwerk für Beratung, Informationen und Unterstützung bei Fragen zum Thema FGM/C geschaffen. Allerdings sehen sowohl Gesundheitspersonal als auch betroffene Communitys Handlungsbedarf in der Bewusstseinsbildung und Aufklärungsarbeit, da die bestehenden Hilfsangebote oft nicht bekannt sind und aus ihrer Sicht nicht genügend Menschen erreichen. Die Verstärkung der Zusammenarbeit mit betroffenen Communitys sehen sie daher als essenziell.

Aus den Ergebnissen der Studie werden entsprechende Handlungsempfehlungen in den Bereichen Vernetzung und Koordination, Bewusstseinsbildung, Fortbildung relevanter Berufsgruppen, Versorgung und Hilfsangebote, Finanzierung, Dokumentation und empirische Datenlage sowie zur internationalen Zusammenarbeit abgeleitet.

Executive Summary (Englisch)

Background

Female genital mutilation/cutting (FGM/C) is a form of gender-based violence that is punishable in Austria as bodily harm with serious long-term consequences. As this topic has not been sufficiently researched in Austria, this research project set out to analyse the situation of FGM/C in Austria. The aim of this study was to estimate the number of girls and women affected and threatened by FGM/C living in Austria and to contextualize this with qualitative data on attitudes, influencing factors and known support services from affected communities and health personnel. This should close knowledge gaps with regard to FGM/C in Austria in order to improve prevention work against FGM/C and thus also improve the psychosocial and medical care of affected women and girls in Austria. The study was commissioned by the Federal Chancellery, Section II Integration, Cultural Office and Ethnic Groups and carried out in cooperation with FEM Süd. It deals with the questions of (1) how many women and girls in Austria are estimated to be affected by FGM/C, (2) what attitudes, backgrounds and influencing factors exist with regard to the phenomenon of FGM/C among affected or at-risk persons or in their environment in Austria, (3) what care options and services are available for women with FGM/C in Austria and how are they utilized, as well as (4) what knowledge health personnel have about FGM/C and how they treat affected women.

Methods

The study used a mixed-method design and was conducted from April 2023 to May 2024. The quantitative part of the study comprised an indirect estimation by extrapolating FGM/C prevalence data from countries where FGM/C is documented. For this purpose, the prevalence data were extrapolated with the available statistical data of girls and women in Austria with country of birth or mother's country of birth in which FGM/C is documented. Moreover, an online survey of healthcare professionals was conducted with 537 participants from the fields of midwifery (29%), gynaecology (21%), other healthcare professionals (19%), general medicine (18%) and paediatrics (13%). In addition to socio-demographic characteristics, healthcare professionals were asked about FGM/C in their education and training, a self-assessment of knowledge about FGM/C and experience with patients. In order to contextualize this data, qualitative interviews were conducted with 52 women, 24 men and 29 community leaders², as well as with 18 healthcare professionals. Participants were asked about their attitudes towards and experiences with FGM/C. The interview data was transcribed, translated and then analysed qualitatively using the Atlas.ti software. By using these different methods, a multi-layered understanding of the situation of FGM/C in Austria was gained.

Results

According to estimates, there are 10,869 girls and women potentially affected by FGM/C and between 1,704 and 3,023 girls potentially at risk of FGM/C living in Austria. Most of the girls and women affected live in the federal states of Vienna, Upper Austria, Styria and Tyrol. Half of the women in Austria who are affected by FGM/C are estimated to come from Egypt, a further third from Somalia. Nonetheless, women from numerous other countries are also affected. With the available quantitative data, an approximate assessment of the situation of FGM/C in Austria can be given, which is put into context by the qualitative results of the study.

The evaluation of the online survey of healthcare professionals shows that they have little knowledge of FGM/C. 88% of healthcare professionals would like to know more about the legal situation, and 74% about the different forms of FGM/C according to WHO classification. Midwives and gynaecologists generally rate their knowledge higher than other professional groups. In addition, paediatricians in particular

² A definition of how the term community leaders is used in this report can be found in chapter 2.2 *Zentrale Begriffsdefinitionen*.

do not feel comfortable addressing FGM/C and therefore need more training on how to conduct such conversations. Only 34% of the healthcare professionals surveyed stated that they learned about FGM/C in general during their professional training. While 70% of healthcare professionals indicated that they have contact with patients from countries where FGM/C is practised, they do not always enquire about FGM/C when health problems that may be related to FGM/C occur. Although FGM/C plays a minor role in the day-to-day work of the healthcare professionals surveyed, it is important to know processes and contact points as well as possible interventions to be able to refer to them.

The lack of knowledge among healthcare professionals is also confirmed by the statements of affected women, who said that healthcare workers are in their view not familiar with FGM/C and that they are often not asked about it. This also results in a lack of documentation of FGM/C, with the result that FGM/C is not noted by healthcare staff even when examinations are carried out. Women also reported experiences of discrimination in the healthcare system. There are now FGM/C outpatient clinics in almost all federal states that provide care for affected girls and women, which also offer curative treatment options. Both healthcare staff and affected communities identify language barriers as a major challenge in the healthcare sector, which continues to exist due to unsatisfactory interpreting services. The qualitative results also show the need for improved psychological care for affected women as well as migrant women in general in order to treat the complex traumas that are not solely attributable to FGM/C, but also stem from experiences related to their refugee journeys, war and violence. It is therefore important to ensure culturally- and trauma-sensitive care for affected women that takes into account physical, psychological and social aspects.

The different attitudes and justifications towards FGM/C as well as the variety of decision-makers represented in affected communities show the complexity of this topic. FGM/C is punishable in Austria as bodily harm with serious permanent consequences. The legal situation regarding FGM/C in Austria is not sufficiently clear to participants in the affected communities. Although it is known that there are laws, many do not know the details. There are many fears in connection with the legal situation within the affected communities, especially due to a lack of knowledge of what the laws exactly entail and signify and what consequences may result from this. Health professionals also notice this fear in the affected communities, which makes it difficult to address FGM/C and related health problems. It is therefore important to focus more on prevention and educational work in order to prevent FGM/C.

Compared to other federal states, the FGM Advisory Board (FGM Beirat) in Vienna ensures better networking between the various stakeholders. The FGM/C Coordination Centre (FGM/C Koordinationsstelle) established in 2021 has created an Austria-wide network for advice, information and support on all issues relating to FGM/C. However, both healthcare professionals and affected communities see a need for action in terms of awareness-raising and educational work, as the existing support services are often not known and, in their view, do not reach enough people. They therefore consider it essential to strengthen cooperation with affected communities.

The results of the study are used to derive recommendations for action in the areas of networking and coordination, awareness-raising, further training for relevant professional groups, care and support services, funding, documentation and empirical data, as well as international cooperation.

1 Einleitung

1.1 Was ist FGM/C?

Unter Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) oder Weiblicher Genitalverstümmelung versteht man eine weltweit verbreitete Praktik, bei der die äußeren weiblichen Genitalien komplett oder teilweise entfernt oder verletzt werden, ohne dass dies einen medizinischen Nutzen für die betroffene Frau oder das Mädchen hat [1, 2]. Die Praktik ist international als Menschenrechtsverletzung an Frauen und Mädchen anerkannt, da sowohl das Recht einer Person auf Gesundheit, Sicherheit und physische Integrität, als auch das Recht auf Freiheit von Folter und grausamer, unmenschlicher oder herabwürdigender Behandlung, sowie in manchen Fällen das Recht auf Leben, verletzt wird. Die Praktik spiegelt tief verwurzelte Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern wider und stellt eine extreme Form der Diskriminierung von Frauen und Mädchen dar [3-5].

Die FGM/C Praktiken sind vor allem in Ländern des afrikanischen Kontinents, im Nahen Osten und in Asien verbreitet. Der Globale Norden ist aufgrund von jahrzehntelangen Migrationsbewegungen ebenfalls betroffen [1].

Im März 2024 veröffentlichte die UNICEF neue Zahlen: Es sind aktuell weltweit über 230 Millionen Mädchen und Frauen von FGM/C betroffen und Millionen Mädchen von FGM/C bedroht, auch wenn es mittlerweile in vielen Ländern ein Verbot von FGM/C Praktiken gibt [1, 2, 6]. Länder wie Sierra Leone, Äthiopien und Burkina Faso haben gezeigt, dass Fortschritte in der Bekämpfung von FGM/C möglich sind, auch wenn die Zahl von FGM/C einst sehr hoch war. Allerdings sind die meisten Länder nicht auf dem Weg, das in den Sustainable Development Goals (SDGs) genannte Ziel der Abschaffung von FGM/C bis 2030 zu erreichen [6]. In Gambias Parlament stimmten Ende März 2024 die Abgeordneten mit 42 zu vier Stimmen sogar für einen Gesetzentwurf, der das Verbot von FGM/C aus dem Jahr 2015 aufheben würde [7]. In vielen Ländern gibt es auch den Trend, dass Mädchen in immer jüngerem Alter, als Babys oder Kleinkinder, FGM/C unterzogen werden. Dies bedeutet, dass Präventionsarbeit immer schwieriger wird, weil das Zeitfenster, wo diese geschehen kann, kleiner wird [6].

1.2 Begriffswahl

In diesem Bericht wird der Begriff Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) verwendet, der sich international etabliert hat. Der Begriff „Verstümmelung“ soll die Unumkehrbarkeit und Grausamkeit des Eingriffs verdeutlichen. Im direkten Kontext der Arbeit mit betroffenen Frauen wird jedoch häufig auch von Female Genital Cutting (FGC) oder weiblicher Beschneidung gesprochen, weil angenommen wird, dass Betroffene selbst dies als wertfreier und weniger verletzend wahrnehmen [8].

1.3 Formen von FGM/C

Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird zwischen vier Formen von FGM/C und weiteren Unterformen unterschieden [2, 9]:

- **Typ I:** Klitoridektomie/„Sunna-Beschneidung“– teilweises oder vollständiges Entfernen der äußerlich sichtbaren Klitorisspitze (Glans clitoridis).
 - Typ Ia: Exzision der Klitorisvorhaut (Präputium clitoridis)
 - Typ Ib: Exzision der Klitorisvorhaut und der Glans clitoridis

- **Typ II:** Exzision – teilweises oder vollständiges Entfernen der äußerlich sichtbaren Klitoris und der inneren Vulvalippen, mit oder ohne Entfernung der äußeren Vulvalippen.
 - Typ IIa: Exzision der Labia minora
 - Typ IIb: teilweise oder vollständige Exzision der Glans clitoridis und der Labia minora
 - Typ IIc: teilweise oder vollständige Exzision der Glans clitoridis, der Labia minora und der Labia majora
- Typ III: Infibulation/„pharaonische Beschneidung“ – Einengung der Vaginalöffnung durch Entfernung des ganzen oder eines großen Teils der inneren und/oder äußeren Vulvalippen und Vernähen der Wundränder, sodass nur noch eine kleine Öffnung für Urin und Menstruationsblut bleibt. Die Glans clitoridis wird dabei entweder ebenfalls entfernt oder bleibt unter dem Wundverschluss erhalten.
 - Typ IIIa: Exzision und Vernähen der Labia minora
 - Typ IIIb: Exzision und Vernähen der Labia majora
- **Typ IV:** umfasst alle anderen Formen der weiblichen Genitalverstümmelung, die nicht einer der anderen drei Kategorien zugeordnet werden können. Zu diesen gehören Praktiken wie Pricking (Einstechen), Piercing, Einschneiden oder Abschaben der äußeren Geschlechtsorgane [2, 10, 11].

In der Praxis sind die Übergänge zwischen den Formen häufig fließend und die Einteilung ist durch äußere Faktoren, wie Wundheilungsstörungen oder Verletzungen durch Abwehrbewegungen während des Eingriffs, erschwert [10].

Im 19. Jahrhundert wurden auch in Europa und den USA die weiblichen Geschlechtsorgane „behandelt“ und etwa die Klitoris entfernt, um das Krankheitsbild der Hysterie zu heilen [12]. Klitoridektomie oder die Verätzung der Klitoris mit Borsäure wurden mit derselben Begründung bis ins 20. Jahrhundert von einigen Ärzten durchgeführt [13, 14]. Auch kosmetische Chirurgie (z.B. Schamlippenverkleinerung) und Piercing an den weiblichen Genitalien könnten als Unterformen von FGM/C (Typ IV) verstanden werden, da Nervengewebe verletzt wird [15]. Es ist nicht medizinisch belegt, dass diese Eingriffe sicher sind und dass sie die gewünschten Effekte, wie bessere „Funktion“ der Genitalien und mehr sexuelle Befriedigung, haben [16]. Diese Form der Eingriffe an den weiblichen Genitalien wird akzeptiert, während FGM/C abgelehnt und bekämpft wird [17, 18]. Dies wirft die kritische Frage auf, ob solche Verschönerungspraktiken zumindest auf Ebene des gesellschaftlichen Drucks mit der Praktik von FGM/C vergleichbar sind [19, 20].

1.4 Gesundheitliche Folgen von FGM/C

Abhängig von der Form der FGM/C können die gesundheitlichen Folgen sehr unterschiedlich sein [3]: Es können schwerwiegende akute Komplikationen (die auch zum Tod führen können), chronisch-somatische Komplikationen und psychische/psychosomatische Folgen auftreten. Nicht notwendigerweise sind alle Frauen gleich schwer betroffen, es kommt auf die Form der Beschneidung an [21], die Folgen können jedoch schwerwiegend sein.

In vielen Fällen wird FGM/C unter unhygienischen Bedingungen mit Scheren, Rasierklingen oder Glasscherben als Instrumente durchgeführt [1], was eine erhöhte Infektionsgefahr in sich birgt. Unmittelbar können u.a. starke Blutungen und eine akute Belastungsreaktion auftreten. Die langfristigen Folgen von FGM/C können je nach Form der Beschneidung u.a. Menstruationsprobleme, Inkontinenz, Geburtskomplikationen, psychosomatische oder posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen, und sexuelle Störungen sein [detailliertere Informationen zu gesundheitlichen Folgen von FGM finden sie z.B. hier: 2, 3].

FGM/C kann die Sexualität und die Partnerschaft sehr stark beeinträchtigen, weil die Praktik selbst ein traumatisches Erlebnis ist und weil der Geschlechtsverkehr infolgedessen schmerzhaft oder unter Umständen unmöglich sein kann. Da Sexualität in vielen relevanten lokalen Kontexten tabuisiert wird, haben Frauen häufig keine Möglichkeit, über ihre Probleme und Gefühle zu sprechen. Viele Männer leiden mit

ihrer Partnerin mit, wenn Probleme auftreten. Sexualität wird jedoch sehr unterschiedlich erlebt und muss auch von beschnittenen Frauen nicht notwendigerweise ausschließlich negativ erlebt werden [22, 23].

Untersuchungen haben gezeigt, dass verschiedene Formen der Beschneidung jeweils spezifische Probleme zur Folge haben, da der Körper auf unterschiedliche Art und Weise verändert wird [24]. Vor allem bei Typ I und II von FGM/C ist die Möglichkeit einer sogenannten Klitoriswiederherstellung (Rekonstruktion des äußeren Teils der Klitoris) gegeben [25, 26] – ein Verfahren, das mit begleitender Psychotherapie (ev. Traumabehandlung) verbunden sein sollte, da es zur neuerlichen Traumatisierung der beschnittenen Frauen kommen kann [27].

Laut WHO [2] sind Geburtskomplikationen vor allem bei FGM/C Typ III (Infibulation) häufig, da die Vaginalöffnung durch das Zunähen und die Narbenbildung stark verkleinert wird und die Dehnbarkeit des Gewebes verringert ist. Bei Typ I, II, oder IV ist das Risiko geringer; es kann jedoch auch bei diesen Formen zu einer Narbenbildung und einer Verengung des Vaginaleingangs kommen. Dies kann zu einer verlängerten und ungleichmäßigen Wehentätigkeit führen. Eine verengte Vaginalöffnung kann eine Untersuchung und vaginale Medikamentengabe erschweren oder unmöglich machen. Das Monitoring des Geburtsfortschrittes und der Kindslage ist erschwert. Es kann (in seltenen Fällen) zu höhergradigen Geburtsverletzungen und infolgedessen zu einer späteren Fistelbildung und Inkontinenz oder zu einer Uterusruptur mit (tödlichen) Folgen für das Kind und die Mutter kommen. Bei Fehlgeburten ist eine Retention des Fötus im Uterus oder Geburtskanal möglich. Es besteht auch ein Risiko, dass es durch einen verlängerten Geburtsverlauf und Sauerstoffmangel zu einer kindlichen Schädigung kommt. Bei guter medizinischer Betreuung führt FGM/C nicht notwendigerweise zu einem ungünstigen Geburtsverlauf oder Schädigungen des Kindes [28]. Untersuchungen haben jedoch gezeigt, dass Frauen mit FGM/C ein signifikant höheres Risiko für einen ungünstigen Geburtsverlauf haben und, dass dieses Risiko davon abhängt, in welchem Ausmaß FGM/C vorliegt und wie die medizinische Betreuung verläuft [29, 30].

1.5 Medikalisierung von FGM/C

Die sogenannte Medikalisierung von FGM/C stellt eine gefährliche Entwicklung dar [31]. Dabei wird FGM/C im Gesundheitsbereich mit sterilen Instrumenten und unter Betäubung durchgeführt; 18% aller Frauen und Mädchen, die Opfer von FGM/C wurden, sind von Gesundheitspersonal aus dem öffentlichen und privaten Gesundheitssektor beschnitten worden [32]. Obwohl so eine medikalisierte Form von FGM/C die mit den traditionellen Praktiken verbundenen Gesundheitsrisiken mindern soll, kann die Medikalisierung von FGM/C diese ungewollt legitimieren und aufrechterhalten [33]. Die Medikalisierung wurde als Problem erkannt und wird international bekämpft, wobei das Problem von Land zu Land unterschiedlich ist [32]. Die WHO propagiert international, dass Gesundheitsarbeiter:innen davon absehen, FGM/C durchzuführen [2, 34, 35].

1.6 Warum wird FGM/C praktiziert?

In den Gesellschaften und Ländern, in denen FGM/C praktiziert wird, kommt die Praktik in allen sozialen Schichten vor. FGM/C ist eine soziale Norm und wird mit Kultur, Ästhetik, Gesundheit, Religion, Kontrolle der Sexualität und Enthaltbarkeit assoziiert. Die spezifischen Erklärungen für FGM/C unterscheiden sich in den verschiedenen Regionen, wo es praktiziert wird. Bei manchen praktizierenden Gruppen wird die FGM/C als Initiation in das Frausein verstanden; es wird davon ausgegangen, dass FGM/C soziales Ansehen und Prestige garantiert, weil dadurch spirituelle Reinheit und/oder eine Kontrolle bzw. Reduktion weiblicher Sexualität erreicht wird [36].

Das Alter bei FGM/C variiert je nach praktizierender Gruppe vom Kindesalter bis zum jungen Erwachsenenalter. Frauen wurden oder werden als Kind, in der Pubertät, unmittelbar vor der Hochzeit oder kurz vor oder während der Geburt des ersten Kindes beschnitten [37]. In manchen Ethnien wird FGM/C sehr früh und sogar bereits an Säuglingen durchgeführt. Es kann eine Folge eines Verbots von FGM/C sein,

dass FGM/C in einem jüngeren Alter durchgeführt wird, weil sie angeblich leichter verheimlicht werden kann, da Babys sowieso schreien und ein Schreien während der Beschneidung nicht auffallen würde [36, 38].

Es gibt vielerlei Begründungen, die Tradition, Hygiene, Ästhetik, oder Religion betreffen. Die Praktik wird z.B. damit gerechtfertigt, dass damit Traditionen respektiert werden. Es soll die soziale Zugehörigkeit gesichert werden, da vielfach geglaubt wird, dass eine nicht beschnittene Frau unrein und deshalb nicht heiratsfähig sei. Heiraten ist für Frauen aus den betroffenen Gebieten vielfach ein überlebenswichtiges Muss und unverheiratete Frauen gelten als gesellschaftliche Außenseiterinnen und werden als wertlos und promiskuitiv angesehen. Teilweise spielt/e FGM/C im Rahmen von Initiationsritualen eine wichtige Rolle. FGM/C wird somit als wichtiger Bestandteil von weiblicher Identität und ethnischer Gruppenzugehörigkeit angesehen. Sauberkeit und rituelle Reinheit werden ebenfalls als Gründe genannt. Um nur einige wenige Beispiele zu nennen: im Südwesten von Burkina Faso (Westafrika) wird etwa argumentiert, dass sich eine nicht beschnittene Frau nicht den sozialen Erwartungen konform verhält, weil sie sich (sexuell) nicht kontrollieren kann. Schlechtes Verhalten führt dazu, dass sie spirituell unrein wird. Dies kann auch den Sexualpartner spirituell unrein machen und ihn somit daran hindern, ein gottesfürchtiges Leben zu führen (etwa bei Muslimen zu beten). Rein sein bedeutet hier auch heiratsfähig zu sein, weil gewünschtes Verhalten mit der FGM/C garantiert wird. Ein Argument für FGM/C ist, dass damit Jungfräulichkeit gewahrt und eheliche Treue garantiert wird. Das Geschlechtsorgan einer nicht beschnittenen Frau wird von manchen auch als hässlich und schmutzig wahrgenommen [36, 39, 40]. Im Sudan sollte durch die FGM/C in der Vergangenheit u.a. sichergestellt werden, dass eine Frau fruchtbar ist [41]; eine Vorstellung, die sich im Lauf der Zeit stark verändert hat [42]. Bei den Mossi in Burkina Faso (die größte Bevölkerungsgruppe des Landes) gibt es Vorstellungen, dass die Berührung der Klitoris für den Mann beim Geschlechtsverkehr und für das Kind während der Geburt tödlich ist [43-45]. Andere Bevölkerungsgruppen nahmen an, dass die Klitoris weiter wachsen und zu einem männlichen Geschlechtsorgan werden könnte, wenn sie nicht beschnitten wird; es wurde als notwendig angesehen, das Geschlecht eindeutig zu machen [46, 47]. Es gibt in allen Bevölkerungsgruppen, in denen FGM/C durchgeführt wird, zahlreiche ähnliche oder vollkommen andere Vorstellungen und Begründungen.

In mehreren Ländern wird FGM/C als religiöse Pflicht aller Personen muslimischen oder christlichen Glaubens verstanden. FGM/C wird jedoch von keiner der Weltreligionen vorgeschrieben. In den betroffenen Gebieten sind jeweils Muslim:innen, Katholik:innen, Protestant:innen, orthodoxe Kopt:innen, und Anhänger:innen von traditionellen lokalen Religionen davon betroffen. Vielfach sprechen sich Religionsvertreter:innen der großen Religionen in diesen Ländern öffentlich gegen FGM/C aus und deklarieren es als Verletzung der Würde der betroffenen Mädchen und Frauen – denn FGM/C spielt eine religiöse Rolle, wenn praktizierende Gruppen glauben, dass es von der Religion vorgeschrieben wird (s.o. Reinheitsvorstellungen) [48].

Viele der bereits betroffenen Frauen und deren Familien setzen die Praktik auch in der Diaspora fort, weil sie davon ausgehen, dass FGM/C gesellschaftliche und reproduktive Vorteile bringt und damit etwas Positives für die Mädchen getan wird. Jeweilige gesellschaftliche Sichtweisen auf die weibliche Sexualität und Identität sowie Machtverhältnisse zwischen den Geschlechtern und Generationen tragen ebenfalls zur Beibehaltung der Praktik bei [49].

1.7 Kurative medizinische Eingriffe bei FGM/C

Die Prävention von FGM/C steht immer im Vordergrund, jedoch bieten chirurgische Eingriffe denjenigen Erleichterung, die unter negativen Auswirkungen von FGM/C leiden. Es gibt hierbei verschiedene chirurgische Ansätze, die angewendet werden können. Eine wichtige Quelle ist auch das Leitlinienprogramm „Rekonstruktive und ästhetische Operationen des weiblichen Genitales“ der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG) sowie der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG) [50]: Jede Form von FGM/C stellt laut diesen Leitlinien grundsätzlich eine Berechtigung zur operativ-

rekonstruktiven Therapie dar. Aufgrund der Komplexität und Unterschiedlichkeit der anatomischen Veränderungen können vielfach jedoch nicht alleine standardisierte Techniken angewendet werden, sondern müssen die Verfahren bestmöglich an die Situation der Patientin angepasst werden, um das bestmögliche Ergebnis für sie zu erreichen [50]. Eine umfassende Aufklärung ist mit einer Vermittlung von Grundkenntnissen zur weiblichen Anatomie zu verbinden, da somit auch Erwartungen und Wünsche besprochen werden können [50]. De Schrijver et al. [51] betonen die Bedeutung eines multidisziplinären Ansatzes bei der Rekonstruktion der Klitoris nach FGM/C und unterstreichen die entscheidende Rolle der Beratung bei der Bewältigung der psychosozialen Aspekte der chirurgischen Eingriffe. Eine umfassende Betreuung unter Einbeziehung von Gynäkolog:innen, plastischen Chirurg:innen und psychologischen Fachkräften gewährleistet eine ganzheitliche Unterstützung für Frauen, die sich jeglicher FGM/C-bezogenen Operation unterziehen. Abdulcadir et al. [52] und Sharif Mohamed et al. [53] trugen zum ethischen Diskurs bei, indem sie die ethischen Implikationen und Debatten im Zusammenhang mit Operationen zur Klitorisrekonstruktion untersuchten.

1.7.1 Klitorisrekonstruktion nach FGM/C Typ I, II, und III

Pierre Foldès beschrieb Anfang der 2000er Jahre eine Technik der plastischen Chirurgie zur Wiederherstellung der Klitoris nach FGM/C, bei der der verbliebene Klitorisschaft nach außen gezogen wird und die Labien wieder aufgebaut werden [54]. Die Wirksamkeit bei der Wiederherstellung des sexuellen Empfindens und der Funktion bei betroffenen Frauen durch diesen Eingriff wurde anhand einer Studie unter 450 Patientinnen untersucht: Geringfügige Frühkomplikationen traten bei 58 Patientinnen auf (Hämatome, Unterbrechung der Naht, Schmerzen). Vier Patientinnen berichteten über anhaltende Schmerzen nach vier Monaten. In 87 % der Fälle konnte ein sichtbares Klitorismassiv wiederhergestellt werden, und bei 75 % der Patientinnen wurde eine echte Verbesserung der Klitorisfunktion erzielt [55]. Auch andere Autoren unterstreichen das Potenzial zur Verbesserung des sexuellen Wohlbefindens durch die Klitoriswiederherstellung [56, 57]. Es wird jedoch stark kritisiert, dass die verwendeten Skalen zur Bewertung von Schmerz und Lust der Klitoris von Foldès nicht validiert wurden [52]. Um den Eingriff bewerten zu können, muss die Rolle von Anatomie, Körper selbstbild und Identität sowie die präoperativen Erwartungen der Patientinnen und den Grad der postoperativen Zufriedenheit in Bezug auf das Körperbild und die sexuelle Funktion untersucht werden [52]. Es wird betont, dass eine qualitativ hochwertige Behandlung von Komplikationen im Zusammenhang mit FGM/C einen multidisziplinären Teamansatz durch gut ausgebildete und respektvoll vorgehende medizinische Fachkräfte, einschließlich Psychologen, Sexologen, Urologen, Geburtshelfer, Gynäkologen und Kinderärzte braucht und eine Klitoriswiederherstellung Sexualtherapie vor und nach dem Eingriff umfassen sollte [51, 52, 58, 59]. Fallbeispiele zeigen positive Ergebnisse bei der Schmerzreduzierung und der Verbesserung der sexuellen Funktion, des eigenen Körperbildes und des Geschlechts nach Klitorisrekonstruktion in Kombination mit psychosexueller Therapie [59]. Auch Narbenkorrekturen und die Freilegung der Klitorisspitze (Glans clitoridis) unter Narbengewebe sind medizinisch indiziert, um die Reizaufnahme zu verbessern oder Zysten oder Infektionen zu verhindern [50].

1.7.2 Vulvarekonstruktion nach FGM/C Typ II und III

Die Möglichkeit einer anatomischen Rekonstruktion der großen und kleinen Vulvalippen stellt für viele Frauen eine wichtige Möglichkeit zur Verbesserung ihrer Lebensqualität dar. Bei FGM/C Typ II und III kommt es zu einem großen Gewebeverlust und die Rekonstruktion soll den anatomischen Verlust ausgleichen. Wenn sehr viel Gewebe entfernt wurde, wird – nach einer Defibulation – bei einer solchen Operation auch Gewebe aufgebaut. Dies erfordert komplexe operative Verfahren [60-62]. Es wird der Versuch gemacht, die Form und Funktion der Vulva und des Scheideneinganges wiederherzustellen [63].

1.7.3 Defibulation nach FGM/C Typ III

Defibulation bezeichnet die Öffnung der Narbenplatte vor der Geburt oder zur Vermeidung oder Behandlung von urologischen Komplikationen und ist technisch nicht aufwendig. Bei Frauen mit FGM/C Typ III (Infibulation) wird ein chirurgisches „Eröffnen“ (Defibulation) der Vaginalöffnung antepartum oder intrapartum empfohlen, um die Geburt zu erleichtern [64-67]. Die Defibulation bei FGM/C Typ III, aber auch ungünstigen Formen der Vernarbung bei anderen FGM/C Typen [68], ist aus folgenden Gründen medizinisch indiziert: Wunsch der Patientin; wenn Schwierigkeiten beim Wasserlassen bestehen; erschwerter Geschlechtsverkehr; Keloidbildung des Narbengewebes; schwere Dysmenorrhoe; rezidivierende Infektionen; Einschlusszysten; Geburt (durch Defibulation, einem kontrollierten Dammriss oder einer Episiotomie während der Geburt soll eine normale Geburt ermöglicht werden).

Für betroffene Frauen stellt die Entscheidung zu einer Defibulation häufig auch ein Dilemma dar [69], da sie zwar eine verbesserte Genitalfunktion haben, was vaginalen Verkehr oder Leichtigkeit beim Urinieren und Menstruieren betrifft, jedoch auch das neue Selbstbild und neue Gefühle integriert werden müssen [70]. Sie haben das Gefühl, kulturell zwischen zwei Welten zu stehen [70]. Studien in Norwegen haben gezeigt, dass, auch wenn Frauen eine negative Einstellung zur Infibulation (FGM/C Typ III) haben, die kulturelle Bedeutung derselben in Bezug auf Potenz und sexuelle Lust ein Hindernis für die Akzeptanz der medizinisch unterstützten Defibulation darstellt. Es empfiehlt sich also, solche sexuellen Bedenken anzusprechen, wenn mit betroffenen Frauen eine Defibulation diskutiert wird [71]. Außerdem hat eine Infibulation wichtige soziale Bedeutungen, die mit Jungfräulichkeit und Tugendhaftigkeit verbunden sind, was ein erhebliches Hindernis für die Einführung der vorehelichen Defibulation darstellt [72].

Es wird also generell empfohlen, Frauen oder Mädchen, für die eine Defibulation in Frage kommt, ausführlich und einfühlsam über die Gründe und Folgen der Defibulation aufzuklären und die Behandlung unter Lokalanästhesie oder Vollnarkose durchzuführen. Beim Geburtsmanagement ist es wichtig, sich Zeit zu nehmen und behutsam zu fragen. Die Partner-/Angehörigen müssen einbezogen werden. Es müssen Geburtsvorbereitungen getroffen werden: Bei schwangeren, beschnittenen Frauen (Typ III) kann die Defibulation bereits während der Schwangerschaft medizinisch indiziert sein. Diese Vorbereitung muss behutsam und verständlich kommuniziert werden und Risiken bei einem chirurgischen „Eröffnen“ vor der Geburt besprochen werden. Die Frauen fürchten sich, dass ein Kaiserschnitt etwas Schlechtes bedeutet und nehmen oftmals an, dass österreichische Ärzt:innen Kaiserschnitt-Geburten bevorzugen [73]. Die Defibulation wird auch in den Herkunftsländern (z.B. Sudan, Somalia) vor der Geburt gemacht, jedoch wird die Vaginalöffnung nach der Geburt aus traditionellen Gründen wieder durch Zunähen verkleinert (Refibulation). Dies ist in Österreich verboten, stellt eine Körperverletzung dar, und muss von Arzt oder Ärztin abgelehnt werden. Für die Frauen ist es wichtig zu erfahren, wie die Wunderversorgung nach der Entbindung aussieht und wie mit den geöffneten FGM/C-Narben sowie einem Dammriss oder Dammschnitt umgegangen wird, da aus kulturellen Gründen von ihnen erwartet werden könnte, wieder zugenäht zu werden. Arzt oder Ärztin sind verpflichtet, die bestehenden Wunden so zu versorgen, dass keine gesundheitliche Beeinträchtigung stattfindet. Expert:innen haben beispielsweise für Ärzt:innen entsprechendes Lernmaterial und ein Lehrvideo auf YouTube erstellt [9, 74]. Auch die WHO gibt hinsichtlich der Defibulation Empfehlungen ab [2, 34].

1.7.4 Psychische Gesundheit in Bezug auf kurative medizinische Eingriffe

Es besteht bei allen beschriebenen operativen Eingriffen am Genitale die Möglichkeit, dass die Patientinnen an eine frühere traumatische Erfahrung der FGM/C (oder eine Vergewaltigung, Anmerkung der Autorinnen) erinnert werden [75]. Es muss jedoch im Fall einer Unterstützung immer auf die psychische Gesundheit der betroffenen Frauen Rücksicht genommen werden und im Fall des Falles – im Sinne einer ganzheitlichen, kultursensibler und traumasensibler Betreuung – psychische (und soziale) Aspekte miteinbezogen werden.

Leider kommt es immer wieder zu rassistische begründeten oder islamophoben Diskriminierungserfahrungen – auch, aber nicht nur, von Frauen mit FGM/C – im Gesundheitsbereich in Österreich [76] und solche Erfahrungen haben massive negative Auswirkungen auf die Gesundheit einer betroffenen Person [77-79].

1.8 FGM/C und gesundheitliche Versorgung in Ländern mit hohem Einkommen

Das Thema FGM/C und deren Auswirkungen auf die Frauengesundheit und Schwangerschaftsbetreuung in Ländern mit hohem Einkommen wurde international bereits vielfach wissenschaftlich erforscht. Etliche Artikel behandeln verschiedene Aspekte von FGM/C, darunter die Prävalenz, die Auswirkungen auf die Gesundheit, das Wissen und die Einstellung von Fachkräften im Gesundheitswesen, die Erfahrungen von Frauen, die von FGM/C betroffen sind, sowie Interventionen zur Lösung des Problems [80-91]. Im Vereinigten Königreich wurde 2019 ein großangelegter systematischer Review von vorhandenen qualitativen Daten zu den Erfahrungen, Bedürfnissen, Hindernissen und Erleichterungen bei der Inanspruchnahme und Bereitstellung von Gesundheitsversorgung im Zusammenhang mit FGM/C aus der Perspektive von Frauen und Mädchen, die FGM/C erlebt haben, und der Perspektive von Gesundheitsfachkräften durchgeführt: Es wird deutlich, dass die Pflege und Kommunikation im Zusammenhang mit FGM/C sowohl betroffene Frauen als auch Gesundheitspersonal vor erhebliche Herausforderungen stellen kann [88].

Zu den Herausforderungen, mit denen Frauen, die von FGM/C betroffen sind, während der Schwangerschaft, der Geburt und der postpartalen Versorgung in westlichen Ländern konfrontiert sind, gehören u.a. geburtshilfliche Komplikationen, Angst vor medizinischen Eingriffen, Kommunikationsbarrieren und geringe kulturelle Sensibilität in der Pflege [80, 86-88, 91-98].

Mehrere Studien zum Wissen und zur Ausbildung von Gesundheitsfachkräften zu FGM/C zeigen vielfältige Lücken im Wissen und in der Ausbildung auf. Gesundheitsfachkräfte wissen oft nicht genug über FGM/C, einschließlich des kulturellen Kontextes, der gesundheitlichen Auswirkungen und des angemessenen klinischen Managements [91, 96, 97, 99-106].

Effektive Kommunikation und kultursensible Pflege erweisen sich als kritische Faktoren bei der Verbesserung der Betreuung von Frauen, die von FGM/C betroffen sind. Gesundheitsfachkräfte müssen kulturell kompetente Ansätze verfolgen, die Autonomie der Frauen respektieren und eine informierte Entscheidungsfindung während der gesamten Schwangerschaftsbetreuung sicherstellen [67, 84, 107-113].

Es besteht international ein Bedarf an verbesserter Ausbildung, Schulung und Unterstützungsmechanismen für Fachkräfte im Gesundheitswesen, die an der Betreuung von Frauen beteiligt sind, die von FGM/C betroffen sind. Das Decken dieses Bedarfs kann die Bereitstellung von ganzheitlicher und respektvoller Betreuung erleichtern [88, 99, 104, 105, 114, 115]. Aus der Literatur ergibt sich eine große Bedeutung gesundheitspolitischer Maßnahmen, die darauf abzielen, eine kulturell kompetente Betreuung von FGM/C Betroffenen zu fördern, Aufklärung über FGM/C in die Lehrpläne des Gesundheitswesens zu integrieren und spezialisierte Kliniken oder Unterstützungsdienste für betroffene Frauen einzurichten [103, 116-122].

Es gibt vielfältige Herausforderungen, mit denen von FGM/C betroffene Frauen beim Zugang zu einer hochwertigen gesundheitlichen Versorgung konfrontiert sind. Die Bewältigung dieser Herausforderungen erfordert einen umfassenden Ansatz, der Schulungen zur kulturellen Sensibilisierung, gezielte und längerfristige politische Strategien und gemeinsame Anstrengungen von Gesundheitspersonal, politischen Entscheidungsträgern:innen und betroffenen Communitys umfasst. Durch die Förderung eines unterstützenden und kultursensiblen Gesundheitsumfelds ist es möglich, die Erfahrungen von Frauen, die von FGM/C betroffen sind, zu verbessern und letztlich die Gleichberechtigung und Rechte aller Frauen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit zu fördern.

Als mögliche Herangehensweise zur Verbesserung der Situation wird von Autor:innen des o.g. systematischen Reviews sprachliche Unterstützung, Kontinuität von Programmen, klare Versorgungspfade (auch für psychisch kranke und nicht schwangere betroffene Frauen), spezialisierte Angebote und die Einbeziehung der betroffenen Communitys vorgeschlagen [88]. Außerdem wird empfohlen, Personal zu dem Thema zu schulen und auch routinemäßig in jeder Art von Gesundheitseinrichtung mit Patientinnen über FGM/C zu sprechen. So könnte man gewährleisten, dass eine rechtzeitige Aufnahme und Behandlung im Zusammenhang mit FGM/C erfolgen kann [88].

1.9 Situation in Österreich

1.9.1 Betroffene in Österreich

Die Einschätzung von Zahlen zu FGM/C in Europa hat in den vergangenen 10 Jahren vor allem durch das Europäische Institut für Gleichstellungsfragen (EIGE) im Auftrag der Europäischen Kommission viel Aufmerksamkeit bekommen [76, 123, 124]. Auch in Österreich lebt eine Vielzahl von Frauen und Mädchen aus Ländern, in denen FGM/C traditionellerweise praktiziert wird. An ihnen wurde mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit entweder bereits eine FGM/C durchgeführt oder sie sind in Gefahr einer solchen Körperverletzung ausgesetzt zu werden.

In einer Fragebogenstudie der Afrikanischen Frauenorganisation (Bright Future) im Jahr 2000 wurden 130 weibliche und 120 männliche Migrant:innen aus Burkina Faso, Somalia, dem Sudan, Äthiopien, Ägypten, Kenia, Nigeria, Mali, dem Senegal, Ghana und Sierra Leone zu FGM/C-Methoden unter den Migrant:innen in Österreich befragt [125]. Laut dem Wiener Frauengesundheitsbericht von 2006, waren etwa 8.000 Frauen und Mädchen in Österreich von FGM/C betroffen und ca. 100 Frauen jährlich bedroht [126].

Im Jahr 2020/21 wurde durch die Medizinische Universität Wien in Zusammenarbeit mit dem Frauengesundheitszentrum FEM Süd (Wien) im Auftrag des EIGE in Österreich eine Studie darüber durchgeführt, wie viele Mädchen in Österreich von FGM/C bedroht sind [76]. Auf Basis vorhandener Daten wurde geschätzt, dass in Österreich zwischen 12 und 18 % der Mädchen, die aus Ländern stammen, in denen FGM/C praktiziert wird, von FGM/C bedroht sind. Dies entspricht einer Zahl von 735 bis 1083 Mädchen im Alter von 0-18 Jahren. In Österreich stammen die meisten von FGM/C bedrohten Mädchen aus Ägypten und Somalia. Kleinere Gruppen stammen aus Äthiopien, Guinea, dem Irak, Nigeria und dem Sudan [76]. Die in der Studie durchgeführten Fokusgruppendifkussionen unter Ägypterinnen und Ägyptern sowie Sudanesischen, ergaben, dass FGM/C zwar an Bedeutung verliert, aber nach wie vor eine wichtige Rolle bei der Kontrolle der Keuschheit von jungen Frauen und der Sicherstellung ihrer Jungfräulichkeit für die Ehe spielt. Gerade männliche Teilnehmer äußerten sich konservativer zu FGM/C und betonten die Wichtigkeit der eigenen traditionellen Werte. Frauen berichteten von Diskriminierung im Gesundheitsbereich; auch artikulierten die Teilnehmer:innen, dass sie von Islamophobie betroffen seien [76].

1.9.2 Rechtslage und Asylwesen in Österreich

In 2014 trat das Übereinkommen des Europarats zur Prävention und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt (Istanbul-Konvention) in Kraft. FGM/C ist darin als eine Form von Gewalt gegen Frauen enthalten. Die Istanbul-Konvention ist ein rechtsverbindliches Instrument für die Mitgliedstaaten, die sie ratifiziert haben, und dient der Bekämpfung aller Formen von Gewalt gegen Frauen, einschließlich FGM/C. Nach Artikel 38 der Istanbul-Konvention sind die Vertragsparteien verpflichtet, gesetzliche Maßnahmen zu ergreifen, um Genitalverstümmelung unter Strafe zu stellen.

In Österreich ist FGM/C verboten und gilt als Körperverletzung mit schweren Dauerfolgen (§85 StGB). Das Gewaltschutzgesetz 2019 erklärt FGM/C explizit als Körperverletzung mit schweren Dauerfolgen und definiert diese als „Verstümmelung oder sonstige Verletzungen an den Genitalien, die geeignet ist,

eine nachhaltige Beeinträchtigung des sexuellen Empfindens herbeizuführen“ (§85 StGB). Es droht eine Freiheitsstrafe von bis zu 10 Jahren. Straftäter machen sich sowohl Personen, die FGM/C durchführen (Ärzt:innen, Beschneider:innen), als auch Eltern, die eine FGM/C für ihre Töchter veranlassen und andere Personen, die zu einer FGM/C anstiften oder in irgendeiner Form daran beteiligt sind [127]. Eltern sind laut § 137 ABGB verpflichtet, ihre Kinder vor Gewalt zu schützen und machen sich strafbar, wenn sie FGM/C an ihrer Tochter veranlassen, der Durchführung zustimmen oder diese nicht verhindern. Außerdem gelten in Bezug auf FGM/C besondere Verjährungsfristen: Wenn die Person bei der Durchführung von FGM/C unter 18 Jahren war, beginnt die Verjährungsfrist von mindestens 5 Jahren erst ab dem vollendeten 28. Lebensjahr zu laufen (§ 58 Abs 3 Z 3 StGB). Auch eine Zustimmung zu FGM/C ändert nichts an der Strafbarkeit der Durchführung von FGM/C (§90 Abs 3 StGB). Eine Frau, die FGM/C zustimmt, macht sich selbst nicht strafbar. Betroffene Mädchen und Frauen haben in Österreich Anspruch auf psychosoziale und juristische Prozessbegleitung (§ 58 Abs. 3 Z 3 StGB). Eine Durchführung von FGM/C im Ausland ist in Österreich ebenfalls strafbar, unabhängig von der Strafbarkeit von FGM/C im Herkunftsland des:der Täter:in. Dies ist der Fall, wenn entweder die Betroffene oder der:die Täter:in die österreichische Staatsbürgerschaft besitzen oder eine der beiden Personen ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Österreich hat (§ 64 Abs. 1 Z 4a StGB) [127].

Bestimmte Berufsgruppen, insbesondere Gesundheitspersonal, unterliegen bei begründetem Verdacht auf FGM/C in bestimmten Fällen einer Anzeigepflicht. Bei Minderjährigen trifft außerdem eine Meldepflicht an den zuständigen Kinder- und Jugendhilfeträger zu (§ 37 B-KJHG 2013). Allerdings gibt es einige Ausnahmen von der Anzeigepflicht [127]: Aufgrund des Vertrauensverhältnisses als Grundlage für die Arbeit mit FGM/C, besonders im Gesundheitsbereich, kann in bestimmten Fällen von einer Anzeige abgesehen werden, um das bestehende Vertrauen nicht zu zerstören, solange keine unmittelbare Gefährdung besteht. Ebenso können erwachsene Betroffene einer Anzeige widersprechen. Während Minderjährige einer Anzeige nicht widersprechen können, kann von einer Anzeige abgesehen werden, wenn sich diese gegen Angehörige richten würde und es dem Wohl des Kindes dient [127]. Dann muss jedenfalls eine Mitteilung an die Kinder- und Jugendhilfe erfolgen. Die Mitteilungspflicht dient vor allem dazu, eine Gefährdung zu verhindern, wenn, zum Beispiel, akute Gefahr der Durchführung von FGM/C besteht [127].

Die ärztliche Anzeigepflicht bezüglich FGM/C wird im Wiener Gesundheitsverbund in der Praxis anhand einer Standing Operating Procedure (SOP) folgendermaßen umgesetzt: Da Betroffene, die in ihrer „Kindheit genitalverstümmelt wurden, sich primär wegen gynäkologischer und urologischer Probleme oder bei einer bevorstehenden Geburt an das Krankenhaus“ wenden, „besteht keine unmittelbare Gefahr mehr für die Patientin“. Es wird davon abgesehen, gegen den Willen der betroffenen erwachsenen Frau eine Anzeige zu erstatten, da dies dann zu einem Vertrauensverlust führen kann und eventuell aus Angst keine weitere Gesundheitsversorgung mehr in Anspruch genommen wird. Dies könnte sehr schwere gesundheitliche Folgen für die betroffene Frau haben [128].

Die Anzeige- und Meldepflicht im Zusammenhang mit FGM/C müssen immer im Einzelfall geprüft werden und bedürfen einer hohen Sensibilität. Daher wird über die FGM/C Koordinationsstelle auch rechtliche Beratung für relevante Berufsgruppen angeboten.

Das österreichische Asylgesetz (2005) erwähnt FGM/C oder geschlechtsspezifische Verfolgung nicht explizit. Allerdings kann FGM/C bei der Entscheidung über Asylanträge in Österreich als Form geschlechtsspezifischer Gewalt generell berücksichtigt werden. In einigen Fällen wurde FGM/C als Grund für die Gewährung von Asyl oder zumindest für ein Aufenthaltsrecht anerkannt [127]. Informationen über Asylverfahren ab der zweiten Instanz sind generell (auch inhaltlich) online im Rechtsinformationssystem³ abrufbar. FGM/C-bezogene Asylverfahren, die in erster Instanz bewilligt wurden, sind hier jedoch nicht inhaltlich öffentlich gemacht. In mehr als 500 Fällen, die vor dem Asylgerichtshof verhandelt wurden, wurde FGM/C (eigene oder der Tochter) zumindest explizit erwähnt und als Asylgrund vorgebracht. In

³ Siehe <https://www.ris.bka.gv.at>

einigen dieser Fälle war FGM/C ein Grund für die Gewährung von Asyl oder eines Bleiberechts. Besonders wichtig ist in diesem Zusammenhang eine entsprechende Sensibilisierung des Personals (Rechtsberatung, Dolmetscherinnen etc.) im Asylverfahren. Nur so kann gewährleistet werden, dass die betroffenen Frauen auch in der Lage sind, alle rechtlich relevanten Angaben zu machen. Bei der Einvernahme zu den Fluchtgründen müssen Asylwerber:innen, die Eingriffe in ihre sexuelle Selbstbestimmung erlebt haben, von einer Person desselben Geschlechts einvernommen werden, wenn sie dies nicht ausdrücklich anders wünschen (§ 20 AsylG 2005).

Die Istanbul Konvention sieht auch Überwachungsmechanismen vor, um die wirksame Umsetzung ihrer Bestimmungen zu erleichtern. Ein Komitee von internationalen Expertinnen und Experten, kurz GREVIO (Group of Experts on action against violence against women and domestic violence) genannt, überprüft die Einhaltung der Verpflichtungen durch die Vertragsstaaten und spricht Schlussfolgerungen aus. Für Österreich wurde bereits ein Evaluierungsbericht verfasst [129] und Empfehlungen ausgesprochen, unter anderem zur weiteren Bereitstellung von zugänglichen und flächendeckenden Unterstützungsleistungen für von FGM/C betroffenen Frauen und Mädchen [130]. Außerdem bekräftigt die Istanbul-Konvention die Forderung nach mehr Geschlechtersensibilität in Asylverfahren und verpflichtet die Vertragsstaaten, „die erforderlichen gesetzgeberischen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um sicherzustellen, dass geschlechtsspezifische Gewalt gegen Frauen als eine Form der Verfolgung“ (Artikel 60) im Sinne der Genfer Konvention und als gültiger Grund für einen Asylantrag anerkannt werden kann. Die Konvention sieht auch vor, dass Frauen, die nicht die Voraussetzungen für die Anerkennung als Flüchtling erfüllen, aber bei einer Rückkehr in ihr früheres Wohnsitzland geschlechtsspezifischer Gewalt ausgesetzt wären, subsidiärer Schutz gewährt werden kann [131].

Österreich hat derzeit keinen, wie von GREVIO [130] empfohlenen nationalen Aktionsplan, der sich explizit auf FGM/C bezieht, setzt aber im Kampf gegen FGM/C auf Bildungsinitiativen und Dienstleistungen für betroffene Communitys. Vor der Entstehung der österreichweiten FGM/C Koordinationsstelle im Jahr 2021 war vor allem mangelnde Koordinierung zwischen den verschiedenen Akteur:innen auf nationaler Ebene ein zentraler Kritikpunkt des EIGE, da ein solcher Mangel die Wahrscheinlichkeit von nachhaltigen Effekten im Kampf gegen FGM/C reduzieren kann [76]. Das EIGE empfahl 2021, dass in Österreich eine interministerielle Arbeitsgruppe gebildet werden sollte, die sich aus relevanten Bundesministerien, größeren NGOs sowie Community Organisationen, die idealerweise von betroffenen Frauen/Community selbst geleitet werden, zusammensetzt. Die Ergebnisse einer solchen Arbeitsgruppe sollten dann in einen nationalen Aktionsplan einfließen, der von einem einzigen Ministerium koordiniert wird, mit personellen und finanziellen Ressourcen ausgestattet ist und von einer unabhängigen Stelle überwacht wird. EIGE argumentierte damit, dass eine solche Abstimmung der Bemühungen auf nationaler Ebene dazu führen könnte, dass NGOs (und Community Organisationen) langfristige Finanzierungsquellen für ihre Initiativen gegen FGM/C erhalten [76].

1.9.3 Hilfsangebote zu FGM/C in Österreich

In Österreich gibt es verschiedene Anlaufstellen, die sich gezielt mit dem Thema FGM/C beschäftigen bzw. FGM/C als Schwerpunkt haben. In Wien haben die Beratungsstellen Orient Express⁴ und die FGM/C Beratungsstelle Bright Future der Afrikanischen Frauenorganisation⁵ sowie die Waris Dirie Desert Flower Foundation⁶ ab Ende der 90er-Jahre öffentliche Aufmerksamkeit auf das Thema FGM/C gelenkt und Beratung für Frauen angeboten. Ab 2007 hat die FGM/C Beratungsstelle im Frauengesundheitszentrum FEM Süd als erste Anlaufstelle den strukturellen Aufbau für die Beratung von FGM/C-Betroffenen und Community Arbeit in Kombination mit gesundheitlicher Versorgung vorangetrieben. Die Beratungsstelle im FEM Süd hat in Zusammenarbeit mit Frauengesundheitszentren in Linz und Salzburg 2018-19 das

⁴ Die Organisation Orient Express arbeitet derzeit nicht mehr zum Thema FGM/C.

⁵ Siehe <https://www.support-africanwomen.org/de/>

⁶ Siehe <https://www.desertflowerfoundation.org/>

Projekt INTACT geleitet, in dem 24 „FGM-Peers“ aus Wien, Oberösterreich und Salzburg, die aus betroffenen Communitys stammen, ausgebildet wurden. FEM Süd und die Afrikanische Frauenorganisation Wien sind seit einigen Jahren Mitglieder des End FGM European Networks⁷, ein Dachverband von 39 europäischen Anti-FGM/C Organisationen in 16 europäischen Ländern, dass sich für die Beendigung von FGM/C einsetzt, indem es Grassroot-Organisationen mit Nichtregierungsorganisationen zusammenbringt. Das Netzwerk bietet eine Plattform für die Stimmen der Communitys, um die europäischen Regierungen und politischen Entscheidungsträger:innen zu beeinflussen und auf die Abschaffung von FGM/C hinzuwirken⁸.

In Wien gibt es seit vielen Jahren außerdem einen interdisziplinären FGM-Beirat, der aus Expert:innen der Medizin, Geburtshilfe und Frauengesundheit sowie Vertreter:innen aus verschiedenen Bereichen der Stadtverwaltung besteht.

Die 2021 etablierte österreichweite FGM/C Koordinationsstelle⁹ ist ein Zusammenschluss aus dem Frauengesundheitszentrum FEM Süd, dem Österreichischen Roten Kreuz, den Frauengesundheitszentren Linz und Salzburg und dem Männergesundheitszentrum MEN. Ziel der FGM/C Koordinationsstelle ist es, eine Anlaufstelle für Hilfesuchende, Expert:innen, Fachkräfte und Communitys zu sein und alle Akteur:innen miteinander zu vernetzen. Es können sich einzelne Initiativen auch auf einer Österreich-Landkarte eintragen lassen und somit sichtbar werden. Die österreichweite FGM/C Koordinationsstelle bietet Beratung, Informationen und Unterstützung bei allen Fragen zum Thema FGM/C. In den anderen Bundesländern ist neben den Kooperationspartner:innen der FGM/C Koordinationsstelle auch die Caritas und die Diakonie im Kontext FGM/C engagiert. Des Weiteren gibt es in Österreich eine Vielzahl von Community-Initiativen, die z.B. in Kirchengemeinden, Moscheen, oder in Kulturvereinen entstanden sind und unter vielen anderen für Migrant:innen relevanten Themen auch das Thema FGM/C behandeln (z.B. ein somalischer Radiosender in Vorarlberg). Es gibt keine genauen Aufzeichnungen darüber, welche und wie viele derartigen Vereine Initiativen zu FGM/C machen. Außerdem bietet der Österreichische Integrationsfonds¹⁰ speziell für Frauen – neben Sprachkursen und persönliche Beratung – Beratungsangebote zu Gesundheit und Familie (Familienplanung, Schwangerschaft, Sexualität und psychische Gesundheit) sowie zu Selbstbestimmung und Gewaltprävention (alle Formen von Gewalt).

1.9.4 Medizinische Versorgung und Ausbildung in Österreich in Bezug auf FGM/C

Neben drei FGM/C-Ambulanzen in Wien (Klinik Ottakring, Klinik Landstraße, und Krisenambulanz AKH) gibt es auch in fast allen anderen Bundesländern eine medizinische Anlaufstelle. Diese befinden sich an Kliniken in Innsbruck, Hallein (Salzburg), Graz und Linz. Je nach Bedarf werden diese Anlaufstellen wöchentlich oder monatlich zur Verfügung gestellt. Oftmals werden Patientinnen mit FGM/C von Personen/Übersetzerinnen aus Frauengesundheitszentren oder den NGOs in die Ambulanzen begleitet.

Es gibt eine unbekannte Anzahl von niedergelassenen Ärzt:innen (v.a. Gynäkolog:innen), die in den Communitys bekannt sind und deren Namen weitergegeben werden, auch weil sie teilweise selbst aus einer der betroffenen Communitys stammen. Sie sind ebenfalls wichtige Anlaufstellen für FGM/C-Betroffene in Österreich.

Die Kinder- und Opferschutzgruppen an österreichischen Krankenanstalten sind zuständig für die Früherkennung von häuslicher Gewalt und die Sensibilisierung der in Betracht kommenden Berufsgruppen

⁷ Siehe <https://www.endfgm.eu/>

⁸ Es gilt besonders hervorzuheben, dass beim End FGM European Network vorwiegend Frauen aus betroffenen Communitys im Vorstand und in der Leitung sind. Eines der Vorstandsmitglieder ist z.B. Etenesh Hadis, eine der Gründerinnen der Afrikanischen Frauenorganisation in Wien.

⁹ Siehe <https://fgm-koordinationsstelle.at>

¹⁰ Siehe <https://www.integrationsfonds.at/>

für häusliche Gewalt (KAKuG, § 8e). FGM/C ist ebenfalls Teil des Aufgabengebiets und wurde unter anderem im „Standard zur einheitlichen Datenerfassung“ und der „Toolbox Opferschutz“¹¹ thematisiert.

Psychologische Betreuung bzw. psychotherapeutische Behandlung wird in Österreich insofern für FGM/C Betroffene angeboten, als dass in FGM/C Ambulanzen bei Bedarf klinische Psycholog:innen hinzugezogen werden. Das FEM Süd bietet mittlerweile traumaspezifische Therapie sowohl im Gruppen- als auch im Einzelsetting an und schult in traumasensibler Beratung. Außerdem wird transkulturelle Psychotherapie für Migrantinnen ohne speziellen Fokus auf FGM/C von Organisationen wie zum Beispiel Omega, HEMAYAT oder ANKYRA angeboten.

FGM/C ist mittlerweile Teil der Hebammenausbildung [132] und wird an den Medizinischen Universitäten in Österreich unterrichtet. Auch in der Facharztausbildung in Gynäkologie und Geburtshilfe ist FGM/C Teil der erforderlichen Kenntnisse: Erkennen von Zeichen des Missbrauchs sowie Betreuung von Frauen nach Gewalt inklusive „Female Genitale Mutilation“ [133]. Außerdem werden Seminare zu FGM/C zum Beispiel über die Ärztekammer Wien angeboten.

FGM/C Betroffenheit kann durch die ICD-10-Klassifikation¹² Z91.7 (weibliche Genitalverstümmelung in der Eigenanamnese) codiert werden und nach Typ unterschieden werden. Eine Anfragebeantwortung des Gesundheitsministeriums zeigt die unzureichende ICD-10 Dokumentierung in Österreich. Im Jahr 2021 wurde die Codierung Z91.7 österreichweit bei nur 35 Patientinnen als relevante Zusatzdiagnose erfasst. Auch eine Geburtenkohortenstudie aus Graz hebt die fehlende Dokumentation von FGM/C hervor [134]. In der Studie wurden Geburtendaten des Landeskrankenhauses (LKH) Graz retrospektiv untersucht, um dort die Prävalenz von FGM/C festzustellen. Dabei wurde bei nur 3,2% der Frauen, mit Geburtsland oder Nationalität eines Landes mit FGM/C Prävalenz, eine FGM/C in diesen Gesundheitsunterlagen dokumentiert. Dies liegt weit unter der Einschätzung basierend auf Prävalenzdaten (38,6%) und deutet laut den Autor:innen darauf hin, dass FGM/C nicht ausreichend dokumentiert wird [134]. Bei den 22 Entbindungen im Grazer Krankenhaus, bei denen FGM/C dokumentiert wurde, wurde nicht die ICD-10 Codierung verwendet und der Dokumentationsort war uneinheitlich [134, 135].

1.10 Forschungsziele und Fragestellung

Da die Datenlage zu FGM/C in Österreich vergleichsweise gering bzw. nicht mehr aktuell war, wurde die vorliegende wissenschaftliche Studie durchgeführt. Das Ziel war eine möglichst aktuelle und genaue Anzahl der von FGM/C bedrohten und betroffenen Frauen in Österreich zu erheben, sowie diese anhand von qualitativer Forschung bei Gesundheitspersonal und innerhalb betroffener Communitys zu kontextualisieren. Mit den aktuellen Daten sollte eine Wissensgrundlage zur aktuellen Lage geschaffen werden, um den Kampf gegen Gewalt an Frauen und Mädchen evidenzbasiert zu unterstützen, sowie die Präventionsarbeit gegen FGM/C und die psychosoziale und medizinische Betreuung der betroffenen Frauen und Mädchen in Österreich zu verbessern. Folgende Fragestellungen waren bei dem Forschungsvorhaben zentral:

- Wie viele Frauen und Mädchen sind in Österreich schätzungsweise von FGM/C betroffen?
- Welche Einstellungen, Hintergründe und Einflussfaktoren bestehen in Hinblick auf das Phänomen FGM/C unter betroffenen oder gefährdeten Personen bzw. in deren Umfeld in Österreich?
- Welche Betreuungsmöglichkeiten und Angebote für Frauen mit FGM/C bestehen in Österreich und wie werden diese genutzt?
- Welches Wissen besitzt Personal des medizinischen Bereichs über FGM/C und wie interagiert es mit bzw. behandelt es betroffene Frauen?

¹¹ Siehe https://toolbox-opferschutz.at/Weibliche_Genitalverstuemmelung

¹² WHO internationale statistische Klassifikation von Krankheiten und verwandte Gesundheitsprobleme für Österreich angepasste Version des Gesundheitsministeriums

1.11 Aufbau des Berichts

Im Folgenden wird zuerst das übergreifende, methodische Gesamtkonzept der Studie dargestellt. Anschließend folgen die einzelnen Studienteile jeweils mit eigenem Methodenteil, Ergebnisteil sowie einer Diskussion der jeweiligen Ergebnisse:

- Einschätzung der von FGM/C bedrohten und betroffenen Mädchen und Frauen in Österreich
- Online-Befragung von Gesundheitspersonal,
- Qualitative Studie mit betroffenen Communitys und Gesundheitspersonal

Der Bericht schließt mit einer Zusammenfassung und Diskussion der Gesamtergebnisse sowie daraus resultierenden Handlungsempfehlungen ab.

2 Studiendesign

2.1 Mixed-Methods-Studie

Diese Mixed-Methods-Studie wurde zwischen April 2023 und Mai 2024 in einem Triangulationsdesign durchgeführt. Mixed-Methods-Design bezieht sich auf die Verwendung von multiplen quantitativen und/oder qualitativen Methoden in einem Forschungsprozess [136]. Triangulation bezeichnet in den Sozialwissenschaften ein Vorgehen, um ein vielschichtiges Verständnis von einem Forschungsgegenstand aus unterschiedlicher Perspektive zu erhalten [137]. Triangulationsdesign bedeutet also, dass qualitative und quantitative Verfahren der Datenerhebung gleichwertig und auf Basis desselben Forschungsinteresses miteinander kombiniert werden [138].

Diese Mixed-Methods-Studie umfasste neben einer Literaturrecherche von wissenschaftlicher und grauer Literatur, einen quantitativen Teil mit den Einschätzungen der von FGM/C bedrohten und betroffenen Mädchen und Frauen in Österreich durch die Extrapolation der Prävalenzdaten von Ländern, in denen FGM/C dokumentiert wird, und eine Online-Befragung von Gesundheitspersonal, insbesondere in den Bereichen Allgemeinmedizin, Gynäkologie, Pädiatrie, sowie Hebammen. Der qualitative Teil besteht aus semistrukturierten Interviews mit Männern, Frauen und Community Leader:innen aus betroffenen Communities sowie Gesundheitspersonal. Zusammen wird so ein Überblick über die Situation von FGM/C in Österreich geschaffen.

2.2 Zentrale Begriffsdefinitionen

Der Begriff „**Community**“ wird in der Sozialanthropologie und anderen Sozialwissenschaften sehr breit gefasst und auf vielfältige Weise verwendet. „Community“ beschreibt eine Gruppe von Personen, die gemeinsame Werte, Interessen oder einen gemeinsamen geografischen Standort haben und häufiger miteinander interagieren als mit anderen außerhalb der jeweiligen Community. Eine Community kann aufgrund von gemeinsamen Interessen, regelmäßigen Interaktionen, geografischer Nähe oder einem gemeinsamen virtuellen Raum sowie einer emotionalen Verbindung bestehen. Es besteht eine tiefere Ebene sozialer Verbindung, die auf gemeinsamen Erfahrungen, Überzeugungen oder Interessen beruht [139]. Es gilt zu beachten, dass Communities in sich selbst sehr divers sein können, auch wenn es verbindende Elemente gibt und dass Personen mit migrantischen Erfahrungen und/oder mit Vorfahren aus einem bestimmten anderen Land als Österreich nicht notwendigerweise alle ein und derselben Community angehören. Damit ist gemeint, dass es z.B. nicht eine einzige homogene „sudanesische Community“ in Österreich gibt, sondern mehrere eventuell überlappende derartige Communities. Im Bericht wird der Begriff betroffene Communitys verwendet, um die verschiedenen Communities in Österreich mit Hintergrund in Ländern, in denen FGM/C dokumentiert wird, zu beschreiben.

Community Leader:innen werden in diesem Bericht als Personen definiert, die durch ihr Engagement (insbesondere bezüglich FGM/C) einen besonderen Status in den verschiedenen Communitys haben. Es handelt sich dabei etwa um sozial bedeutsame oder religiöse Autoritäten, in deren Herkunftsländern FGM/C praktiziert wird (z.B. Vereinsvorständ:innen von Kulturvereinen). Auch werden hier Expert:innen, die beispielsweise als Berater:innen in Organisationen tätig sind, unter diesem Begriff miteinbezogen.

Bei dem Begriff „**Migrationshintergrund**“ handelt es sich um einen von der Statistik Austria verwendeten Begriff, der Menschen der ersten Zuwanderungsgeneration (Personen, die selbst im Ausland geboren wurden) und der zweiten Zuwanderungsgeneration (Kinder von eingewanderten Personen, die in Österreich geboren sind), mit oder ohne österreichische Staatsbürgerschaft bezeichnet. Der Begriff „Migrationshintergrund“ ist problematisch, da er zu Stigmatisierung und „Othering“, – also dem anders- oder fremdmachen von Personen – führt [140, 141]. Aufgrund der Verwendung des Begriffs in der Statistik und aus Mangel an einer besseren Bezeichnung wird der Begriff hier zum Teil übernommen.

2.3 Forschungsteam und Positionalität

Das Forschungsteam an der Medizinischen Universität Wien, Abteilung für Sozial- und Präventivmedizin setzte sich aus zwei Medizinanthropologinnen (Projektleiterin und eine -mitarbeiterin), sowie einer weiteren Projektmitarbeiterin, Doktorin der klinischen Pharmazie und somalische Community-Expertin, zusammen. Die beiden Medizinanthropologinnen sind weiße Frauen, die in Österreich geboren und aufgewachsen sind, und die durch ihre wissenschaftliche Tätigkeit und ihre finanziellen Möglichkeiten (Förderungen) als europäische Bürgerinnen im Ausland gelebt, studiert und geforscht haben. Die Projektleiterin unternahm ethnografische Feldforschungen zu FGM/C in Burkina Faso und absolvierte Forschungsaufenthalte für NGOs und internationale Organisationen in Liberia und Tschad. Sie kennt dadurch die Lebensumstände in diesen afrikanischen Ländern und ist sich des Einkommensgefälles, der eingeschränkten Möglichkeiten der dort ansässigen Menschen, und ihres eigenen Privilegs als weiße Frau aus Europa sehr bewusst. Die somalische Community-Expertin, eine ostafrikanische Frau aus einer gebildeten Familie, hat eine hochwertige universitäre Ausbildung abgeschlossen und in verschiedenen Ländern und Kulturkreisen gelebt und studiert. Dadurch konnten die Interviews in verschiedenen Sprachen abgehalten werden. Außerdem wurden Interviews von Mitarbeiter:innen des Kooperationspartners FEM Süd durchgeführt. Die Interviewerin und der Interviewer von FEM Süd sowie die Projektmitarbeiterin an der Medizinischen Universität Wien, die Interviews mit Personen aus FGM/C betroffenen Communitys durchführten, sind selbst aus betroffenen Communitys und hatten dadurch einen besonderen Insider-Zugang zum Thema FGM/C und dem, was die Teilnehmenden sagten.

2.4 Ethische Aspekte

Für die Gesamtstudie wurde ein Votum der Ethikkommission der Medizinischen Universität Wien (ECS 1586/2018) eingeholt.

3 Quantitative Studie: Einschätzung der von FGM/C bedrohten und betroffenen Mädchen und Frauen in Österreich

Für Österreich liegen keine genauen Angaben zur Prävalenz von FGM/C vor, und die bisherige Schätzung von ungefähr 8.000 Betroffenen aus 2006 [126] ist nicht mehr aktuell. Zur Bestimmung der Anzahl an Mädchen und Frauen in Österreich, die von FGM/C betroffen oder bedroht sind, führten wir eine indirekte Prävalenzschätzung, wie ähnliche Studien in anderen europäischen Ländern [142-145], durch.

Anhand der für Österreich vorhandenen Daten der Statistik Austria kann eine Einschätzung von FGM/C getroffen werden. Diese Einschätzung beruht auf einer Extrapolation der Prävalenzdaten aus 32 Ländern, in denen FGM/C praktiziert wird und in denen Daten zur Verfügung stehen. Diese Länder sind: Ägypten, Äthiopien, Benin, Burkina Faso, Cote d'Ivoire, Dschibuti, Eritrea, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Indonesien, Irak, Jemen, Kamerun, Kenia, Liberia, Malaysia, Malediven, Mali, Mauretanien, Niger, Nigeria, Senegal, Sierra Leone, Somalia, Sudan, Tansania, Togo, Tschad, Uganda, Zentralafrikanische Republik.

Nachfolgend wird die indirekte Einschätzung schrittweise erklärt und zuerst die Anzahl der potenziell betroffenen Mädchen und Frauen und dann die Anzahl der potenziell bedrohten Mädchen präsentiert. Anschließend werden die statistischen Daten diskutiert.

3.1 Gesamtpopulation an weiblichen Personen mit Migrationshintergrund in Ländern, in denen FGM/C praktiziert wird

Um die Anzahl der in Österreich lebenden Mädchen und Frauen der 1. und 2. Zuwanderungsgeneration der Länder, in denen FGM/C praktiziert wird, darzustellen, wurden Daten von der Statistik Austria bezogen.

Die 1. Zuwanderungsgeneration (n=24.922) sind Personen mit oder ohne österreichische Staatsbürgerschaft, mit Geburtsland, in dem FGM/C praktiziert/dokumentiert wird. Die 2. Zuwanderungsgeneration (n=8.229) sind Lebendgeborene einer Mutter mit Geburtsland, in dem FGM/C dokumentiert wird (mit oder ohne österreichische Staatsbürgerschaft).

Für die Einschätzung der Lage in Österreich wird unterschieden in potenziell betroffene Mädchen und Frauen (0-99 Jahre, 1. Zuwanderungsgeneration), die in Österreich gemeldet sind und in deren Geburtsland FGM/C praktiziert wird und potenziell bedrohte Mädchen (0-18 Jahre, 1. und 2. Zuwanderungsgeneration), die in Österreich gemeldet sind und in deren Geburtsland FGM/C praktiziert wird bzw. die in Österreich geboren sind und im Geburtsland der Mutter FGM/C praktiziert wird. Daten von der Statistik Austria der Mädchen und Frauen mit Geburtsland in einem der o.g. 32 Länder (1. Zuwanderungsgeneration), beruhen auf den Hauptwohnsitzmeldungen im Zentralen Melderegister von Personen mit einer (den Stichtag 1.1.2023 einschließenden) Aufenthaltsdauer von mindestens 90 Tagen. Die Daten der 2. Zuwanderungsgeneration basieren auf den in Österreich lebendgeborenen Mädchen von Müttern mit Geburtsland, in dem FGM/C praktiziert wird. Diese Daten waren zum Zeitpunkt der Datenerhebung (Juni 2023) ab 2008 bis einschließlich 2022 verfügbar.

Um bei Häufigkeitstabellen Rückschlüsse auf Einzelpersonen zu vermeiden, werden in den folgenden Tabellen schutzwürdige Zellen mit Werten $x < 6$ unterdrückt. In den schutzwürdigen Zellen werden die Werte nicht veröffentlicht, sondern die Zelle enthält ein x anstelle einer Zahl. Damit die unterdrückten Werte der geschützten Zellen nicht aus den veröffentlichten Randverteilungen zurückgerechnet werden können, müssen weitere Zellen unterdrückt werden.

Die in Österreich lebenden Mädchen und Frauen der 1. und 2. Generation sind in Tabelle 1 nach Geburtsland bzw. Geburtsland der Mutter zusammengefasst. Insgesamt leben in Österreich 33.151 Mädchen und Frauen mit Migrationshintergrund in Ländern, in denen FGM/C dokumentiert wird. Davon haben 10.320 die österreichische Staatsbürgerschaft. Es ist nicht bekannt, wie viele der 33.151 Mädchen und

Frauen von FGM/C betroffen sind. Anhand der Extrapolation der Prävalenzdaten aus Ländern, in denen FGM/C dokumentiert wird, kann aber in den folgenden Abschnitten eine ungefähre Einschätzung gegeben werden.

Tabelle 1: Gesamtpopulation an weiblichen Personen mit Migrationshintergrund (1. und 2. Generation)

Geburtsland bzw. der Mutter	In Ö lebende Mädchen und Frauen (1.Gen)	Davon Ö Staatsbürgerschaft	In Ö lebende Mädchen (2. Gen)*	Davon Ö Staatsbürgerschaft	Gesamt	Gesamt Ö Staatsbürgerschaft
Ägypten	6.013	2.825	1.764	1.259	7.777	4.084
Äthiopien	839	488	169	72	1.008	560
Benin	36	10	17	9	53	19
Burkina Faso	77	31	21	13	98	44
Côte d'Ivoire	118	33	39	14	157	47
Dschibuti	x	x	x	x	x	x
Eritrea	189	24	70	16	259	40
Gambia	172	34	67	25	239	59
Ghana	1.045	424	366	218	1.411	642
Guinea	153	35	66	28	219	63
Guinea-Bissau	25	x	12	x	37	x
Indonesien	1.143	176	178	126	1.321	302
Irak	5.698	968	1.397	380	7.095	1348
Jemen	237	22	49	8	286	30
Kamerun	382	117	142	44	524	161
Kenia	1.040	321	280	194	1.320	515
Liberia	52	29	10	8	62	37
Malaysia	393	77	83	x	476	77
Malediven	x	x	x	x	x	x
Mali	44	18	13	x	57	x
Mauretanien	x	x	x	x	x	x
Niger	17	x	x	x	x	x
Nigeria	3.279	811	1.843	739	5.122	1.550
Senegal	131	45	36	28	167	73
Sierra Leone	69	29	18	0	87	29
Somalia	2.921	118	1.348	111	4.269	229
Sudan	300	88	120	55	420	143
Tansania	146	38	29	23	175	61
Togo	92	52	27	12	119	64
Tschad	x	x	x	x	x	x
Uganda	275	73	56	30	331	103
Zentralafrikanische Republik	19	x	x	x	x	x
Gesamt	24.922	6.900	8.229	3.420	33.151	10.320

* Daten verfügbar ab 2008, Anzahl an weiblichen Lebendgeburten in Österreich 2008-2022 nach Geburtsland der Mutter.
x Wertunterdrückung

Neben Wien sind die meisten Mädchen und Frauen mit Migrationshintergrund in Ländern, in denen FGM/C dokumentiert wird, im Bezirk Graz, Linz, Innsbruck und Salzburg gemeldet. Die Daten der in den jeweiligen Bezirken zeigen, wie zu erwarten, einen starken Stadt-Land Unterschied mit den größten Communities in den größten Städten Österreichs.

3.2 Prävalenzdaten in Ländern, in denen FGM/C praktiziert wird

Die Prävalenzdaten aus den jeweiligen Ländern stammen von Demographic and Household Surveys (DHS) der United States Agency for International Development (USAID) oder Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS) von UNICEF (siehe Tabelle 2 und für Angabe in 5-Jahres-Altersgruppen Tabelle 17 in 8.1 Annex Einschätzung der Prävalenz). Diese internationalen Haushaltserhebungen sammeln repräsentative Daten zur Gesundheit- und Bevölkerungsentwicklung, insbesondere von Frauen und Kindern, und liefern nationale FGM/C Daten über den Ablauf, Alter und Praktiken. Zur Berechnung der bedrohten Mädchen wird außerdem das Medianalter bei der Beschneidung verwendet, welches von EIGE berechnet und hier übernommen wurde [76, 146].

Indonesien und Malaysia wurden in den folgenden Datensätzen miteinbezogen. Malaysia hat zwar keine offizielle Statistik zu FGM/C, Schätzungen zufolge liegt die Prävalenz aber bei bis zu 99% [147]. Im Jahr 2009 wurde ein Fatwa (religiöse Rechtsauskunft einer muslimischen Autorität) vom Department for religious affairs (JAKIM) veröffentlicht, die besagt, dass FGM/C verpflichtend (wajib) für alle Frauen ist [147]. In Indonesien gibt es keine national repräsentativen Daten, sondern nur die Prävalenz für 0-11-Jährige (49%) [148]. Die nationale Prävalenzrate im Irak ist sehr niedrig (7,4 %), liegt jedoch in der Autonomen Region Kurdistan bei 37,5% [149].

Es gibt darüber hinaus weitere Länder, aus denen durch wissenschaftliche Studien bekannt ist, dass FGM/C praktiziert wird, es gibt aber keine offiziellen Daten aus diesen Ländern (z.B. Oman, Indien, Iran, Thailand) [150]. Diese Länder wurden in der Einschätzung nicht berücksichtigt.

Tabelle 2: FGM/C Prävalenz in Ländern, in denen FGM/C dokumentiert wird, nach Altersgruppen

Land	Quelle	Prävalenz 0-14 Jahre in %* ¹	Prävalenz 15-19 Jahre in %* ²	Prävalenz 15-49 Jahre in %	Medianalter* ³ [76]
Ägypten	Health Issues Survey (DHS) 2015	14,10	69,60	87,20	12
Äthiopien	DHS 2016	15,70	47,10	65,20	9
Benin	MICS 2014	0,20	2,40	9,20	10
Burkina Faso	DHS/MICS 2010	13,30	57,70	75,80	7
Côte d'Ivoire	MICS 2016	10,90	27,40	36,70	8
Dschibuti	EVFF 2019	30,92	-	90,05	10
Eritrea	Population and Health Survey 2010	-	68,80	83,00	5
Gambia	DHS 2019-20	45,90	72,60	72,60	6
Ghana	MICS 2017-18	0,10	0,60	2,40	3
Guinea	DHS 2018	39,10	91,70	94,50	11
Guinea-Bissau	MICS 2018-19	29,70	48,30	52,10	8
Indonesien	RISKESDAS 2013	49,00* ⁴	-	-	2
Irak	MICS 2018	0,50	6,70	7,40	8
Jemen	DHS 2013	-	16,80	18,50	0

Kamerun	DHS 2004	-	2,50	1,40	11
Kenia	DHS 2014	2,80	14,70	21,00	13
Liberia	DHS 2019-20	-	25,90	31,80	16
Malaysia	-	-	-	-	-
Malediven	DHS 2016-17	1,10	5,60	12,90	3
Mali	DHS 2018	72,70	87,40	88,60	6
Mauretanien	DHS 2019-21	44,52	60,80	63,91	5
Niger	DHS/MICS 2012	-	2,10	2,00	6
Nigeria	MICS 2021	8,20	9,80	15,10	5
Senegal	DHS 2019	16,10	24,20	25,20	5
Sierra Leone	DHS 2019	7,90	81,00	83,00	16
Somalia	SHDS 2020	26,00	98,60	99,20	9
Sudan	MICS 2014	31,50	85,70	86,60	10
Tansania	DHS 2015-16	0,40	7,30	10,00	17
Togo	MICS 2017	0,30	1,90	3,10	11
Tschad	MICS 2019	7,00	33,20	34,10	12
Uganda	DHS 2016	-	0,30	0,30	17
Zentralafrikanische Republik	MICS 2018-19	1,43	19,00	21,60	14

*1 basiert auf Angaben von Müttern (15-49 Jahre) über ihre Töchter (0-14 Jahre), die Angaben basieren auf den momentanen und nicht den finalen FGM/C Status, da viele noch nicht das typische Alter für FGM/C erreicht haben (DHS, MICS)

*2 wird für die Berechnung der bedrohten Mädchen verwendet

*3 Das Medianalter wird von EIGE für die Berechnung der bedrohten Mädchen herangezogen. Es ist das Alter, das die Bevölkerung, die von FGM/C bedroht ist, in zwei gleich große Gruppen teilt und anhand der DHS/MICS Daten berechnet wird [76, 146]

*4 Basiert auf 0-11-Jährigen nicht 0-14-Jährigen

- Daten nicht verfügbar

Es ist zu beachten, dass sich die Prävalenzrate in den Herkunftsländern von Region zu Region und von Ethnie zu Ethnie stark unterscheiden kann. Manche Bevölkerungsgruppen praktizieren FGM/C, während andere dies nicht tun, auch unterscheiden sich die praktizierten Formen. Da es in Österreich keine Daten zu der Region aus dem Geburtsland gibt, können keine genaueren Einschätzungen gemacht werden.

3.3 Einschätzung der von FGM/C betroffenen Mädchen und Frauen in Österreich

Zur Berechnung der Betroffenen wird die Methodik der Extrapolation der Prävalenzdaten in den Geburtsländern angewandt, die bereits in anderen Studien verwendet wurde [142, 143, 145, 151, 152]. Da in Österreich Daten für die 2. Zuwanderungsgeneration erst ab 2008 verfügbar sind (Mädchen im Alter von 0-15 Jahren), wurden in der Einschätzung der betroffenen Mädchen und Frauen nur die 1. Zuwanderungsgeneration (n=24.922) berücksichtigt. Es wird angenommen, dass die Mädchen der 2. Zuwanderungsgeneration aufgrund ihres Alters noch nicht betroffen sind, aber potenziell von FGM/C bedroht sein könnten. Daher werden die Daten der 2. Zuwanderungsgeneration im Abschnitt 3.4 analysiert.

Die Methodik wurde präzisiert, indem mit den verfügbaren Prävalenzdaten in 5-Jahres-Altersgruppen gerechnet wurde [143] (siehe Tabelle 17 im Annex Einschätzung der Prävalenz). Für die über 50-Jährigen wurden die Prävalenzdaten der 45-49-Jährigen verwendet, da davon ausgegangen wird, dass sie eine ähnliche Prävalenz haben [143, 145]. In Fällen, wo Prävalenzdaten nicht in 5-Jahres-Altersgruppen verfügbar sind, wurde die Prävalenz der 0-14-Jährigen bzw. der 15-49-Jährigen verwendet. Die Zahl der von FGM/C betroffenen Mädchen und Frauen in Österreich beträgt demnach schätzungsweise 10.869.

In Tabelle 3 wird eine Übersicht nach Altersgruppen gegeben. Aufgrund der besseren Darstellbarkeit umfassen die nachfolgenden Tabellen größere Altersgruppen.

Tabelle 3: Potenziell betroffene Mädchen und Frauen (1. Generation) nach Altersgruppen

Alter	In Ö lebende Mädchen und Frauen (1. Generation)	Potenziell betroffene Mädchen und Frauen
0-14 Jahre	2.270	323
15-49 Jahre	17.444	8.062
49 Jahre+*	5.208	2.484
Gesamt	24.922	10.869

* Berechnet durch Extrapolation der Prävalenzdaten der 45-49-Jährigen im Geburtsland

In der folgenden Tabelle 4 ist die geschätzte Anzahl der betroffenen Mädchen und Frauen der verschiedenen Altersgruppen nach Geburtsland aufgelistet.

Tabelle 4: Potenziell betroffene Mädchen und Frauen (1. Generation) nach Geburtsland und Altersgruppen

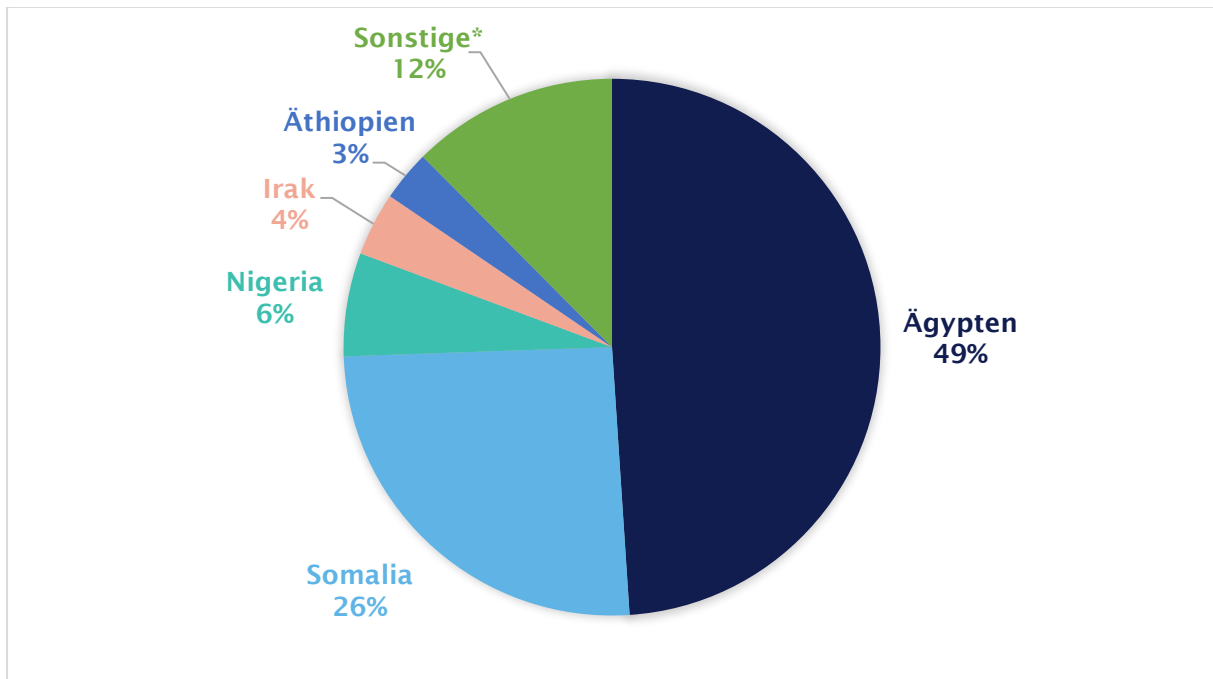
Geburtsland	0-14 Jahre	15-49 Jahre	49 Jahre+*	Gesamt
Ägypten	50	3.460	1.810	5.321
Äthiopien	16	316	0	332
Benin	x	x	x	x
Burkina Faso	1	47	13	61
Côte d'Ivoire	1	34	11	46
Dschibuti	x	x	x	x
Eritrea	-	131	22	153
Gambia	9	105	7	121
Ghana	0	21	16	37
Guinea	8	120	15	143
Guinea-Bissau	0	10	x	x
Indonesien	-	-	-	-
Irak	9	299	108	416
Jemen	-	33	x	x
Kamerun	-	x	x	x
Kenia	x	215	61	x
Liberia	-	21	7	28
Malaysia	-	-	-	-
Malediven	0	0	0	0
Mali	x	25	11	x
Mauretanien	x	x	x	x
Niger	-	0	0	0
Nigeria	16	534	128	678
Senegal	x	23	7	x
Sierra Leone	x	42	18	61
Somalia	188	2.418	165	2.771

Sudan	14	178	63	255
Tansania	0	11	7	18
Togo	x	x	x	x
Tschad	x	x	x	x
Uganda	-	x	x	x
Zentralafrikanische Republik	x	x	x	x
Gesamt	323	8.062	2.484	10.869

* Berechnet durch Extrapolation der Prävalenzdaten der 45-49-Jährigen im Geburtsland
x Wertunterdrückung

Die größten Bevölkerungsgruppen in Österreich der von FGM/C betroffenen Mädchen und Frauen sind Ägypten, Somalia, Nigeria, Irak und Äthiopien, dies ist in der nachfolgenden Abbildung 1 dargestellt.

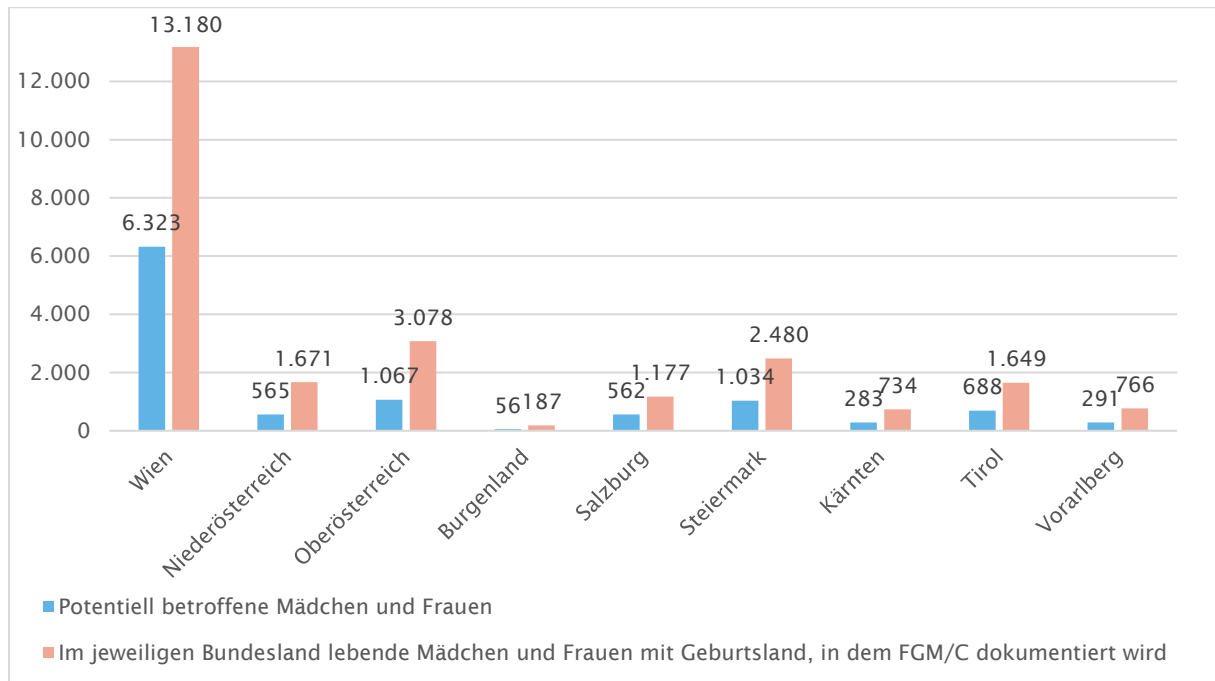
Abbildung 1: Verteilung der potenziell betroffenen Mädchen und Frauen (1. Generation) nach Geburtsland (n=10.869) in Österreich



*Sonstige: Kenia (2,6%), Sudan (2,4%), Eritrea (1,4%), Guinea (1,3%), Gambia (1,1%), Benin, Burkina Faso, Cote d'Ivoire, Dschibuti, Ghana, Guinea-Bissau, Jemen, Kamerun, Liberia, Malediven, Mali, Mauretanien, Senegal, Sierra Leone, Tansania, Togo, Tschad, Uganda, Zentralafrikanische Republik (jeweils <1%)

Auf die österreichischen Bundesländer verteilt befinden sich die meisten potenziell betroffenen Mädchen und Frauen in Wien, Oberösterreich, Steiermark und Tirol (siehe Abbildung 2). Die Tabellen im Annex Einschätzung der Prävalenz geben einen Überblick über die Verteilung nach Alter pro Bundesland (Tabellen 18-26).

Abbildung 2: Anzahl der potenziell betroffenen Mädchen und Frauen (1. Generation) nach Bundesland



3.3.1 Extrapolation des FGM/C Typs für die potenziell Betroffenen

Die DHS und MICS-Daten für mehrere Länder, in denen FGM/C dokumentiert wird, zeigen die Verteilung auf die unterschiedlichen Typen von FGM/C der 15-49-Jährigen, bei denen FGM/C praktiziert wurde (siehe Tabelle 5). Der FGM/C Typ wird nicht in allen Ländern durch DHS oder MICS erhoben. Für die fehlenden Länder sind aus der Literatur Einschätzungen darüber bekannt, welche FGM/C Formen vorrangig praktiziert werden oder wurden. In Ägypten, zum Beispiel, wird vorwiegend Typ I und Typ II praktiziert. Laut einer Studie aus 2018 am Fayoum University Hospital mit 100 Teilnehmerinnen liegt bei 86% Typ II und bei 14% Typ I vor [153].

In den Befragungen der DHS und MICS wird unterschieden zwischen „had flesh removed“ (Gewebe entfernt), „were nicked“ (Einschnitt ohne Entfernung von Gewebe), „were sewn close“ (zusammengenäht) oder unbekannt. Dies korrespondiert jeweils mit FGM/C Typ I und Typ II („had flesh removed“), Typ III („were sewn close“) und Typ IV („were nicked“) [150].

Tabelle 5: Prozentverteilung der FGM/C Typen von betroffenen Frauen im Alter von 15-49 Jahren

Land	Quelle	Gewebe entfernt (Typ I & II)	Einschnitt ohne Entfernung von Gewebe (Typ IV)	Zusammenge­näht (Typ III)	unbekannt
Ägypten	Health Issues Survey (DHS) 2015	-	-	-	100
Äthiopien	DHS 2016	73	2,6	6,5	17,9
Benin	MICS 2014	72,1	14,5	10,1	3,4
Burkina Faso	DHS/MICS 2010	76,8	16,6	1,2	5,4
Côte d'Ivoire	MICS 2016	63,3	6,8	9,4	20,5
Dschibuti	EVFF 2019	-	-	-	100
Eritrea	Population and Health Survey 2010	-	-	-	100
Gambia	DHS 2019-20	73,4	1,4	16,6	8,7
Ghana	MICS 2017-18	63,6	4,6	15,9	15,9
Guinea	DHS 2018	57,7	11	9,7	21,6
Guinea-Bissau	MICS 2018-19	73,8	1,1	18,5	6,5
Indonesien		-	-	-	100
Irak	MICS 2018	84,3	6	1,3	8,4
Jemen	DHS 2013	89,7	-	-	10,3
Kamerun	DHS 2004	84,8	3,7	4,6	6,9
Kenia	DHS 2014	87,2	1,6	9,3	1,9
Liberia	DHS 2019-20	-	-	-	100
Malaysia		-	-	-	100
Malediven	DHS 2016-17	-	-	-	100
Mali	DHS 2018	40,7	25,4	8,2	25,7
Mauretanien	DHS 2019-21	55,1	3,5	9,7	31,7
Niger	DHS/MICS 2012	78,4	7,2	6,3	8,1
Nigeria	MICS 2021	61,5	4,5	7,7	26,3
Senegal	DHS 2019	57,7	9,2	9,1	24
Sierra Leone	DHS 2019	84	0,7	11,9	3,4
Somalia	SHDS 2020	12,3*	21,6*	64,2*	1,9
Sudan	MICS 2014	16,3	2,2	77	4,5
Tansania	DHS 2015-16	81,1	3,2	6,6	9,1
Togo	MICS 2017	54	6,3	36,2	3,5
Tschad	MICS 2019	71,9	5,5	15,8	6,8
Uganda	DHS 2016	-	-	-	100
Zentralafrikanische Republik	MICS 2018-19	47,6	0,8	49,6	2

* Für Somalia werden in den vorhandenen Datensätzen folgende Begriffe verwendet: Intermediate (12,3%), Sunni (21,6%), Pharaonic (64,2%)
 - Daten nicht verfügbar

Anhand der DHS und MICS Daten zur Verteilung der FGM/C Typen nach Land, kann für Österreich eine Einschätzung der Anzahl an betroffenen Mädchen und Frauen mit den unterschiedlichen FGM/C Typen getroffen werden. Allerdings ist diese aufgrund der fehlenden Daten in vielen der Geburtsländer nicht

sehr genau. Eine Übersicht des wahrscheinlichen FGM/C Typs der potenziell betroffenen Mädchen und Frauen in Österreich ist in Tabelle 6 dargestellt.

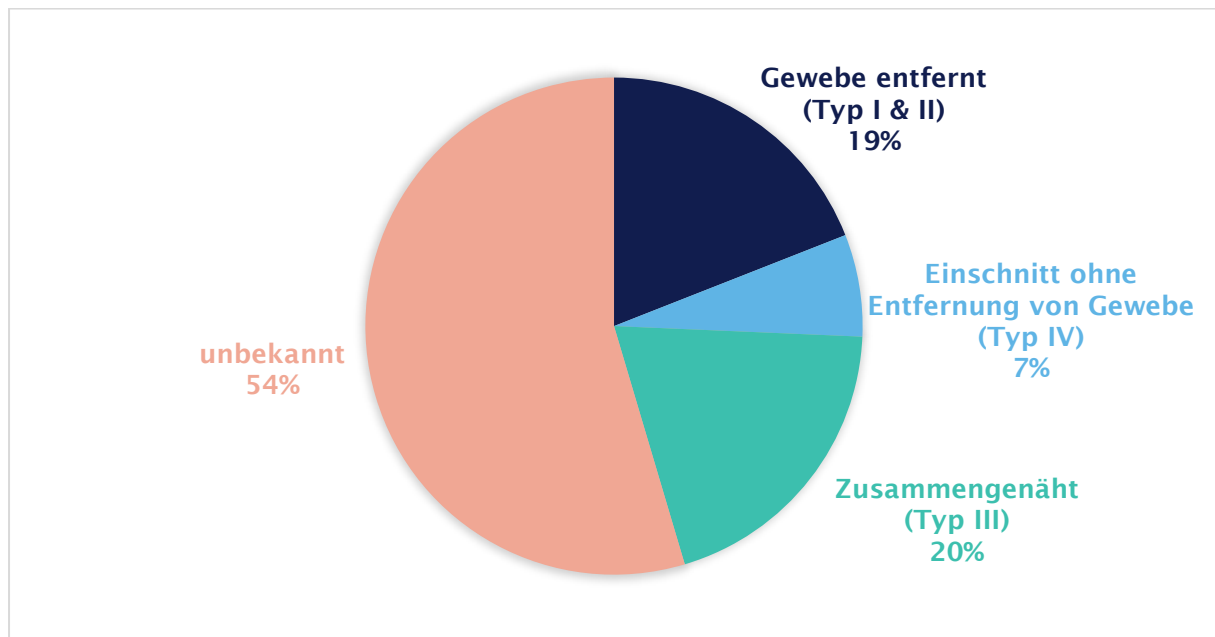
Tabelle 6: FGM/C Typ der potenziell betroffenen Mädchen und Frauen (1. Gen.) in Österreich nach Geburtsland

Geburtsland	Gewebe entfernt (Typ I & II)	Einschnitt ohne Entfernung von Gewebe (Typ IV)	Zusammengenäh (Typ III)	unbekannt
Ägypten	-	-	-	5.321
Äthiopien	242	9	22	59
Benin	x	x	x	x
Burkina Faso	47	10	x	x
Côte d'Ivoire	29	x	x	9
Dschibuti	-	-	-	x
Eritrea	-	-	-	153
Gambia	89	x	20	11
Ghana	24	x	x	x
Guinea	83	16	14	31
Guinea-Bissau	10	x	x	x
Indonesien	-	-	-	-
Irak	351	25	x	35
Jemen	35	-	-	4
Kamerun	x	x	x	x
Kenia	243	x	26	x
Liberia	-	-	-	27
Malaysia	-	-	-	-
Malediven	-	-	-	x
Mali	16	10	x	10
Mauretanien	x	x	x	x
Niger	x	x	x	x
Nigeria	417	31	52	178
Senegal	18	x	x	7
Sierra Leone	51	x	7	x
Somalia	341	599	1.779	53
Sudan	42	x	196	11
Tansania	15	x	x	x
Togo	x	x	x	x
Tschad	x	x	x	x
Uganda	-	-	-	x
Zentralafrikanische Republik	x	x	x	x
Gesamt	2.069	722	2.144	5.934

x Wertunterdrückung

Bei den meisten der potenziell betroffenen Mädchen und Frauen in Österreich liegt möglicherweise eine Beschneidung in der Form von Typ III (2.144; 20%) oder Typ II (2.069; 19%) vor (siehe Abbildung 3). Aufgrund der fehlenden Daten ist der FGM/C Typ aber größtenteils unbekannt.

Abbildung 3: Verteilung des FGM/C Typs der betroffenen Mädchen und Frauen (1. Generation)



3.4 Einschätzung der von FGM/C bedrohten Mädchen in Österreich

Bei der Berechnung der Anzahl der Mädchen, die von FGM/C potenziell bedroht sind, kommt die vom EIGE entwickelte Methodik mit Minimal- und Maximalszenario unter Berücksichtigung des sogenannten Akkulturationsfaktors sowie dem Medianalter, zum Einsatz [146]. Diese Methode wurde mehrfach kritisiert und es gibt andere Ansätze, die nicht mit dem Medianalter rechnen. Zum Beispiel werden alle Mädchen von 0-15/18 Jahren miteinbezogen, mit dem Argument, dass der typische Zeitpunkt der Beschneidung im Migrationskontext an Bedeutung verliert und vielmehr die Gelegenheit zur Beschneidung („opportunity to cut“) relevant ist [142, 154]. Aufgrund der in Österreich vorhandenen Daten und für eine bessere Vergleichbarkeit mit anderen EU-Ländern und früheren Einschätzungen wurde für die vorliegende Studie die EIGE-Methode verwendet [146]. Im Folgenden wird zuerst die Gesamtpopulation der Mädchen beschrieben und dann die EIGE-Methode erklärt, die zu dem Ergebnis der potenziell bedrohten Mädchen führt.

3.4.1 Gesamtpopulation an Mädchen mit Migrationshintergrund (0-18 Jahre, 1. und 2. Generation) in Ländern, in denen FGM/C praktiziert wird

Bedrohte sind Mädchen der 1. und 2. Zuwanderungsgeneration im Alter von 0-18 Jahre, die vermutlich noch nicht beschnitten wurden, aber möglicherweise von FGM/C bedroht sind. Laut Statistik Austria waren im Jahr 2023 (Stichtag 1.1.2023) in allen österreichischen Bundesländern gemeinsam gerechnet insgesamt 3.534 Mädchen im Alter von 0-18 Jahren geboren in Ländern, in denen FGM/C praktiziert wird. Außerdem gab es, seit 2008 (dem Zeitpunkt ab dem Daten verfügbar sind), 8.229 weibliche Lebendgeburten von Müttern mit Geburtsland, in dem FGM/C praktiziert wird (2. Generation). Tabelle 7 zeigt die Gesamtpopulation an Mädchen mit Migrationshintergrund (1. und 2. Generation) in Ländern, in denen FGM/C dokumentiert wird, mit einer Gesamtanzahl von 11.763 Mädchen im Alter von 0-18 Jahren, die in Österreich gemeldet sind. Es zählen jeweils etwa rund 30% dieser Gruppe zur ersten Zuwanderungsgeneration und 70% zur zweiten Zuwanderungsgeneration.

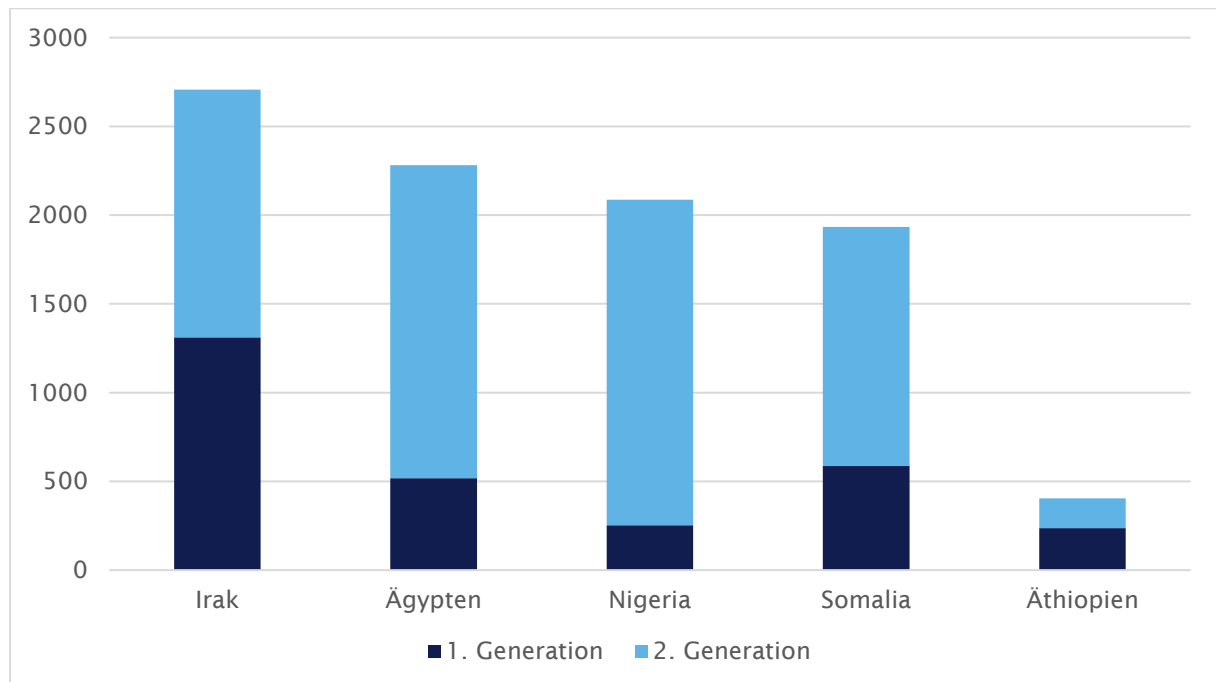
Tabelle 7: Anzahl an in Österreich lebenden Mädchen (0-18 Jahre) mit Migrationshintergrund nach Geburtsland bzw. Geburtsland der Mutter

Geburtsland bzw. Geburtsland der Mutter	Anzahl in Ö lebender Mädchen (0-18 Jahre) 1. Generation	Anzahl in Ö lebender Mädchen (0-18 Jahre) 2. Generation*	Anzahl in Ö lebender Mädchen (0-18 Jahre) Gesamt
Ägypten	518	1.764	2.282
Äthiopien	236	169	405
Benin	x	17	x
Burkina Faso	7	21	28
Côte d'Ivoire	12	39	51
Dschibuti	x	x	x
Eritrea	21	70	91
Gambia	28	67	95
Ghana	72	366	438
Guinea	19	66	85
Guinea-Bissau	0	12	12
Indonesien	82	178	260
Irak	1.311	1.397	2.708
Jemen	67	49	116
Kamerun	37	142	179
Kenia	108	280	388
Liberia	x	10	x
Malaysia	44	83	127
Malediven	0	0	0
Mali	x	13	x
Mauretanien	x	x	x
Niger	x	x	x
Nigeria	253	1.843	2.096
Senegal	9	36	45
Sierra Leone	x	18	x
Somalia	586	1.348	1.934
Sudan	38	120	158
Tansania	22	29	51
Togo	x	27	x
Tschad	x	x	x
Uganda	36	56	92
Zentralafrikanische Republik	x	x	x
Gesamt	3.534	8.229	11.763

* Daten verfügbar ab 2008, Anzahl an weiblichen Lebendgeburten in Österreich von 2008-2022 nach Geburtsland der Mutter.
x Wertunterdrückung

Die meisten Mädchen stammen aus Irak, Ägypten, Nigeria, Somalia und Äthiopien (siehe Abbildung 4).

Abbildung 4: Anzahl an Mädchen (0-18 Jahre) in Österreich nach Zuwanderungsgeneration und fünf stärksten vertretenen Ländern



Die Verteilung auf die Bundesländer ist in Tabelle 8 dargestellt. Die meisten Mädchen leben in Wien, Oberösterreich und der Steiermark.

Tabelle 8: Anzahl an in Österreich lebenden Mädchen (0-18 Jahre) mit Migrationshintergrund nach Bundesland

Bundesland	Anzahl 1. Generation 0-18 Jahre	Anzahl 2. Generation 0-18 Jahre*	Gesamt
Wien	1.572	4.273	5.845
Niederösterreich	282	506	788
Oberösterreich	454	1.134	1.588
Burgenland	43	65	108
Salzburg	189	398	587
Steiermark	364	878	1.242
Kärnten	111	214	325
Tirol	346	544	890
Vorarlberg	173	250	423
Gesamt	3.534	8.262⁴	11.796⁴

* Daten verfügbar ab 2008, Anzahl an weiblichen Lebendgeburten 2008-2022 nach Geburtsland der Mutter
 „Bis 2014 umfasste die Statistik alle in Österreich stattgefundenen Geburten mit Wohnsitz von Müttern in Österreich. Ab dem Berichtsjahr 2015 sind auch im Ausland stattgefundenen Geburten mit Hauptwohnsitz von Müttern in Österreich enthalten. Die regionale Zuordnung der Daten erfolgt nach dem Wohnort der Mutter.“ (Statistik Austria). Daher ist die Anzahl der Mädchen in Tabelle 8 höher, weil einige Geburten, die im Ausland stattfanden, mitgezählt wurden. Die Daten nur der in Österreich geborenen Mädchen stehen nicht nach Bundesland zur Verfügung.

3.4.2 Berechnung der Anzahl an potenziell bedrohten Mädchen in Österreich

Die Anzahl der potenziell bedrohten Mädchen wird nach Geburtsland bzw. Geburtsland der Mutter berechnet unter Berücksichtigung des Medianalters der Beschneidung (EIGE 2021, siehe Tabelle 2). Die dafür verwendete Formel laut EIGE [146] lautet:

$$x_c = (a_{c = first} \times p_c \times (1 - m_{c = first})) + (a_{c = second} \times p_c \times (1 - m_{c = second}))$$

x_c ist die Anzahl an bedrohten Mädchen mit Migrationshintergrund in einem bestimmten Land c , in dem FGM/C dokumentiert wird

$a_{c = first}$ ist die Anzahl an Mädchen der 1. Zuwanderungsgeneration von Land c unter dem Medianalter im Land c ¹³

$a_{c = second}$ ist die Anzahl an Mädchen der 2. Zuwanderungsgeneration von Land c unter dem Medianalter im Land c

p_c ist die nationale Prävalenzrate der 15-19-Jährigen von FGM/C im Land c

$m_{c = first}$ ist der Akkulturationsfaktor, der eine Einschätzung über die Abweichung der FGM/C Prävalenz zwischen Migrantinnen der 1. Generation und der Bevölkerung im Land c gibt

$m_{c = second}$ ist der Akkulturationsfaktor, der eine Einschätzung über die Abweichung der FGM/C Prävalenz zwischen Migrantinnen der 2. Generation und der Bevölkerung im Land c gibt.

Unter Berücksichtigung des Einflusses von Migration und Akkulturation wird von zwei Szenarien (Minimal- und Maximalszenario) ausgegangen, die ein Intervall für das FGM/C Risiko angeben [146]:

Das Maximalszenario beschreibt die hypothetische Lage, dass Mädchen mit Migrationshintergrund in Ländern, in denen FGM/C praktiziert wird, dasselbe Risiko haben, als wären sie oder ihre Familie nie migriert. Es wird angenommen, dass die Migration keinen Einfluss auf die Einstellungen und Praktiken genommen hat. Daher wird für 1. und 2. Generation mit einem Akkulturationsfaktor von 0 gerechnet. Dieses hypothetische Szenario bildet die obere Grenze des Intervalls der bedrohten Mädchen.

Beim Minimalszenario wird davon ausgegangen, dass Migration und Akkulturation einen Einfluss auf die Einstellungen und Praktiken zu FGM/C hat. Daher wird von einem geringeren FGM/C Risiko für Mädchen der 2. Generation ausgegangen. Der Akkulturationsfaktor für die 2. Generation ist 0,5. Für die 1. Generation bleibt der Akkulturationsfaktor 0. Dieses hypothetische Szenario bildet die untere Grenze des Intervalls der bedrohten Mädchen.

Der Einfluss von Akkulturation ist quantitativ schwer nachvollziehbar und diese Szenarien beschreiben den Einfluss der Akkulturation nur in der Theorie. Wir verwenden die von EIGE vorgegebenen Faktoren von 0 und 0,5, um eine Einschätzung abzugeben und um die Ergebnisse mit Einschätzungen in anderen europäischen Ländern vergleichbar zu machen. Akkulturation ist stark kontextabhängig und sollte nicht in binären Annahmen wie ‚kein Einfluss‘ oder ‚riesiger Einfluss‘ gedacht werden oder mit einer arbiträren Zahl beziffert werden. Mehrere Studien beschäftigen sich mit den wandelnden Einstellungen zu FGM/C in der Diaspora und den Einfluss der Migration, allerdings spielen auch andere Faktoren, wie der Einfluss des sozialen Umfelds und der Verwandten im Geburtsland bzw. Geburtsland der Mutter eine Rolle, ob FGM/C durchgeführt wird [142, 155, 156].

In 2023 beträgt die Anzahl an bedrohten Mädchen zwischen 0 und 18 Jahren laut Berechnung nach der Methode von EIGE [146] im Maximalszenario 3.023 (26% der Mädchen mit Migrationshintergrund in

¹³ Ein Teil der Mädchen der 1. Zuwanderungsgeneration ist möglicherweise bereits von FGM/C betroffen und wurde daher in der Einschätzung der Betroffenen mitgerechnet. Allerdings gibt es auch einen Teil, der vermutlich noch nicht beschnitten wurde und möglicherweise von FGM/C bedroht ist.

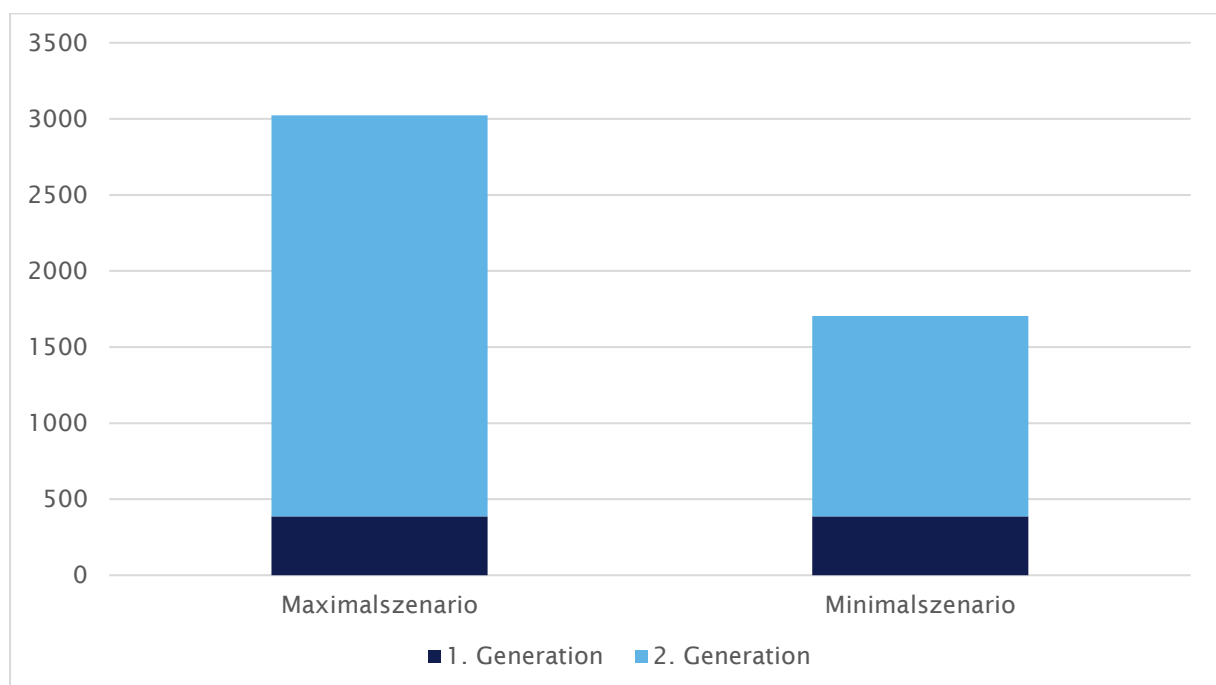
Ländern, in denen FGM/C dokumentiert wird) und 1704 Mädchen (14%) im Minimalszenario (siehe Tabelle 9 und Abbildung 5).

Tabelle 9: Anzahl und Prozent der potenziell bedrohten Mädchen, Minimal- und Maximalszenario

	1. Generation	%	2. Generation*	%	Gesamt	%
Anzahl an Mädchen (0-18 Jahre) mit Migrationshintergrund in Ländern, in denen FGM praktiziert wird	3.534		8.229		11.763	
Anzahl (%) an potenziell bedrohten Mädchen: Maximalszenario	386	11%	2.637	32%	3.023	26%
Anzahl (%) an potenziell bedrohten Mädchen: Minimalszenario			1.318	16%	1.704	14%

* Daten verfügbar ab 2008, Anzahl an weiblichen Lebendgeburten in Österreich 2008-2022 nach Geburtsland der Mutter.

Abbildung 5: Maximal- und Minimalszenario der potenziell bedrohten Mädchen in Österreich



Der mit 32% bzw. 16% augenscheinlich höhere Prozentsatz an potenziell bedrohten Mädchen aus der 2. Generation im Gegensatz zu den 11% an potenziell bedrohten Mädchen der 1. Generation kann durch die Altersverteilung erklärt werden; es sind weniger Mädchen der 1. Generation als Mädchen der 2. Generation unter dem für die Berechnung notwendigen Medianalter (vgl. Tabelle 10). Die größten Bevölkerungsgruppen nach Geburtsland bzw. Geburtsland der Mutter der potenziell bedrohten Mädchen sind Somalia und Ägypten (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10: Anzahl an potenziell bedrohten Mädchen nach Geburtsland bzw. Geburtsland der Mutter

Geburtsland bzw. Geburtsland der Mutter	In Ö lebende Mädchen unter dem Medianalter			Potenziell bedrohte Mädchen (1. Gen)	Potenziell bedrohte Mädchen (2. Gen)		Potenziell bedrohte Mädchen Gesamt	
	1. Gen.	2. Gen.	Gesamt		Min.*1	Max.*2	Min.	Max.
Ägypten	308	1.409	1.717	214	496	991	710	1.205
Äthiopien	22	124	146	10	30	60	40	70
Benin	x	9	x	0	0	0	0	0
Burkina Faso	x	12	x	x	x	x	x	x
Côte d'Ivoire	x	23	x	x	x	x	x	x
Dschibuti	x	x	x	x	x	x	x	x
Eritrea	x	42	x	x	14	29	x	x
Gambia	x	44	x	x	16	32	x	x
Ghana	x	75	x	0	0	0	0	0
Guinea	x	54	x	6	25	50	30	55
Guinea-Bissau	0	10	10	x	x	x	x	x
Indonesien	x	39	x	x	10	19	x	x
Irak	201	1.095	1.296	7	19	38	26	46
Jemen	0	11	11	x	x	x	x	x
Kamerun	19	119	138	x	x	x	x	x
Kenia	60	273	333	7	16	32	23	39
Liberia	x	10	x	x	x	x	x	x
Malaysia	-	-	-	-	-	-	-	-
Malediven	0	0	0	0	0	0	0	0
Mali	x	x	x	x	x	x	x	x
Mauretanien	x	x	x	x	x	x	x	x
Niger	x	x	x	0	0	0	0	0
Nigeria	29	740	769	2	25	50	27	52
Senegal	x	12	x	x	x	x	x	x
Sierra Leone	x	18	x	x	x	12	x	x
Somalia	111	1.230	1.341	110	608	1.216	718	1.326
Sudan	16	91	107	13	37	74	50	87
Tansania	22	29	51	x	x	x	x	x
Togo	x	23	x	0	0	0	0	0
Tschad	x	x	x	x	x	x	x	x
Uganda	36	57	93	0	0	0	0	0
Zentralafrikanische Republik	x	x	x	x	x	x	x	x
Gesamt	865	5.600	6.465	386	1.318	2.637	1.704	3.023

*1 Akkulturationsfaktor 0,5

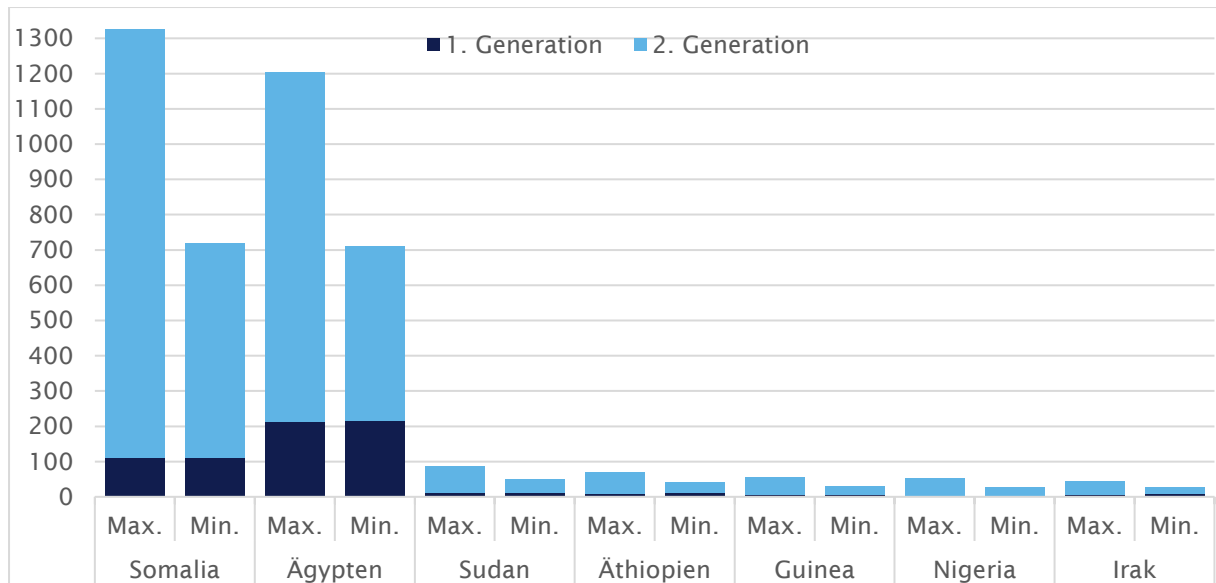
*2 Akkulturationsfaktor 0

x Wertunterdrückung

Da die Berechnung mit Prozentwerten in Dezimalstellen berechnet wird, ergeben sich auch bei der Anzahl an potenziell bedrohten Mädchen Dezimalstellen. Diese werden hier aber in ganzen Personen gerundet dargestellt. Daher kann es zu scheinhaften Fehlern kommen, die durch die Auf- oder Abrundung erklärt werden können.

In der folgenden Abbildung 6 werden die sieben am stärksten vertretenen Länder (Somalia, Ägypten, Sudan, Äthiopien, Nigeria und Irak) im Maximal- und Minimalszenario veranschaulicht.

Abbildung 6: Maximal- und Minimalszenario mit den sieben am stärksten vertretenen Ländern der potenziell bedrohten Mädchen in Österreich



In der folgenden Tabelle 11 wird die Anzahl an potenziell bedrohten Mädchen auf die Bundesländer verteilt dargestellt. Dabei befinden sich die meisten bedrohten Mädchen in Wien, gefolgt von Oberösterreich, Tirol und der Steiermark.

Tabelle 11: Anzahl an potenziell bedrohten Mädchen nach Bundesland

	1. Generation		2. Generation			Gesamt		
	Anzahl Mädchen 0-18 Jahre	Potenziell bedrohte Mädchen	Anzahl Mädchen 0-18 Jahre*	Potenziell bedrohte Mädchen (min.)	Potenziell bedrohte Mädchen (max.)	Anzahl Mädchen 0-18 Jahre	Potenziell bedrohte Mädchen (min.)	Potenziell bedrohte Mädchen (max.)
Wien	1.572	192	4.273	736	1.472	5.845	928	1.664
Niederösterreich	282	22	506	60	121	788	83	143
Oberösterreich	454	45	1.134	145	290	1.588	190	335
Burgenland	43	x	65	8	16	108	x	x
Salzburg	189	14	398	79	157	587	93	171
Steiermark	364	45	878	80	160	1242	125	205
Kärnten	111	9	214	26	52	325	35	61
Tirol	346	32	544	125	250	890	157	282
Vorarlberg	173	26	250	59	118	423	84	143
Gesamt	3.534	386	8.262⁷	1.318	2.637	11.796⁷	1.704	3.023

* Daten verfügbar ab 2008, Anzahl an weiblichen Lebendgeburten 2008-2022 nach Geburtsland der Mutter

x Wertunterdrückung

„Bis 2014 umfasste die Statistik alle in Österreich stattgefundenen Geburten mit Wohnsitz von Müttern in Österreich. Ab dem Berichtsjahr 2015 sind auch im Ausland stattgefundenen Geburten mit Hauptwohnsitz von Müttern in Österreich enthalten. Die regionale Zuordnung der Daten erfolgt nach dem Wohnort der Mutter.“ (Statistik Austria).

Daher ist die Anzahl der Mädchen in Tabelle 10 höher, weil einige Geburten, die im Ausland stattfanden, mitgezählt wurden. Die Daten ausschließlich der in Österreich geborenen Mädchen stehen nicht nach Bundesland zur Verfügung.

Da die Berechnung mit Prozentwerten in Dezimalstellen berechnet wird, ergeben sich auch bei der Anzahl an potenziell bedrohten Mädchen Dezimalstellen.

Diese werden hier aber gerundet dargestellt. Daher kann es zu scheinhaften Fehlern kommen, die durch die Auf- oder Abrundung erklärt werden können.

3.5 Diskussion der statistischen Daten

Die quantitative Studie gibt eine Einschätzung der von FGM/C bedrohten und betroffenen Mädchen und Frauen in Österreich. Die Schätzung ergibt, dass 10.869 Mädchen und Frauen in Österreich potenziell von FGM/C betroffen sind. Für die potenziell von FGM/C bedrohten Mädchen wurde ein Intervall von 1.704 und 3.023 Personen geschätzt. Dies entspricht zwischen 14% und 26% der Anzahl an Mädchen mit Migrationshintergrund in Ländern, in denen FGM praktiziert wird. Die meisten betroffenen Mädchen und Frauen leben in den Bundesländern Wien, Oberösterreich, Steiermark und Tirol. Die Hälfte der Frauen in Österreich, die von FGM/C betroffen sind, stammt schätzungsweise aus Ägypten, ein weiteres Drittel aus Somalia, aber auch Frauen aus einer Vielzahl anderer Länder sind betroffen.

Die vorliegenden Zahlen bieten eine ungefähre Einschätzung von FGM/C in Österreich, allerdings gibt es Einschränkungen sowohl an der Methode generell, als auch der Berechnungen für Österreich. Erstens sind die Daten der 2. Zuwanderungsgeneration für Österreich nur durch die Lebendgeburten von Müttern mit Geburtsland, in denen FGM/C praktiziert wird, abgedeckt und diese Daten sind erst ab 2008 verfügbar. Weiters sind keine Informationen zum Zeitpunkt der Migration oder den Herkunftsregionen in den Geburtsländern verfügbar. In den Niederlanden wird zum Beispiel das Alter bei der Migration und die Herkunftsregion dokumentiert, wodurch noch genauere Einschätzungen möglich sind, da innerhalb der Herkunftsländer die FGM/C Prävalenz sehr schwanken kann [143].

Zahlreiche wissenschaftliche Artikel befassen sich mit der Kritik an der indirekten Einschätzung von FGM/C in europäischen Ländern durch die Extrapolation der Prävalenzdaten in den Ländern, in denen FGM/C dokumentiert wird [144, 154]. Indirekte Prävalenzschätzungen sind demnach wenig präzise. Aufgrund der regional unterschiedlichen Prävalenz von FGM/C kommt es ohne Information der Herkunftsregion von Migrantinnen demnach zu Verzerrungen. Außerdem wird auch die Zuverlässigkeit der Daten in den Ländern, in denen FGM/C dokumentiert wird, angezweifelt [157]. Hinzu kommt, dass die Einflüsse der Migration und Einstellungswandel (Akkulturation) und die Selektivität bei der Migration nicht berücksichtigt werden. Migration ist ein selektiver Prozess und Migrant:innen sind häufig jünger, wohlhabender und gebildeter als die Menschen in ihrem Herkunftsland [158]. Da dies Einfluss auf die FGM/C Betroffenheit haben kann, ist eine Verzerrung bei der Anwendung der Prävalenzdaten auf die Migrationsbevölkerung wahrscheinlich [143].

In einigen europäischen Ländern wurden daher andere Methoden für Einschätzungen verwendet, zum Beispiel Befragungen von Hebammen und anderem Fachpersonal. Allerdings hat auch diese Methode Einschränkungen, zum Beispiel aufgrund der Retrospektive und der Erinnerungsverzerrung sowie der Abhängigkeit vom medizinischen Vorwissen in Bezug auf FGM/C [154].

Mit vorhandenen quantitativen Daten kann eine ungefähre Einschätzung der Lage von FGM/C in Österreich gegeben werden, die durch die qualitativen Ergebnisse der Studie in Kontext gesetzt werden. Betroffene Mädchen und Frauen bedürfen möglicherweise besonderer Gesundheitsversorgung und bedrohte Mädchen sollten als wichtige Zielgruppe von präventiven und schützenden Maßnahmen wahrgenommen werden. Aufgrund der Bevölkerungsstatistik konnten außerdem Schwerpunkte für die nächsten Schritte der Studie gesetzt werden. Basierend auf den quantitativen Ergebnissen wurden Personen aus den größten FGM/C betroffenen Communitys in Österreich, insbesondere Ägypten, Somalia, Nigeria und Irak, bevorzugt für Interviews rekrutiert. Community Leader:innen und Gesundheitspersonal wurden vorwiegend in den Bundesländern mit den größten Bevölkerungsgruppen in Wien, Oberösterreich, Steiermark und Tirol kontaktiert. Andere Bevölkerungsgruppen und Bundesländer wurden auch in der qualitativen Erhebung berücksichtigt, um einen Gesamtüberblick zu erhalten und Menschen miteinzubeziehen, die nicht von der Statistik erfasst werden (z.B. undokumentierte Migrantinnen). Diese Kontextualisierung ist unbedingt notwendig, um die Diskriminierung, Stigmatisierung und Kriminalisierung von bestimmten Personengruppen basierend auf diesen indirekten Einschätzungen der FGM/C Prävalenz zu vermeiden [157].

4 Quantitative Studie: Online-Befragung von Gesundheitspersonal

4.1 Methode

4.1.1 Hintergrund

In Österreich wurden bereits 2005 und 2006 Befragungen von Gesundheitspersonal durchgeführt. Die in 2005 durchgeführte Umfrage von der Plattform StopFGM gemeinsam mit dem Wiener Programm für Frauengesundheit und dem Institut für Kinderrechte und Elternbildung richtete sich an niedergelassene Gynäkolog:innen, Kinderärzt:innen und Hebammen in Wien [159]. Dabei wurden 105 Personen (36 Gynäkolog:innen, 15 Kinderärzt:innen und 49 Hebammen) zu generellen Erfahrungen mit FGM/C sowie Kontakt mit Patientinnen befragt. Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigten einen Bedarf an Einbeziehung von FGM/C in Aus- und Weiterbildung und Bedarf an mehr Detailwissen. Eine weitere Befragung fand 2006 österreichweit im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen in Kooperation mit UNICEF Österreich und der Österreichischen Ärztekammer statt [160]. Dabei wurden sowohl 415 niedergelassene Gynäkolog:innen und Kinderärzt:innen als auch 130 öffentliche Krankenanstalten mit Abteilungen für Gynäkologie und Geburtshilfe und/oder Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde befragt. Der Schwerpunkt dieser Befragung lag auf dem Kontakt mit Patientinnen, wobei 57 niedergelassene Ärzt:innen angaben, in ihrer Praxis eine Patientin mit FGM/C behandelt zu haben [160]. Außerdem wurde 2012, im Rahmen einer Masterarbeit, eine umfassende Befragung von Hebammen mit 138 Teilnehmerinnen durchgeführt [132]. Es wurden Wissensstand und Einstellungen von Hebammen genauso wie Erfahrungen mit betroffenen Frauen abgefragt.

4.1.2 Datenerhebung und Fragebogen

Um die Frage zu beantworten, welches Wissen medizinisches Personal über FGM/C hat und wie betroffene Frauen behandelt werden, führten wir zwischen September 2023 und Februar 2024 eine anonyme online Querschnitt-Befragung mit Gesundheitspersonal durch. Insbesondere sollten Allgemeinmediziner:innen, Gynäkolog:innen, Kinderärzt:innen und Hebammen befragt werden, da dies Berufsgruppen sind, die am häufigsten von FGM/C betroffene Personen behandeln.

Wir erstellten einen Fragebogen angelehnt an frühere Studien in anderen europäischen Ländern [161, 162]. Bei dem Online-Fragebogen sollten vor allem Kenntnisse, Einstellungen und Verhalten erfragt werden. Ein Pretest mit 5 Personen wurde im August 2023 durchgeführt, um den Fragebogen auf Klarheit und Angemessenheit zu testen und entsprechende Anpassungen zu machen.

Der Fragebogen erfasste Informationen zu a) soziodemografischen Merkmalen (Geschlecht, Alter, Beruf, Arbeitsplatz, Bundesland, Arbeitserfahrung), b) Vorkommen von FGM/C in der Aus- und Weiterbildung, c) Selbsteinschätzung des Wissens über FGM/C (kulturelle Aspekte, WHO-Klassifikation, österreichische Gesetzgebung und medizinische Codes des ICD-10), d) Erfahrung mit Patientinnen (Betreuung von Patientinnen aus Ländern, in denen FGM/C praktiziert wird, mit FGM/C verbundene Gesundheitsprobleme, Anzahl an betroffenen Patientinnen). Ein Kommentarfeld am Ende des Fragebogens gab Teilnehmenden die Gelegenheit für Anmerkungen. Durch Filterführung wurden für Befragungspersonen nicht zutreffende Fragen übersprungen und diejenigen Personen gefiltert, die auf eine Frage eine bestimmte Antwort gegeben haben.

Vor Beginn des Fragebogens erhielten Teilnehmende detaillierte Informationen zu ihren Rechten im Zuge dieser Befragung und wurden um ihre Zustimmung gebeten. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig und der Fragebogen konnte jederzeit abgebrochen werden. Die Teilnahme ist anonym, und die

Antworten können prinzipiell nicht auf die Teilnehmenden zurückgeführt werden. Für die Teilnehmenden besteht das Recht auf Auskunft durch die Verantwortlichen an dieser Studie über die erhobenen personenbezogenen Daten sowie das Recht auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung der Daten sowie ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung sowie des Rechts auf Datenübertragbarkeit. Es erfolgte ein Hinweis, dass bei freiwilliger Kontaktaufnahme die Anonymität nicht mehr vollständig gewährleistet werden kann.

4.1.3 Studienpopulation, Distribution und Rekrutierung

Die Studienpopulation waren alle registrierte Allgemeinmediziner:innen, Gynäkolog:innen, Kinderärzt:innen und Hebammen. Laut Ärztestatistik der Österreichischen Ärztekammer gab es (mit Stichtag 31.12.2022) 11.394 Allgemeinmediziner:innen¹⁴, 2.031 Gynäkolog:innen, 1.729 Kinderärzt:innen [163]. Weiters gibt es 2.622 in Österreich berufstätige Hebammen (Stand: Februar 2023) [164].

Der Fragebogen wurde über den SoSci Survey Server der Medizinischen Universität Wien online von Mitte September 2023 bis Mitte Februar 2024 zur Verfügung gestellt. Die Distribution des Fragebogens erfolgte sowohl über Berufsverbände und Organisationen als auch über Aussendung per E-Mail an Ärzt:innen und Hebammen, mit der Bitte, den Fragebogen mit relevanten Kontakten zu teilen. Folgende Organisationen gaben eine positive Rückmeldung zur Aussendung/Verteilung des Fragebogen-Links und führten diese über verschiedene Kanäle durch: Österreichisches Hebammengremium, Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (ÖGGG), Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (ÖGKJ), Österreichischer Dachverband für Opferschutzgruppen im Gesundheits- und Sozialbereich, Plattform für interdisziplinäre Kinder- und Jugendgynäkologie Österreich (PIKÖ), Wiener Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (WIGAM), Salzburger Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (SAGAM), Tiroler Gesellschaft für Allgemeinmedizin (TGAM), Österreichische Ärztekammer, Ärztekammer Niederösterreich, Ärztekammer Kärnten, Ärztekammer Salzburg, Ärztekammer Oberösterreich, Ärztekammer Vorarlberg. Weitere Organisationen wurden angeschrieben, aber gaben keine Rückmeldung oder gaben eine Absage. Von der Ärztekammer Steiermark wurden Mailadressen von relevanten Berufsgruppen angekauft und der Fragebogen-Link zugesendet. Außerdem wurden die österreichischen Krankenhausträger angeschrieben, mit positiver Rückmeldung von der NÖ Landesgesundheitsagentur und der Ordensklinikum Linz GmbH Barmherzige Schwestern. Beim ÖGGG Kongress wurden außerdem Flyer mit QR-Code zum Fragebogen verteilt. Zum Teil fand eine mehrfache Aussendung des Fragebogen-Links statt.

4.1.4 Statistische Analyse

Der Survey wurde mit IBM SPSS Statistics Version 29 ausgewertet. Wir führten eine deskriptive Analyse der Variablen durch und stellen die Ergebnisse durch Häufigkeiten und Prozent dar. Um die Ergebnisse besser zu veranschaulichen, wurden Diagramme und Grafiken mit Microsoft Excel 2021 erstellt. Außerdem wurden Kreuztabellen mit SPSS angefertigt, um die verschiedenen Berufsgruppen vergleichen zu können.

¹⁴ „Viele Ärztinnen und Ärzte haben gleichzeitig mehrere Berufsberechtigungen, also eine Kombination an Berechtigungen. Oft wird eine Berechtigung zum:zur Allgemeinmediziner:in und danach eine weitere Berechtigung zu einem Fach erlangt. Zum Beispiel haben von den 2.031 Personen mit der Berechtigung im Fach GYN, 1.021 Personen ebenso die Berechtigung für Allgemeinmedizin“ [163]; 4.208 Personen haben gleichzeitig eine Berechtigung als Allgemeinmediziner:in und Fachärzt:in.

4.2 Ergebnisse der Online-Befragung

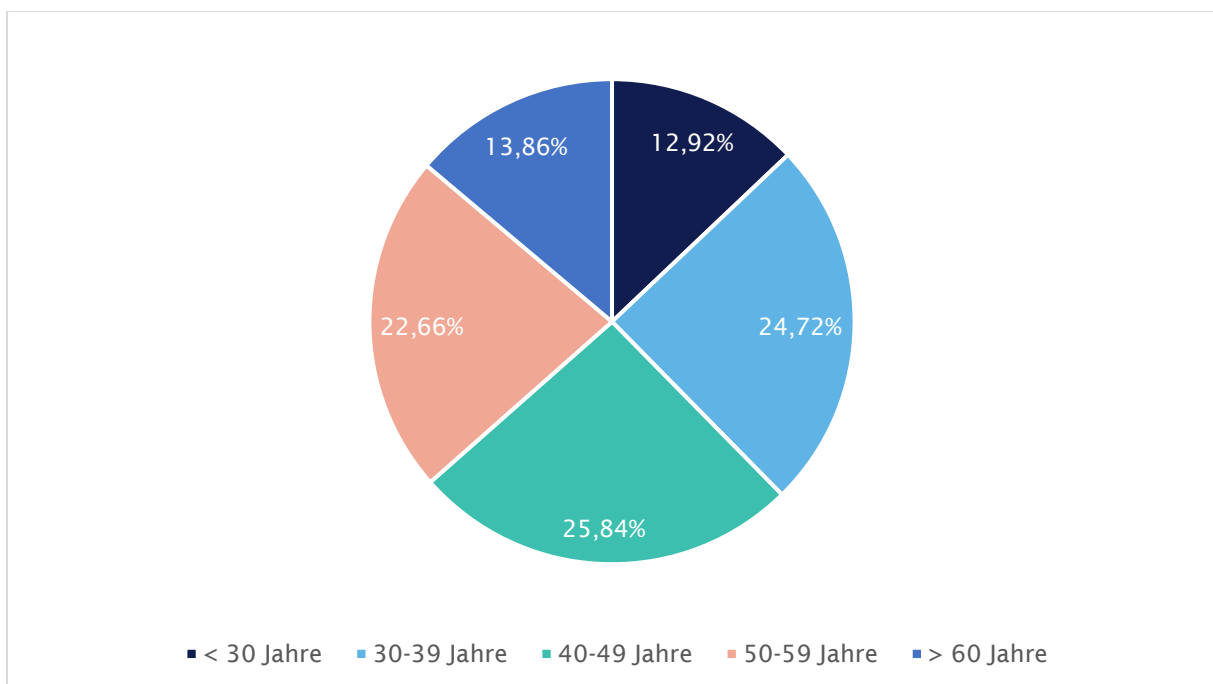
Insgesamt haben 716 Personen den Fragebogen begonnen, allerdings haben 178 von ihnen den Fragebogen nicht bis zum Ende ausgefüllt und wurden von der Analyse ausgeschlossen. Nach einer Datenbereinigung von fehlerhaften Daten ist die endgültige Stichprobe inklusive der 5 Pretests n=537.

4.2.1 Soziodemografische Merkmale

Von den 537 Teilnehmenden waren 429 Frauen und 104 Männer, 2 identifizierten sich als divers, 2 machten keine Angabe zu ihrem Geschlecht.

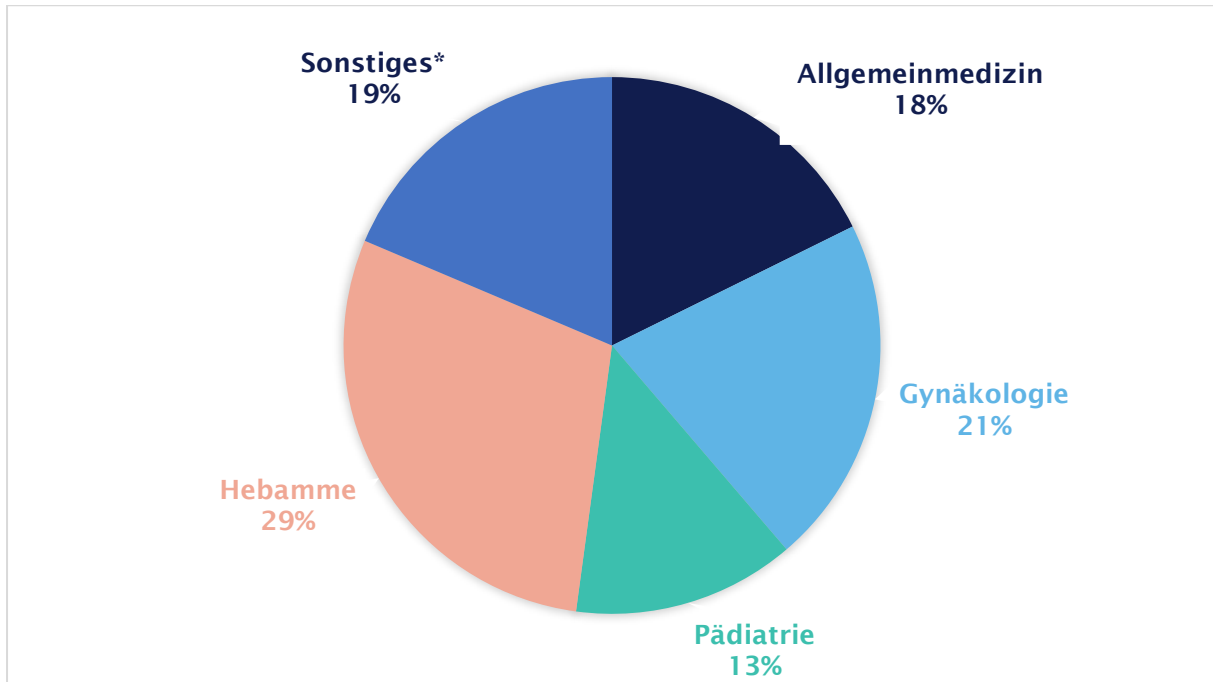
Ein Großteil der Teilnehmenden gehörte der Altersgruppe der 30-49-jährigen an (50,6 %, n=270) (siehe Abbildung 1).

Abbildung 7: Alter der Teilnehmenden (n=534)



Die meisten Teilnehmenden waren Hebammen (29%, n=157) und Gynäkolog:innen (21%, n=113), gefolgt von Sonstigen (19%, n=100), Allgemeinmediziner:innen (18%, n=95), und Kinderärzt:innen (13%, n=72) (siehe Abbildung 8).

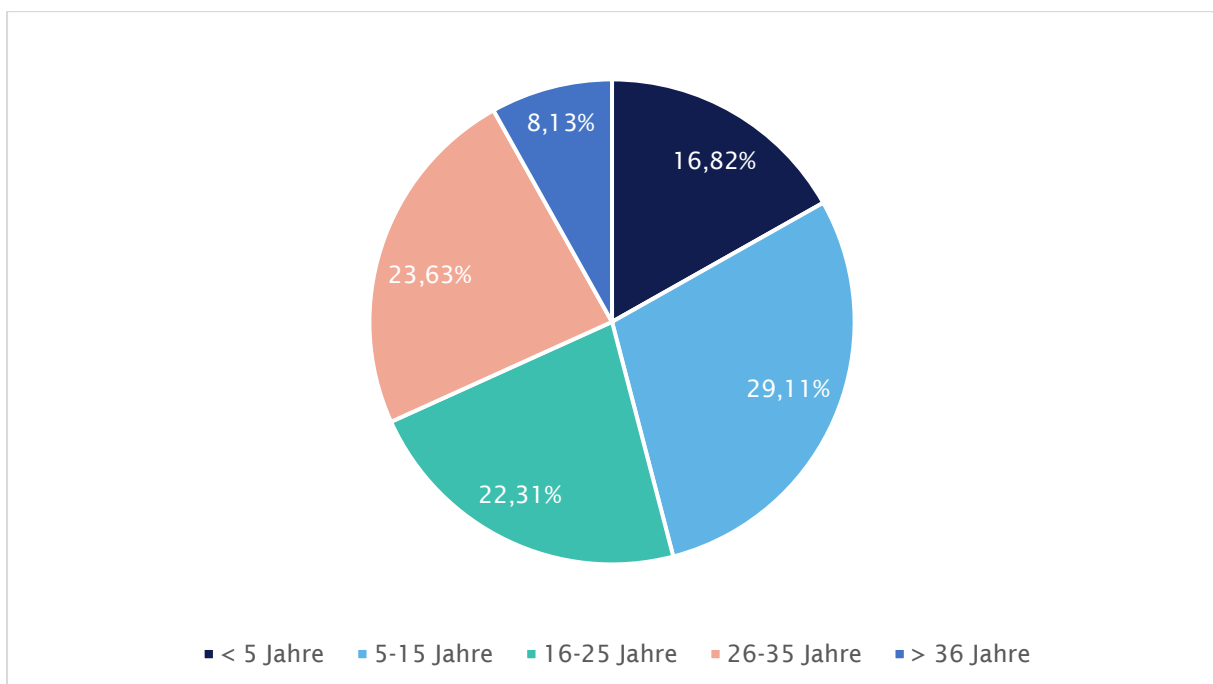
Abbildung 8: Berufsgruppe der Teilnehmenden (n=537)



* Angaben der sonstigen Berufsgruppen: Allgemeinmedizin und Gynäkologie 2, Allgemeinmedizin und Rheumatologie 1, Allgemeinmedizin, Innere Medizin 1, Amtsärztin 1, Anästhesie 14, Arbeitsmedizin 3, Arzt 1, Augenheilkunde 1, Chirurgie 5, Dermatologie 4, Gesunden und Krankenpflege 4, Hebammenstudentin 1, Herz-Gefäßchirurgie 1, HNO 3, in Ausbildung 7, Innere Medizin 14, Kinderchirurgie 2, Neurologie 7, Orthopädie 3, Pathologie 2, Physiotherapie 1, Psychiatrie 5, Pulmologie 2, Radiologin 1, Schulärztin 2, Sozialarbeit 1, Spitalarzt 1, TCM mit Schwerpunkt Gynäkologie 1, und abgeschlossenen Turnus & Ass Pädiatrie 1, Unfallchirurgie 2, Urologie 4, Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie 1

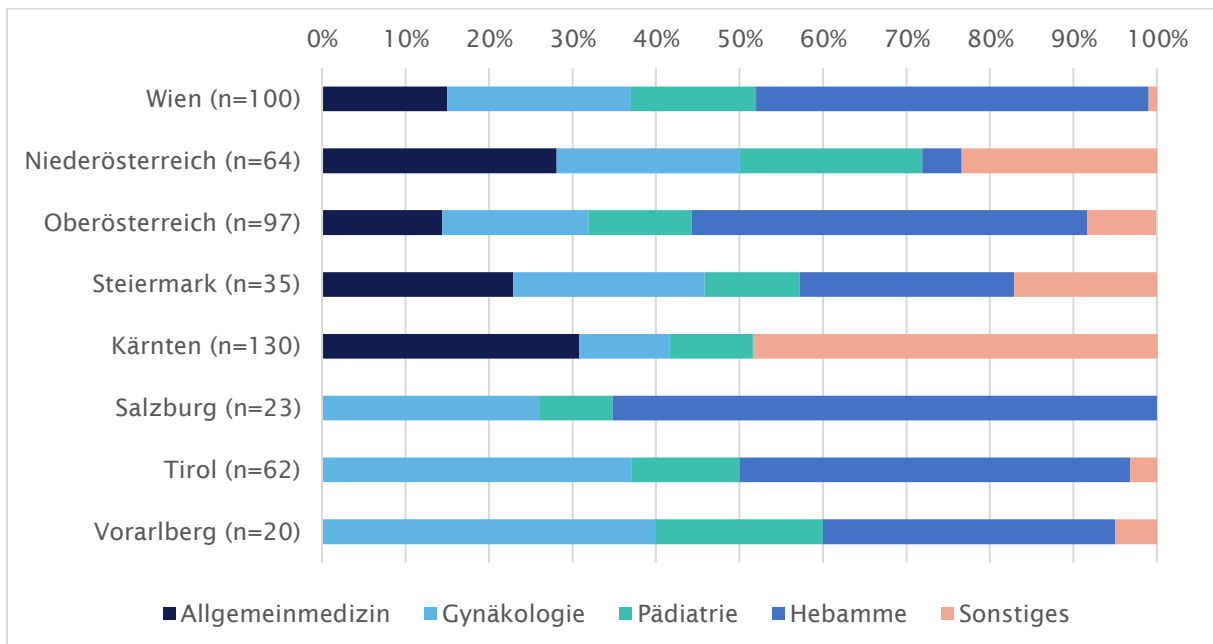
Die Arbeitserfahrung der Teilnehmenden reichte von unter 5 Jahren (16,8%, n=89) bis über 36 Jahre (8,1%, n=43). Die größte Gruppe der Teilnehmenden hatte 5-15 Jahre Arbeitserfahrung (29,1%, n=154) (siehe Abbildung 9).

Abbildung 9: Arbeitserfahrung der Teilnehmenden (n=529)



Mehr als die Hälfte der Teilnehmenden arbeitet im Krankenhaus (63,3%, n=340). Außerdem kommen die meisten Teilnehmenden aus Kärnten (n=130), gefolgt von Wien (n=100) und Oberösterreich (n=97). In Abbildung 10 sind die Teilnehmenden nach Bundesländern und Berufsgruppe dargestellt.

Abbildung 10: Teilnehmende nach Bundesländern und Berufsgruppen (n=531)

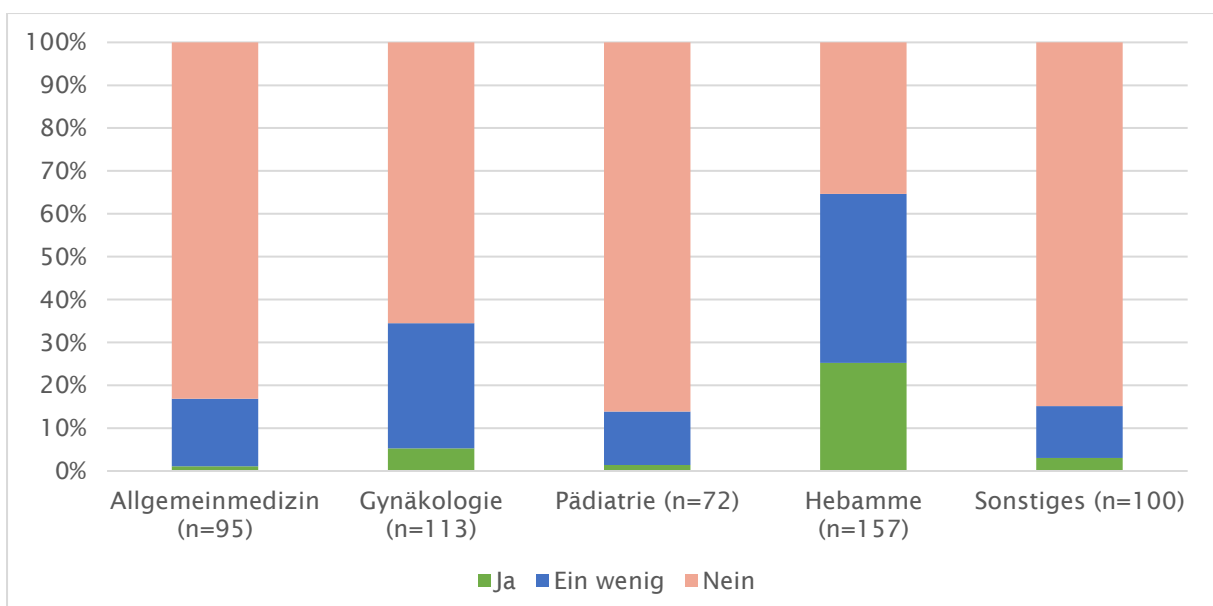


Für eine ausführliche Darstellung der soziodemografischen und beruflichen Merkmale nach Berufsgruppen siehe Tabelle 27 in 8.2Annex Online-Befragung.

4.2.2 FGM/C in der Ausbildung und Selbsteinschätzung des Wissens

Nur 34% (n=182) des befragten Gesundheitspersonals gaben an, dass ihnen während ihrer Berufsausbildung zumindest ein wenig Wissen über FGM/C im Allgemeinen vermittelt wurde: dies waren 35% aller teilnehmenden Gynäkolog:innen, 17% der Allgemeinmediziner:innen, 14% der Kinderärzt:innen und 64% der Hebammen (Abbildung 11).

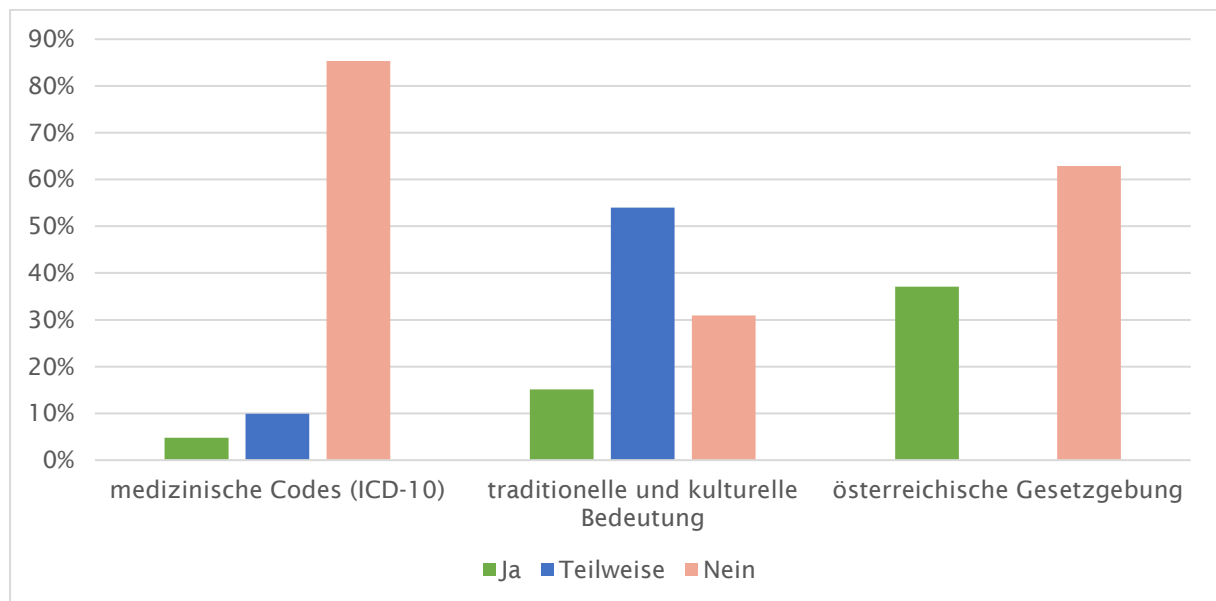
Abbildung 11: FGM/C als Teil der Ausbildung nach Berufsgruppen



Auch nach dem Medizinstudium, während der Facharztausbildung und im Rahmen beruflicher Weiterbildung haben 34,5% (n=39) aller teilnehmenden Gynäkolog:innen keine Ausbildung zu FGM/C erhalten. Insgesamt gaben 18,4% des befragten Gesundheitspersonals an, dass sie sich selbstständig zu gesundheitlichen Folgen und Behandlung weitergebildet haben.

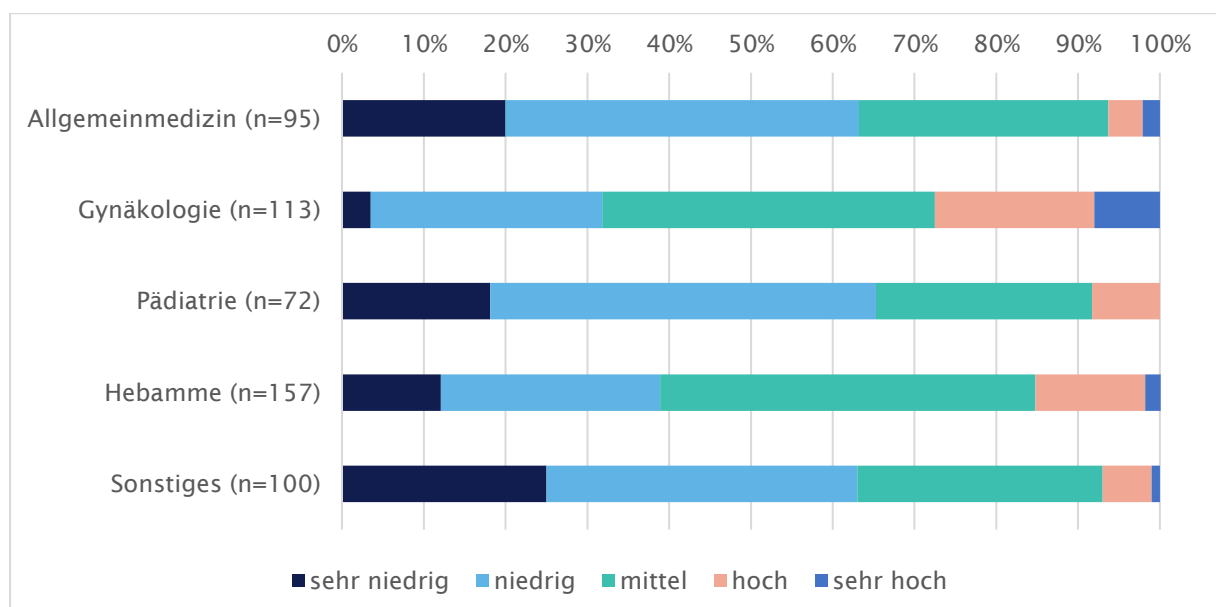
Die meisten Teilnehmenden sind ihren Angaben nach nicht mit der österreichischen Gesetzgebung (63%, n=338) oder den medizinischen Codes des ICD-10 (85%, n= 458) vertraut (Abbildung 12). Allerdings gaben 69% des befragten Gesundheitspersonals an, ausreichend Wissen über die traditionelle und kulturelle Bedeutung von FGM/C zu haben. 88% der Teilnehmenden würden gerne mehr über die Gesetzgebung und 74% über die WHO Typen wissen. Die Aufschlüsselung nach Berufsgruppen befindet sich in 8.2Annex Online-Befragung (Tabelle 28).

Abbildung 12: Wissen zu FGM/C (n=537)



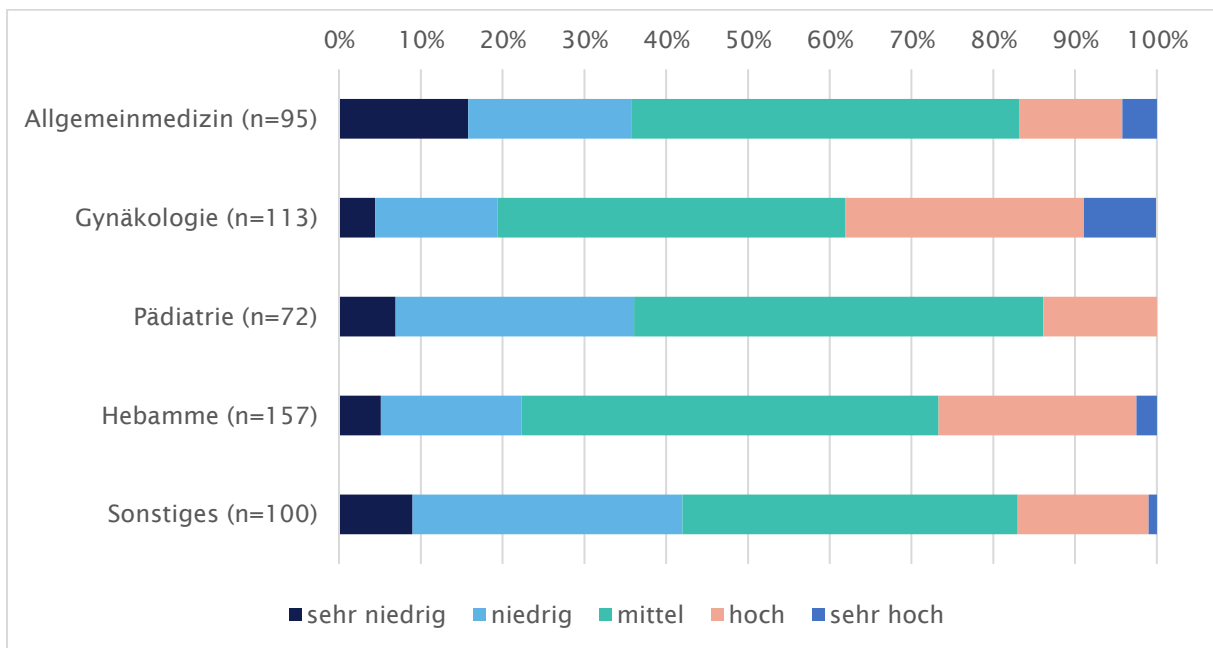
Anhand einer Likert-Skala wurden die Teilnehmenden gebeten, ihr Wissen über das Thema FGM/C und die Gründe für FGM/C von sehr niedrig bis sehr hoch einzuschätzen. Hebammen und Gynäkolog:innen schätzen ihr Wissen zu FGM/C allgemein höher ein als die anderen Berufsgruppen (Abbildung 13).

Abbildung 13: Einschätzung des Wissens zu FGM/C allgemein nach Berufsgruppe



Interessanterweise schätzen die verschiedenen Berufsgruppen ihr Wissen über die Gründe für FGM/C höher ein als ihr Wissen zu FGM/C allgemein (Abbildung 14).

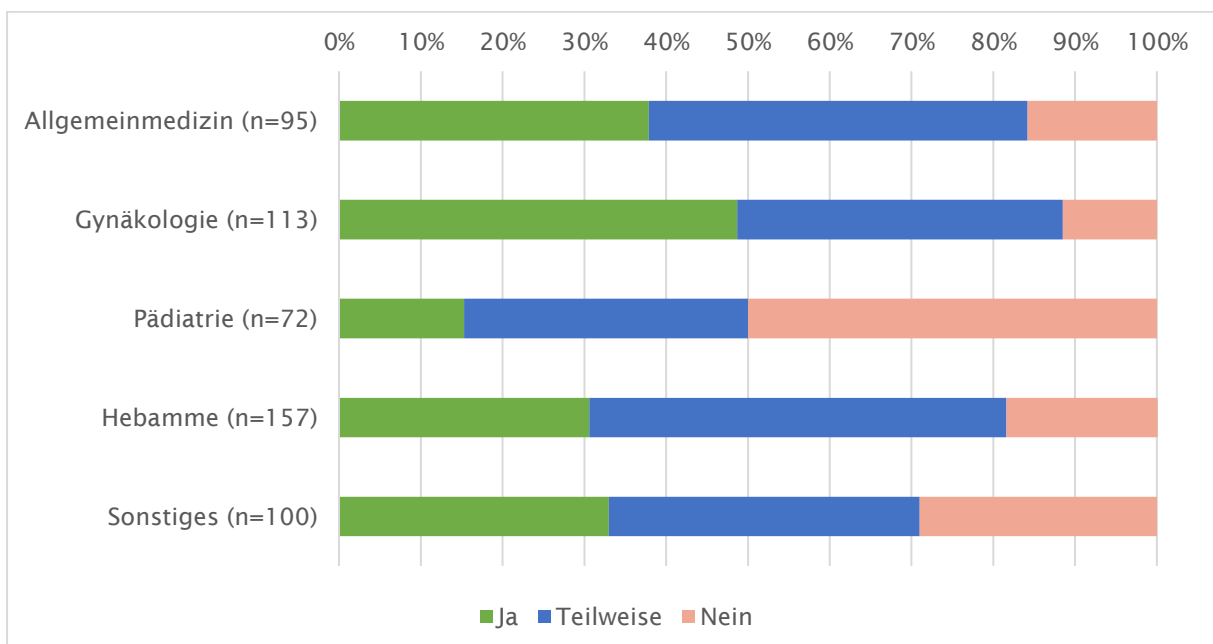
Abbildung 14: Einschätzung des Wissens über die Gründe für FGM/C nach Berufsgruppe



4.2.3 Ansprechen von FGM/C

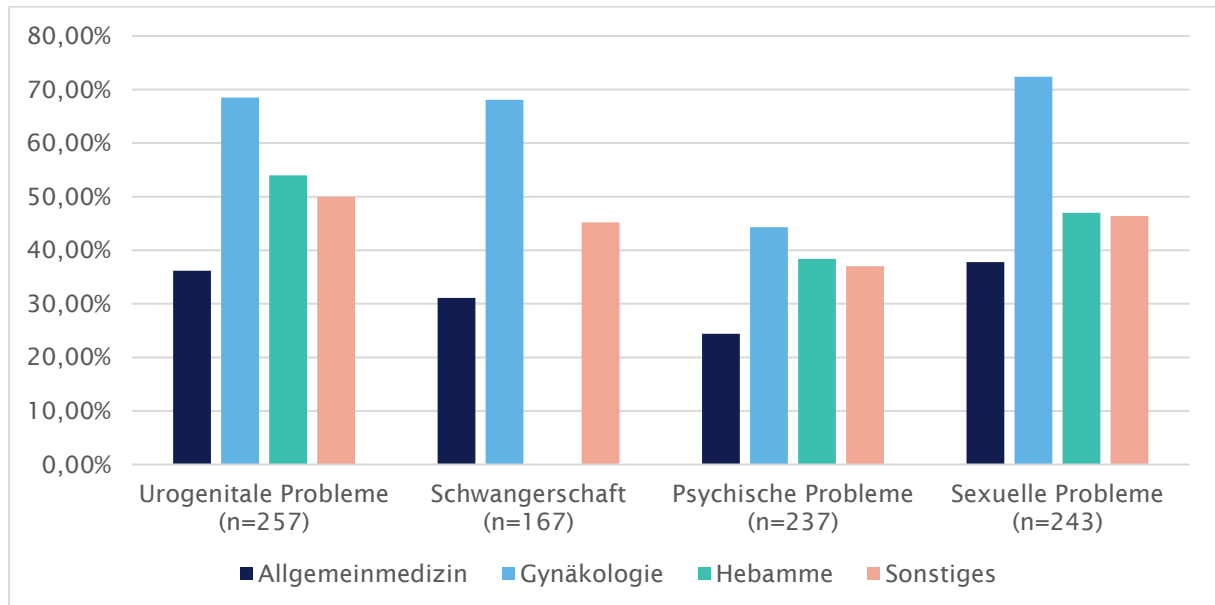
Angelehnt an den Fragebogen von Ziyada, Johansen, et al. [161] wurde im Fragebogen nach dem Komfortlevel im Gespräch mit möglichen Betroffenen gefragt. Dabei gaben anders als erwartet viele Teilnehmende an, kein Problem mit dem Ansprechen auf FGM/C zu haben (siehe Abbildung 15). Jedoch würden sich 50% der Kinderärzt:innen unwohl fühlen, wenn sie mit den Eltern einer möglicherweise betroffenen Patientin sprechen müssten. 86% dieser Kinderärzt:innen fühlen sich nicht wohl aufgrund der Eltern der Patientin und 44% aufgrund von persönlichen Gründen.

Abbildung 15: Gesprächsführung zu FGM/C (n=537)



Zur Nachfrage bei gesundheitlichen Problemen wurden die 328 Teilnehmenden befragt, die Patientinnen aus Ländern, in denen FGM/C praktiziert wird, betreuen (exkl. Kinderärzt:innen). Bei der Frage, ob sie bei den folgenden gesundheitlichen Problemen oder Themen Patientinnen, die aus Ländern, in denen FGM/C praktiziert wird, nach FGM/C fragen, gaben am häufigsten Gynäkolog:innen an nachzufragen. Abbildung 16 zeigt die Nachfrage nach FGM/C bei gesundheitlichen Themen nach Berufsgruppen. Mehr als zwei Drittel der befragten Gynäkolog:innen fragen nach, ob Patientinnen, aus Ländern, in denen FGM/C praktiziert wird, von FGM/C betroffen sind, wenn diese aufgrund von urogenitalen oder sexuellen Problemen oder einer Schwangerschaft zu ihnen kommen.

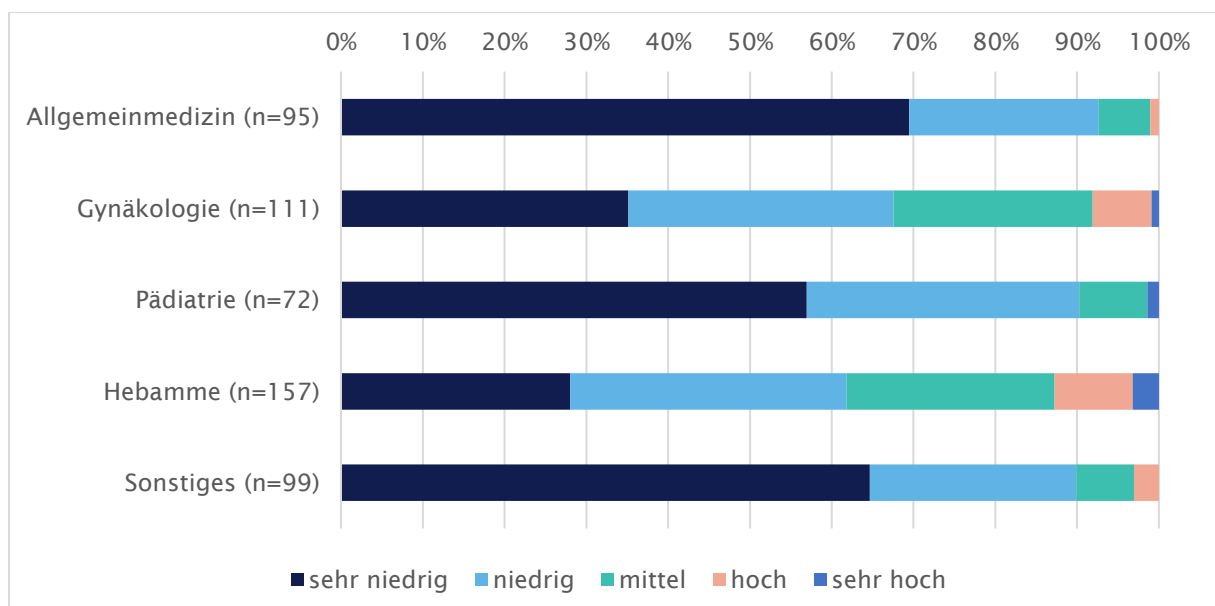
Abbildung 16: Nachfrage nach FGM/C bei unterschiedlichen gesundheitlichen Problemen nach Berufsgruppe



4.2.4 Erfahrung mit FGM/C betroffenen Patientinnen

Grundsätzlich ist zu sagen, dass FGM/C für alle Berufsgruppen eine eher untergeordnete Rolle im Arbeitsalltag spielt (siehe Abbildung 17).

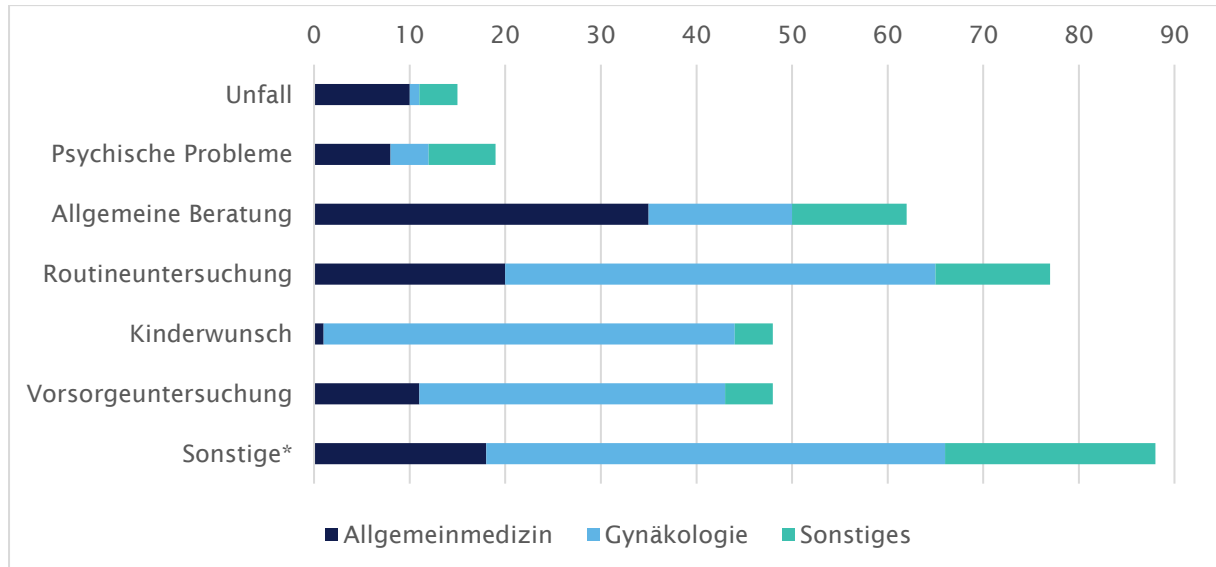
Abbildung 17: Rolle von FGM/C im Alltag nach Berufsgruppe (n=534)



70% (n=328) des befragten Gesundheitspersonals, exkl. Kinderärzt:innen¹⁵ gaben an, dass sie von Patientinnen aus Ländern, in denen FGM/C praktiziert wird, aufgesucht wurden.

Patientinnen kamen aus unterschiedlichen Gründen zu Allgemeinmediziner:innen, Gynäkolog:innen und sonstigen Gesundheitspersonal, am häufigsten zu Routineuntersuchungen und allgemeiner Beratung (siehe Abbildung 18).

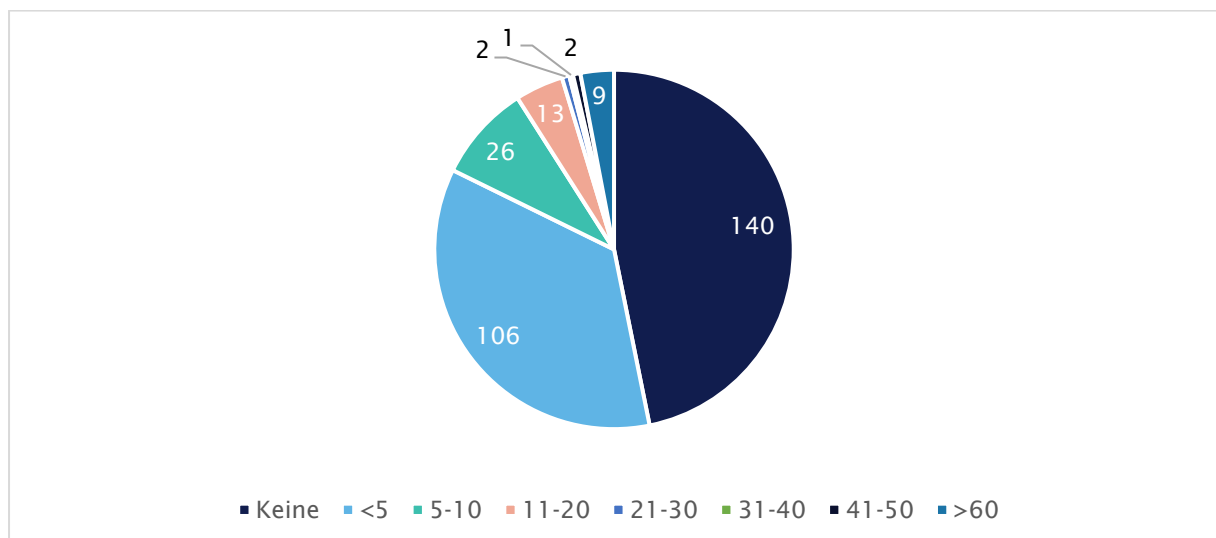
Abbildung 18: Gründe, warum Patientinnen aus Risikoländern zum Arzt kamen (n=204)



*Angabe von sonstigen Gründen: Geburt/Schwangerschaft, Akutfälle

Vom befragten Gesundheitspersonal, das von Patientinnen aus Ländern, in denen FGM/C praktiziert wird, aufgesucht wurde, gaben 48% (n=159) an, in den letzten fünf Jahren zumindest eine Patientin mit FGM/C behandelt zu haben: 72 davon waren Gynäkolog:innen, 71 Hebammen, 9 Allgemeinmediziner:innen und 7 Sonstige. Abbildung 19 stellt die Anzahl an individuellen Patientinnen dar, die ein:e Ärzt:in in den letzten fünf Jahren behandelt hat. 9 Personen (5 Gynäkolog:innen, 4 Hebammen) gaben an über 60 individuelle Patientinnen betreut zu haben, dabei handelt es sich vermutlich um das Gesundheitspersonal in spezialisierten FGM/C Ambulanzen, die es mittlerweile in fast allen Bundesländern gibt.

Abbildung 19: Anzahl individuelle Patientinnen in den letzten 5 Jahren (n=299)



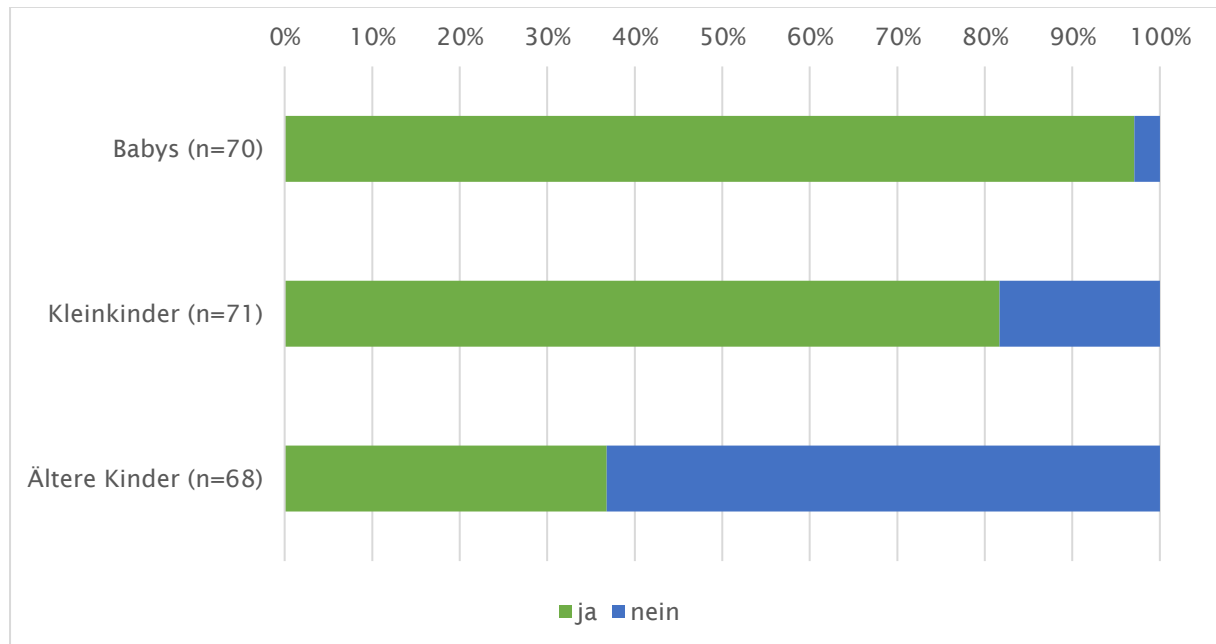
¹⁵ Ergebnisse der Kinderärzt:innen werden weiter unten separat angeführt.

4.2.4.1 Kinderärzt:innen

36 Kinderärzt:innen gaben an, von Familien aus Ländern, in denen FGM/C praktiziert wird, mit ihren Töchtern aufgesucht worden zu sein und weitere 14, dass das vielleicht der Fall war. 11 Kinderärzt:innen gaben an, in den letzten fünf Jahren zumindest eine Konsultation mit einer FGM/C Betroffenen gehabt zu haben.

Bezüglich der routinemäßigen Untersuchung des Genitalbereichs im Allgemeinen zeigt sich, dass Babys in 97,1%, Kleinkinder in 81,7% und ältere Kinder in 36,8% der Fälle untersucht werden (siehe Abbildung 20).

Abbildung 20: routinemäßige Untersuchungen von Kinderärzt:innen



4.2.5 Betreuung von Patientinnen mit FGM/C

Zu den betreuten Mädchen und Frauen gaben die Teilnehmenden folgende Verteilung auf die unterschiedlichen Formen von FGM/C an (siehe Tabelle 12). Am häufigsten sieht Gesundheitspersonal Betroffene mit FGM/C Typ II. Nur 25 Personen gaben an, Patientinnen mit einer FGM/C Typ IV betreut zu haben.

Tabelle 12: Betreute Patientinnen nach FGM/C Typen (Mehrfachantworten möglich)

FGM/C Typ	Anzahl
Typ I	99
Typ II	126
Typ III	98
Typ IV	25

Bezüglich der Behandlung der Patientinnen wurden die Teilnehmenden (exkl. Kinderärzt:innen) gefragt, welche Eingriffe sie einerseits anbieten und zu denen sie andererseits raten (siehe Abbildung 21 und Abbildung 22). 23 Gynäkolog:innen bieten Defibulationen an, 7 Gynäkolog:innen eine Klitorisfreilegung und 8 Gynäkolog:innen führen rekonstruktive Eingriffe an Vulva und Klitoris durch. Auch zwei Teilnehmende der Allgemeinmedizin und eine Person aus einer sonstigen Berufsgruppe gaben an, rekonstruktive Eingriffe durchzuführen.

Abbildung 21: Durchführung von Eingriffen nach Berufsgruppen (n=82)

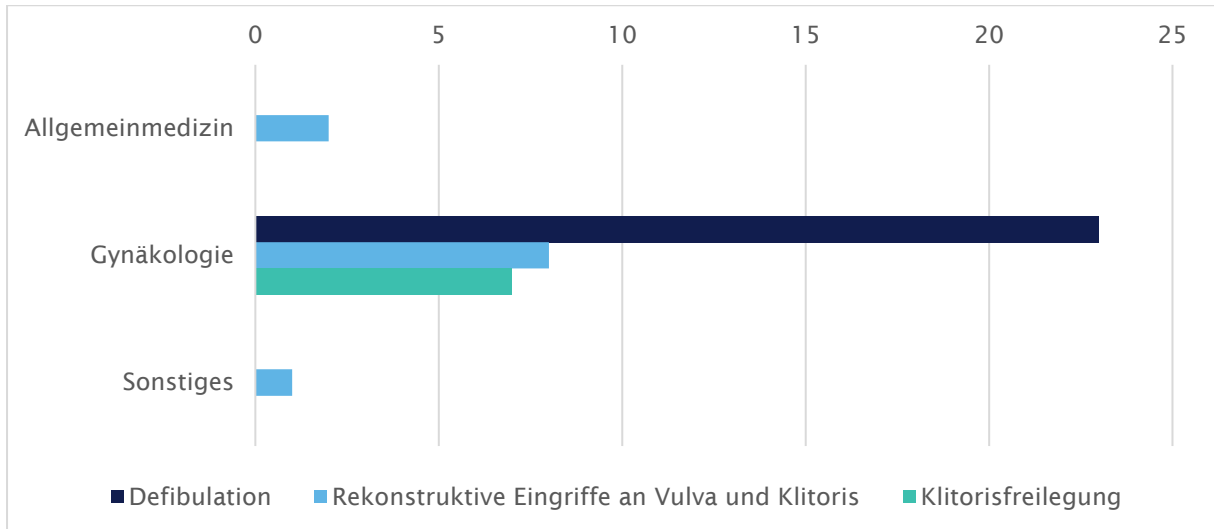
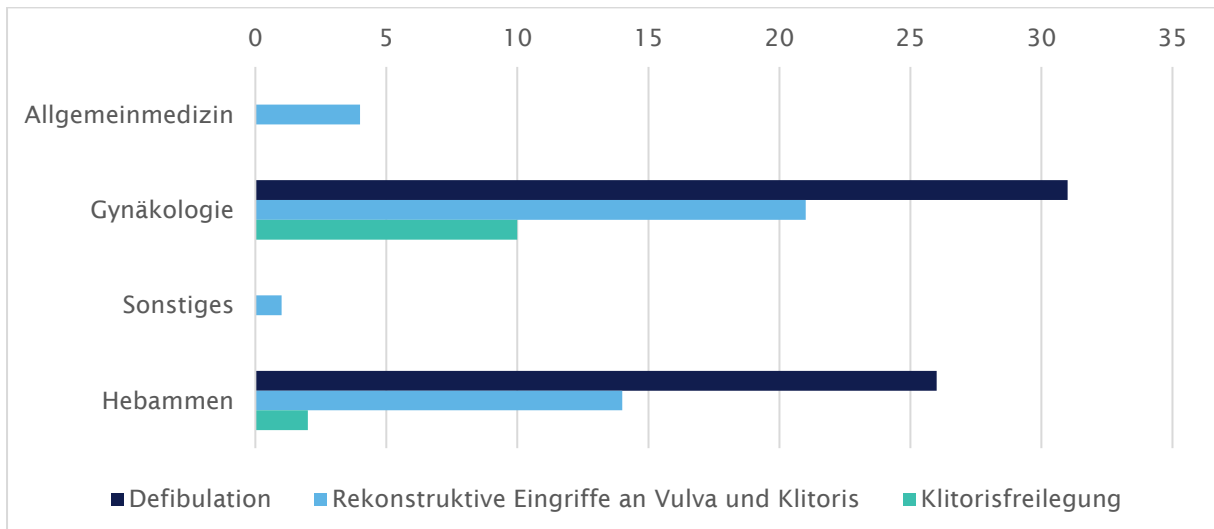
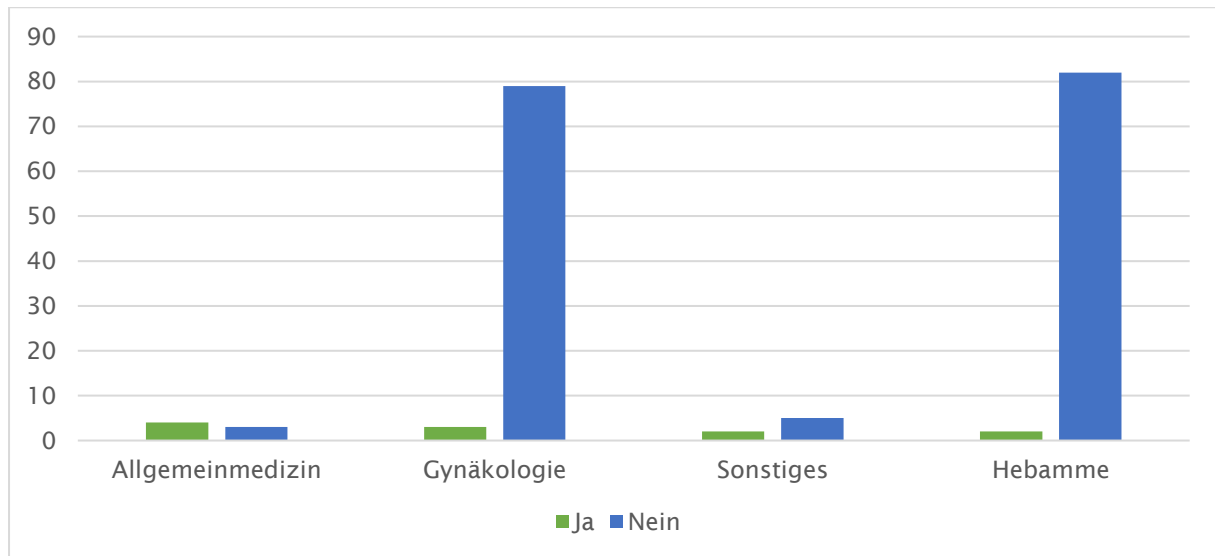


Abbildung 22: Beratung zu Eingriffen nach Berufsgruppen (n=102)



180 Teilnehmende machten eine Angabe in Bezug auf die Frage, ob sie auf jeden Fall zu einem Kaiserschnitt raten, wenn sie eine von FGM/C betroffene Frau zur Geburt betreuen. Der Großteil davon rät nicht in jedem Fall zum Kaiserschnitt, wobei immer noch 11 Personen (6%) in jedem Fall zu einem Kaiserschnitt raten (siehe Abbildung 23).

Abbildung 23: Anraten eines Kaiserschnitts (n=180)



Patientinnen kommen hauptsächlich alleine oder in Begleitung von Partnern zu den befragten Ärzt:innen (siehe Tabelle 13).

Tabelle 13: Begleitung der Patientin (Mehrfachantworten möglich)

Begleitung	Anzahl
Alleine	129
in Begleitung von Partnern	105
in Begleitung von weiblichen Familienangehörigen	58
in Begleitung von Freundinnen	54
in Begleitung einer Sozialarbeiterin einer NGO	33

4.2.6 Anmerkungen der Teilnehmenden

Am Ende des Fragebogens hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit, Kommentare und Anregungen zu verfassen. Dies wurde von 73 Personen in Anspruch genommen, von denen hier Beispiele folgen.

Das Thema Fortbildung wurde mehrfach aufgegriffen:

- „Das Thema FGM/C sollte in allen Gesundheitsberufen in der Ausbildung verankert werden!“
- „Eine DFP Fortbildung zum Thema wäre sehr informativ.“
- „Fortbildung und Aufklärung im Rahmen von Fortbildungen auch im pädiatrischen Bereich sind sehr sinnvoll und von meiner Seite sehr gewünscht.“
- „Ich glaube, über dieses Gebiet sollten spätestens die Turnusärzte bei der Ausbildung aufgeklärt werden“
- „Wenn ich während des Studiums nicht im internationalen Medizinstudenten Verein involviert wäre, wurde ich wahrscheinlich fast nichts wissen, nicht mal die Formen und Länder, wo es praktiziert wird...“
- „Webinar österreichweit zu diesem Thema planen, damit wir Ärzt:innen besser dazu aufgeklärt werden!“
- „Eventuell auch Vorstellung in den Fachzeitschriften.“

- „Kurzer Leitfaden für Ärzte, die keinen regelmäßigen Kontakt mit FGM/C Betroffenen haben, auf was zu achten, wäre sehr hilfreich.“

Außerdem wurde bemerkt, dass FGM/C eher eine geringe Rolle im Arbeitsalltag einnimmt:

- „Ich wundere mich, weshalb wir auf der Urologie nicht mehr Patientinnen mit FGM sehen. Aber Menschen aus besagten Ländern bleiben eher in der Hauptstadt.“
- „Als Kassenarzt gemeinsam mit mehreren Ärztinnen in einer großen Kinderarztpraxis mit hohem Migrantinnenanteil inspizieren wir bei jeder MUKI-Pass Untersuchung von 0-5 Jahren das weibliche Genitale und haben keine einzige FGM diagnostizieren können, auch viele Fortbildungen besucht zu diesem Thema und trotz hoher Sensibilisierung unsererseits finden wir keine Fälle.“
- „Ich habe über die Jahre immer wieder an Fortbildungen zu FGM teilgenommen, arbeite aber in einem Setting, wo ich nicht damit in Kontakt komme (kleines Bezirkskrankenhaus). Leider rutscht damit das Wissen darüber und über die rechtliche Situation immer wieder in den Hintergrund.“
- „Hatte unlängst eine ausführliche Fortbildung zu dem Thema, diese Auffrischung war eindeutig gut, wichtig und interessant, diese Frauen suchen in Wien hauptsächlich einige Krankenhäuser auf (was ebenfalls gut ist, meiner Meinung nach - siehe Fachwissen), aber da ich nicht in einem dieser Häuser arbeite, sehe ich es für meinen beruflichen konkreten Alltag eher als am Rande aktuell, prinzipiell aber sehr wichtig.“

In Bezug auf Hebammen wurde einerseits deren wichtige Rolle, andererseits die beschränkte Handlungsfähigkeit angesprochen:

- „In unserem Krankenhaus obliegt das Vorgehen eigentlich immer den Ärzten, wir als Hebammen sprechen zwar mit den Frauen, aber zur Entscheidungsfindung habe ich meiner Meinung nach zu wenig Wissen trotz Fortbildungen, da kennen sich die Ärzte deutlich besser aus.“
- „Wir Hebammen diagnostizieren nicht und klären nicht auf- dies ist den ÄrztInnen vorbehalten- deshalb raten wir auch nicht zu Kaiserschnitt oder nicht.“
- „Viel Aufklärung ist wichtig! Bitte Hebammen mit Pflichtfortbildungen verpflichten!“

Auch im Hinblick auf Kinderärzt:innen wurde kommentiert:

- „Normalerweise finden bei pädiatrischen Untersuchungen, außer das Kind hat wirklich ein genitales Problem (Vaginitis, Harnwegsinfekt etc.) nach dem Säuglingsalter keine routinemäßigen Untersuchungen des Genitalbereichs mehr statt. Ein möglicher stattgehabter Eingriff ist somit routinemäßig kaum nachvollziehbar.“
- „Patientinnen mit konkreter Fragestellung hierorts (AKH) direkt an der Gynäkologie und unserer FOKUS Gruppe in Betreuung“
- „Wird von Kinderärzten viel zu wenig beachtet.“

Ein Punkt zur Kommunikation bei Begleitung des Partners wurde hervorgehoben:

- „Problematisch ist eventuell, dass viele Frauen aus diesen Ländern mit ihren Männern zu mir kommen. Mit Google Translator schaffe ich aber meist eine gute Kommunikation mit den Frauen, ich versuche sie zu motivieren, alleine zu kommen. Das funktioniert oft, ich werde mich bemühen, das Thema mehr im Blick zu behalten!“
- „Patientinnen, die potenziell davon betroffen sein könnten, kommen meist in Begleitung des Ehemanns, der auch oft die Gesprächsführung übernehmen möchte.“

Ebenfalls wurden weitere Empfehlungen, Wünsche und Überlegungen gemacht:

- „Wir sollten in Österreich auch einen Schutzbrief¹⁶ haben.“
- „Eine intensivere Aufklärung über dieses Thema, nicht nur Personal, das im medizinischen Bereich tätig ist, sondern auch der gesamten Bevölkerung wäre wünschenswert.“

¹⁶ Siehe <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/schutzbrief-gegen-weibliche-genitalverstuemmelung-179280>

- „FGM/C ist ein Thema in meinem Arbeitsalltag, wobei Aufklärung und Information der Eltern im Vordergrund steht.“
- „Finde sehr wichtig, dass dieses Thema enttabuisiert wird.“
- „Ich empfehle eine direkte Beratung der Frauen in den Wohnheimen (z.B. von SOS Mitmensch) oder über die Gemeinden, da die meisten keinen eigenen Frauenarzt haben und auch nicht wissen, wie z.B. in Österreich das Gesundheitssystem organisiert ist.“
- „Rücksprache mit Spezialisten ist essenziell, welche SOPs Sinn machen, und wie schrittweise die Awareness erhöht werden kann, ohne eine Stigmatisierung zu erreichen. Es gibt viel mehr Kinder und Frauen mit FGM, als man denkt.“
- „Keine Informationen im Haus bzgl. adäquaten rechtlichen Vorgehen - auch nicht nach Kontaktierung der Kinderschutzgruppe.“
- „Kulturelles Umdenken wäre erforderlich: Eltern/Mütter, die FGM/C für ihre Töchter organisieren, tun dies, weil sie sich als verantwortungsvoll sehen - es ist positiv behaftet. Betroffene (aus Somalia), die ich erlebt habe, hatten eher Sorge, ob im Fall einer versuchten Vergewaltigung FGM/C noch aufrecht war bzw. kamen mit der Bitte um einen operativen Eingriff im Fall einer Heirat/Schwangerschaft.“
- „Meine sehr wenigen Patientinnen nach FGM ging es klinisch ausnahmslos gut, sie hatten keine Beschwerden, sie waren zufrieden, es war normal für sie. Sehe daher keinen Bedarf, ihnen eine OP - welche auch zu Komplikationen führen kann - einzureden. Auch wenn ich persönlich extrem gegen eine FGM-OP bin.“
- „Der in Österreich immer häufiger durchgeführte Eingriff der ‚Labienkorrektur‘ fällt streng genommen unter FGM IV, es ist ein nicht medizinisch indizierter Eingriff, der aufgrund von Schönheitsidealen und kulturellen und technischen Veränderungen (Intimrasur, Pornographie, usw.) zunimmt. Eine kritische Auseinandersetzung mit diesen Entwicklungen wäre sehr notwendig und wünschenswert! Es betrifft nicht nur die anderen! Noch wird die Labienkorrektur auch von der Krankenkasse bezahlt, obwohl es ein schönheitschirurgischer Eingriff ohne medizinische Indikation ist und manchmal sogar negative medizinische Folgen hat. Dies muss unbedingt geändert werden!“

4.3 Zusammenfassung und Diskussion der Online-Befragung

Die quantitative Studie untersuchte das Vorkommen von FGM/C in der Aus- und Weiterbildung, Selbsteinschätzung des Wissens und Erfahrungen mit von FGM/C betroffenen Patientinnen unter 537 Gesundheitsfachkräften. Die Ergebnisse der Online-Befragung zeigen die Wissenslücken des Gesundheitspersonals im Hinblick auf FGM/C. Nur ein Drittel der Teilnehmenden erhielten Training zu FGM/C in ihrer Ausbildung, ein geringerer Anteil als in Studien aus anderen Ländern [161, 165, 166]. Ein großer Teil des befragten Gesundheitspersonals kennt weder die österreichische Gesetzgebung (63%) noch die medizinischen Codes (85%) für FGM/C. Außerdem gaben drei Viertel des befragten Gesundheitspersonals an, ein Bedürfnis nach mehr Wissen zur rechtlichen Lage und den FGM/C Typen der WHO zu haben. Diese Ergebnisse decken sich mit anderen Studien zum Wissen über WHO-Typologie, Gesetzeslage und medizinischen Codes [161, 167-170].

Die Befragung umfasste eine Selbsteinschätzung des Wissens und Gesundheitspersonal wurde nicht auf das tatsächliche Wissen geprüft. Frühere Studien deuten darauf hin, dass Gesundheitspersonal das Wissen zu FGM/C überschätzt [167, 169]. Daher ist es möglich, dass das tatsächliche Wissen des Gesundheitspersonals noch niedriger ausfällt, als die Ergebnisse der Befragung zeigen. Eine gezielte Wissensabfrage könnte in zukünftige Befragungen miteinfließen, zum Beispiel empfehlen Abdulcadir, Say, et al. [171] Fortbildungen für Gesundheitspersonal mit einer Befragung davor und danach zu begleiten, um den Effekt von Fortbildungen nachvollziehen zu können.

Die Ergebnisse der Umfrage zeigen den Bedarf für vermehrte Fortbildung für Gesundheitspersonal. Gerade die kultursensible Gesprächsführung, insbesondere von Kinderärzt:innen, muss gestärkt werden

und das Abschätzen von Risiken verbessert werden. Während 70% des Gesundheitspersonals angibt, Kontakt mit Patientinnen aus Ländern, in denen FGM/C praktiziert wird, zu haben, fragen sie nicht immer nach, wenn Gesundheitsprobleme, die in Zusammenhang mit FGM/C stehen können, vorkommen. Während FGM/C eine geringe Rolle im Arbeitsalltag des befragten Gesundheitspersonals spielt, ist es wichtig, Abläufe und Anlaufstellen sowie mögliche kurative Eingriffe zu kennen und auf diese zu verweisen.

Die hohe Anzahl an Teilnehmenden aus sonstigen Berufsgruppen (vor allem aus dem Bundesland Kärnten) beeinflusst die Ergebnisse, durch die Auswertung nach Berufsgruppen können aber Verfälschungen der Daten vermieden werden. Außerdem kann man davon ausgehen, dass eine Stichprobenverzerrung vorliegt, da die Teilnahmebereitschaft von Personen mit Interesse an FGM/C höher sein wird. Die durchgeführte Befragung war auf medizinisches Personal ausgerichtet, eine Ausweitung auf andere Berufsgruppen aus der Sozialarbeit, Psychologie und Recht sowie dem Pflegebereich und andere Mitglieder der Opferschutzgruppen ist empfehlenswert, um die Kenntnisse und Wissenslücke auch in anderen Bereichen beurteilen zu können.

Die Ergebnisse des Fragebogens stimmen mit Studien aus anderen europäischen Ländern überein, die das mangelnde Wissen des Gesundheitspersonals zu FGM/C aufzeigen. In den letzten Jahrzehnten untersuchten einige Studien das Wissen und die Fähigkeiten von Gesundheitspersonal in Bezug auf FGM/C. In Spanien wurden, zum Beispiel, in zwei Regionen Umfragen mit Gesundheitspersonal durchgeführt, die große Wissenslücken in den unterschiedlichen Bereichen verdeutlichen [167, 170]. In beiden Studien wurde auch nach vorhandenen Handlungsprotokollen bei FGM/C gefragt, wobei nur weniger als 10 % des Gesundheitspersonals darüber Bescheid wussten. In Norwegen und England wurden mit Hilfe von Fragebögen der Wissenstand von Primärversorger:innen über FGM/C abgefragt und für ungenügend erachtet [161, 172]. Darüber hinaus identifiziert ein Review über die Einbeziehung des Gesundheitssektors in den Umgang mit FGM/C in 30 Ländern die Stärkung der systematischen Ausbildung von Gesundheitspersonal als einen von fünf Verbesserungsbereichen. [173].

Mittlerweile wird auf EU-Ebene ein Online-Training entwickelt (FGM E-CAMPUS: E-Learning Portal for Professionals to End FGM in Europe¹⁷) und auch die WHO hat bereits Leitfäden zu dem Thema entwickelt [35], die an den österreichischen Kontext angepasst werden können, um das Wissen des Gesundheitspersonals zu verbessern.

¹⁷ Siehe <https://www.endfgm.eu/what-we-do/end-fgm-e-campus-project/>

5 Qualitative Studie mit Personen aus betroffenen Communitys und Gesundheitspersonal

5.1 Methode

5.1.1 Semistrukturierte Interviews

Im Rahmen des qualitativen Forschungsteils dieser Studie wurden semistrukturierte Interviews mit Frauen und Männern sowie mit Community Leader:innen aus unterschiedlichen potenziell betroffenen Communitys durchgeführt. Eine weitere Gruppe war Gesundheitspersonal, das mit betroffenen und bedrohten Mädchen und Frauen in Berührung kommt.

Semistrukturierte Interviews beinhalten eine allgemeine Reihe von Themen und Fragen, die vorgegeben werden, aber die Teilnehmenden können die relative Bedeutung jedes Themas und die Art der produzierten Informationen beeinflussen [174]. Der Wortlaut und die Reihenfolge der Fragen kann geändert werden, und die Interviews bieten Raum für Folgefragen und offene Antworten der Teilnehmenden [174].

Für die semistrukturierten Einzelinterviews wurden vier unterschiedliche, jedoch thematisch ähnliche Leitfäden verwendet, die jeweils sowohl dem Geschlecht, als auch der Perspektive der interviewten Person angepasst waren. Diese vier Interviewleitfäden für Frauen, Männer, Community Leader:innen und Gesundheitspersonal wurden auf Basis von Literaturrecherche, vorangegangenen Projekten der Projektleiterin und in Zusammenarbeit mit FEM Süd erstellt.

Projektmitarbeiterinnen der Medizinischen Universität Wien rekrutierten und interviewten Personen aus FGM/C betroffenen Communitys, Community Leader:innen und Gesundheitspersonal in mehreren Bundesländern. Nach vorangegangener Internetrecherche wurde Gesundheitspersonal in den unterschiedlichen Bundesländern per E-Mail oder Telefon kontaktiert und für ein Interview eingeladen. Durch diese Kontakte wurden nach dem sogenannten Schneeballprinzip weitere Gesundheitsfachkräfte gefunden. Für die weitere Rekrutierung und Durchführung von Interviews mit Personen aus betroffenen Communitys und Community Leader:innen wurde mit der Organisation FEM Süd zusammengearbeitet.

Die Interviews wurden jeweils nach Bedarf und Wunsch der Teilnehmenden in Arabisch, Somali, Englisch, oder Deutsch geführt. Die Gespräche fanden entweder an einem Ort der Wahl der Teilnehmenden, online oder telefonisch statt. Interviewteilnehmende aus betroffenen Communitys und Community Leader:innen erhielten im Anschluss an das Gespräch eine Aufwandsentschädigung in der Form von Supermarkt-Gutscheinen.

5.1.2 Studienpopulation

Basierend auf der Prävalenzschätzung wurden Personen aus den größten FGM/C betroffenen Communitys in Österreich, insbesondere Ägypten, Somalia, Nigeria und Irak, bevorzugt für Interviews rekrutiert. Die Teilnehmenden wurden vor allem in den Bundesländern mit den größten relevanten Bevölkerungsgruppen (insbesondere Wien, Oberösterreich, Steiermark, und Tirol) rekrutiert. Die Einschlusskriterien für Personen aus von FGM/C betroffenen Communitys waren Frauen und Männer der ersten und zweiten Generation (sowie gegebenenfalls Nachfolgegenerationen) über 18 Jahre. Es wurde ein Augenmerk auf verschiedene soziale Merkmale (z.B. Alter, Geschlecht, Bildungsgrad, Ausbildung, Herkunftsland) gelegt. Der jeweilige FGM/C Status von weiblichen Teilnehmerinnen war kein Ein- oder Ausschlusskriterium, da die vorherrschenden sozialen Normen für alle Personen gleichermaßen von Bedeutung sind – selbst wenn die Praktik FGM/C nicht durchgeführt wurde.

Die Einschlusskriterien für das Gesundheitspersonal war die Tätigkeit im Gesundheitsbereich und Erfahrung in der Arbeit mit von FGM/C betroffenen Personen. Es wurden vor allem die Gynäkolog:innen, die in FGM/C Ambulanzen in den Bundesländern tätig sind, befragt. Aber auch andere gesundheitliche Anlaufstellen, die durch Recherche und Empfehlungen genannt wurden, wurden involviert.

5.1.3 Informed Consent und Datenverarbeitung

Alle Teilnehmenden wurden vor den Interviews über das Forschungsprojekt und dessen Ziele sowie die Datenverarbeitung informiert und unterschrieben eine Einverständniserklärung, von der sie eine Kopie behielten. Die Teilnahme war freiwillig und Teilnehmende konnten die Beantwortung von Fragen verweigern und ihre Teilnahme jederzeit ohne Konsequenzen oder Angabe von Gründen zurückziehen. Die Teilnehmenden wurden pseudonymisiert und nur das Forschungsteam hat Zugang zu den Daten. Alle digitalen und gedruckten Materialien (Einverständniserklärungen, Audioaufnahmen, Transkripte) werden an einem sicheren Ort aufbewahrt (auf dem passwortgeschützten Cloud-Server der Medizinischen Universität Wien oder in einem verschließbaren Kasten im Büro der Projektleitung) und sind nur dem Projektteam zugänglich. Wenn die Analyse fertiggestellt wurde, werden alle Audiofiles gelöscht. Die Einwilligungserklärungen werden nach 7 Jahren zerstört. Die Audiofiles werden ausschließlich unter dem Codenamen gespeichert und sowohl bei den Transkripten, als auch bei der Analyse werden ausschließlich diese Codenamen verwendet. Alle Referenzen über Personen oder Orte, die einen Hinweis auf die Identität von Personen geben könnten, werden in den Transkripten und allen Berichten und Publikationen pseudonymisiert.

5.1.4 Transkription und Analyse

Die Interviews wurden mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet, anschließend transkribiert und bei Bedarf ins Deutsche oder Englische übersetzt. Die Transkription und Übersetzung der Interviews wurden von einer Projektmitarbeiterin der Medizinischen Universität Wien (Somali, Arabisch) und verschiedenen Subauftragnehmern (Transkriptionsbüro, Somali-Übersetzer, Arabisch-Übersetzerinnen) durchgeführt. Teilweise wurde auch die KI-Software Amberscript verwendet. Die von Amberscript erstellten Transkripte wurden anschließend von einer Projektmitarbeiterin korrigiert. Auszüge aus den englischen Transkripten wurden für diesen Bericht ins Deutsche übersetzt.

Die Daten wurden nach der reflexiven thematischen Analyse von Braun und Clarke [175] analysiert. Die Transkripte wurden in die qualitative Datenanalyse-Software Atlas.ti importiert und codiert. Nachdem erste Codes erstellt wurden, wurden diese im Forschungsteam diskutiert, weiterentwickelt und in größere Themen und Unterkategorien gruppiert. Es wurde ein abduktiver Ansatz gewählt, der sowohl induktives Kodieren auf der Grundlage der Daten und deduktives Kodieren auf der Grundlage theoretischer Grundlagen beinhaltet [176]. Es ist festzuhalten, dass die qualitative Analyse einen subjektiven Prozess darstellt, da die Themen durch die Auseinandersetzung der Forscher:innen mit den Daten entstehen [175].

5.2 Ergebnisse der qualitativen Studie

Nachfolgend werden die Ergebnisse der qualitativen Studie präsentiert und diskutiert. Im ersten Abschnitt wird die Perspektive der betroffenen Communitys dargestellt und sowohl auf die Einstellungen und Ansichten zu FGM/C als auch die Erfahrungen im österreichischen Gesundheitssystem und Aufklärungsarbeit und Handlungsbedarf eingegangen. Darauf folgt die Wahrnehmung des Gesundheitspersonals im Hinblick auf FGM/C und dem Umgang mit betroffenen Frauen. Im letzten Abschnitt werden die Aussagen der beiden Gruppen zusammengeführt.

5.2.1 Betroffene Communitys

Insgesamt wurden 105 Personen aus unterschiedlichen betroffenen Communitys interviewt. Davon waren 52 Frauen, 24 Männer und 29 Community Leader:innen (21 Frauen und 8 Männer)¹⁸. Die Interviews wurden vor allem in Wien durchgeführt, aber auch in allen anderen Bundesländern wurden Interviews gehalten (siehe Tabelle 14). Die Gespräche wurden mit Personen aus den folgenden, unterschiedlichen Ländern geführt: Somalia, Ägypten, Sudan, Nigeria, Irak, Jemen, Ghana, Burkina Faso, Kamerun, Kenia, Mali, Sierra Leone, Syrien, Äthiopien, Guinea, Ruanda (siehe

Tabelle 15). Aufgrund der Prävalenzeinschätzung wurden vor allem Personen aus Somalia und Ägypten interviewt, da dies die Geburtsländer sind, die in Österreich hinsichtlich FGM/C betroffener Personen am stärksten vertreten sind. Personen unterschiedlichen Alters und Zuwanderungsgenerationen wurden befragt. Eine Detailübersicht der Teilnehmenden aus betroffenen Communitys befindet sich im Annex Qualitative Studie.

Tabelle 14: Anzahl der durchgeführten Interviews pro Bundesland

Bundesland	Anzahl (N=105)
Wien	57
Niederösterreich	3
Oberösterreich	7
Burgenland	1
Steiermark	12
Kärnten	1
Salzburg	8
Tirol	12
Vorarlberg	4

Tabelle 15: Anzahl der durchgeführten Interviews nach Herkunftsland

Herkunftslander	Anzahl (N=105)
Somalia	49
Ägypten	12
Sudan	13
Nigeria	8
Irak	9
Kenia	2
Syrien	2
Äthiopien, Eritrea, Jemen, Ghana, Burkina Faso, Guinea, Mali, Kamerun, Ruanda, Sierra Leone	10

¹⁸ Bei Interviewzitatzen wird im Folgenden „F“ für weibliche Interviewpartnerinnen, „M“ für männliche Interviewpartner, und „C“ für Community Leader:in jeweils mit der Nummer des Interviews angegeben (siehe Annex Qualitative Studie).

5.2.1.1 Begründungen für FGM/C

Die Teilnehmenden erklärten die unterschiedlichen Begriffe und Begründungen für FGM/C und sprachen über diverse Einflussfaktoren und ihre persönlichen Einstellungen. Im Rahmen der Interviews teilten viele der interviewten Frauen auch ihre persönlichen Geschichten von FGM/C und die Erinnerungen an das Erlebnis. Für FGM/C wurden viele unterschiedliche Begriffe verwendet (u.a. Tahara, Tohoor, Khetan (Sudan, Ägypten), Gudniin, Halalays (Somalia), ikola, didabe fun omobirin (Nigeria), circumcision, excision) und es wird in den verschiedenen Herkunftsregionen der Interviewten auf unterschiedliche Weise durchgeführt.

Die Begründungen für FGM/C sind je nach Community und auch innerhalb der einzelnen Communitys sehr unterschiedlich. Die am häufigsten genannten Gründe sind die Kontrolle der Sexualität, FGM/C als soziale Norm, Reinheit, Schutzfunktion, das Folgen von Traditionen, und FGM/C als Voraussetzung für eine Ehe. Hierbei ist es wichtig anzumerken, dass dies nicht unbedingt die persönliche Meinung der Teilnehmenden widerspiegelt, sondern die gängigen Begründungen in ihren Communitys darstellen. Vor allem die Kontrolle der Sexualität wurde von den Teilnehmenden hervorgehoben, nämlich, dass FGM/C durchgeführt wird, um das sexuelle Verlangen von Mädchen zu unterbinden, damit sie keinen Sex vor der Ehe haben und in der Ehe nicht fremdgehen:

„Es gibt auch Leute, die glauben, dass dies ihren Mädchen Keuschheit verleiht und auch eine mögliche Bestätigung während der Ehe ist, dass sie vor der Ehe keinen Geschlechtsverkehr hatte.“ - M8

Teilnehmende sprachen davon, dass nur Frauen mit FGM/C heiraten können, allerdings trifft das nicht in allen Communitys zu. FGM/C wird jedoch generell als Norm angesehen und es herrscht großer sozialer Druck FGM/C durchzuführen, um sozial dazuzugehören. Es wurde thematisiert, dass Familien in diesem Belangen zum Teil starkem sozialen Druck ausgesetzt sind. Mütter wollen ihre Töchter davor beschützen soziale Außenseiterinnen zu sein oder zu werden.

„Ich denke, es ist die Community. Es geht nicht um den Vater oder die Mutter, es geht um die Community. Denn wenn man zur Community gehören will, muss man beschnitten sein“ - C10

Laut den Teilnehmenden handelt es sich bei FGM/C eher um das Folgen einer tief verwurzelten Tradition, die von Generation zu Generation weiterverfolgt wird:

„Wenn man Frauen und Männer fragt, warum sie es tun, würden sie sagen, wir haben es getan, weil unsere Mutter und Großmutter es getan haben“ - C9

Eine Teilnehmerin weist insbesondere auf die Gegensätzlichkeit der Wahrnehmung von FGM/C in Österreich und der Begründung der verschiedenen Communitys dafür hin:

„Ich habe das Gefühl, dass es [FGM/C] hier als eine Möglichkeit angesehen wird, Mädchen zum Schweigen zu bringen, ihnen die Lust und die Freude zu nehmen. Hier sehen sie es also als eine Form der Unterdrückung. Aber ich glaube nicht, dass es immer wegen unterdrückerischen Gründen sein muss, manchmal sind es einfach Kultur und Unwissenheit. Ich glaube nicht, dass sie sagen ‚wir wollen diesen Mädchen wehtun‘, im Gegenteil, in unseren Kulturen denken sie, dass sie etwas Positives tun.“ - F2

Die Teilnehmende beschreibt, wie FGM/C in Österreich mit Unterdrückung gleichgesetzt wird, während in betroffenen Communitys FGM/C als Teil der Kultur gesehen wird und wenig Wissen dazu vorhanden ist.

Die Teilnehmenden erklärten, dass es keine religiösen Vorgaben für FGM/C gibt und dies in keiner der heiligen Schriften vorkommt. Trotzdem wird Religion oft als Begründung und Vorwand für FGM/C

genommen und es herrscht sehr viel Unwissenheit bezüglich der fehlenden religiösen Bedeutung von FGM/C:

„Es ist ein Gefühl der Unwissenheit, da wir glauben, dass dies mit Religion und Glauben zusammenhängt.“ - F51

5.2.1.2 Wer bestimmt, ob FGM/C durchgeführt wird?

Teilnehmende wurden gefragt, wer die Entscheidung für oder gegen eine FGM/C einer Tochter trifft und, ob es sich dabei um eine individuelle Entscheidung von Mutter oder Vater handelt. Es wurden sehr unterschiedliche Antworten gegeben: Einerseits wurden Großmütter als wichtige Entscheidungsträger genannt, andererseits werden Männer als zentral für diese Entscheidung angesehen, weil sie allgemein die Entscheidungsträger in Familien sind und laut den Teilnehmenden wollen, dass die Frauen, die sie heiraten beschnitten sind. Jedoch wurde auch hervorgehoben, dass Männer oft nichts oder nur wenig über FGM/C wissen. Teilnehmende argumentierten jedoch auch, dass es sich aufgrund des o.g. sozialen Drucks nicht um eine Entscheidung einer einzelnen Person handeln kann.

Abgesehen von den innerfamiliären Entscheidungsträger:innen, wird in manchen Regionen auch Ärzt:innen eine wichtige Rolle in dieser Frage gegeben. Gerade Teilnehmende aus Ägypten und dem Sudan berichteten etwa, dass Ärzt:innen auf Basis von Untersuchungen die Entscheidung treffen, ob ein Mädchen eine FGM/C „braucht“ und diese gegebenenfalls auch durchführen:

„Meine Meinung ist, was spricht dagegen, dass ich meine Tochter zum Arzt bringe, sie untersuchen und sie entscheiden... sie wissen mehr als ich... natürlich fühle ich Mitleid für meine Kinder, und ich möchte nicht, dass meine Mädchen verletzt werden, aber wenn es keine andere Lösung gibt, muss es getan werden. Wenn sie sagen, wir müssen es tun, werden wir es tun. Wenn sie es nicht brauchen, werden wir es nicht tun.“ - F5

Diese Schilderung hebt die Entscheidungsmacht von Ärzt:innen in der ägyptischen Community hervor, wonach FGM/C nur durchgeführt wird, wenn ein:e Ärzt:in die Notwendigkeit dafür sieht.

Laut einer sudanesischen Frau, wird FGM/C im Sudan von Ärzt:innen nur praktiziert, um Geld zu verdienen. Auch sie deutet hier das Problem der Medikalisierung an:

„Weil, manche Ärzte nehmen diese Mädchen in ihre Praxis und machen es im Geheimen. Ein gebildeter Arzt, der weiß, dass das falsch ist, empfängt immer noch Mädchen für eine Beschneidung, um Geld zu machen...“ - F43

Teilnehmende aus anderen Communitys machten keine Angaben darüber, dass Ärzt:innen in die Entscheidung für oder gegen FGM/C miteinbezogen werden würden.

5.2.1.3 Einstellungen und Einstellungswandel bezüglich FGM/C

Die Teilnehmenden gaben vorwiegend an, dass sie gegen FGM/C eingestellt seien und begründeten dies vor allem durch eigene Erfahrungen und solche aus ihrem Umfeld, sowie den gesundheitlichen Folgen der Praktik. Sie sprachen von ihrem eigenen persönlichen Einstellungswandel, und dem den sie zum Teil in ihren Communitys wahrnehmen. Die Teilnehmenden beschrieben hierbei einen Einstellungswandel, der sowohl in einem Generationenwandel begründet sei, aber auch durch die Migration passierte.

Einige Teilnehmende sagten, dass sie aufgrund ihrer eigenen Erfahrungen und dem angeeigneten Wissen zu den gesundheitlichen Folgen von FGM/C ihre Töchter dieser Praktik nicht aussetzen möchten.

„Dann glauben Sie als Mutter, keine Mutter wünscht ihrer Tochter Schmerzen, ich nicht will, dass sie beschnitten wird, weil es sich auf die Gesundheit meiner zukünftigen Tochter auswirkt und sie eine Infektion bekommen wird und ich ihre sexuelle Lust und Schönheit zerstören würde.“ - F23

Durch ihre eigene schmerzhaft Erfahrung und den ihr bekannten Folgen von FGM/C, schließt die zitierte somalische Frau aus, ihre zukünftigen Töchter beschneiden zu lassen. Auch eine ägyptische Frau erzählte, dass sie ihre Tochter nicht der FGM/C aussetzte, weil sie darüber Kenntnis erlangte, dass sich FGM/C sehr negativ auswirken kann:

„Interviewer: Ich nehme an, Ihre Tochter ist nicht beschnitten.

F8: Nein... ist sie nicht... Niemand hat mich unter Druck gesetzt... Ich habe gelernt, dass die negativen Auswirkungen die positiven überwiegen... Ich verstehe, dass ich unsere religiösen Werte und Prinzipien weitergeben kann, und dann hoffen wir, dass sie sie auch befolgen...“ - F8

Während die Teilnehmerin die Praktik von FGM/C nicht an ihrer Tochter fortsetzte, ist ihr dennoch sehr wichtig religiöse Werte, insbesondere in Bezug auf sexuelle Keuschheit, weiterzugeben.

Gerade die gesundheitlichen Folgen, die oft in Workshops, die Teilnehmende in Österreich besucht hatten, erwähnt werden, wurden als Beweggrund für einen Einstellungswandel genannt:

„Früher hatte ich ganz andere Vorstellungen als heute. Früher dachte ich, es sei etwas Gutes, dem sich jedes Mädchen unterziehen sollte. Aber nachdem ich nun weiß, welche gesundheitlichen Probleme damit verbunden sind - ich bin verheiratet und habe Töchter -, ist mir klar geworden, dass diese Praxis nicht gut ist. Wenn sie ausgerottet werden kann, sollte man das tun.“ - M13

Laut Teilnehmenden gibt es außerdem einen Generationenwechsel in der Sichtweise auf FGM/C, insofern, dass jüngere Generationen die Praxis in Frage stellen:

„Aber jetzt, glaube ich, gibt es mehr Bewusstsein und wir haben angefangen zu denken, dass wir nicht wiederholen werden, was uns angetan wurde. Ich sehe, dass es einen Wandel gibt, es gibt Verbesserung in den neuen Generationen“ - F1

Darüber hinaus werden bekannte Traditionen und somit auch Praktiken wie FGM/C durch den Migrationsprozess zunehmend in Frage gestellt, wie eine Teilnehmerin erklärte:

„Ja... wenn jemand hier lebt, ändert sich die Denkweise ein wenig, weil sie in einer anderen Gesellschaft leben, und sie sehen ihren Denkprozess und ihren Lebensstil... und das ist der Grund“ - F39

Im Gegensatz dazu schilderten Teilnehmende, dass in den Heimatländern sogar wieder mehr FGM/C praktiziert wird. Ein Wandel findet dort jedoch dennoch statt: invasivere Formen der FGM/C (etwa Typ III) werden zunehmend weniger akzeptiert und praktiziert, während FGM/C Typ I (Sunna) vermehrt praktiziert wird.

5.2.1.4 Kenntnis der Gesetzeslage in Österreich

Bei der Frage nach der österreichischen Gesetzeslage waren Teilnehmende unterschiedlich gut informiert; sie wussten *ungefähr* Bescheid, kannten aber oft keine Details.

„Ich weiß, dass es verboten ist, und dass es verboten ist, um den menschlichen Wert von Personen zu schützen, aber ich kenne nicht die Details des Gesetzes.“ - M12

Andere sagten, dass sie es nicht wissen, aber annehmen würden, dass es ein Gesetz bezüglich FGM/C in Österreich gibt.

„Nein, ich weiß es nicht... Ich nehme an, dass es hier ein Gesetz gibt, weil diese Praxis nicht Teil ihrer Kultur ist...“ - F8

Vor allem jene Männer, die an einem Workshop teilgenommen hatten, kannten die österreichische Gesetzeslage. Wenige wussten weder über die rechtliche Lage in Österreich noch in ihrem Herkunftsland Bescheid.

Im Hinblick auf die rechtliche Lage herrscht in betroffenen Communitys auch Angst – etwa vor Kindeswegnahme -, wie eine somalische Frau berichtete:

„Somalier verstehen nicht, dass es eine Haftstrafe gibt oder, dass es ein Gesetz gibt... sie denken nur, dass das Kind jedes Jahr von Ärzten untersucht wird, damit sie sehen, ob irgendwelche Körperteile fehlen. Sie verstehen das Ganze nicht, sie haben nur Angst, dass ihnen ihre Kinder weggenommen werden könnten“ - F39

In der somalischen Community scheint das Verständnis für die österreichische Gesetzeslage bezüglich FGM/C teilweise zu fehlen, wie dieses Beispiel zeigt.

Teilnehmende gaben an, dass sie vermuten, dass FGM/C aufgrund der strengen österreichischen Gesetzeslage nicht in Österreich selbst durchgeführt wird, sondern, dass Mädchen in FGM/C praktizierenden Ländern der Praktik ausgesetzt werden. Dabei verwiesen die Teilnehmenden auf anekdotische Erzählungen oder Gerüchte, die ihnen bekannt waren, zum Teil auch weit in der Vergangenheit. Eine Teilnehmerin berichtete von der Beschneidung ihrer mittlerweile erwachsenen Töchter in Ägypten, während die Familie bereits in Österreich ansässig war:

„Ich erinnere mich, als ich nach Österreich kam, waren meine Mädchen jung...als wir nach Ägypten gingen, bestand meine Schwiegermutter darauf, es mit den Mädchen zu machen ... Hier, glaube ich, haben sie es auch verboten? Ja... sie sind streng. Allerdings sind sie streng, aber - Gott sei Dank - nach meiner Erfahrung, wir haben es gemacht und sie haben uns nicht gefragt. Sie wissen, dass wir aus Ägypten kommen, und wir haben diese Dinge dort, und sie gehen nicht ins Detail“ - F5

Die Teilnehmende gibt aus heutiger Sicht an, erleichtert zu sein, dass sie in Österreich nie wegen FGM/C an ihren Kindern gefragt wurde – selbst als sie hier schon ansässig waren.

Eine sudanesische Community Leaderin fasst bezüglich der österreichischen Gesetzeslage zusammen:

„Ein Gesetz allein, das bringt nichts. Das bringt nur was, wenn es Bewusstseinsbildung gibt, wenn es Sensibilisierung gibt.“ - C25

Aus ihrer Perspektive ist das Vorhandensein von Gesetzen, die sich auf FGM/C beziehen nicht genug, um FGM/C zu bekämpfen, es brauche vielmehr eine vermehrte Aufklärungstätigkeit zum Thema FGM/C.

5.2.1.5 Erfahrungen im österreichischen Gesundheitssystem

Die Teilnehmenden beschrieben gesundheitliche Folgen von FGM/C, die sie selbst erlebt haben, oder, die ihnen aus ihrem Umfeld bekannt sind. Vor allem wurden hierbei Probleme während der Geburt sowie Menstruationsbeschwerden erwähnt, genauso wie Auswirkungen von FGM/C auf das Sexualleben.

„Ja, weil gesundheitlich ist es nicht gut, für die monatliche Menstruation oder für die Geburt zum Beispiel. Es schadet der Frau“ - F42

Im österreichischen Gesundheitssystem machen betroffene Frauen oftmals diskriminierende Erfahrungen. Eine Teilnehmerin erzählte von der Geburt ihres Kindes, und dem Schock des Gesundheitspersonals, als dieses ihre FGM/C bemerkte.

„Im Krankenhaus, als ich meine Jungen zur Welt gebracht habe, hat eine der Frauen einen Schock bekommen. Eine der Ärztinnen war geschockt und konnte mir nicht nahekommen... Natürlich fühlte ich es sofort. Und das Baby kommt und ich sehe sie in der Ecke vom Zimmer. Sie hatte Angst, mir nahezukommen. Aber ich bin nur ein Mensch. Also fühlte ich, das war, als ich wirklich fühlte, warum behandeln sie mich anders? Weißt du, ich bin nur ein Mensch.“ - C7.

Auch bei Vorsorgeuntersuchungen machen betroffenen Frauen diskriminierende Erfahrungen und erleben etwa, dass sie Gesundheitspersonal als Anschauungsobjekt vorgeführt wurden:

„Wenn du zur Untersuchung gehst, behandeln sie dich komisch, und sie verwenden dich sogar als Forschungsobjekt und rufen all ihre Kolleg:innen an, um dich anzuschauen. ... Du wirst wie ein Projekt behandelt, das Menschen beobachten. Du fühlst dich, als ob sie auf dich herabschauen“ - F46

Die Schilderung der Teilnehmerin, die in einer vulnerablen Situation ohne ihr Einverständnis vor Gesundheitspersonal entblößt wurde, zeigt den teils unsensiblen Umgang mit betroffenen Frauen. Auch ein somalischer Community Leader berichtete von den Problemen, denen betroffene Frauen im österreichischen Gesundheitssystem begegnen:

„Was das Gesundheitspersonal hier in Österreich betrifft, haben somalische Frauen ein Problem. Sie sagen, dass sie sich bei Arztbesuchen gedemütigt fühlen, aber in den letzten Jahren ist es wirklich besser geworden, als noch vor einigen Jahren.“ - C20

Wie der Community Leader beschreibt, gibt es mittlerweile zumindest eine Verbesserung im Verhalten von Gesundheitspersonal gegenüber von FGM/C betroffenen Frauen im Vergleich zu früher.

Neben diskriminierenden und herabwürdigenden Erfahrungen, berichteten Frauen auch davon, dass behandelndes Gesundheitspersonal weder auf den FGM/C Status einging, noch ihrer Ansicht nach genügend Wissen dazu hatte – weder medizinisch noch zu vorhandenen Hilfsangeboten.

„Nein, niemand hat mit [meinen Töchtern] über irgendwas geredet. Mit keiner von beiden, nicht die beschnittene oder die nicht beschnittene. Nicht der Gynäkologe oder der Arzt im Krankenhaus während der Geburt ... Nein“ - F5

FGM/C wird laut der Teilnehmerin von Gesundheitspersonal nicht angesprochen. In anderen Fällen wiederum haben manche Frauen, die selber nicht beschnitten sind, die Erfahrung gemacht, dass sie allein wegen ihres Herkunftslands von Gesundheitspersonal verurteilt werden, wie eine Community Leaderin aus dem Sudan berichtet:

„Manchmal habe ich das Gefühl, da ist eben der gesundheitliche Preis, wenn die Frauen schwanger sind, dass alle ihre Probleme nur auf dieses FGM reduziert werden. Eine Frau hat mir damals erzählt, die ist nicht beschnitten, aber sie kommt aus Afrika, und die Ärztin hat ihr gesagt, das kann nicht sein, sie kommen aus Afrika.“ - C25

Allein basierend auf ihrer Herkunft wurde vom behandelnden Gesundheitspersonal bei der erwähnten Frau auf FGM/C geschlossen.

Vorhandene Sprachbarrieren stellen für die Teilnehmenden eine weitere Herausforderung im Gesundheitssystem dar:

„Die Sprachbarriere ist ein weiterer Faktor, der dazu führt, dass selbst Frauen, die zum Arzt gehen müssen, nicht in der Lage sind, zum Arzt zu gehen, weil sie wissen, wie kommuniziere ich mit dem Arzt, wie sage ich, was ich habe? Selbst wenn der Arzt, zum Beispiel, FGM nicht kennt, aber wenn ich mit dem Arzt kommunizieren kann, werde ich ihm sagen, was ich habe. Das nennt man FGM. Es ist mir passiert, als ich jünger war. Vielleicht kann ich eine Verständigung finden, aber wegen der Sprachbarrieren ist das sehr schwer“ - C23

Die fehlende Kommunikationsmöglichkeit führt, laut der zitierten Community Leaderin, dazu, dass betroffene Frauen teils nicht zum Arzt gehen – auch weil sie aufgrund der Sprachbarriere gar nicht erklären können, dass sie von FGM/C betroffen sind. Eine der Teilnehmerinnen aus der Community erzählte über

sich selbst, dass sie aufgrund dessen, dass ihr niemand mit Übersetzung helfen konnte, nicht zum Arzt ging:

„Nein, ich bin nicht hingegangen, aber es gab eine Zeit, in der ich einen Termin hatte, aber ich hatte niemanden, der übersetzen konnte, weil ich die Sprache nicht konnte, und deshalb habe ich den Termin abgesagt.“ - F38

Wenn Frauen zu einer Untersuchung gehen, kann es auch zu anderen Kommunikationsproblemen kommen, wie eine sudanesischsprachige Teilnehmerin berichtete, als sie im Interview nach ihren Erfahrungen bei der Gynäkologin gefragt wurde:

„Ich gehe [zur Ärztin], aber sie können keine Untersuchung machen, weil sie sagen, die Öffnung ist zu klein ... und deshalb kann sie es nicht machen.“ - F42

Die interviewte Frau fühlte sich dennoch „normal“ behandelt:

„[Die Behandlung] war normal...sie hat nur gesagt, sie kann die Untersuchung mit dem Ding nicht machen...aber ansonsten war sie in Ordnung.“ - F42

Über FGM/C per se hat die behandelnde Ärztin jedoch nicht mit der Patientin gesprochen:

„Sie hat mit mir nie über FGM gesprochen, aber ich war auch...verlegen..., dass sie nicht die Untersuchung durchführen konnte. ... Als sie mir sagte, die Öffnung sei zu klein und sie könne nicht nachsehen, habe ich verstanden, was sie mir gesagt hat. Aber ich konnte ihr nicht antworten und ihr sagen, was ich sagen wollte.“ - F42

Die vorhandene Sprachbarriere hat dazu beigetragen, dass die Teilnehmende der Ärztin nicht ihre Situation erklären konnte und auch von Seiten des behandelnden Arztes oder der Ärztin die FGM/C nicht weiter thematisiert wurde.

Eine somalische Teilnehmerin gab an, dass sie ihren Wunsch nach einer Defibulation aufgrund der Sprachbarriere nicht kommunizieren konnte:

„Er [der Arzt] sah, dass ich beschnitten bin, aber wegen der Sprachbarriere konnte ich ihn nicht fragen, es wieder zu öffnen und außerdem habe ich das System hier nicht verstanden.“ - F34

Neben der Sprachbarriere, scheint auch mangelndes Wissen zum österreichischen Gesundheitssystem zusätzliche Schwierigkeiten zu erzeugen.

Nur sehr wenige der interviewten Frauen sprachen über eine vorgenommene Defibulation. Eine sudanesischsprachige Betroffene beschreibt ihre Gefühle vor und nach der Operation folgendermaßen:

„Ich persönlich, ich habe geheiratet und Kinder bekommen und ich hatte keine Probleme, aber vielleicht der Grund, warum ich zu euch gekommen bin und die Operation gemacht habe... Ich hatte diese Halluzination, dass ich nicht sauber war und dass meine Gebete nicht akzeptiert werden...seit ich die Zwillinge zur Welt gebracht habe...Ich fühlte mich immer unsauber...Ich fühlte mich nicht wohl auf der Toilette... Ich fühlte mich einfach nicht wohl...darum habe ich dich angerufen und bin zu dir gekommen...jetzt fühle ich mich wohl.“ - F47

Die Defibulation führte zu einer Verbesserung des Wohlbefindens der Frau. Auch in Innsbruck sprach eine somalische Übersetzerin von einer Defibulation einer Frau, die sie ins Krankenhaus begleitet hat:

„Also entschied sie sich am Ende mit all ihrem Mut, [ihre Beschneidung rückgängig zu machen] ... das war, bevor sie heiratete... Sie sagte mir: ‚Das haben sie über mich gesagt...‘, dass ich locker bin‘ Ich sagte ihr, sie solle sich keine Sorgen machen, was sie über sie sagen... sie sagte mir immer wieder: ‚Ich bin so glücklich, dass ich jetzt frei urinieren kann, und die Periode kommt leichter heraus und ich habe weniger Schmerzen‘... Sie sehen, was ich meine... nachdem sie den Eingriff vorgenommen hatte. Und die Ärzte haben ihr sehr geholfen... das war 2017, 2016... es gab

eine gute Ärztin, sie hat ihr geholfen und gesagt: ‚Mach dir keine Sorgen, sie werden es öffnen und es wird leichter für dich sein.‘ Sie ist diejenige, die darum gebeten hat, und niemand hat ihr gesagt, dass das falsch ist oder ... so.“ - F39

Auch die Frau, über die hier berichtet wurde, war froh über die Durchführung der Defibulation, die zu einer Verbesserung ihres Gesundheitszustandes führte. Allerdings zeigt die Schilderung auch, dass eine Defibulation als gesellschaftliches Tabu gesehen werden kann. So berichtet auch eine somalische Community Leaderin, dass betroffene Frauen Angst vor den sozialen Auswirkungen einer Defibulation haben können:

„Ich erinnere mich, dass ich mit der Patientin ins Krankenhaus ging. Sie hatte Blutungen und war zugenäht und hatte die pharaonische Art von FGM/C, der Arzt sagte, dass sie sie behandeln und sie öffnen können, aber sie weigerte sich. Sie sagte, dass kein Mann sie heiraten werde, wenn ich mich öffne, sie werden sagen, dass ich vor der Ehe mit einem Mann geschlafen habe... Sie weigerte sich. Aber es gibt andere Frauen, die in der gleichen Situation waren, nachdem wir mit ihnen geredet und ihnen gesagt haben, dass die Operation kostenlos ist, haben sie es getan.“ - C15

Die Schilderung zeigt, dass eine Defibulation einen Tabubruch darstellt, was für die Frauen die Entscheidung für eine Operation erschweren kann. Durch Unterstützung und Aufklärung von Vertrauenspersonen aus der Community können manche Frauen in ihrer Entscheidung für eine Defibulation bestärkt werden.

Weiters werden im Gesundheitsbereich die psychischen Auswirkungen von FGM/C oftmals ignoriert, wie die folgende Community Leaderin anmerkt:

„Nein, eigentlich übersehen das die meisten Menschen. Das Trauma und die psychischen Auswirkungen, die Frauen haben. Und deshalb habe ich gesagt, dass die Ärzte mehr sensibilisiert werden müssen, weil sie das berücksichtigen müssen. Diese Frau, nicht alle, aber diese Person, die da sitzt, könnte ein Trauma davon haben, FGM. Und meistens übersehen sie das, sie wissen es eigentlich nicht.“ - C23

Traumatisierung aufgrund von FGM/c wird von Gesundheitspersonal laut der interviewten Community Leaderin oft übersehen, und ihrer Ansicht nach braucht es mehr Sensibilisierung in diesem Bereich.

Neben den oben beschriebenen Herausforderungen, die betroffene Frauen im österreichischen Gesundheitssystem erleben, kommt das Thema Geschlecht zum Tragen. Einige Frauen gaben an, dass sie weibliche Ärztinnen bevorzugen würden, diese aber schwer zu finden seien:

„In Graz war es schwieriger, eine Ärztin zu finden. Es gab nur Ärzte. Ich habe es nicht als angenehm empfunden, bei einem männlichen Arzt zu sein.“ - F50

Eine Community Leaderin aus Guinea fasst die Probleme, die es im österreichischen Gesundheitssystem für von FGM/C betroffene Frauen gibt, gut zusammen:

„Aber [die Gynäkologin] steht nur für den ersten Besuch zur Verfügung, wenn die Frau also eine Defibulation durchführen möchte, aber die meisten Frauen wollen nicht wieder offen sein, aber sie brauchen trotzdem einen Arzt, einen Gynäkologen, und sie hat nicht die Kapazität dafür. Sie wird ihnen also eine erste Beratung anbieten, aber danach müssen sie sich einen anderen Arzt suchen. Und das ist ein großes Problem. Das österreichische Gesundheitssystem ist also nicht auf Frauen vorbereitet, die eine Genitalverstümmelung hinter sich haben, auf Frauen, die Angst davor haben, einen Gynäkologen aufzusuchen, auf Frauen, die noch nie bei einem Arzt waren. Also. Und die Sache ist die, dass die meisten Ärzte hier privat sind und die Frauen sich das nicht leisten können, weißt du. Und die meisten wollen nicht einmal, wenn wir jemanden benutzen, oder wenn die Frau nicht zu einem männlichen Gynäkologen gehen will, und ich kann das verstehen. Es ist also schwierig. Wir haben also nicht wirklich ein gutes medizinisches System für diese Frauen.“ C4

Wie das Zitat der Community Leaderin illustriert, bekommen Frauen, die von FGM/C betroffen sind, aus ihrer Sicht, nicht die benötigte Versorgung, weil das österreichische Gesundheitssystem nicht genügend darauf vorbereitet wäre. Ihrer Meinung nach kann die Versorgung nicht ausreichend über die Gynäkologinnen in FGM/C Ambulanzen gedeckt werden, da es nicht genug Kapazitäten gibt und im niedergelassenen Bereich fehlt es an Anlaufstellen, insbesondere an weiblichen Gynäkologinnen mit Kassenvertrag.

5.2.1.6 Wahrnehmung der Aufklärungsarbeit und Hilfsangebote in Österreich

Über die Aufklärungsarbeit und Hilfsangebote in Österreich gibt es verschiedene Ansichten unter den Teilnehmenden. Viele der Community Leader:innen sind sehr kritisch gegenüber der Arbeit von österreichischen Organisationen, die zu FGM/C arbeiten und deren Herangehensweise.

„Denn wenn man kommt und die meiste Zeit behandeln sie es als etwas extrem Schlimmes und das muss jetzt sofort aufhören, sie müssen es stoppen. Und dann behandeln sie die Leute, die das tun, wie Unzivilisierte oder wie Leute, die, sagen wir mal, dumm sind. Niemand wird seinem eigenen Kind etwas einfach so antun. ... Es gibt also einen Grund, warum Menschen Dinge tun. Wenn man etwas verstehen will, ist es besser, man versucht zu verstehen, warum sie es auf diese Weise tun. Wenn du es verstehst, dann kannst du versuchen, eine Lösung zu finden. Aber wenn man nur kommt und sagt, hört auf mit dem, was ihr tut, das ist schlecht. Das ist noch schlimmer. Es ist schlimmer für die Menschen, die diesen Weg gehen.“ - C1

Die Community Leaderin betont, dass vielfach Präventionsmaßnahmen und Aufklärungsarbeit nicht auf Augenhöhe passieren und vor allem Druck ausgeübt wird. Die Gründe für FGM/C müssen jedoch ihrer Ansicht nach gut verstanden werden, um das Problem erfolgreich lösen zu können.

Teilnehmende wurden zum Teil über FEM Süd rekrutiert wurden, und kannten daher dessen Arbeit. Sie sind aber der Meinung, dass Aufklärungsarbeit zu FGM/C ausgeweitet werden sollte, um mehr Menschen zu erreichen:

„Was ich über das Seminar weiß, an dem ich teilgenommen habe, ist, dass es eine Orientierung über FGM war. Ich habe gesehen, wie sich die NGO bemüht hat, und wir sind später in unsere Community gegangen und haben sie informiert, aber es kann noch mehr getan werden, viele Menschen wurden noch nicht erreicht.“ - M8

Der Teilnehmer konnte mit dem im Seminar erworbenen Wissen auch weitere Community Mitglieder über FGM/C aufklären, meinte aber gleichzeitig, dass es noch viel mehr Bewusstseinsarbeit braucht.

Viele der Teilnehmenden gaben an, dass sie noch nie an einem solchen Seminar zu FGM/C teilgenommen haben und dass sie keine Initiativen oder vorhandenen Hilfsangebote gegen FGM/C in Österreich kennen. Dies war vor allem dann der Fall, wenn Teilnehmende erst seit kurzem in Österreich waren. Die Teilnehmenden stellten daher großen Handlungsbedarf fest:

„Ich glaube, Menschen brauchen Bewusstsein vor Eradikation, man kann nicht einfach etwas stoppen, ohne Menschen zu sagen, warum man es stoppt. Wir brauchen Menschen, die dieses Thema sehr gut verstehen, um andere Menschen zu schulen und diese Menschen, um weitere Menschen zu schulen“ - M21

Da FGM/C und sexuelle Themen grundsätzlich Tabuthemen sind, finden viele Teilnehmenden Aufklärungsarbeit zu dem Thema schwierig, da darüber nicht gesprochen wird.

„Wir haben zwar Zusammenkünfte, aber in diesen Zusammenkünften haben wir dieses Thema bisher noch nie angesprochen. Ich weiß auch nicht, ob ich es in einer so großen Gruppe erwähnen würde, denn es ist ein sehr privates Thema“ - F44

In den Interviews wurden auch einige niederschwellige Community Initiativen erwähnt, die oft von Frauen in Kirchen oder kleinen Vereinen geleitet werden und betroffenen Communitys über das Thema FGM/C hinaus helfen. Eine Community Leaderin aus Kamerun und eine aus Nigeria erzählten beispielsweise, wie

sie über ihre Kirche Frauen und Mädchen aus ihren Communitys bei unterschiedlichen Themen, auch FGM/C, unterstützen.

Im Hinblick auf Bewusstsein für FGM/C bemerkten die Teilnehmenden regionale Unterschiede innerhalb Österreichs:

„Na ja, Sie sehen, hier in Innsbruck ist es nicht wie in Wien. In Wien gibt es eine Menge Bewusstsein, hier gibt es nicht viel.“ - F39

Während in Wien Bewusstsein für FGM/C vorhanden ist, fehlt dies laut Teilnehmenden in anderen Bundesländern.

Insgesamt betonen vor allem Community Leader:innen die Notwendigkeit von Bildungsarbeit und Ermächtigung von Frauen allgemein, da FGM/C oft nur eines von vielen Problemen sei. Frauen mit Migrationsgeschichte begegnen in Österreich vielen Problemen wie Rassismus und Diskriminierung und sorgen sich oft mehr um ihre Sicherheit, Wohnung und Arbeit, als um FGM/C, wie eine sudanesischer Community Leaderin anmerkt:

„Und vor allem, die betroffenen Frauen, ich kann nicht zum Beispiel so eine, und das habe ich auch im Sudan, sehe ich das auch so, gehe und mit ihr darüber spreche, bitte beschneide deine Tochter nicht. Das ist so ein intimes Thema. Und auf der anderen Seite, es gibt keine Schule, kein Wasser, nichts, Verarmung. Und das ist auch hier. Ich kann, das ist nicht mit einer Migrantin zum Beispiel, die keinen Zugang zum AMS hat, keinen Zugang zum Wohnungsmarkt, keinen Zugang, dass sie so politische Partizipation. Wie kann ich mich wagen und sie fragen, bitte mach das nicht. Auch, wenn sie andere gesundheitliche Probleme hat.“ - C25

In Bezug auf die Aufklärungsarbeit sehen die Teilnehmenden also viel Handlungsbedarf, der im nächsten Abschnitt genauer besprochen wird.

5.2.1.7 Handlungsbedarf aus Sicht der betroffenen Communitys

Die Teilnehmenden sehen Handlungsbedarf in verschiedenen Bereichen, sowohl in der (medizinischen) Versorgung als auch in der Koordinierung und Zusammenarbeit mit Communitys.

Da viele Teilnehmende bestehende Hilfsangebote zu FGM/C nicht kennen, muss laut Teilnehmenden die Aufklärungsarbeit gestärkt werden. Aufgrund der geringen Kenntnis von Angeboten und Teilnahmen an Seminaren und Workshops betonte ein somalischer Mann, wie sehr die somalische Community in Österreich gewachsen ist und es daher mehr Angebote braucht:

„Ich möchte anregen, dass die Seminare und Workshops nicht nur in Somalia, sondern auch hier in Österreich verdoppelt werden, da unsere Community mittlerweile auf mehrere Tausend Menschen angewachsen ist und ich glaube, dass viele Menschen mehr Informationen über das Thema FGM benötigen.“ - C28

Viele Menschen, besonders in der somalischen Community, wurden laut Teilnehmenden noch nicht erreicht, was auch von einem somalischen Community Leader hervorgehoben wurde:

„Ich glaube auch, dass wir in unserer Community in Österreich viele Menschen haben, die wir nicht erreicht haben und die wir erreichen müssen.“ - C20

Auch an der Art, wie diese Aufklärungsarbeit gestaltet werden soll und, wie Zusammenarbeit mit betroffenen Communitys passiert, gibt es viel Kritik:

„Ich glaube, es ist besser, FGM auszurotten, nicht durch Angst oder dass man ins Gefängnis kommt, sondern indem man die Menschen überzeugt und aufklärt. Die Menschen werden von sich aus damit aufhören, weil sie über die Nachteile informiert sind.“ - M17

Laut dem Teilnehmenden sollte die Bekämpfung von FGM/C also nicht über Angstmake mit der österreichischen Gesetzeslage, sondern mit informativer Aufklärung zu den Nachteilen von FGM/C passieren. Auch eine Frau aus der ägyptischen Community bekräftigte, dass die Art und Weise der Arbeit gegen FGM/C entscheidend ist:

„Mehr Bewusstsein, wie ich von Anfang an sagte, um die Leute zu informieren, warum es nicht getan werden sollte und auch... zum Beispiel... ich denke, dass viele nicht zugeben würden, dass sie es ihren Kindern angetan haben oder antun würden... also muss es nicht in einer "Hey, beschneidest du deine Töchter oder würdest du es tun" Art und Weise sein, denn niemand wird sagen "ja, ich werde es tun"... sondern eher in einer allgemeinen präventiven und informativen Art und Weise. Bei einer Routineuntersuchung, bei der gesagt wird: "Sie sollten dies und das nicht essen" oder so etwas in der Art, kann beiläufig erwähnt werden, dass Mädchen nicht beschnitten werden sollten.“ - F2

Die Aufklärungs- und Präventionsarbeit sollte, wie die Teilnehmerin erklärte, nicht verurteilend und mit erhobenem Zeigefinger passieren, sondern auf Informationen und Verständnis basieren.

In der Aufklärungsarbeit sollte außerdem die Zusammenarbeit mit Communitys gestärkt werden, mehrere Teilnehmende betonen, dass Bewusstseinsbildung von den betroffenen Communitys ausgehen muss:

„Die ersten jetzt, die an vorderster Stelle [im Kampf gegen FGM/C stehen] sind Österreicher. Und die afrikanischen Damen sind jetzt hinten. Es sollte umgekehrt sein. Wir sind die Community von Afrika - hier ist eine sehr reife Community. Was sie brauchen, ist vielleicht die finanzielle Unterstützung, um ein Programm zur Bewusstseinsbildung abzudecken.“ - C9

Um die betroffenen Communitys zu unterstützen, braucht es laut diesem malischen Community Leader finanzielle Mittel, aber auch die Möglichkeit, dass Personen aus betroffenen Communitys in der Präventionsarbeit in Österreich an vorderster Stelle stehen können, diese also leiten. Dies bemerkte auch ein weiterer Community Leader, der an einem Training zu FGM/C teilgenommen hatte:

„Als ich am Training teilnahm, waren die meisten meiner Trainer aus der nicht-somalischen Community, was mich dazu veranlasste, in der Ausbildung die Frage zu stellen, ob die Trainer selbst FGM erlitten haben, worauf ich die Antwort ‚Nein‘ erhielt Das motivierte mich weiter, in der Gemeinschaft zu arbeiten, um FGM auszurotten, wir brauchen Experten aus der Community, die das FGM-Problem gut verstehen.“ - C20

Die Wichtigkeit von Expert:innen aus betroffenen Communitys wird auch von einer weiteren somalischen Community Leaderin betont:

„Wenn man in Österreich will, dass FGM aufhört, muss man Frauen aus den betroffenen Communitys die Möglichkeit geben, für ihre Community zu arbeiten. Man muss Frauen ermutigen, dass sie gehen sollten, dass man Frauen den Zugang zu Bildung ermöglichen sollte.“ - C23

Aufklärungsarbeit muss also von den betroffenen Communitys für die betroffenen Communitys gestaltet werden. Außerdem braucht es nicht nur Bewusstsein für FGM/C, sondern insgesamt einen besseren Zugang zu Bildung speziell für Frauen.

Laut einer Community Leaderin reiche es nicht aus, wenn in einer österreichischen Organisation eine Person aus einer der betroffenen Communitys arbeitet und somit das Thema FGM/C als abgedeckt gilt, da es viele verschiedene betroffene Communitys mit unterschiedlichen Ansichten in Österreich gibt:

„Und es reicht auch nicht aus, wenn Ihre Organisation einen Somali hat. Denn am Ende des Tages ist die Art und Weise, wie Somali es tun, nicht die Art und Weise, wie Samburu es tun. Also wenn wir verschiedene Leute aus verschiedenen

Communitys haben, die das auch haben, selbst wenn sie es nicht durchlebt haben, macht es einen Unterschied.“ - C7

Der Wille sich gegen FGM/C einzusetzen ist in den betroffenen Communitys, nach Aussagen der Teilnehmenden, groß:

„Wir können Gruppen bilden, um das Bewusstsein der Menschen zu schärfen... Informationen verbreiten. Nicht unbedingt öffentlich im Fernsehen oder so, aber vielleicht können wir nach dem Gebet in der Moschee bleiben und diskutieren. Wir können untereinander Informationen austauschen.“ - F6

Die Teilnehmerin weist auf das Potenzial von direktem Informationsaustausch innerhalb der Communitys hin und dass man Orte, an denen sich betroffene Communitys treffen, wie zum Beispiel Moscheen, für die Aufklärungsarbeit nützen kann.

Niederschwellige Organisationen oder Vereine arbeiten oft ohne finanzielle Unterstützung und brauchen Mittel, um ihre Arbeit fortsetzen zu können, wie eine somalische Community Leaderin hervorhebt:

“Sie [Anm.: NGOs] müssen mit der Community zusammenarbeiten und Ressourcen verteilen, um kleinen Gruppen zu helfen, die ebenfalls das Bewusstsein schaffen wollen. Wir, die Community Leader, gehen jederzeit hinaus, und es gibt keine Sprachbarriere. Deshalb wäre es wichtig, uns mit den richtigen Ressourcen zu helfen.“ - C16

Es brauche vor allem nachhaltige Finanzierung vor allem für diese kleinen Community Initiativen:

„Wir brauchen auf jeden Fall die finanzielle Unterstützung in Österreich. Wie gesagt, das meiste, was wir tun, tun wir mit unseren persönlichen Mitteln. Ich denke, es wäre sehr wichtig, dass die Regierung uns unterstützt, damit wir unsere Arbeit noch effizienter erledigen können.“ - C2

Andere angesprochene Themen waren vor allem den Informationsbedarf über verfügbare Hilfsangebote und die Zielgruppen, die angesprochen werden sollten: Eine junge Teilnehmerin schlägt etwa vor, Informationen online bereitzustellen, weil man sich so leichter anonym informieren kann:

„Vielleicht dass man einfach Online-Webseiten hat, so dass man nicht persönlich hingehen muss, falls sich jemand nicht traut, sondern online nach Hilfe sucht ... Auf jeden Fall in mehreren Sprachen ... wie Deutsch, Englisch, Arabisch und jede andere Sprache“ - F44

Betont wird außerdem die Rolle der Männer und insbesondere der älteren Männer, die in der Aufklärungsarbeit berücksichtigt und vermehrt zur Zielgruppe gemacht werden sollten:

„Aber ich würde mir wirklich wünschen, diese Art von Diskussion nicht nur mit jungen Männern zu führen, sondern auch mit älteren Männern, denn sie sind die Gatekeeper der Community. Sie sind die Menschen, zu denen die Jugend aufschaut, vor allem die jungen Männer. Und ich würde sagen, wenn diese älteren Männer, die religiösen Führer, Nein zu FGM gesagt hätten, dann wäre FGM wohl nicht passiert. Ich denke also, dass sie eine Gruppe von Menschen sind, sie sollten unsere Zielgruppe sein. Sie sollten die Menschen sein, die wir einbeziehen sollten, wenn wir über Prävention sprechen und eine Diskussion mit ihnen führen wollen.“ - C23

Gerade ältere Männer und religiöse Führer haben ein hohes Ansehen in den betroffenen Communitys und haben daher viel Einfluss darauf, was in der Community passiert, wie die Community Leaderin bemerkte.

Außerdem betonen die Teilnehmenden auch den positiven Einfluss der Diaspora auf Entwicklungen im Heimatland und durch die Aufklärungsarbeit in Österreich in den Ländern, in denen FGM/C praktiziert wird, Wirkung zeigen könnte:

„Ich wäre sehr froh, wenn FGM ausgerottet werden würde, aber um es auszurotten, wäre eine stabile Aufklärung erforderlich, die hier in der Diaspora beginnt, um die Menschen hier zu informieren, und dann können es die Menschen in der Diaspora mit denen in der Heimat teilen.“ – M19

Die Diaspora kann eine wichtige Rolle einnehmen, um das Bewusstsein in den Ländern, in denen FGM/C praktiziert wird, zu stärken und so FGM/C nachhaltig zu bekämpfen.

Auch in Bezug auf den Gesundheitsbereich sehen die Teilnehmenden aus betroffenen Communitys Handlungsbedarf:

„Und diese Verallgemeinerung, das ist eines, das fehlende Wissen, und das bedeutet, es ist sehr wichtig, dass es auch, sie sollen auch ausgebildet, weitergebildet, die im Gesundheitsbereich, Hebammen, Ärztinnen und so weiter, weil das ist sehr wichtig.“ - C25

Um das Bewusstsein für FGM/C unter dem Gesundheitspersonal zu stärken, braucht es dringend Aus- und Weiterbildungen. Insgesamt gibt es aus Sicht der betroffenen Communitys viel Handlungsbedarf zur erfolgreichen Prävention und verbesserten Versorgung von FGM/C Betroffenen in Österreich.

5.2.2 Gesundheitspersonal

Neben Interviews mit Personen aus betroffenen Communities wurden Interviews mit 18 Gesundheitsfachkräften aus verschiedenen Berufsgruppen und Settings durchgeführt. Davon waren 16 Frauen und 2 Männer. Das interviewte Gesundheitspersonal ist in den folgenden Bundesländern tätig: Wien (6), Steiermark (3), Tirol (3), Salzburg (2), Vorarlberg (2), Oberösterreich (1), Kärnten (1). In Niederösterreich und Burgenland wurde aufgrund fehlender medizinischer Anlaufstellen kein Gesundheitspersonal interviewt. In der Steiermark wurden im Rahmen eines Besuchs bei der FGM/C Ambulanz auch Mitarbeiterinnen der zuständigen NGO interviewt (wovon eine auch als Community Leaderin einer betroffenen Community interviewt wurde). Diese Interviews wurden jeweils zu zweit geführt (NGO1 & NGO2 zusammen und GA13 & NGO3 zusammen). Tabelle 16 beschreibt die einzelnen Teilnehmenden des Gesundheitspersonals.

Tabelle 16: Übersicht des teilnehmenden Gesundheitspersonals

Teilnehmende ID	Geschlecht	Beruf	Bundesland
GA1	weiblich	Gynäkologin	Tirol
GA2	männlich	Kinderarzt	Tirol
GA3	weiblich	Gynäkologin	Salzburg
GA4	weiblich	Gynäkologin	Wien
GA5	weiblich	Gynäkologin	Steiermark
GA6	weiblich	Gynäkologin	Wien
GA7	weiblich	Gynäkologin	Kärnten/Steiermark
GA8	weiblich	Gynäkologin	Salzburg
GA9	weiblich	Gynäkologin	Wien
GA10	weiblich	Hebamme	Wien
GA11	weiblich	Hebamme & Psychologin	Steiermark
GA12	weiblich	Psychologin	Wien
GA13	weiblich	Gynäkologin	Steiermark
NGO Mitarbeiterin 1	weiblich		Steiermark
NGO Mitarbeiterin 2	weiblich		Steiermark
NGO Mitarbeiterin 3	weiblich		Steiermark
GA14	weiblich	Psychologin	Tirol
GA15	weiblich	Gynäkologin	Oberösterreich
GA16	weiblich	Gynäkologin	Vorarlberg
GA17	weiblich	Gynäkologin	Vorarlberg
GA18	männlich	Gynäkologe	Wien

5.2.2.1 Wahrnehmung des Gesundheitspersonals über Einstellungen zu FGM/C

Gesundheitspersonal wurde um eine Einschätzung zu der Haltung der betroffenen Communities bezüglich FGM/C gefragt. Das Gesundheitspersonal stellt eine Veränderung der Einstellung insgesamt und hier in Österreich fest, wobei dies ihrer Ansicht nach zum Teil kulturell, aber auch individuell unterschiedlich ist:

„Es ist sehr individuell, habe ich das Gefühl, oder sehr unterschiedlich. Es ist schon eine veränderte Haltung über die letzten Jahrzehnte da. Das habe ich auch in Somalia beobachtet. Aber es ist auch noch immer für viele ein Teil der Kultur“ - GA16

Außerdem zeigt die Erfahrung des Gesundheitspersonals die Komplexität der Einstellungen und Ansichten der betroffenen Communitys in Bezug auf FGM/C:

„Das eine ist, dass man schon den Eindruck hat, und das ist ja auch oft so bei Migranten, dass das, was daheim wertvoll ist, im Ausland noch mehr an Wert gewinnt, also dass eine kulturelle Identität stiftet und dass es eher so ist, dass man sagt, das verstehen die hier nicht, das ist unseres, das ist für uns wichtig. ... Auf der anderen Seite muss man sagen, dass hier sehr viel Unwissen und viele Mythen um das Thema sind, dass die Frauen ja sehr, sehr häufig gar nicht wissen, dass ihre Beschwerden daher kommen.“ - GA9

Die Einflüsse des Migrationsprozesses auf die Einstellungen der betroffenen Communitys zu FGM/C können auch dazu führen, dass FGM/C in Österreich an Wert gewinnt, wie die Gynäkologin wahrnimmt. Gleichzeitig beobachtet die Ärztin, dass betroffene Frauen wenig Wissen über FGM/C und die damit verbundenen gesundheitlichen Beschwerden haben.

Zudem erzählte eine Gynäkologin von dem Einstellungswandel, den sie durch ihre Arbeit beobachtet und den gleichzeitig weiterhin vorhandenen sozialen Druck FGM/C durchzuführen:

„... es ist voll super, wenn man den Eindruck hat, dass wirklich dieses Verständnis jetzt dafür da ist, dass sie das auch nicht mehr wollen und haben wollen und für ihre Kinder nicht mehr haben wollen. Das finde ich so am wertvollsten, dass es nicht nur etwas Übergestülptes ist und eigentlich wollen sie es schon, aber sie machen es nur nicht, weil es verboten ist, sondern dass das wirklich ein, aber teilweise spürt man noch von den betroffenen Frauen diesen starken sozialen Druck, dass es sein muss, gefordert ist.“ - GA3

Demnach findet in den betroffenen Communitys, laut der Gynäkologin, ein Umdenken zu FGM/C statt, das dazu führt, dass Betroffene FGM/C nicht an ihren Kindern ausführen lassen, wenngleich der soziale Druck dafür weiterhin vorhanden ist.

5.2.2.2 Beurteilung der rechtlichen Lage in Österreich

In Bezug auf die Kenntnis der österreichischen Gesetze zu FGM/C nehmen Ärztinnen wahr, dass betroffene Communitys nicht genau Bescheid wissen:

„Das heißt, ich glaube, das Allerwichtigste für die Patientin, das ist auch das Feedback, was ich immer von denen bekommen habe, wenn ich mit ihnen gesprochen habe, ist, sie haben einerseits eine wahnsinnige Angst, weil sie, glaube ich, teilweise glauben, dass allein der Bestand, dass sie beschnitten sind, bei uns strafbar ist, das heißt, sie kennen sich teilweise schlecht aus mit der Gesetzgebung.“ - GA7

Die Unklarheit zur österreichischen Gesetzeslage führt, in der Wahrnehmung der Gynäkologin, zu Angst bei den betroffenen Frauen.

Als Teil der medizinischen Versorgung, gab Gesundheitspersonal an, Patientinnen über die rechtliche Lage in Österreich aufzuklären. Besonders wenn betroffene Frauen ein Mädchen zur Welt bringen, wird darauf geachtet, als Präventionsmaßnahme ein Aufklärungsgespräch zu führen:

„Und vor der Entlassung wird das dann einfach noch einmal besprochen, dass, wenn das ein Mädchen ist, dass aufgeklärt wird, dass das einfach in Österreich verboten ist und versucht natürlich viele Gründe zu nennen, warum das auch wirklich nicht gut ist, und ja, versucht da in dieses viele, viele Jahrhunderte alte System irgendwie einzugreifen.“ - GA10

In dem Wiener Krankenhaus werden Familien bei Geburt eines Mädchens vor der Entlassung über die österreichische Gesetzeslage informiert. Allerdings merkt eine Gynäkologin aus Salzburg an, dass der Zeitpunkt direkt nach der Geburt nicht immer passend für eine derartige rechtliche Aufklärung ist:

„Ja, und es sollte halt wirklich, also wir diskutieren das oft, ob die Gyn und Geburtshilfe der richtige Ort ist, um die Familien aufzuklären, und sind eigentlich der Meinung, das ist es nicht, weil das einfach zu früh ist. ... Ja, die hören ja nichts, sind total in ihrem Ding und denken sich, ja, passt schon. Aber der Kinderarzt sieht sie einfach konstant und das ist eine Vertrauensperson“ - GA8

Der Zeitpunkt für eine rechtliche Aufklärung direkt nach der Geburt ist laut der Ärztin also nicht optimal gewählt und sollte besser über Kinderärzt:innen erfolgen.

Die rechtliche Lage umfasst ebenfalls eine Anzeigepflicht von FGM/C für bestimmte Berufsgruppen, unter anderem Ärzt:innen. Die ärztliche Anzeigepflicht wird in der Praxis im Wiener Gesundheitsverbund anhand einer SOP [vgl.128] folgendermaßen umgesetzt:

„Anzeige mache ich gar keine bei Erwachsenen. Ich frage die Person aber vorher, was sie möchte, weil irgendwo in Afrika ist vollkommen sinnlos. Die Dame ist nur verwirrt und fühlt sich dann wahrscheinlich auch irgendwo über den Tisch gezogen, wenn ich sage, jetzt kommt dann der Beschluss vom Gericht, Sie müssen dort hin als Zeugin, bringt nichts. Und das haben wir auch mit der SOP ordentlich aus-sortieren lassen, durchgesetzt und gesagt, dass das den Damen nicht passiert, wenn sie es nicht wollen. Wenn natürlich eine vor mir sitzt und sagt, ich bin auf der Flucht, ich bin misshandelt worden und ich bin betroffen von dem Thema, ich möchte das jetzt anzeigen, tu ich das natürlich.“ - GA6

Wie die Schilderung der Wiener Gynäkologin zeigt, muss die Anzeigepflicht von Ärzt:innen individuell abgeschätzt werden, um nicht das Vertrauen der Patientin zu verlieren. Die Ärztin ergänzt außerdem, dass sie bei Kindern durchaus eine Gefährdungsmeldung und Anzeige macht, wenn akute Gefahr besteht.

5.2.2.3 Behandlung und Umgang mit FGM/C Patientinnen

Die Teilnehmenden gaben in den Interviews an, zwischen 2-3 Patientinnen im Jahr, 2-4 Patientinnen im Monat – oder, wenn sie in einer dementsprechenden Ambulanz arbeiteten – mindestens 2-3 Patientinnen pro Woche zu sehen. Ein Gynäkologe aus dem niedergelassenen Bereich berichtete, jeden Tag FGM/C betroffene Frauen zu betreuen.

Die Gründe, warum ihre Patientinnen die medizinischen Angebote nutzten, waren vielfältig: Beschwerden wie Dysmenorrhoe, Zysten, Infektionen, Probleme beim Geschlechtsverkehr, unerfüllter Kinderwunsch, Schwangerschaft und Geburt oder ein allgemeines Gespräch mit oder ohne gynäkologische Untersuchung, wurden erwähnt. Diese Beschwerden waren jedoch laut Gesundheitspersonal nicht immer alle auf FGM/C zurückzuführen oder standen damit in Verbindung. Ebenfalls kommen Frauen zu Ärzt:innen, die ein Gutachten über die Form der Beschneidung für ihr Asylverfahren brauchen.

Eine Gynäkologin beschrieb die unterschiedlichen Patientinnen, die zur FGM/C Ambulanz kommen, folgendermaßen:

„Es gibt Kinder, es gibt Erwachsene, es gibt Menschen mit Beschwerden, es gibt Menschen, die kommen einfach, weil sie reden wollen, weil sie psychosomatische Beschwerden haben, dann gibt es welche, die verheiratet sind und schwanger sind, welche, die heiraten wollen. Es ist ganz unterschiedlich. Alle, so wie sonst auch Menschen, die halt mit Bedürfnissen zum Gynäkologen und zur Geburtshelferin kommen“ - GA6

Die Beschreibung der Ärztin zeigt, dass Patientinnen, die von FGM/C betroffen sind, wie andere Patientinnen auch, eine Vielzahl an unterschiedlichen Bedürfnissen und Lebensrealitäten haben. Durch die unterschiedlichen Bedürfnisse entstehen individuell gestaltete Betreuungsabläufe, die aber in den meisten Fällen ein aufklärendes Gespräch zu FGM/C und vorhandenen Therapieoptionen beinhalten. Auch über sexualmedizinische und rechtliche Aspekte wird mit den Patientinnen gesprochen. Der Ablauf der Betreuung gestaltet sich von Patientin zu Patientin unterschiedlich, in den Ambulanzen in den

verschiedenen Bundesländern wird aber ein jeweils ähnlicher Ablauf pro Patientin beschrieben, wie die Ärztinnen aus Oberösterreich, Salzburg und Wien erläuterten:

„Also der Termin ist immer so geplant, dass er natürlich mindestens eine halbe Stunde eingeplant wird, also ein bisschen länger als ein normaler Ambulanztermin. Normalerweise gibt es eine Anmeldung, dann kommt die Patientin mit der Dolmetscherin zu mir rein, ich lasse sie mal erzählen, warum sie zu uns kommt, also was sie als Anliegen hat, und auf dem aufbauend schauen wir da, also sehr viel Redearbeit. Und ob es dann zu einer Untersuchung kommt oder nicht, entscheidet die Patientin. Ich biete ihr das immer an, dass ich sie gerne anschauen kann, aber ich je nachdem, ob sie zufrieden ist mit meiner, also ob sie quasi schon mit unserer verbalen Antwort zufrieden ist oder ob sie angeschaut wird, ich würde mal sagen, das ist jetzt fifty-fifty“ - GA15

„Und dann ist es halt einfach eine quasi gynäkologische Vorstellung, wir reden halt mal, was sie herführt, was sie braucht und was ihre Beschwerden sind. Und sehr oft ist es so, dass dann schon eben durch FGM Beschwerden da sind oder dass eben der Wunsch dann da ist nach einer Defibulation.“ - GA3

„Also, wir schauen die Patientinnen an, viele sind noch nie angeschaut oder zumindest noch nie so angeschaut worden, wie es für sie schmerzfrei möglich ist. Wir machen, wenn es geht, Vorsorgeuntersuchungen im Sinne von Ultraschall, PAP-Abstrich und so weiter. Geht oft nicht. Wir machen eine Beratung im Sinne von, welche der Beschwerden, die die Patientin hat, ist vermutlich auf FGM/C zurückzuführen, und was kann man modifizieren“ - GA9

Die Patientinnen kommen meistens in Begleitung entweder von einer Beratungsstelle oder mit ihren Partnern oder Familie und Freundinnen. Das Gesundheitspersonal bemerkte außerdem, dass Betroffene häufig durch Mundpropaganda zu den FGM/C Ambulanzen kommen:

„Aber ehrlich gesagt so für die Betroffenen selbst, glaube ich, ist es so die direkte Mundpropaganda, wenn eine Frau Beschwerden hat, Schmerzen hat, betroffen ist und hierherkommt und dann betreut wird und dann sagt sie das halt ihrer Schwester oder ihrer Freundin einfach weiter und dann kommt da wieder wer.“ - GA3

Auch außerhalb der FGM/C Ambulanzen versorgt Gesundheitspersonal von FGM/C betroffene Patientinnen - häufig in der Schwangerschaft und zur Geburt. Dies stellt aber oftmals einen sehr geringen Teil des Arbeitsalltags dar.

Im Umgang mit betroffenen Patientinnen betont das interviewte Gesundheitspersonal die Wichtigkeit eines sensiblen Umgangs und interkulturelle Kompetenzen für eine kultursensible Betreuung.

„Und um sich in eine komplett andere Kultur reinzusetzen ist erst einmal schwierig, aber bis zu einem gewissen Grad notwendig, weil sonst ist man nur wertend und urteilend.“ - GA7

Demnach muss das Gesundheitspersonal den betroffenen Frauen gegenüber Verständnis zeigen, um einen wertfreien Raum zu schaffen. Wichtig ist außerdem ein respektvoller Umgang, um eine Vertrauensbasis zu schaffen.

„Das heißt, ich muss wirklich schauen, dass irgendeine Form von Vertrauen innerhalb dieser paar Minuten aufgebaut wird, und meine Patientinnen müssen das zulassen, was ich mache, und die müssen das zulassen, dass ich mir einen Bereich anschau, der mit viel Leid, viel Trauma, viel Scham verbunden ist und mit so einem riesigen kulturellen Paket dazu.“ - GA13

Der vorhandene Zeitmangel führt dazu, dass von beiden Seiten in den wenigen Minuten, die Ärzt:innen mit betroffenen Patientinnen haben, Vertrauen aufgebaut werden muss, wie die Gynäkologin berichtet.

5.2.2.4 Angebot von Therapieoptionen

Außerhalb von FGM/C Ambulanzen kommt Gesundheitspersonal vor allem während Schwangerschaft und Geburt mit betroffenen Frauen in Kontakt. Dabei wird, wenn eine FGM/C Typ III vorliegt, normalerweise eine Defibulation durchgeführt. Defibulationen werden in allen FGM/C Ambulanzen angeboten, jedoch nicht notwendigerweise durchgeführt, und der Zeitpunkt dafür unterscheidet sich, da es in Österreich keine offiziellen Leitlinien dafür gibt. Während manche Ärztinnen berichteten, den Eingriff zwischen der 16. und 38. Schwangerschaftswoche zu machen, bevorzugen andere den Eingriff unter der Geburt durchzuführen, um Patientinnen eine zusätzliche Operation in der Schwangerschaft zu ersparen. Dies wird in Abstimmung mit der Patientin von den Ärztinnen entschieden, je nachdem, ob gynäkologische Untersuchungen während der Schwangerschaft und Geburt möglich sind.

„Es entscheidet immer die Patientin. Von uns aus ist es so, ab der 16. Woche bis zwei Wochen vor der Geburt kann man es machen oder, wenn ich weiß, die Patientin gebärt hier, kann man es auch unter der Geburt machen.“ - GA1

Wie die Tiroler Gynäkologin erläuterte, liegt die Entscheidung bei der Patientin, wobei auch berücksichtigt wird, ob die Geburt bei einer FGM/C erfahrenen Ärztin stattfindet.

Das Gesundheitspersonal spricht in Bezug auf die Defibulation von einem simplen Eingriff, der medizinisch keine große Herausforderung darstellt und mittlerweile mit einem Lasergerät gemacht werden kann. Vielmehr ist die umfangreiche Aufklärung über den Eingriff und dessen Folgen entscheidend. Dabei wird auch der psychische Aspekt von FGM/C erwähnt:

„Und was ganz wichtig, ganz, ganz wichtig, ein psychologisches Gespräch mit denen, besonders, wenn es um diese Defibulation geht, weil es ist schon ein Tabu-Brechen.“ - GA11

Durch den Eingriff wird ein Tabu gebrochen, was für betroffene Frauen eine psychische Belastung darstellen kann, daher ist laut der Gesundheitsarbeiterin psychologische Begleitung unerlässlich.

Auch außerhalb der Schwangerschaft werden Defibulationen durchgeführt, zum Beispiel vor dem ersten Geschlechtsverkehr oder wenn eine Frau akute Probleme hat.

„Ich finde, die Frauen kommen, wenn sie heiraten und quasi dann erstes Mal Geschlechtsverkehr haben, gerne zu Defibulation.“ - GA3

In Wien und Innsbruck berichteten die Gynäkologinnen auch von einer Freilegung der Klitoris und Entfernung des Narbengewebes als mögliche Therapieoption. Diesen Eingriff beschreibt eine Gynäkologin so:

„Da ist bei ganz vielen ein Klitorisgewebe da, dass man weiß, da ist einfach eine Narbe drüber, aber da kann man schauen, dass man diese Narbe reduziert, wegnimmt, man kann aus den Resten dieser Narbenplatte sowas Ähnliches wie kleine Schamlippen machen“ - GA9

Anders als bei der Freilegung von Klitorisgewebe werden bei einer Rekonstruktion der verbliebene Klitoris nach außen gezogen und die Labien wieder aufgebaut. Laut Gesundheitspersonal werden solche rekonstruktiven Eingriffe von betroffenen Frauen eigentlich nicht gewünscht. Falls eine Patientin den Wunsch danach äußert, würden sie bei Bedarf auch an Kolleg:innen nach Deutschland verweisen.

„Also das ist eher Thema als eine Vulva-Rekonstruktionsoperation. Aber wir machen oder sind im engen Kontakt natürlich mit Berlin und Aachen und stellen den Frauen das auch als Alternative vor. Die meisten sagen, nein, sie wollen das eigentlich gar nicht haben.“ - GA6

Ein niedergelassener Gynäkologe, der täglich FGM/C-Patientinnen behandelt, meinte in Bezug auf die durchgeführten Operationen:

„Aber die Kollegen, leider Gottes, die haben zu wenig Erfahrung und die Operationen sind nicht dementsprechend auch, das Ergebnis ist nicht immer zufriedenstellend.“ - GA 18

Auch eine weitere befragte Ärztin gab an, dass Eingriffe manchmal unbefriedigend verlaufen:

„Wir hatten jetzt heute eine, die das schon in Wien machen hat lassen, die schon eine Defibulation machen hat lassen. Das ist aber wieder zusammengewachsen. Weil es ist wirklich nur, es ist eine Narbenplatte drüber, ist nur in der Mitte auseinandergeschnitten worden, ohne auf etwas zu achten. Die Wundränder sind immer zusammen gelegen, sind sofort wieder miteinander verwachsen.“ - GA 13

Die Berichte der beiden Ärzt:innen zeigen, dass bei kurativen Eingriffen bei FGM/C, insbesondere bei der Defibulation, noch Verbesserungsbedarf besteht.

5.2.2.5 Psychische Gesundheit

Das Gesundheitspersonal betonte die Wichtigkeit der psychologischen Betreuung von betroffenen Frauen. Dabei wurde angemerkt, dass vorhandene Traumata nicht immer allein auf FGM/C zurückzuführen sind, sondern dass diese aus verschiedenen Erfahrungen auf der Flucht, eventuellen Vergewaltigungen, und Kriegserfahrungen etc. resultieren.

„Das ist sozusagen einmal eine grobe Akuteinschätzung des Traumatisierungsgrades, wobei das häufig ja nicht unbedingt mit der Beschneidung zu tun hat, sondern mit dem Fluchtweg. Das hat ja einen Grund, warum jemand flieht.“ - GA 1

Nicht immer sind Traumata also auf FGM/C zurückzuführen. Diese Traumata können aber zu Problemen führen, die betroffene Frauen zum Teil mit ihrer FGM/C in Verbindung setzen.

„Manchmal, ich habe es auch schon erlebt, dass Frauen geglaubt haben, es ist durch die Beschneidung, dass sie Beschwerden haben, aber da war fast nichts, das ist nur diese maximal FGM 1 nicht mal, ganz wenig nur beschnitten worden sind, aber andere Traumata in der Vorgeschichte hatten, wo einfach dann ein hypertoner, so eine Art Vaginismus, ein hypertoner Beckenboden dann da war.“ - GA 3

Wie die Gynäkologin erklärte, können auch andere Traumata, die nicht mit FGM/C zu tun haben, zu Beschwerden wie einem hypertonen Beckenboden führen. Das Gesundheitspersonal spricht auch über die komplexen Zusammenhänge zwischen FGM/C und Psychosomatik, da Beschwerden einerseits auf psychische Faktoren zurückzuführen werden können, andererseits eine Psychologisierung von Schmerzen vermieden werden muss:

„Wir haben Schmerzen, wo oft dann gesagt wird, das ist alles psychisch und das stimmt ganz oft nicht, nur weil man was nicht sieht, heißt es nicht, dass es das nicht gibt. Und das ist noch was, wo man Augenmerk drauflegen muss, dass man nicht zu sehr geht mit, der Schmerz ist psychisch. Der Schmerz kann psychosomatisch mitbedingt sein, aber sehr oft ist eine physiologische Entwicklung als Spätfolge“ - GA 1

Die Schilderung der Gynäkologin zeigt, dass die psychische Komponente immer mitgedacht werden muss, gleichzeitig aber eine Psychologisierung der Schmerzen von betroffenen Frauen vermieden werden muss.

Laut Gesundheitspersonal werden in den Krankenhäusern bei Bedarf klinische Psycholog:innen hinzugezogen. Das Gesundheitspersonal sieht den Ausbau der psychologischen Betreuung als essenziell, wobei auch betont wurde, dass nicht jede Betroffene eine Psychotherapie braucht:

„Die [das Frauengesundheitszentrum Salzburg] würden sich halt freuen oder wären bereit, dass sie auch psychologische Beratungen machen, wobei ich gar nicht so sehr das Gefühl habe, dass die Frauen das in Anspruch nehmen oder möchten...Das Vorrangige ist jetzt nicht so ein Trauma bearbeiten oder so.“ - GA3

Anlaufstellen wie das Frauengesundheitszentrum Salzburg bieten auch psychologische Beratungen an, wobei die Gynäkologin beobachtet, dass die Traumabearbeitung für ihre Patientinnen nicht an erster Stelle steht. Die Unterscheidung zwischen psychosozialer Beratung und Therapie betonte auch eine Psychologin:

„Es geht auch um diese Beratung in erster Linie. Nicht jede braucht Psychotherapie. Wer Psychotherapie braucht, das ist eigentlich häufig, wenn auch, es sind Dyspareunie, wenn die auch diese Schmerzen während des Geschlechtsverkehrs. Oder auch, wenn die eigentlich einen Kinderwunsch haben, das ist auch ein anderer Zugang dort, weil sie sind oft beschämt, dass die jetzt keine Kinder haben und da braucht man eine, sagen wir, eine vielleicht ein kurzes psychotherapeutisches Setting, aber es geht um psychologisches Vorbereiten, wo man sagt, okay, so geht es und es ist so, nicht schrecken, die Ärzte wissen, was sie machen.“ - GA11

Wie die erfahrene Psychologin und Hebamme berichtete, geht es vor allem um eine psychologische Begleitung von betroffenen Frauen, mehr als um eine Psychotherapie, die bei Themen, wie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr oder unerfüllten Kinderwunsch, sinnvoll ist.

Auch bei FEM Süd wird das Thema psychische Gesundheit und FGM/C behandelt, wie eine Psychologin erzählte:

„Im Moment bin ich im Einzelsetting mit drei Frauen und in den Gruppen ist es unterschiedlich. Das können fünf, sechs Frauen, die variieren auch, die Gruppenebenen sind sehr stark Stabilisierungstechniken, wie ich vorher gesagt habe, dass natürlich ein Trauma nicht in einer Gruppe jetzt aufgemacht wird unter Belastung, damit triggere ich dann alle anderen, das geht gar nicht. Aber das gelingt dann schon, da erreiche ich noch viel mehr.“ - GA12

Es werden also traumaspezifische Therapie, sowohl im Gruppen- als auch im Einzelsetting, angeboten, wobei vor allem auf psychologische Stabilisierung und Psychoedukation gesetzt wird. Außerdem schult die Psychologin Beraterinnen der FGM/C Koordinationsstelle in Trauma-spezifischer Beratung und steht mit den verschiedenen Partner:innen im Austausch zur psychischen Gesundheit.

5.2.2.6 Hemmschwellen für Betroffene aus Sicht des Gesundheitspersonals

Laut dem interviewten Gesundheitspersonal sind Angst und Scham Hemmschwellen, die dazu führen, dass Betroffene verfügbare Angebote nicht wahrnehmen.

„Es ist eine generalisierte Angst vor dem Fremden, was da auf mich zukommt, das könnte schmerzhaft auch noch sein, ich könnte abgewertet werden, ich könnte auf Unverständnis stoßen. Und das sind die Faktoren, die natürlich Menschen davon abhalten, überhaupt ins Gesundheitssystem zu gehen.“ - GA1

Wie die Gynäkologin bemerkte, haben betroffene Frauen Angst vor dem Ablauf der ärztlichen Betreuung, was dazu führt, dass sie vorhandene Angebote im Gesundheitssystem nicht wahrnehmen.

Darüber hinaus stellte das Gesundheitspersonal fest, dass Wissen über vorhandene Angebote, dem österreichischen Gesundheitssystem und zur Gesundheit allgemein bei betroffenen Frauen häufig fehlt:

„Eines der großen Probleme ist, glaube ich, insgesamt das, wie soll ich sagen, das Gesundheitswissen, das Wissen um einerseits Gesundheit, Ernährung etc., aber andererseits darum, wie kann ich mir Hilfe suchen, wie funktioniert das Gesundheitssystem.“ - GA9

Aufgrund des fehlenden Wissens, insbesondere in Bezug auf das Gesundheitssystem, braucht es laut der Gynäkologin vermehrt Informationen auch über das Thema FGM/C hinaus, um Frauen mit Migrationsgeschichte gut versorgen zu können.

5.2.2.7 Herausforderung Sprache und Übersetzung

Die vom Gesundheitspersonal genannte größte Herausforderung ist die Sprache, die nicht nur beim Thema FGM/C, sondern generell in der Gesundheitsversorgung von Migrant:innen eine zentrale Rolle spielt.

„Also ich finde, der limitierende Faktor ist ganz, ganz häufig bei den somalischen Patientinnen, die doch einen Großteil ausmachen, die Sprachbarriere. Und es ist eigentlich traurig, weil vieles andere würde sich lösen lassen.“ - GA7

Während medizinische Angebote zur Verfügung stehen, ist der Zugang dazu meistens durch eine Sprachbarriere erschwert. Das Gesundheitspersonal berichtete, dass in der Praxis entweder mit Dolmetscher:innen vor Ort oder per Video- oder Telefon-Dolmetsch gearbeitet wird. In Salzburg stehen, wie eine dort tätige Gynäkologin berichtete, ausgebildete Gesundheitslotsinnen als Dolmetscherinnen zur Verfügung, die vom Krankenhaus vergütet werden. Viele Frauen kommen laut Aussagen des Gesundheitspersonals auch über Anlaufstellen mit einer Begleitperson, die übersetzen kann. Oft werden aber Freiwillige als Übersetzer:innen für das Gesundheitspersonal eingesetzt, was besonders für Somali der Fall ist.

Die Wahrnehmung von Video- und Telefon-Dolmetschen durch das Gesundheitspersonal variiert: Einige Ärztinnen aus Bundesländern, in denen es wenig Übersetzungsinfrastruktur gibt, berichteten, dass Video- und Telefon-Dolmetschen eine gute Option darstellt, da es sonst keine Möglichkeit gibt, mit Patientinnen zu kommunizieren. Einige Ärztinnen aber kritisieren den Einsatz von Video-Dolmetsch.

„Nur ist es beim Videodolmetsch so, ich kann mir A nicht aussuchen, ob es ein Mann oder eine Frau ist, B sind solche Sprachen wie Sudanesisch oder Somali nicht so, also die muss man planen, also das ist für eine Ambulanz geil, aber nicht für eine Geburt um drei Uhr früh. Dann sind die bei uns auf den Stand-PCs installiert und ich kann schwer eine wehende Frau schultern und vor den PC tragen. Aber allen voran muss man sagen, ist das Hauptproblem, die somalische Community in Wien zum Beispiel ist klein und ich weiß nicht, wenn ich einen Dolmetsch anfordere, welchen Geisteskind dieser Dolmetsch ist und ob der nicht meine Patientin kennt. Und ob dann nicht, wenn die zu mir zur Defibulation kommt, der in der Community herumzählt, dass sie sich bei mir defibulieren hat lassen.“ - GA9

Sie bemängeln, dass eine weibliche Dolmetscherin für das Thema benötigt wird und die Einstellung der dolmetschenden Person zu FGM/C nicht klar ist. Zudem handelt es sich um ein sensibles Thema in betroffenen Communitys, die sich häufig untereinander kennen. Außerdem stellt die Organisation einen großen Aufwand dar, der zu Ambulanzenzeiten zu bewältigen ist, aber zum Beispiel bei spontanen Geburten oft nicht möglich ist.

Das Gesundheitspersonal beschreibt die Kommunikation über Dolmetsch als immer schwierig, weil sie nicht genau wissen, was gesprochen und übersetzt wird und das Vertrauensverhältnis bei einem sensiblen Thema wie FGM/C dadurch beeinflusst wird:

„Es sind vor allem in unserem Gebiet extrem heikle Punkte und da musst du dich schon auskennen, sozusagen, um zu wissen, wie du das übersetzt. Und vor allen Dingen, wenn ein Mann übersetzt, das kannst du vergessen, oft. Und wir wissen gar nicht, was die übersetzen auch. Wenn es kein medizinisches Personal ist oder Dolmetscher, die sich ein bisschen auskennen, und auch mit Dolmetsch ist das ein Problem. Du verlierst immer, das ist einfach so“ - GA16

Die Sprachbarriere ist für das Gesundheitspersonal eine große Herausforderung, die besonders bei dem Thema FGM/C die Kommunikation erschwert, auch wenn Dolmetschangebote zur Verfügung steht.

5.2.2.8 Aus- und Fortbildung von medizinischem Personal

Für das interviewte Gesundheitspersonal war FGM/C kaum Teil der Ausbildung, und Wissen wurde auf Eigeninitiative, manchmal durch Auslandsaufenthalte angeeignet. In Ambulanzen wurde durch Learning-by-Doing von Vorgänger:innen oder von Expert:innen im Ausland gelernt. Ein paar der interviewten Gynäkologinnen haben außerdem eine Zusatzausbildung in Sexualmedizin.

Mittlerweile ist FGM/C Teil vieler Medizin- und Gesundheitsstudiengänge in Österreich. Wenn das Thema im Curriculum der österreichischen Medizinischen Universitäten enthalten ist, dann vor allem aufgrund des Engagements von einzelnen Ärzt:innen oder Wissenschaftler:innen. Auch bei Kongressen von Fachverbänden wie der ÖGGG und Veranstaltungen der Ärztekammern wird FGM/C immer öfter zum Thema. Dennoch betont das befragte Gesundheitspersonal, dass mehr Aus- und Fortbildungen zu FGM/C nötig sind:

„Ich glaube, es braucht schon im ärztlichen Bereich viel, viel mehr Fortbildung eigentlich zu dem ganzen Thema noch mit dazu. Ich glaube, man muss offensiver mit den, es gibt hervorragende Informationsmaterialien bereits, also in meinen Augen, die von Bundesseite her zur Verfügung gestellt werden. Da geht es einfach um die Optimierung, vielleicht eine Verteilung dazu noch, dass man da vielleicht andere Wege findet oder einbringen in die Fortbildungsveranstaltungen der Ärztekammern, sicher ein wichtiger Punkt mit dazu.“ - GA2

Wie der Kinderarzt beschrieb, gibt es bereits gute Materialien für Fortbildungen und Informationen zu FGM/C, diese müssen aber noch gezielter an die Ärzt:innen herangetragen werden.

In einigen Bereichen wird das Thema FGM/C in einem Wahlfach abgedeckt, und es handelt sich um speziell interessiertes Gesundheitspersonal, dass sich mit dem Thema befasst, wie eine Teilnehmerin bemerkt:

„Es sollte auf gar keinen Fall ein Wahlfach sein, wo man sagt, na, ich mache FGM oder ich mache sowas anderes. Es muss einfach Standard sein, es wird gemacht, ob man will oder nicht“ - GA11

FGM/C sollte Thema für das gesamte Gesundheitspersonal sein und standardisiert in der Ausbildung vorkommen, so dass Bewusstsein für das Thema herrscht.

Das befragte Gesundheitspersonal betont außerdem, dass nicht alle Mediziner:innen FGM/C Expertise haben müssen, aber mehr Bewusstsein dafür geschaffen werden muss, damit FGM/C erkannt wird.

„Ich meine, es soll jeder die Grundbegriffe wissen, es soll jeder Zahlen dazu wissen, es soll jeder die Formen ungefähr wissen, ja. Aber ich glaube...Und es geht einfach darum, das Bewusstsein dafür zu schaffen. Ich glaube, es muss aber nicht in der Ausbildung so drinnen sein, dass jeder so eine Situation managen kann. Das, glaube ich, ist übertrieben.“ - GA2

Wie der Kinderarzt erklärte, sollten zumindest Basisinformationen über FGM/C und Bewusstsein dafür bei allen Ärzt:innen vorhanden sein.

Außerdem wird die Weiterbildung von jungen Kolleg:innen und die Weitergabe des Wissens in den FGM/C Ambulanzen betont:

„Was ich auch jetzt voll wichtig finde für mich jetzt hier, dass nicht nur ich das mache, sondern ich hole mir immer eine junge Ärztin oder zwei sogar dazu und zeige ihnen das, dass die dabei sind einfach, dass die auch diesen Situs sehen von den Frauen, wie die aussehen, und dass sie auch diese Unterscheidung lernen, welche Stufen es gibt und was die für Probleme haben und wie und warum die kommen. Das finde ich auch immer voll wichtig. Und ich finde, dass die Betroffenen das gar nicht schlimm finden, wenn da jemand Zweiter dabei ist, und das finde ich eben für die Jungen, die sind dann auch immer ganz interessiert.“ - GA3

Durch das Begleiten von jungen Kolleg:innen wird laut der Teilnehmerin ermöglicht, dass Fachärzt:innen über das Thema FGM/C und die Abläufe der FGM/C Ambulanz Bescheid wissen.

5.2.2.9 Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit anderen Stakeholder:innen

Gesundheitspersonal wurde ebenfalls zur Erfahrung in der Zusammenarbeit mit relevanten Organisationen und Anlaufstellen befragt. Diese Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Stakeholdern, die am Thema FGM/C arbeiten, beschrieb eine Teilnehmerin so:

„Wenn Sie mich fragen, wie ich die Zusammenarbeit erfahre, ich habe das Gefühl, ich bin im Opferschutz und bei FGM und beide Themen kranken an demselben. Ganz viele Protagonisten, die unheimlich nett und hilfreich sein wollen, aber in verschiedene Richtungen rennen und dasselbe machen. Es ist bei FGM oft so, dass man das Gefühl hat, jeder, der das hört oder der sich damit beschäftigt, denkt sich, ur arg, da muss ich mich engagieren, und macht irgendwas. Parallel machen andere genau dasselbe und deswegen war die Idee der Handlungsempfehlung quasi, alle, die sich damit beschäftigen, an einen Tisch zu holen und einmal was Gemeinsames zu produzieren, und nicht den 97. Flyer, wo dasselbe draufsteht.“ - GA9

Laut der Gynäkologin gibt es viele verstreute Initiativen, die besser koordiniert werden sollten. Ihrer Ansicht nach könnte eine entsprechende Handlungsempfehlung sehr hilfreich sein. Die Zusammenarbeit mit anderen Hilfsangeboten wird in den Bundesländern unterschiedlich wahrgenommen. Vor allem in Wien ist mit dem FGM-Beirat eine gute Vernetzung gegeben:

„Wien ist da wirklich extrem vorbildhaft, international vorbildhaft. Also da sind wir sehr gut organisiert, was FGM betrifft. Es gibt eben mehrere Anlaufstellen, es gibt Betreuung, es gibt Beratung in alle Richtungen und die Kompetenzen sind vorhanden und die Organisation ist wirklich sehr gut. Und mit dem FGM-Beirat ist es auch so, dass man sich ja alle paar Monate trifft und allfällige Probleme auch gemeinsam besprechen kann, beziehungsweise sich dann auch gemeinsam fortbildet.“ - GA4

Der FGM-Beirat ermöglicht dabei den Austausch zwischen den verschiedenen Anlaufstellen, um möglichen Problemen entgegenzuwirken, was die Gynäkologin als beispielhaft empfindet. Durch die FGM/C Koordinationsstelle konnte außerdem eine bessere Vernetzung auch in anderen Bundesländern, zum Beispiel in Oberösterreich und der Steiermark ermöglicht werden:

„Aber das ist auch bei uns so vereinbart, weil diese ganzen begleitenden Maßnahmen von dort aus gesteuert werden, psychologische Betreuungen, Beratungen, Unterstützungen jeglicher Form, das eher von denen ausgeht, weil die trotzdem den besten Überblick haben, was wird angeboten, was ist finanziell möglich.“ - GA15

Laut der Teilnehmerin ermöglichte diese Zusammenarbeit eine ergänzende Betreuung von medizinischer und sozial-psychologischer Seite. Allerdings ist die Arbeit der FGM/C Koordinationsstelle nicht allen Ärzt:innen bekannt:

„Schauen Sie, wenn ich als Gynäkologe, der jeden Tag mit FGM-Patientinnen zu tun hat, davon [Anm.: der FGM/C Koordinationsstelle] nichts weiß, das heißt es gibt mangelnde Informationen“ - GA18

Dem niedergelassenen Gynäkologen, der täglich FGM/C Patientinnen betreut, fehlen Informationen zur FGM/C-Koordinationsstelle. Dies zeigt den Verbesserungsbedarf in der Kenntnis von Anlaufstellen unter Gesundheitspersonal. Allerdings geht die Vernetzung über die Koordinationsstelle hinaus, auch andere Organisationen, die nicht Teil der Koordinationsstelle sind, werden von Gesundheitspersonal als wichtige Stakeholder erachtet, wie zum Beispiel die Opfer- und Gewaltschutzgruppen, die Kinder- und Jugendhilfe, oder Organisationen wie die Caritas, Diakonie, Frauen aus allen Ländern.

Einige Teilnehmende des Gesundheitspersonals sehen die medizinischen Fachverbände als geeigneter für die Koordinierung im medizinischen Bereich:

„Und dann sollte es eigentlich nicht immer Einzelkämpfertum sein, sondern da könnte man grad, also, wenn das jetzt sowas ist wie FGM, dann sollte man sich zum Beispiel an die österreichische Gesellschaft für Gynäkologie wenden..., weil die damit diese Breitenwirkung über ganz Österreich hat. Sofort über die fachliche Achse. Und über die fachliche Achse kann ich dann diese soziale Achse ergänzen, weil da braucht es natürlich immer Geld und fachlich sind wir meistens schneller, weil wir sagen, okay, das machen wir jetzt.“ - GA1

Die Gynäkologin sieht die ÖGGG als Fachgesellschaft gut positioniert, um eine breitere Masse an Gesundheitspersonal für das Thema FGM/C zu informieren und zu koordinieren.

Ein weiterer wichtiger Teil für die erfolgreiche Zusammenarbeit ist laut befragten Gesundheitspersonal der niedergelassene Bereich. Das Gesundheitspersonal berichtete, dass betroffene Frauen zum Teil auch von niedergelassenen Ärzt:innen zu ihnen ins Krankenhaus überwiesen werden:

„Ja, also an und für sich glaube ich, dass der niedergelassene Bereich zum Teil sehr gut informiert ist zu dem Thema. Es ist aber eben etwas, was dann ans Spital verwiesen wird.“ - GA4

Laut der Gynäkologin sind niedergelassene Ärzt:innen in Wien gut über FGM/C informiert und leiten Patientinnen auch zu ihr weiter. Anders ist die Einschätzung einer Kollegin, die ebenfalls in Wien tätig ist und bezüglich Überweisungen aus dem niedergelassenen Bereich meinte:

„So gut wie nie, und das finde ich sehr bedauerlich, weil ich gehe jetzt hausieren mit meinem Vortrag, ... und wir kriegen so gut wie nie Zuweisungen. Der Zusammenhang ist, ich weiß nicht, ob die Kollegen die Leute direkt ins FEM Süd schicken, was eh gut ist, aber ich komme mir vor wie der Rufer an der Wand und ich erzähle 1.000-mal, dass das wichtig ist, dass man schon Schwangere vorher weiß, das ist den Patientinnen bei Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, da muss ein Kollege gesehen haben, dass sie beschnitten sind. ... Ja, die kommen nicht, also die werden nicht zu uns geschickt mit dem Nachschauen. Also wirklich in höchst seltenen Einzelfällen.“ - GA9

In der Wahrnehmung dieser Gynäkologin werden nur sehr selten betroffene Frauen ins Krankenhaus überwiesen, auch wenn sie als Schwangere bei Mutter-Kind-Pass¹⁹ Untersuchungen waren. Darüber hinaus merkt sie an, dass die Dokumentation durch die niedergelassenen Kolleg:innen nicht passiert und FGM/C normalerweise nicht im Mutter-Kind-Pass eingetragen wird.

Auch bei den Kinderärzt:innen ist der niedergelassene Bereich unterschiedlich gut informiert, was die Zusammenarbeit beeinflusst, wie ein erfahrener Kinderarzt schilderte:

„Bei den niedergelassenen Kollegen muss man die Sache ein bisschen differenzierter sehen, muss ich ganz offen sagen. Es gibt ein paar Kollegen, die das Ganze relativ fundiert auch machen, mich davor kontaktieren, mich befragen, was sie tun sollen, wie sie weiter vorgehen sollen. Es gibt aber auch, sage ich, Kollegen, die schon teilweise, sobald irgendwie entweder abstammungsmäßig oder eine Frau eine Andeutung bei ihnen, also eine Mutter die Andeutung macht, dass da möglicherweise eine Genitalbeschneidung im Heimatland auch stattgefunden hat mit dazu, dann sofort und unmittelbar die Kinder zu mir schicken zur Beurteilung, wo ich versuche, ihnen immer wieder klarzumachen, dass das einfach der falsche Weg ist, weil das eine Traumatisierung für die Kinder auch ist, es für mich keine medizinische Indikation gibt, eine Genitalinspektion bei den Kindern durchzuführen, noch dazu, wenn man sagen muss, in manche Bereiche, grad, wenn man diese Small-Nick-Beschneidungen

¹⁹ Seit 1.1.2024 offiziell Eltern-Kind-Pass.

auch mit hernehmen, es dann teilweise auch wirklich koloskopisch, also das ist für mich nicht tragbar, ich sage das ganz ehrlich.“ - GA2

Laut dem im Krankenhaus tätigen Kinderarzt werden Mädchen oft vorschnell zu ihm überwiesen und nur wenige Kolleg:innen würden den weiteren Vorgang mit ihm absprechen, da in vielen Fällen keine Indikation für eine gynäkologische Untersuchung gegeben ist. Diese Erfahrungen mit Kolleg:innen im niedergelassenen Bereich zeigen nochmal den Bedarf für bessere Aus- und Weiterbildung für das Gesundheitspersonal, das mit FGM/C betroffenen Patientinnen zu tun hat, um eine bessere Zusammenarbeit und Dokumentation zu ermöglichen.

Um die Versorgung und Hilfsangebote sinnvoll zu gestalten, sieht das Gesundheitspersonal außerdem die Zusammenarbeit mit Communitys als essenziell:

„Aber der Schlüssel ist eben die Zusammenarbeit mit den Communitys und dadurch, dass wir Frauen in den Communitys haben, funktioniert das“ - GA4

Laut der Gynäkologin ermöglicht die Verbindung zu Frauen in den betroffenen Communitys eine gute Versorgung.

5.2.2.10 Handlungsbedarf aus Sicht des Gesundheitspersonals

Die Teilnehmenden sehen Handlungsbedarf in verschiedenen Bereichen, sowohl in der medizinischen Versorgung als auch in der Koordinierung und Zusammenarbeit mit anderen Hilfsangeboten und betroffenen Communitys.

Wie bereits erwähnt, muss das Bewusstsein für FGM/C in den unterschiedlichen Gesundheitsberufen und anderen Bereichen, die mit FGM/C betroffenen Mädchen und Frauen in Berührung kommen, gestärkt werden:

„Aber ich glaube, wenn das eine Kombination aus den Niederlassungen und den Leuten im Krankenhaus, wo ein bisschen Awareness geschaffen wird für die Prävalenzländer, ich glaube, das ist der erste Schritt, weil dann schaut man aktiv hin. Und ich meine, vor allem in Ballungszentren, so wie in Wien und in Graz, ist, glaube ich, eh schon mehr Awareness da, aber es ist trotzdem sicher ausbaufähig.“ - GA7

Auch außerhalb von Wien muss Bewusstsein geschaffen werden und die Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Bereich verstärkt werden.

Diese Bewusstseinsbildung hängt auch mit dem Bedarf nach besserer Dokumentation und Datenerhebung zusammen. FGM/C muss erkannt und dokumentiert werden. Dies würde auch die wenig zufriedenstellende Datenlage verbessern. Laut Aussagen einer Wiener Gynäkologin ist ein Register für FGM/C in Planung.

Vor allem wird von Teilnehmenden auch die Rolle der Kinderärzt:innen betont, die sie für Präventionsmaßnahmen als besser geeignet sehen:

„Es gehört eigentlich zu den Kinderärzten, weil die Frauen oder Familien müssen nachher alle zu den Kinderärzten, um das Kinderbetreuungsgeld zu bekommen, da gibt es ja auch die Mutter-Kind-Pass-Untersuchung, und da sollte vielleicht eine ordentliche Beratung stattfinden, und zwar mit jemandem, der sich natürlich auch die Zeit nehmen kann“ - GA8

Durch die Betreuung von den Kinderärzt:innen, insbesondere im Rahmen von Mutter-Kind-Pass Untersuchungen, können diese mit Frauen und Familien ein beratendes Gespräch als Präventionsmaßnahme führen.

Während das Gesundheitspersonal Fortschritte in der Vernetzung der unterschiedlichen Akteure sieht, braucht es, einigen Personen zufolge, eine bessere Koordinierung und Zusammenspiel der Stakeholder:

„Ja, ich glaube, es ist wichtig. Ich weiß eigentlich nicht, was passiert. Ich glaube, es ist so oft, wie in Österreich, sind immer ein paar Initiativen und ein paar Leute, die das extrem gut machen, aber es fehlt immer ein bisschen an dieser Koordination... Und das andere ist eben, natürlich ist es wichtig, dass ein koordinierter, dass es klar ist, was alle zu tun haben, vor allem aber auch zu vermeiden, dass die Frauen es trotzdem weitermachen und das fordert ein Zusammenspiel und dieses Zusammenspiel fehlt oft in Österreich.“ - GA16

Wie die Gynäkologin beschrieb, müssen sich die unterschiedlichen Initiativen in Österreich noch besser miteinander koordinieren. Im medizinischen Bereich fordern daher einige der Teilnehmenden einen Leitfaden, der klare Abläufe definiert und an die richtigen Anlaufstellen verweist.

Auch für betroffene Frauen muss laut dem Gesundheitspersonal das Bewusstsein, vor allem für die in Österreich verfügbaren Anlaufstellen, gestärkt werden.

„Also es müsste ein bisschen sozusagen, finde ich, publikter gemacht werden, Anlaufstellen, und wahrscheinlich, ich habe nicht die Übersicht, in Wien, glaube ich, ist es eh nicht so schlecht, aber auch in den Bundesländern glaube ich, dass die Frauen da mehrere Anlaufstellen haben und Möglichkeiten haben und die auch bekannt sind“ - GA5

Außerdem betont das Gesundheitspersonal vermehrt Männer in die Arbeit gegen FGM/C miteinzubeziehen:

„Und ich glaube, was man auch nicht außer Acht lassen darf, ist, dass man die Männer, die Partner miteinbeziehen muss, weil das ist total wichtig. Einerseits von der Aufklärung, andererseits auch, dass diese Frauen nicht so alleingelassen sind einfach damit und dass auch die Awareness in den Communitys quasi wächst“ - GA7

Die Rolle von Männern sowohl in der Aufklärung zu FGM/C, als auch in der Unterstützung von Frauen ist laut der Gynäkologin essenziell.

Darüber hinaus muss, aus Sicht der befragten Psychologinnen und Gynäkologinnen, die in der Betreuung von FGM/C betroffenen Frauen arbeiten, die psychologische Versorgung ausgebaut werden:

„Also das Hauptproblem ist, wir haben zu wenige Psychotherapeuten, die Erfahrung haben mit anderen Kulturen.“ - GA1

Laut der Tiroler Gynäkologin gibt es nicht ausreichend transkulturelles psychotherapeutisches Angebot. Handlungsbedarf in diesem Bereich sieht auch eine Psychologin in Wien:

„Aber das heißt, meine Empfehlung, rechtzeitig diese Versorgung zu berücksichtigen, weil wir haben ein Versorgungsdefizit generell, aber Sie wissen, ...in allen möglichen Communitys, also BKS [Anm.: Bosnisch/ Kroatisch/Serbisch], ... auch noch so wenig Versorgung, die haben auch noch kaum Traumatherapie, die haben auch noch kaum richtig muttersprachliche Psychotherapie. Und das braucht es für diese Frauen, Spezialisten, die bezahlt werden dafür und die Plätze auch hergeben für die Frauen, nämlich, dass man wirklich sofort reagiert, wenn die schon so weit sind.“ - GA12

Abschließend äußerten einige Ärztinnen den Wunsch, Initiativen, die es in anderen Ländern bereits gibt, in Österreich zu übernehmen, wie zum Beispiel den Schutzbrief gegen FGM/C in Deutschland²⁰.

„Und da gibt es ja in Deutschland diesen Schutzbrief, das wäre toll, ... wenn es das auch in Österreich gebe, wenn, so wie unsere Patientin heute, doch die Verwandten

²⁰ Siehe <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/schutzbrief-gegen-weibliche-genitalverstuemmelung-179280>

besucht zuhause und dann hat sie diesen Schutzbrief mit, dass das nicht gemacht werden darf.“ - GA3

Durch den von der Gynäkologin erwähnten Schutzbrief würde die österreichische Gesetzeslage klar dargestellt werden, um dem sozialen Druck, den Familien in den betroffenen Communitys teilweise ausgesetzt sind, entgegenzuwirken. Der Schutzbrief gegen FGM/C in Deutschland informiert über die Strafbarkeit von FGM/C und dient der allgemeinen Aufklärung zum Thema.

5.3 Zusammenfassung und Diskussion der qualitativen Ergebnisse

Die Ergebnisse der qualitativen Studie mit Personen aus betroffenen Communitys und Gesundheitspersonal werden in der nachfolgenden Diskussion nochmal zusammengefasst und in Kontext mit anderen Studien zu FGM/C in Ländern mit hohem Einkommen gesetzt. Die qualitativen Ergebnisse zeigen die Komplexität der FGM/C Thematik und die Herausforderungen in der Versorgung von betroffenen Frauen und in der Präventionsarbeit.

Die unterschiedlichen Einstellungen und Begründungen im Hinblick auf FGM/C sowie die diversen Entscheidungsträger:innen, die in den verschiedenen betroffenen Communitys vertreten sind, illustrieren die Komplexität dieses Themas. Generell muss erwähnt werden, dass die betroffenen Communitys durch große Heterogenität gekennzeichnet sind. Diese spiegelt sich auch in den vielen und unterschiedlichen Ansichten über FGM/C wider. Die erwähnten Begründungen, wie sexuelle Kontrolle, FGM/C als soziale Norm, Reinheit, Beschützung, dem Folgen von Traditionen und FGM/C als Voraussetzung für eine Ehe, stimmen mit der relevanten Fachliteratur überein [177]. Dabei überschneiden sich unterschiedliche Gründe und sollten daher nicht als einander ausschließend gesehen werden. Durch die Berichte der Teilnehmenden wird klar, dass FGM/C eine soziale Norm darstellt und notwendig für die soziale Zugehörigkeit ist. Diese Faktoren müssen im Umgang mit betroffenen Communitys verstanden, ernst genommen und nicht verurteilt werden, damit Präventionsmaßnahmen erfolgreich sein können.

Die Medikalisierung von FGM/C, die auch in der Literatur dokumentiert ist [31, 178], wurde vor allem aus den Erzählungen von Teilnehmenden aus Ägypten und Sudan ersichtlich. Durch die Medikalisierung ändert sich zwar die Art und Weise der Durchführung von FGM/C, es führt aber nicht zu einer Eradikation von FGM/C. Mittlerweile wird außerdem zwar häufig FGM/C Typ I anstatt Typ III durchgeführt, doch führt dies nicht zur Beendigung der Praktik und auch gesundheitliche Folgen bleiben bestehen. Teilnehmende berichteten auch von einem Einstellungswandel, der sowohl generations-, als auch migrationsbedingt stattfindet. Oft kommt es auch zu einem persönlichen Umdenken, das sich durch eigene Erfahrungen und dem Wissen über gesundheitliche Probleme im Zusammenhang mit FGM/C ergibt. In Norwegen und Schweden zeigen Studien ebenfalls einen Einstellungswandel in betroffenen Communitys [156, 179-182].

Immer wieder werden von manchen politischen Parteien und NGOs strengere Gesetze und Verfolgung von FGM/C in Österreich gefordert. Inwieweit die Gesetzgebung aber als Präventionsmaßnahme wirkt, ist nicht ausreichend klar. Die Teilnehmenden berichten, dass in Communitys Angst vor einer Geld- oder Haftstrafe herrscht, dies führt aber nicht zu einem Umdenken in Bezug auf FGM/C. Auch das Gesundheitspersonal nimmt diese Angst von betroffenen Communitys wahr. Dies erschwert das Ansprechen von FGM/C und die damit einhergehenden gesundheitlichen Probleme. Es gilt vermehrt auf Prävention und Aufklärungsarbeit zu setzen, um die Durchführung von FGM/C zu verhindern, und nicht primär die Festnahme und Bestrafung zu fordern und Menschen Angst mit einer möglichen Gefängnisstrafe oder dem Wegnehmen ihrer Kinder zu machen.

Die Schilderung der Betroffenen deutet darauf hin, dass FGM/C in Österreich nicht genug angesprochen wird und die Präventionsarbeit verbessert werden müsste, um zu verhindern, dass Mädchen im Ausland beschnitten werden. Die Kenntnis der Rechtslage allein reicht anscheinend nicht aus, dies zu verhindern. Wichtig ist in dieser Hinsicht aus Sicht der Teilnehmenden vor allem Aufklärungsarbeit, die die Einstellungen von betroffenen Communitys, und den sozialen Druck, dem Familien auch in Österreich ausgesetzt sind, berücksichtigt. Dementsprechende Hilfsangebote werden gewünscht.

Betroffene Frauen berichteten von ihren Erfahrungen im österreichischen Gesundheitssystem, die zeigen, dass Diskriminierung und „Othering“²¹ weit verbreitet sind. Wie Betroffene erzählten, fühlten sie sich von Gesundheitspersonal zum Teil diskriminiert und herabwürdigend behandelt. Das entsetzte und vorurteilsbehaftete Verhalten von Gesundheitspersonal als Reaktion auf den FGM/C Status von Frauen kann, wie aus früheren Studien [81] bekannt ist, eine Hemmschwelle für Frauen darstellen Gesundheitsangebote in Anspruch zu nehmen. Andererseits wird FGM/C von Gesundheitspersonal auch oft ignoriert und nicht angesprochen, was Teilnehmende aus den betroffenen Communitys zum Teil auf fehlendes Wissen des Gesundheitspersonals zurückführten. Möglicherweise findet dieses Ignorieren in manchen Fällen aus Verunsicherung statt, oder das Gesundheitspersonal will übertrieben vermeiden, eine tabuisierte, unangenehme Tatsache anzusprechen und zu benennen. In beiden Fällen ist eine Verhaltensänderung des Gesundheitspersonals wichtig, damit eine korrekte gesundheitliche Versorgung von FGM/C-Betroffenen stattfinden kann.

Auch laut dem Gesundheitspersonal sollte FGM/C noch besser in Aus- und Fortbildung thematisiert werden, um das Bewusstsein für das Thema zu stärken. Das fehlende Wissen von Gesundheitspersonal zu FGM/C ist bereits aus früheren Studien bekannt [87]. Außerdem muss Gesundheitspersonal besser im kultursensiblen Umgang geschult werden, um diskriminierendes Verhalten, wie es von Betroffenen berichtet wird, vermeiden zu lernen. Mangelndes Wissen und Verständnis für FGM/C sowie ein geringes Bewusstsein zu verfügbaren Hilfsangeboten von Gesundheitspersonal sind auch in anderen Ländern ein Problem [87].

Vor allem im niedergelassenen Bereich gibt es laut interviewtem Gesundheitspersonal Mängel in der Betreuung und Dokumentation von FGM/C. Das Gesundheitspersonal betonte die Notwendigkeit nach Verbesserung, zum Beispiel durch Dokumentation im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen. Evans, Tweheyo, et al. [87] erwähnen ebenfalls die Problematik der fehlenden Dokumentation, die unter anderem dazu führen kann, dass FGM/C erst im Rahmen der Geburt auffällt und betroffene Frauen keine angemessene Betreuung im Vorfeld erhalten.

In Bezug auf die Defibulation zeigt sich, dass es sich dabei in vielerlei Hinsicht um einen Tabubruch handelt und Frauen zum Teil Angst vor negativen sozialen Auswirkungen haben. Gleichzeitig berichteten Frauen, dass sie sich nach dem Eingriff erleichtert fühlten, sich aber mit ihrer neuen Realität auseinandersetzen mussten. Aus der Literatur ist ebenfalls bekannt, dass sich eine Defibulation nicht nur auf das körperliche Wohlbefinden der Frauen auswirkt, sondern auch ihre sozialen Interaktionen, ihre Akzeptanz und ihren Status innerhalb ihrer Communitys beeinflusst [71, 72, 75, 80]. Daher wäre eine durchgehende psychosoziale Begleitung von Vorteil, wie auch beispielsweise Jones, Danks, et al. [177] argumentieren.

Auch das Thema der fehlenden psychologischen Versorgung von FGM/C Betroffenen ist bereits aus anderen Studien bekannt. Faktoren wie Diskriminierung, Rassismus und herausfordernde sozio-ökonomische Verhältnisse, und unsicherer Asylstatus, zusätzlich zu Trauma von FGM/C, aber häufig auch von Krieg, Flucht und anderen Formen von Gewalt, führen zu erhöhtem Risiko für Probleme mit der mentalen Gesundheit. Außerdem kommt es durch die Migration in ein FGM/C ablehnendes Land häufig zu einer erneuten Traumatisierung [184]. Daher stellt der vom Gesundheitspersonal geforderte Ausbau der psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung für Migrantinnen ein wichtiges Handlungsfeld dar.

Laut Aussagen der Frauen aus betroffenen Communitys, wie auch aus der Literatur bekannt [87], stellt zudem im Gesundheitsbereich das Missverhältnis zwischen männlichen und weiblichen Gynäkolog:innen mit Kassenzulassung eine große Hemmschwelle dar, da betroffene Frauen weibliche Gynäkologinnen bevorzugen.

Das Gesundheitspersonal betonte die Herausforderung der Sprachbarriere im Gesundheitssystem. Auch betroffene Frauen sehen diese als enorme Herausforderung, da sie sich nicht ausreichen mit

²¹ „Othering“ bezeichnet das „fremd oder anders Machen“ von Gruppen durch einen Prozess der Abgrenzung und Distanzierung zum Selbst/„Wir“ durch die Hervorhebung stereotypisierter Differenzen [183]. Dies führt zu Ausgrenzungserfahrungen der als „anders“ dargestellten Gruppe. Vgl. Hall [183]

Gesundheitspersonal verständigen können – sie gehen deswegen zum Teil nicht zu Untersuchungen. Verfügbare Dolmetschangebote sind aus Sicht des Gesundheitspersonals unzufriedenstellend. Auch aus der Literatur ist bekannt, dass Sprachbarrieren und Probleme beim Dolmetschen erhebliche Hindernisse für eine effektive Kommunikation gerade für FGM/C Betroffene darstellen [87]. Dies wird von dem befragten Gesundheitspersonal und Personen aus betroffenen Communitys auch für Österreich bestätigt.

Die identifizierten Herausforderungen im Gesundheitsbereich gehen allerdings weit über das Thema FGM/C hinaus. Vielmehr geht es darum einen generellen kultur- und traumasensiblen Umgang mit Migrantinnen und deren Barrieren im Gesundheitssystem (u.a. Sprachbarrieren) zu thematisieren. Die Schlüsselemente einer kultursensiblen Versorgung für Mädchen und Frauen, die von FGM/C betroffen sind, werden folgendermaßen benannt: 1) Informationen, Bewusstsein, Community Engagement, 2) Vertrauen und Kompetenz von Gesundheitspersonal, 3) geeignete Systeme, Services und Versorgungspfade, 4) offene Kommunikation und gemeinsame Entscheidungsfindung [86]. Insgesamt muss eine kultursensible medizinische und psychosoziale Versorgung für Menschen mit Migrationsgeschichte gewährleistet werden und die dahingehenden Kompetenzen des Gesundheitspersonals verbessert werden.

Während sich die Versorgung in den Bundesländern anscheinend immer weiter verbessert, wie die Teilnehmenden anmerkten, ist ein großer Unterschied vor allem zwischen der Situation in Wien und in den Bundesländern festzustellen. Durch den FGM-Beirat des Wiener Programms für Frauengesundheit gibt es in Wien eine gute Vernetzung zwischen den verschiedenen Stakeholdern und die befragten Ärztinnen heben die gute Zusammenarbeit hervor. Die regionalen Disparitäten und die schwierige Betreuungslage vor allem in der Peripherie mit schwieriger Anbindung zu Zentren (über das Thema FGM/C hinaus) erfordert, ihrer Ansicht nach, dringenden Handlungsbedarf.

Vorhandene Hilfsangebote sind anscheinend sowohl in betroffenen Communitys als auch unter dem Gesundheitspersonal zu wenig bekannt. Vom Gesundheitspersonal wird daher eine bessere Vernetzung der verschiedenen Stakeholder gefordert. Außerdem könnte aus Sicht der teilnehmenden Ärzt:innen eine einheitliche medizinische Leitlinie zum Umgang mit von FGM/C betroffenen Frauen (wie in der Schweiz, Deutschland oder England) die Betreuung von Patientinnen verbessern und Abläufe in Bezug auf Kaiserschnitt oder Defibulation klarstellen, während gleichzeitig die individuelle Betreuung gesichert wird. Das Gesundheitspersonal berichtet zum Teil von unterschiedlichen Vorgehensweisen in Bezug auf Betreuung und Durchführung von Defibulationen. Fehlende Leitlinien führen zu inkonsistenter Betreuung und der Abhängigkeit der Qualität der Betreuung von der behandelnden Person und deren Erfahrung [87]. Vor allem im niedergelassenen Bereich könnte also eine Leitlinie als Hilfestellung im Umgang mit FGM/C herangezogen werden und durch Fortbildungen ergänzt werden.

In einem systematischen Review über die Einflussfaktoren, die die Prävention von FGM/C in Ländern mit hohem Einkommen fördern oder behindern, identifizieren Younas und Gutman [185] ähnliche Themen, die auch in Österreich vorliegen. Zu den Barrieren der Prävention zählen Angst vor sozialen Sanktionen, Begründungen von Reinheit und Keuschheit, und dass FGM/C und Sexualität allgemein ein Tabuthema sind. Einflüsse, die die Prävention fördern, sind die eigenen Erfahrungen mit Schmerzen und Trauma, das Wissen über die gesundheitlichen Folgen und die rechtliche Lage. Religion und der Einflussfaktor der Eltern stellen sowohl Barriere als auch Förderfaktoren dar. In der Aufklärungsarbeit sollten diese Barrieren und Förderfaktoren ebenfalls berücksichtigt werden, wie auch die Empfehlungen für mehr Vernetzung und Zusammenarbeit mit Communitys [185].

Von den betroffenen Communitys wird bessere Zusammenarbeit mit den unterschiedlichen Communitys gewünscht, damit die Aufklärungsarbeit von Betroffenen für Betroffene gestaltet werden kann. Dabei fordern sie, dass niederschwellige Angebote, die von den Communitys ausgehen, bessere finanzielle Unterstützung erhalten, um eine nachhaltige und stabile Aufklärungsarbeit gewährleisten zu können. Die bestehenden Angebote von Seminaren und Workshops sollten den Teilnehmenden nach ausgebaut werden, um die durch die globale Migration weiterwachsenden Communitys besser zu erreichen. Gerade ältere Männer und religiöse Autoritäten sollten als Zielgruppe genommen werden, da diese durch die herrschende Altershierarchie in betroffenen Communitys als Entscheidungsträger angesehen werden.

Frühere Studien bestätigen ebenfalls den Bedarf nach besseren Informationen und Bewusstsein für FGM/C, wobei die Verantwortung dafür nicht alleine bei betroffenen Communitys liegen sollte. Jones, Danks, et al. [177] weisen auf die Notwendigkeit hin, Informationen über Dienstleistungen für Gemeinschaften auf transparente und kultursensible Weise und unter Verwendung einer Reihe verschiedener Medien (z. B. Broschüren, Apps) und Sprachen bereitzustellen. FGM/C betroffenen Communitys sollten dabei als Partner bei der Erstellung von Leitlinien, Handlungsempfehlungen und anderen Maßnahmen einbezogen werden. Aufgrund der vielen unterschiedlichen Community-Perspektiven ist es aber nicht ausreichend, nur eine einzige Person aus einer Community miteinzubeziehen [177].

6 Zusammenfassung und Diskussion der Gesamtergebnisse

Diese Multi-Methoden Studie machte sich zum Ziel, die Situation von FGM/C in Österreich zu erheben, und die Einschätzung der von FGM/C betroffenen und bedrohten Mädchen und Frauen zu kontextualisieren. Es wurden die Einstellungen, Hintergründe und Einflussfaktoren, die in Hinblick auf das Phänomen FGM/C unter betroffenen oder gefährdeten Personen bzw. in deren Umfeld in Österreich bestehen, sowie die Betreuungsmöglichkeiten und Angebote für Frauen mit FGM/C in Österreich und deren Nutzung dargestellt und diskutiert. Auch das Wissen des Gesundheitspersonals zu FGM/C sowie die Interaktion und Behandlung von betroffenen Frauen wurde aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet. Im Folgenden werden die Ergebnisse und die Diskussionen aus allen Teilbereichen des Projekts diskutiert und daraus resultierende Handlungsempfehlungen abgeleitet.

In Österreich gibt es schätzungsweise 10.869 potenziell von FGM/C betroffene Mädchen und Frauen. Zwischen 1.704 und 3.023 Mädchen sind in Österreich potenziell von FGM/C bedroht. Die regionalen Unterschiede sind sehr groß; die meisten betroffenen Mädchen und Frauen leben in Wien, gefolgt von Oberösterreich, Steiermark und Tirol. Die Daten zeigen einen starken Stadt-Land Unterschied, wobei die meisten Personen in den größeren Städten Österreichs behördlich gemeldet sind. Gemäß den Aussagen von befragtem Gesundheitspersonal und befragten Personen aus betroffenen Communitys, findet ein Einstellungswandel in Bezug auf FGM/C statt. Allerdings lassen sich aufgrund dieser Informationen keine empirisch belastbaren Akkulturationsfaktoren ableiten.

Während nach der quantitativen Einschätzung durch die Extrapolation der Prävalenzdaten aus Ländern, in denen FGM/C dokumentiert wird, Irak einen großen Anteil der Betroffenen in Österreich ausmacht, wurde dies in den qualitativen Interviews entkräftet. Da FGM/C im Irak nur in bestimmten Regionen auftritt [149] und für Österreich keine Daten nach Region verfügbar sind, ist davon auszugehen, dass weniger betroffene Mädchen und Frauen aus dem Irak in Österreich leben, als die Extrapolation ergeben hat.

Aus den qualitativen Ergebnissen wird klar, dass FGM/C für die betroffenen Communitys eine bedeutende soziale Norm darstellt, die insofern im sozialen Umfeld verhandelt werden muss, da sie als notwendig für die soziale Zugehörigkeit erachtet wird. Aus der Sicht der Betroffenen, der Community Leader:innen und des Gesundheitspersonals ist jedoch eine Haltungsänderung zu beobachten – insbesondere bei längerem Aufenthalt in Österreich. Bekannte Begründungen für FGM/C (Religion, Kontrolle der Sexualität, Reinheit etc.) sind auch dann weiterhin noch bedeutsam, trotzdem ist ein langsamer Einstellungswandel bemerkbar. Ob dieser Einstellungswandel generations- oder migrationsbedingt ist, kann nicht eindeutig gesagt werden. Es kommt individuell jedoch zu einem Hinterfragen von den sozialen Normen bzgl. FGM/C, verursacht durch verschiedene Einflüsse, wie z.B. Social Media, der Situation und dem Diskurs im Herkunftsland sowie der Aufklärungsarbeit, die hier in Österreich passiert. Ablehnende Haltungen gegenüber FGM/C müssen Einzelpersonen jedoch eventuell in ihrem Umfeld verteidigen. Ein Punkt, der ihnen dabei hilft – und der später noch genauer beleuchtet wird –, ist die Existenz eines Verbots, da sie sich darauf berufen können. Das Verbot erfüllt daher eine Art von Schutzfunktion vor sozialem Druck, wenn man FGM/C nicht durchführen lassen möchte.

Das gesetzliche Verbot von FGM/C in Österreich scheint allerdings nicht der Grund für einen Einstellungswandel in betroffenen Communitys zu sein. Laut unseren Studienergebnissen ist die Gesetzeslage weder den Gesundheitsfachkräften noch den betroffenen Communitys gut bekannt. Die betroffenen Communitys wissen zwar, dass es Gesetze gibt, kennen sich damit aber scheinbar nicht ausreichend aus. Ängste entstehen aus Unwissenheit darüber, wie sich die Gesetzeslage auswirkt und welche Konsequenzen diese hat. Primär gibt es Ängste vor Kindeswegnahmen; es wird daher eventuell ein Problem beim Arzt nicht angesprochen oder es gibt Angst davor, sich Hilfe zu holen. Das Problem FGM/C wird daher tendenziell eher versteckt. Es bedarf genauere Informationen darüber, was die Gesetzeslage (nicht) beinhaltet, um die Ängste der betroffenen Communitys zu lindern und zusätzliche Barrieren für die Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung zu vermeiden.

Den Ängsten in der Community steht wiederum das scheinbar ungenaue Wissen der Gesundheitsfachkräfte zur Gesetzgebung bzgl. FGM/C gegenüber. Die Ärzt:innen scheinen nicht ausreichend darüber informiert, wie sie mit dem Thema umgehen sollen. Es herrscht Unsicherheit darüber, wie sie nach dem Thema fragen sollen. Unklar ist auch wie zielführend eine mögliche Anzeige ist oder ob diese lediglich das Vertrauensverhältnis gefährdet und die Patientin eventuell nicht mehr wiederkommt. Das Gesundheitspersonal wünscht sich daher mehr Schulung im konkreten Umgang mit FGM/C, insbesondere zur Gesetzeslage und den verschiedenen Formen von FGM/C. Diese vorhandene Wissenslücke ist durch mehrere Studien in Ländern mit hohem Einkommen bekannt [161, 167, 170-172]. Es ist außerdem zu betonen, dass diese Unsicherheit ein allgemeines Phänomen im Bereich der Gewaltprävention und des Opferschutzes ist. Allerdings ist Gewaltschutz ein ärztlicher Auftrag und daher ist dringend mehr Aufklärung in der Aus- und Weiterbildung notwendig.

Während FGM/C mittlerweile Teil der Curricula an österreichischen Medizinischen Universitäten ist, war für viele heute praktizierende Mediziner:innen FGM/C nicht Teil der Ausbildung. In die Ausbildung gehören nach wie vor interkulturelle und strukturelle Kompetenzen und kultursensible Versorgung von Personen mit migrantischem Hintergrund im Allgemeinen besser integriert. Aus der Literatur ist bekannt, dass effektive Kommunikation und kultursensible Pflege kritische Faktoren bei der Verbesserung der Betreuung von Frauen, die von FGM/C betroffen sind, darstellen [86].

Insbesondere die Risikoeinschätzung zu FGM/C sollte verbessert werden, um das Thema anzusprechen, wenn Frauen mit gesundheitlichen Problemen, die auf FGM/C zurückzuführen sind, als Patientinnen behandelt werden. Denn die Ergebnisse zeigen, dass FGM/C von Gesundheitspersonal nicht angesprochen wird, wie auch aus anderen Studien bekannt ist [87]. Gleichzeitig muss Gesundheitspersonal geschult werden, nicht allen Patientinnen mit Migrationsgeschichte mit Vorurteilen zu begegnen und alleine aufgrund der Herkunft auf eine FGM/C zu schließen.

Vor allem Kinderärzt:innen sollten als Zielgruppe für Weiterbildungen definiert werden, da ihnen eine kritische Rolle in der Prävention von FGM/C zukommt, in dem sie ihre Vertrauensbasis und Mutter-Kind-Pass Untersuchungen nutzen können, um mit Familien über FGM/C zu sprechen. Allerdings zeigen die Ergebnisse der Online-Befragung, dass gerade Kinderärzt:innen sich großteils unwohl fühlen, FGM/C anzusprechen.

Im Gesundheitsbereich stellt die fehlende Dokumentation von FGM/C eine große Lücke dar. Dies kann zum Teil auf fehlendes Wissen von Gesundheitspersonal zurückgeführt werden, wodurch FGM/C nicht erkannt oder angesprochen wird. Auch in einer in Österreich durchgeführten Geburten-Kohorten-Studie zeigt sich die fehlende Dokumentation von FGM/C [134]. Die Autor:innen resümieren, dass die meisten Fälle von FGM/C bei Frauen, die in Österreich entbinden, unerkant bleiben [134]. Diese Daten zeigen den großen Bedarf an speziellen Schulungen für Gesundheitspersonal, damit diese FGM/C erkennen und dokumentieren. In diesem Zusammenhang wird auch auf die nötige Dokumentation im Mutter-Kind-Pass hingewiesen, wo ein Vermerk einer vorhandenen FGM/C bei der Mutter gemacht werden könnte.

Insgesamt ist die gynäkologische Versorgung aufgrund von wenig verfügbaren Kassenärzt:innen, insbesondere weibliche Gynäkologinnen, schwierig. Während FGM/C-Ambulanzen zur Verfügung stehen, wäre eine bessere Koordination mit dem niedergelassenen Bereich wünschenswert, um zum Beispiel Vorsorgeuntersuchungen und PAP-Abstriche patientinnengerecht durchzuführen. Dabei gilt es allgemein den Fokus darauf zu legen, Migrantinnen einen leichteren Zugang zum Gesundheitssystem zu ermöglichen und das Gesundheitsbewusstsein insgesamt zu stärken, sodass, wenn es Probleme aufgrund von FGM/C gibt, die richtigen Anlaufstellen bekannt sind.

Die qualitativen Ergebnisse zeigen außerdem den Bedarf nach verbesserter psychologischer Betreuung für betroffene Frauen und Migrantinnen allgemein, um die komplexen Traumata, die nicht alleine auf FGM/C zurückzuführen sind, sondern auch von Flucht-, Kriegs- und Gewalterfahrungen stammen, zu behandeln. Wichtig ist außerdem ein traumasensibler Umgang mit betroffenen Frauen. Besonders bei kurativen Eingriffen, wie einer Defibulation, ist eine psychosoziale Begleitung notwendig, da diese Operation eine Form von Tabubruch darstellt.

Neben dem oben genannten Zugang zum Gesundheitssystem, gibt es weitere strukturelle Barrieren, die es zu vermindern gibt. Dabei ist vor allem die Sprachbarriere eine große Herausforderung, die sowohl von betroffenen Communitys und Gesundheitspersonal als auch in der Literatur angeführt wird [84, 86-88]. Die Thematik der Sprachbarriere erstreckt sich über das Thema FGM/C hinaus auf die Versorgung von Migrant:innen insgesamt und ist ein bereits gut dokumentiertes Problem, das nach wie vor nicht genügend Aufmerksamkeit bekommt [186, 187]. Probleme beim Zugang zu Dolmetsch erschweren die Arbeit des Gesundheitspersonals und führen dazu, dass betroffene Frauen nicht kommunizieren können. Das Kommunikationsproblem bezüglich FGM/C ist außerdem aufgrund der Sensibilität des Themas und der Notwendigkeit für gegenseitiges Vertrauen zwischen Ärzt:in und Patientin ein wichtiges Handlungsfeld. Auch in anderen Ländern mit hohem Einkommen ist die Versorgung von FGM/C betroffenen Frauen durch die Sprachbarriere erschwert [87]. Es ist essenziell, diese Barriere zu beheben, indem verbesserte Dolmetsch-Angebote in das Gesundheitssystem integriert werden. Beispielsweise in Salzburg wurden speziell Gesundheitslotsinnen geschult, die Migrantinnen im Gesundheitssystem begleiten und als Übersetzerinnen fungieren können.

Frauen, die von FGM/C betroffen sind, berichteten von Diskriminierungserfahrungen im österreichischen Gesundheitssystem. Dabei erfuhren sie aufgrund ihrer FGM/C Erniedrigung und entmenslichendes Verhalten in dem sie etwa als Anschauungsobjekt für Gesundheitspersonal verwendet wurden. Aus der Literatur ist bekannt, dass diese negativen Erfahrungen dazu führen können, dass Frauen das Gesundheitssystem aus Angst vor erneuter Diskriminierung nicht mehr in Anspruch nehmen [86]. Außerdem führt Diskriminierung zu einer Verschlechterung der mentalen Gesundheit [77-79].

Die bestehenden Hilfsangebote sind den Betroffenen und dem Gesundheitspersonal anscheinend nicht ausreichend bekannt, auch wenn seit Jahren für diese Angebote geworben wird. Darüber hinaus wurde von den teilnehmenden Gesundheitsfachkräften der Wunsch nach einer besseren Zusammenarbeit bezüglich FGM/C im Gesundheitsbereich geäußert. Die teilnehmenden Betroffenen sagen, dass ihrer Ansicht nach viel zu wenig getan wird und dass zu wenige Personen aus betroffenen Communitys durch bestehende Angebote erreicht werden. Es sollte stärker bekannt werden, welche Angebote vorhanden sind und mehr Aufklärungsworkshops in zunehmend wachsenden Communitys (besonders Somalia und Sudan) durchgeführt werden. Insbesondere neu angekommene Personen brauchen Informationen zu FGM/C, aber auch insgesamt zum Gesundheitssystem und Unterstützung, um Hilfsangebote wahrnehmen zu können.

Die betroffenen Communitys berichten auch, dass das mangelnde Bewusstsein über FGM/C im eigenen Land die Arbeit in Österreich beeinträchtigt. Dies macht deutlich, dass in Ländern, in denen FGM/C praktiziert wird, mehr Bewusstsein geschaffen werden muss. Wie kürzlich in einem UNICEF-Bericht hervorgehoben wurde, haben die weltweiten Bemühungen zur Ausrottung von FGM/C nicht zu einer flächendeckenden Reduktion von FGM/C geführt; die Zahlen in einigen Ländern stagnieren [6]. Daher sollten die internationalen Bemühungen zur Bekämpfung von FGM/C in den Ländern, in denen FGM/C praktiziert wird, unterstützt werden. Dabei sollten vor allem von der örtlichen Community geführte Initiativen gefördert und die Rolle der Diaspora gestärkt werden.

Sowohl aus Sicht von Personen aus betroffenen Communitys, insbesondere Community Leader:innen, als auch aus der Sicht von erfahrenen Ärzt:innen, die in der Betreuung von FGM/C betroffenen Frauen tätig sind, sollten Communitys als Partner in allen Bereichen der Arbeit gegen FGM/C, also auch in allen Gremien und Arbeitsgruppen, stärker eingebunden werden. Die Arbeit in diesem Bereich muss von den betroffenen Communitys für die betroffenen Communitys gestaltet werden mit Personen aus betroffenen Communitys an vorderster Stelle. Wirkungsvolles Community Engagement²² kann nur stattfinden, wenn es zu einer Demokratisierung der Prozesse kommt, bei der diejenigen, um die es beim Thema FGM/C geht, aktiv an der Schwerpunktsetzung und Ausrichtung des Engagements beteiligt werden und daraus

²² Unter Community Engagement versteht man die Miteinbeziehung von betroffenen Communitys und anderen relevanten Stakeholdern in Maßnahmen und Entscheidungsprozesse, die sie betreffen. Für weitere Informationen siehe z.B. Connelly, Murray, et al. [119], Vissandjee, Denetto, et al. [109]

Handlungsmöglichkeiten abgeleitet werden. Das Wissen und die Erfahrungen der betroffenen Gemeinschaften sollten als wichtige Ressource in der Aufklärungsarbeit nicht nur anerkannt, sondern auch finanziell unterstützt werden, um die von FGM/C betroffenen Frauen in ihrer Handlungskompetenz zu stärken und sie nicht nur in eine Opferrolle zu drängen.

FGM/C ist nur eine Form von geschlechtsspezifischer Gewalt, mit denen Migrantinnen konfrontiert sind. Häufig erleben Frauen aus von FGM/C betroffenen Communitys auch andere Formen von Gewalt, die zu wenig Aufmerksamkeit bekommen. Auch strukturelle Barrieren, die Migrantinnen erfahren, zum Beispiel, ein erschwerter Zugang zum Arbeits- und Wohnungsmarkt, aber auch zum Gesundheitswesen, führen zu einer erhöhten Vulnerabilität und stellen Hindernisse in ihrem Leben dar.

Durch die globalen Migrationsbewegungen werden auch in Zukunft von FGM/C betroffene Mädchen und Frauen nach Österreich kommen und das Thema weiterhin präsent sein. Es ist daher unerlässlich, eine multidisziplinäre Versorgung, die physische, psychische und soziale Aspekte mit einbezieht und einen kultur- und traumasensiblen Umgang pflegt, sicherzustellen, und angemessene Präventionsmaßnahmen unter Einbeziehung betroffener Communitys zu gewährleisten.

6.1 Handlungsempfehlungen

Die Bekämpfung von FGM/C erfordert eine ganzheitliche Herangehensweise, die sowohl präventive Maßnahmen als auch Unterstützung für bereits betroffene Mädchen und Frauen umfasst. Außerdem ist festzuhalten, dass zu geschlechtsspezifischer Gewalt insgesamt Handlungsbedarf besteht, besonders in Bezug auf Migrantinnen [188]. Bestehende Empfehlungen durch GREVIO und EIGE [76, 130] in Bezug auf FGM/C, vor allem für einen nationalen Aktionsplan, werden von den Ergebnissen der Studie untermauert.

Aus der Studie lassen sich folgende konkrete Handlungsempfehlungen ableiten, die in Abstimmung mit der FGM/C Koordinationsstelle (unter der Leitung von FEM Süd) erarbeitet wurden:

Vernetzung und Koordination

- Entwicklung eines **Nationalen Aktionsplans** zu FGM/C unter Einbeziehung aller relevanter Stakeholder vor allem aus betroffenen Communitys, um eine nachhaltige und strukturierte Planung zu ermöglichen und gezielte Maßnahmen zu setzen.

Best Practice Beispiel: Finnland – ganzheitlicher Nationaler Aktionsplan zu FGM/C begleitet von einem Framework für Implementierung, Monitoring und Evaluierung, koordiniert von einer zentralen Staatsagentur und von dezidierter Finanzierung unterstützt.²³

- **Koordinierung der unterschiedlichen Stakeholder** unter Einbindung der relevanten Ministerien (Frauen, Justiz, Gesundheit, Inneres, Bildung und Integration) und Bundesländer sowie Fachpersonal, Zivilgesellschaft und betroffene Communitys. Die Zusammenarbeit mit diesen Ministerien ist notwendig, um auch für Asylwerberinnen ein besseres Angebot schaffen zu können und um auch „pädagogische“ und „universitäre“ Berufsgruppen besser zu erreichen bzw. Eingang in die Curricula zu bekommen. Die Anbindung an Fachgruppen wie die Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (ÖGGG), die Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (ÖGKJ) und dem Hebammengremium kann dabei helfen, die Koordinierung im medizinischen Bereich, vor allem mit dem niedergelassenen Bereich, zu verbessern. Dabei ist

²³ Siehe: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161524>

besonders auf eine systematische, koordinierte und institutionelle Vorgehensweise für **Community Engagement** zu achten.

Best Practice Beispiel: Niederlande „Chain Approach“²⁴, Portugal Intersectoral Working Group²⁵

Bewusstseinsbildung

- Bekanntmachen von bestehenden Hilfsangeboten sowohl unter Gesundheitspersonal als auch in betroffenen Communitys durch verbesserte Verfügbarkeit von Informationen, z.B. Website in mehreren Sprachen, Aussendung durch Berufsgruppenverbände.
- **Zusammenarbeit mit unterschiedlichen betroffenen Communitys**, um möglichst viele Menschen zu erreichen. Personen aus betroffenen Communitys sollten an vorderster Stelle stehen und Leitungspositionen übernehmen, um auf ihre Expertise und kulturelles Verständnis zurückzugreifen und Aufklärungsarbeit in ihren Communitys zu leisten.
- Vermehrte **Einbindung von Männern** in FGM/C Projekte, um über die Auswirkungen von FGM/C und die österreichische Rechtslage aufzuklären und ihren Einfluss in Familien und Communitys zur Bekämpfung von FGM/C zu nutzen. Dabei ist es wichtig, nicht nur eine gender-sensitive, sondern auch eine gender-transformative Aufklärungsarbeit zu leisten. NGOs wie das Orchid Project, UNICEF und COP FGM²⁶ haben bereits Richtlinien veröffentlicht, die zeigen, wie geschlechtsspezifische Ungleichheiten durch Veränderung soziokultureller Normen bekämpft werden können und darauf abzielen, geschlechtsspezifische Ungleichheiten und Machtstrukturen zu verändern.

Best Practice Beispiel: Die FGM/C Koordinationsstelle arbeitet an der aktiven Einbeziehung von Männern mit Vorbild des EU-Projekts „Men Speak Out“²⁷ in Belgien, Niederlande und dem Vereinigten Königreich

- Personen aus allen Altersgruppen in die Aufklärungsarbeit einbeziehen, insbesondere ältere Personen, die aufgrund der herrschenden Altershierarchien in betroffenen Communitys Autoritätsrollen haben, um einen **intergenerationellen Dialog** über FGM/C zu führen.
- Wissen zu Gesundheit allgemein und dem österreichischen Gesundheitssystem von Migrant:innen fördern, damit Personen wissen, an welche Stellen sie sich wenden können.
- Bessere Aufklärung zur Gesetzeslage, um einerseits Angst zu nehmen, Missverständnisse zu verhindern, und andererseits die österreichische Rechtslage klar zu vermitteln.

Fortbildungen und Schulungen für relevante Berufsgruppen

- Schulung von Personal in den Bereichen Gesundheit, Bildung, Strafverfolgung, Kinderschutz, Asyl und Migration zum Thema FGM/C um angemessen reagieren zu können und Vorurteilen in Bezug auf FGM/C entgegenzuwirken. Notwendigkeit der Einbindung verpflichtender FGM/C Fortbildungen in die jeweiligen Curricula

Best Practice Beispiel: Die FGM/C Koordinationsstelle bietet Schulungsangebote für relevante Berufsgruppen insbesondere zum kultursensiblen Umgang mit (potenziell) Betroffenen; von der Stadt Wien gibt es außerdem ein E-Learning für Fachpersonen²⁸.

²⁴ Siehe https://www.endfgm.eu/editor/files/2018/03/Factsheet_vgv_engelstalig.pdf

²⁵ Siehe <https://map.endfgm.eu/map/528/Multi-agency%20Coordination%20Mechanism/437/Portugal>

²⁶ Weitere Informationen zur Einbindung von Männern sind u.a. auf der Webseite der COP FGM zu finden: <https://copfgm.org/male-involvement-in-ending-fgm/>

²⁷ Mehr Informationen zum Projekt „Men Speak Out“ sind hier zu finden: <https://www.forwarduk.org.uk/wp-content/uploads/2019/06/Men-Speak-Out-Study.pdf>

²⁸ Weitere Informationen zum E-Learning der Stadt Wien: <https://www.wien.gv.at/gesundheit/beratung-vorsorge/frauen/frauengesundheit/schwerpunkte/gewalt/fgm.html>

- **Training von Gesundheitspersonal** in FGM/C Typen, rechtliche Lage und Gesprächsführung sowie der individuellen Risikoeinschätzung und Handlungsabläufen über Ärztekammern und Berufsgruppenverbände verstärken.
- Insgesamt bedarf es eines **kultur- und traumasensiblen**, genauso wie **kindgerechten** Umgang des Gesundheitspersonals. Dies muss dafür verstärkt geschult werden.
- Besonders **Kinderärzt:innen** in die FGM/C Prävention deutlicher miteinbinden, da sie regelmäßigen Kontakt mit Familien haben und im Rahmen der Eltern-Kind-Pass Untersuchungen besonderes Augenmerk auf FGM/C legen können.
- In Schulungen explizit auf den Bedarf nach verbesserter Dokumentation von FGM/C (im Eltern-Kind-Pass und ICD-10 Codierung) eingehen. Erstellung einer ärztlichen Leitlinie und einer an Österreich angepassten Risikobewertung unter Einbindung von betroffenen Communitys zum Umgang mit betroffenen Patientinnen, dem Ablauf der Betreuung und Dokumentation und Verweis auf Anlaufstellen.

Best Practice Beispiel: Risikobewertung in Belgien²⁹

Versorgung und Hilfsangebote

- Die **ganzheitliche Betreuung und Versorgung** von betroffenen und bedrohten Mädchen und Frauen flächendeckend sicherstellen, die physische, psychische und soziale Aspekte umschließt und multidisziplinär aufgestellt ist.

Best Practice Beispiel: Belgien – Verfügbarkeit von mehreren multidisziplinären Zentren, die langfristige, ganzheitliche Unterstützung anbieten und verschiedene Bereiche mit einbeziehen.

- Ausweiten von bestehenden Angeboten und sicherstellen von **niederschweligen Anlaufstellen** vor allem für unversicherte Personen sowie Mädchen und Frauen in Asylunterkünften etc.
- **Dolmetschangebote** müssen ausgeweitet und systematisch in den Gesundheitsbereich (v.a. im niedergelassenen Bereich) integriert werden, um existierende Sprachbarrieren zu vermindern und eine ausführliche Aufklärung zu gewährleisten.
- Sicherstellen einer **therapeutischen Versorgung** für geflüchtete Personen, um Traumata in Bezug auf FGM/C aber auch Fluchtgeschichte und Gewalt zu verarbeiten.

Finanzierung

- Projekte zu FGM/C benötigen eine **langfristige und nachhaltige Finanzierung**, um erfolgreich zu sein. Daher muss eine strukturierte Bereitstellung von finanziellen Mitteln gesichert werden, um die Versorgung von FGM/C betroffenen Mädchen und Frauen zu garantieren und Präventionsmaßnahmen nachhaltig zu gestalten.

Best Practice Beispiel: Finnland, strukturierte Finanzierung als Teil des Nationalen Aktionsplans

- Auch kleinere **Community-Initiativen brauchen eine angemessene Finanzierung**, um Organisationen und Personen, die niederschwellige Aufklärungsarbeit in ihren Communitys leisten, langfristig zu unterstützen.

²⁹ Siehe Webseite der Concerted Strategies for fighting FGM: https://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/2023_DE%CC%81TECTOME%CC%80TRE_FR.pdf

Dokumentation und empirische Datenlage

- Einführung eines **nationalen Registers zu FGM/C**, um FGM/C bei Patientinnen zu vermerken und eine bessere Dokumentation zu gewährleisten.

Best Practice Beispiel: Vereinigtes Königreich – Gesundheitspersonal des NHS ist verpflichtet, FGM/C in der Krankenakte einer Patientin zu vermerken.

- Planung, Ausführung bzw. Beauftragung und Finanzierung von **regelmäßigen Prävalenzschätzungen**, um die Datenlage zu verbessern und Entwicklungen bezüglich FGM/C zu verfolgen sowie Vergleiche ziehen zu können.

Best Practice Beispiel: Niederlande – Durchführung von zwei aufeinander folgenden Studien beauftragt und finanziert von der Regierung

- **Überwachung, Evaluierung, institutionelles Lernen und Community Engagement** müssen durch wissenschaftliche Begleitung und Evaluierung von Programmen, die in Bezug auf FGM/C gesetzt werden, gestärkt werden.

Best Practice Beispiel: Schweiz – Bericht zur Einschätzung der Zweckmäßigkeit und Zielerreichung der Maßnahmen des Netzwerks gegen Mädchenbeschneidung Schweiz

- Statistische Erfassung von strafrechtlichen Anzeigen aufgrund von FGM/C (§ 85 Abs 1 Z 2a StGB).
- Evaluierung der für Asylverfahren relevanten Länderberichte dahingehend, ob die Situation in Hinblick auf FGM/C in diesen Ländern aktuell und zuverlässig dargestellt ist.

Internationale Zusammenarbeit

- **Europaweite Zusammenarbeit und Austausch** fördern, um von Best Practice Beispielen aus anderen Ländern zu lernen und erfolgreiche Maßnahmen in Österreich zu übernehmen (siehe End FGM European Network³⁰).
- **Unterstützung von globalen FGM/C Initiativen** in Übereinstimmung mit SDG 5.3, um FGM/C in den Ländern, in denen es praktiziert wird, zu bekämpfen, durch Förderung von Community Arbeit und der Rolle der Diaspora.
- Umsetzung der **Istanbul-Konvention** und der von GREVIO gemachten Empfehlungen, unter anderem auch zu gendersensiblen Asylprozessen³¹ (inkl. angemessene Unterbringung, medizinische Versorgung und Befragung sowie Berücksichtigung von geschlechtsspezifischer Gewalt).

³⁰ Interaktive Karte mit Best Practice Beispielen des End FGM European Networks: <https://map.endfgm.eu/map>

³¹ Weitere Informationen über gendersensible Asylprozesse sind hier zu finden: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WRGS/FGM/NGOs/AmnestyInternational.pdf>

7 Literaturverzeichnis

1. UNICEF, *Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change*. 2013. [abgerufen am 26.02.2018]; Verfügbar unter: https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2023/08/UNICEF_FGM_report_July_2013.pdf.
2. WHO, *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*. 2016. [abgerufen am 26.02.2018]; Verfügbar unter: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549646>.
3. WHO, *Fact sheet Female Genital Mutilation*. 2017. [abgerufen am 22.11.2017]; Verfügbar unter: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>.
4. UN General Assembly, *Intensifying global efforts for the elimination of female genital mutilations: resolution / adopted by the General Assembly, A/RES/73/149*. 2018.
5. UN General Assembly, *Intensifying global efforts for the elimination of female genital mutilations: resolution / adopted by the General Assembly, A/RES/67/146*. 2013.
6. UNICEF, *Female Genital Mutilation. A global concern. 2024 Update*. 2024. [abgerufen am 08.04.2024]; Verfügbar unter: <https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2024/03/FGM-Data-Brochure-v13.4.pdf>.
7. *The Gambia votes to reverse landmark ban on female genital mutilation. Rights groups say proposed rollback of 2015 law will overturn women's rights across the region as a whole*. 2024. [abgerufen am 20.03.2024]; Verfügbar unter: <https://www.aljazeera.com/news/2024/3/19/the-gambia-votes-to-reverse-landmark-ban-on-female-genital-mutilation>.
8. Graf, J., et al., *Umgang in der Praxis*, in *Female Genital Mutilation*, F. Uwe, S. Cornelia, und S. Roland, Editors. 2020. Berlin: De Gruyter. S. 77-96.
9. Abdulcadir, J., et al., *Defibulation: a visual reference and learning tool*. 2018. [abgerufen am 30.04.2018]; Verfügbar unter: https://www.youtube.com/watch?v=fbKPqE6Vj_c.
10. Pechriggl, E., et al., *Propädeutik*, in *Female Genital Mutilation*, F. Uwe, S. Cornelia, und S. Roland, Editors. 2020. Berlin: De Gruyter. S. 35-66.
11. WHO, *Eliminating female genital mutilation: an interagency statement - OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO*. 2008. [abgerufen am 22.11.2017]; Verfügbar unter: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241596442>.
12. Gazzano, N., *Medical Interventions on Women's Genitals: Historical Texts and Contemporary Discourse*, in *Circumcision and Human Rights*, G.C. Denniston, F.M. Hodges, und M.F.F. Milos, Editors. 2009. Dordrecht: Springer Netherlands. S. 43-9.
13. Sanyal, M.M., *Vulva: die Enthüllung des unsichtbaren Geschlechts*. 2009. Berlin: Verlag Klaus Wagenbach.
14. Hulverscheidt, M., *Weibliche Genitalverstümmelung: Diskussion und Praxis in der Medizin während des 19. Jahrhunderts im deutschsprachigen Raum*. 2002. Frankfurt: Mabuse-Verlag.
15. Einstein, G., *From body to brain: considering the neurobiological effects of female genital cutting*. *Perspectives in Biology & Medicine*, 2008. **51**(1): 84-97.
16. Shaw, D., et al., *Female Genital Cosmetic Surgery*. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 2013. **35**(12): 1108-12.
17. Johnsdotter, S. und Essen, B., *Genitals and ethnicity: the politics of genital modifications*. *Reproductive Health Matters*, 2010. **18**(35): 29-37.
18. Bader, D., *Nationalisme sexuel: le cas de l'excision et de la chirurgie esthétique génitale dans les discours d'experts en Suisse*. *Swiss Journal of Sociology*, 2016. **42**(3): 574-98.
19. Boddy, J., *Circumcision, Gender Politics and Cultural Aesthetics*, in *Rethinking Violence Against Women*, R.E. Dobash und R.P. Dobash, Editors. 1998. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, Inc. S. 77-110.
20. Dorneles de Andrade, D., Jirovsky, E., und Paloni, S., *Kosmetische Eingriffe und weibliche Genitalverstümmelung*, in *Intimmodifikationen Spielarten und ihre psychosozialen Bedeutungen*, A. Borkenhagen und E. Brähle, Editors. 2010: Psychosozial-Verlag. S. 167-82.
21. Obermeyer, C.M., *The consequences of female circumcision for health and sexuality: an update on the evidence*. *Culture, Health & Sexuality*, 2005. **7**(5): 443-61.

22. Abdulcadir, J., et al., *Sexual Anatomy and Function in Women With and Without Genital Mutilation: A Cross-Sectional Study*. Journal of Sexual Medicine, 2016. **13**(2): 226-37.
23. Biglu, M.-H., et al., *Effect of female genital mutilation/cutting on sexual functions*. Sexual & Reproductive Healthcare, 2016. **10**: 3-8.
24. Ismail, S.A., et al., *Effect of female genital mutilation/cutting; types I and II on sexual function: case-controlled study*. Reproductive Health, 2017. **14**(1).
25. Foldès, P., Cuzin, B., und Andro, A., *Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study*. The Lancet, 2012. **380**(9837): 134-41.
26. Foldès, P., Droupy, S., und Cuzin, B., *Chirurgie cosmétique de l'appareil génital féminin*. Progrès en Urologie, 2013. **23**(9): 601-11.
27. Abdulcadir, J., et al., *Posttraumatic Stress Disorder Relapse and Clitoral Reconstruction After Female Genital Mutilation*. Obstetrics & Gynecology, 2017. **129**(2): 371-6.
28. Balachandran, A.A., et al., *Are obstetric outcomes affected by female genital mutilation?* International Urogynecology Journal, 2017. **29**(3): 339-44.
29. WHO, *Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries*. The Lancet, 2006. **367**(9525): 1835-41.
30. Jordal, M. und Wahlberg, A., *Challenges in providing quality care for women with female genital cutting in Sweden – A literature review*. Sexual & Reproductive Healthcare, 2018. **17**: 91-6.
31. Kimani, S., Barrett, H., und Muteshi-Stranahan, J., *Medicalisation of female genital mutilation is a dangerous development*. BMJ (Clinical research ed.), 2023. **380**: 302.
32. WHO, *Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF, UNHCR, UNIFEM, WHO, FIGO, ICN, IOM, WCPT, WMA, MWIA*. 2010. [abgerufen am 26.02.2018]; Verfügbar unter: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-10.9>.
33. Nau, J.Y., *De la « médicalisation » des mutilations génitales féminines*. Revue Médicale Suisse, 2017. **13**(561): 970-1.
34. WHO, *Care of girls and women living with female genital mutilation: a clinical handbook*. 2018. [abgerufen am 07.08.2019]; Verfügbar unter: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272429/9789241513913-eng.pdf?ua=1>.
35. WHO, *Female Genital Mutilation (FGM) prevention and care: A Resource Kit for the Health Sector*. [abgerufen am 23.04.2024]; Verfügbar unter: <https://srhr.org/fgmresources/>.
36. Jirovsky, E., *Contemporary meanings of female circumcision/ female genital mutilation (FC/FGM) in Bobo-Dioulasso, Burkina Faso - local aspects of a global assemblage.*, in *Department of Social and Cultural Anthropology*. 2014. University of Vienna: Vienna.
37. Mackie, G., *Female genital cutting: the beginning of the end*, in *Female "circumcision" in Africa. Culture, controversy, and change*, B. Shell-Duncan und Y. Hernlund, Editors. 2000. Boulder/London: Lynne Reiner. S. 253-81.
38. Lanier, G., *Land der Integren. Burkina Fasos Geschichte, Politik und seine ewig fremden Frauen*. 2017. Linz: guernica Verlag.
39. Jirovsky, E., *'Ideal-Frauen' durch Soziale Kontrolle / Selbstkontrolle: FGM/C als eine Form unter vielen*, in *Lustvoll? - Sexualität im Schnittpunkt*, E. Jirovsky, E.-M. Knoll, und A. Weikert, Editors. 2010. Vienna: ASSA - Austrian Studies in Social Anthropology. Sondernummer KSA-Tage. S. 6-10.
40. Jirovsky, E., *Views of women and men in Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, on three forms of female genital modification*. Reproductive Health Matters, 2010. **18**(35): 84-93.
41. Boddy, J., *Wombs and alien spirits: women, men, and the Zar cult in northern Sudan*. 1989. Madison: University of Wisconsin Press.
42. Boddy, J., *The normal and the aberrant in female genital cutting: Shifting paradigms*. HAU: Journal of Ethnographic Theory, 2016. **6**(2): 41-69.
43. Roost Vischer, L., *Mütter zwischen Herd und Markt. Das Verhältnis von Mutterschaft, sozialer Elternschaft und Frauenarbeit bei den Moose (Mossi) in Ouagadougou/ Burkina Faso*. Basler Beiträge zur Ethnologie. 1997. Basel: Wepf & Co.
44. Rohatynskyj, M., *Women 's Virtue and the Structure of the Mossi Zaka*. Canadian Journal of African Studies/ Revue Canadienne des Études Africaines, 1988. **22**(3): 528-51.

45. Lallemand, S., *Entre excision et accouchement: Les scarifications de filles mossi du Burkina Faso*. Archiv für Völkerkunde, 1986. **40**: 63-74.
46. Sindzingre, N., *Un excès par défaut : excision et représentations de la féminité*. L'Homme, 1979. **19**(3-4): 171-87.
47. Sindzingre, N., *Le plus et les moins : à propos de l'excision*. Cahier d'études africaines, 1977. **17**(65): 65-75.
48. Hayford, S.R. und Trinitapoli, J., *Religious differences in female genital cutting: a case study from Burkina Faso*. Journal for the Scientific Study of Religion, 2011. **50**(2): 252-71.
49. Shell-Duncan, B. und Hernlund, Y., *Female "circumcision" in Africa: dimensions of the practices and debates*, in *Female "circumcision" in Africa. Culture, controversy and change*, B. Shell-Duncan und Y. Hernlund, Editors. 2000. Boulder/London: Lynne Rienner. S. 1-40.
50. *Leitlinienprogramm Rekonstruktive und ästhetische Operationen des weiblichen Genitale*. 2022. [abgerufen am 04.03.2024]; Verfügbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/009-019.html>.
51. De Schrijver, L., Leye, E., und Merckx, M., *A multidisciplinary approach to clitoral reconstruction after female genital mutilation: the crucial role of counselling*. European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 2016. **21**(4): 269-75.
52. Abdulcadir, J., Boulvain, M., und Petignat, P., *Reconstructive surgery for female genital mutilation*. The Lancet, 2012. **380**(9837): 90-2.
53. Sharif Mohamed, F., et al., *Clitoral Reconstruction After Female Genital Mutilation/Cutting: A Review of Surgical Techniques and Ethical Debate*. Journal of Sexual Medicine, 2020. **17**(3): 531-42.
54. Foldès, P., *[Reconstructive plastic surgery of the clitoris after sexual mutilation]*. Progrès en Urologie, 2004. **14**(1): 47-50.
55. Foldès, P. und Louis-Sylvestre, C., *[Results of surgical clitoral repair after ritual excision: 453 cases]*. Gynécologie Obstétrique & Fertilité, 2006. **34**(12): 1137-41.
56. Madzou, S., et al., *Reconstructive surgery of the clitoris after sexual mutilation*. Annales de Chirurgie Plastique et Esthétique, 2011. **56**(1): 59-64.
57. Quilichini, J., et al., *[Clitoridal reconstruction after female circumcision]*. Annales de Chirurgie Plastique et Esthétique, 2011. **56**(1): 74-9.
58. Villani, M., *Reparative Approaches in Medicine and the Different Meanings of "Reparation" for Women with FGM/C in a Migratory Context*. Diversity and Equality in Health and Care, 2017. **14**(5): 264-7.
59. Abdulcadir, J., et al., *Clitoral reconstruction after female genital mutilation/cutting: case studies*. Journal of Sexual Medicine, 2015. **12**(1): 274-81.
60. O'Dey, D.M., *Die komplexe Rekonstruktion der Vulva nach weiblicher Genitalverstümmelung/Genitalbeschneidung*. Die Urologie, 2017. **56**(10): 1298-301.
61. Höckel, M. und Dornhöfer, N., *Vulvovaginal reconstruction for neoplastic disease*. Lancet Oncology, 2008. **9**(6): 559-68.
62. Huang, J.J., et al., *Pedicle perforator flaps for vulvar reconstruction--new generation of less invasive vulvar reconstruction with favorable results*. Gynecologic Oncology, 2015. **137**(1): 66-72.
63. HPC Oldenburg, *VULVA REKONSTRUKTION / LABIOPLASTIKEN*. [abgerufen am 18.04.2024]; Verfügbar unter: <https://hpc-oldenburg.de/ueberblick-rekonstruktive-chirurgie/vulva-rekonstruktion>.
64. Esu, E., et al., *Antepartum or intrapartum deinfibulation for childbirth in women with type III female genital mutilation: A systematic review and meta-analysis*. International Journal of Gynaecology & Obstetrics, 2017. **136** Suppl 1: 21-9.
65. Nour, N.M., Michels, K.B., und Bryant, A.E., *Defibulation to Treat Female Genital Cutting. Effect on Symptoms and Sexual Function*. Obstetrics & Gynecology, 2006. **108**(1): 55-60.
66. Rouzi, A.A., et al., *Defibulation during vaginal delivery for women with type III female genital mutilation*. Obstetrics & Gynecology, 2012. **120**(1): 98-103.
67. Rouzi, A.A., et al., *The use of intrapartum defibulation in women with female genital mutilation*. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 2001. **108**(9): 949-51.

68. Sawadogo, R.I.S.R., *Les mutilations genitales feminines: reparation de 72 cas de sequelles genitales d'excision colliges a la maternite du Chu-Yo. These pour l'obtention du grade de Docteur en Medicine (Diplome d'Etat)*. 2007. Université de Ouagadougou: Ouagadougou.
69. Ogunsiji, O., *Understanding the dilemma of de-infibulation for women living with female genital mutilation*. Australian Nursing & Midwifery Journal, 2015. 22(9): 51.
70. Ahmed, C.A., et al., *Defibulated immigrant women's sexual and reproductive health from the perspective of midwives and gynaecologists as primary care providers in Sweden - A phenomenographic study*. Sexual & Reproductive Healthcare, 2021. 29(100644).
71. Johansen, R.E., *Virility, pleasure and female genital mutilation/cutting. A qualitative study of perceptions and experiences of medicalized defibulation among Somali and Sudanese migrants in Norway*. Reproductive Health, 2017. 14(25).
72. Johansen, R.E., *Undoing female genital cutting: perceptions and experiences of infibulation, defibulation and virginity among Somali and Sudanese migrants in Norway*. Culture, Health & Sexuality, 2017. 19(4): 528-42.
73. Haider, H., et al., *EUR-HUMAN Online Course: Module 6 – Sexual-and Reproductive Health*. 2016. [abgerufen am 30.04.2018]; Verfügbar unter: <http://eur-human.uoc.gr/module-6/>.
74. Abdulcadir, J., et al., *Defibulation: A Visual Reference and Learning Tool*. Journal of Sexual Medicine, 2018. 15(4): 601-11.
75. Taraschi, G., et al., *Defibulation can recall the trauma of female genital mutilation/cutting: a case report*. Journal of Medical Case Reports, 2022. 16(223).
76. EIGE, *Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union – Denmark, Spain, Luxembourg and Austria*. 2021. [abgerufen am 15.05.2023]; Verfügbar unter: <https://eige.europa.eu/publications-resources/publications/estimation-girls-risk-female-genital-mutilation-european-union-denmark-spain-luxembourg-and-austria>.
77. Needham, B.L., et al., *Institutional Racism and Health: a Framework for Conceptualization, Measurement, and Analysis*. Journal of Racial and Ethnic Health Disparities, 2023. 10(4): 1997-2019.
78. Paradies, Y., et al., *Racism as a Determinant of Health: A Systematic Review and Meta-Analysis*. PLoS One, 2015. 10(9).
79. Selvarajah, S., et al., *Racism, xenophobia, and discrimination: mapping pathways to health outcomes*. The Lancet, 2022. 400(10368): 2109-24.
80. Ziyada, M.M. und Johansen, R.E.B., *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): e0257588.
81. Wood, R., Richens, Y., und Lavender, T., *The experiences and psychological outcomes for pregnant women who have had FGM: A systematic review*. Sexual & Reproductive Healthcare, 2021. 29: 100639.
82. Diaz, M.P., et al., *Female Genital Mutilation/Cutting Education for Midwives and Nurses as Informed by Women's Experiences: Protocol for an Exploratory Sequential Mixed Methods Study*. JMIR Research Protocols, 2021. 10(10): e32911.
83. Turkmani, S., Homer, C.S.E., und Dawson, A.J., *Understanding the Experiences and Needs of Migrant Women Affected by Female Genital Mutilation Using Maternity Services in Australia*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2020. 17(5).
84. Turkmani, S., Homer, C.S.E., und Dawson, A., *Maternity care experiences and health needs of migrant women from female genital mutilation-practicing countries in high-income contexts: A systematic review and meta-synthesis*. Birth, 2019. 46(1): 3-14.
85. Scamell, M. und Ghumman, A., *The experience of maternity care for migrant women living with female genital mutilation: A qualitative synthesis*. Birth, 2019. 46(1): 15-23.
86. Evans, C., et al., *Seeking culturally safe care: a qualitative systematic review of the healthcare experiences of women and girls who have undergone female genital mutilation/cutting*. BMJ Open, 2019. 9(5): e027452.
87. Evans, C., et al., *Crossing cultural divides: A qualitative systematic review of factors influencing the provision of healthcare related to female genital mutilation from the perspective of health professionals*. PLOS ONE, 2019. 14(3): e0211829.

88. Evans, C., et al., *Improving care for women and girls who have undergone female genital mutilation/cutting: qualitative systematic reviews*. Health Services and Delivery Research, 2019. 7(31).
89. Harris, M., Humphries, K., und Nabb, J., *Delivering care for women seeking refuge*. RCM Midwives, 2006. 9(5): 190-2.
90. Berggren, V., Bergstrom, S., und Edberg, A.K., *Being different and vulnerable: experiences of immigrant African women who have been circumcised and sought maternity care in Sweden*. Journal of Transcultural Nursing, 2006. 17(1): 50-7.
91. Widmark, C., Tishelman, C., und Ahlberg, B.M., *A study of Swedish midwives' encounters with infibulated African women in Sweden*. Midwifery, 2002. 18(2): 113-25.
92. Turner, J. und Tancred, T., *Maternity care provision for women living with female genital mutilation/cutting: A qualitative study from a high asylum-seeking dispersal context in the UK*. The International Journal of Health Planning and Management, 2023. 38(3): 790-804.
93. Shukralla, H.K. und McGurgan, P., *Maternity care of women affected by female genital mutilation/cutting: An audit of two Australian hospitals*. Women & Birth, 2020. 33(4): e326-e31.
94. Ford, C.M., et al., *Using electronic maternity records to estimate female genital mutilation in Lothian from 2010 to 2013*. European Journal of Public Health, 2018. 28(4): 657-61.
95. Varol, N., et al., *Evidence-based policy responses to strengthen health, community and legislative systems that care for women in Australia with female genital mutilation/cutting*. Reproductive Health, 2017. 14(1): 63.
96. Cappon, S., et al., *Female genital mutilation: knowledge, attitude and practices of Flemish midwives*. Midwifery, 2015. 31(3): e29-35.
97. Leval, A., et al., *The encounters that rupture the myth: contradictions in midwives' descriptions and explanations of circumcised women immigrants' sexuality*. Health Care for Women International, 2004. 25(8): 743-60.
98. Oosterbaan, M.M., *Guinea-Bissau: maternal mortality assessment*. World Health Statistics Quarterly - Rapport Trimestriel de Statistiques Sanitaires Mondiales, 1995. 48(1): 34-8.
99. Sureshkumar, P., et al., *Female genital mutilation: Survey of paediatricians' knowledge, attitudes and practice*. Child Abuse & Neglect, 2016. 55: 1-9.
100. Reig-Alcaraz, M., Siles-Gonzalez, J., und Solano-Ruiz, C., *A mixed-method synthesis of knowledge, experiences and attitudes of health professionals to Female Genital Mutilation*. Journal of Advanced Nursing, 2016. 72(2): 245-60.
101. Balfour, J., et al., *Interventions for healthcare providers to improve treatment and prevention of female genital mutilation: a systematic review*. BMC Health Services Research, 2016. 16.
102. Dawson, A.J., et al., *Midwives' experiences of caring for women with female genital mutilation: Insights and ways forward for practice in Australia*. Women & Birth, 2015. 28(3): 207-14.
103. Dawson, A., et al., *Evidence to inform education, training and supportive work environments for midwives involved in the care of women with female genital mutilation: a review of global experience*. Midwifery, 2015. 31(1): 229-38.
104. Dawson, A., et al., *A systematic review of doctors' experiences and needs to support the care of women with female genital mutilation*. International Journal of Gynaecology & Obstetrics, 2015. 131(1): 35-40.
105. Abdulcadir, J., Rodriguez, M.I., und Say, L., *Research gaps in the care of women with female genital mutilation: an analysis*. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 2015. 122(3): 294-303.
106. Caroppo, E., et al., *Health care for immigrant women in Italy: are we really ready? A survey on knowledge about female genital mutilation*. Annali Dell'Istituto Superiore di Sanita, 2014. 50(1): 49-53.
107. Noah Pinheiro, Y.A., *Associations between female genital mutilation/cutting and HIV: a review of the evidence*. African Journal of AIDS Research, 2019. 18(3): 181-91.
108. Odukogbe, A.A., et al., *Female genital mutilation/cutting in Africa*. Translational Andrology & Urology, 2017. 6(2): 138-48.
109. Vissandjee, B., et al., *Female Genital Cutting (FGC) and the ethics of care: community engagement and cultural sensitivity at the interface of migration experiences*. BMC International Health & Human Rights, 2014. 14.

110. Safari, F., *A qualitative study of women's lived experience after deinfibulation in the UK*. Midwifery, 2013. 29(2): 154-8.
111. Rouzi, A.A., *Facts and controversies on female genital mutilation and Islam*. European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 2013. 18(1): 10-4.
112. Finnstrom, B. und Soderhamn, O., *Conceptions of pain among Somali women*. Journal of Advanced Nursing, 2006. 54(4): 418-25.
113. Chalmers, B. und Hashi, K.O., *432 Somali women's birth experiences in Canada after earlier female genital mutilation*. Birth, 2000. 27(4): 227-34.
114. Ogunsiji, O., Ogbeide, A.E., und Ussher, J., *Experiences of Primary Healthcare Workers in Australia towards Women and Girls Living with Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C): A Qualitative Study*. Healthcare, 2023. 11(5).
115. Dixon, S., et al., *Conversations about FGM in primary care: a realist review on how, why and under what circumstances FGM is discussed in general practice consultations*. BMJ Open, 2021. 11(3): e039809.
116. Stevenson, K. und Kelly, B., *New research on the global prevalence of female genital mutilation/cutting: Research, clinical, and policy implications*. PLOS Medicine, 2022. 19(9): e1004096.
117. Weny, K., et al., *Towards the elimination of FGM by 2030: A statistical assessment*. PLOS ONE, 2020. 15(10): e0238782.
118. Pastor-Bravo, M.D.M., Almansa-Martinez, P., und Jimenez-Ruiz, I., *Living with mutilation: A qualitative study on the consequences of female genital mutilation in women's health and the healthcare system in Spain*. Midwifery, 2018. 66: 119-26.
119. Connelly, E., et al., *Missing from the debate? A qualitative study exploring the role of communities within interventions to address female genital mutilation in Europe*. BMJ Open, 2018. 8(6): e021430.
120. Ortiz, E.T., *Female genital mutilation and public health: lessons from the British experience*. Health Care for Women International, 1998. 19(2): 119-29.
121. Key, F.L., *Female circumcision/female genital mutilation in the United States: legislation and its implications for health providers*. Journal of the American Medical Womens Association, 1997. 52(4): 179-80, 87.
122. Shorten, A., *Female circumcision: understanding special needs*. Holistic Nursing Practice, 1995. 9(2): 66-73.
123. EIGE, *Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union. Belgium, Greece, France, Italy, Cyprus and Malta. Report*. 2018. [abgerufen am 15.05.2023]; Verfügbar unter: <https://eige.europa.eu/publications-resources/publications/estimation-girls-risk-female-genital-mutilation-european-union-report-0>.
124. EIGE, *Female genital mutilation in the European Union and Croatia. Report*. 2013. [abgerufen am 15.05.2023]; Verfügbar unter: <https://eige.europa.eu/publications-resources/publications/female-genital-mutilation-european-union-report>.
125. Afrikanische Frauenorganisation, *The Use of Female Genital Mutilation (FGM) among migrants in Austria*. 2000. [abgerufen am 22.05.2023]; Verfügbar unter: <https://www.support-africanwomen.org/images/downloads/studien/Austria-FGM-Studie-EN-web.pdf>.
126. Baldaszti, E.U., E., *Wiener Frauengesundheitsbericht 2006*. 2006. [abgerufen am 22.05.2023]; Verfügbar unter: <https://resolver.obvsg.at/urn:nbn:at:AT-WBR-123589>.
127. Rosanelli, M.E., *Zur rechtlichen Lage von FGM/C in Österreich*. 2022. [abgerufen am 04.03.2024]; Verfügbar unter: <https://fgm-kordinationsstelle.at/wp-content/uploads/rechtliche-Aspekte-FGMC-in-Oesterreich.pdf>.
128. Wiener Opferschutzgruppen, Wiener Programm für Frauengesundheit (Alexandra Grasl-Akkilic), und 24-Stunden Frauennotruf der Stadt Wien (Martina Steiner), *Standing Operating Procedure: Anzeigepflicht bei Vergewaltigung, schwerer Körperverletzung sowie FGM und anderen Gewaltdelikten gemäß Gewaltschutzgesetz 2019*. 2020. [abgerufen am 04.03.2024]; Verfügbar unter: <https://toolbox-opferschutz.at/sites/toolbox-opferschutz.at/files/inline-files/FINAL%20SOP%20Anzeigepflicht%20bei%20Vergewaltigung%20schwerer%20Körperverletzung%20s...pdf>.
129. GREVIO, *GREVIO Baseline Evaluation Report Austria*. 2017. [abgerufen am 08.04.2024]; Verfügbar unter: <https://rm.coe.int/grevio-report-austria-1st-evaluation/1680759619>.

130. GREVIO, *Conclusions on the implementation of recommendations in respect of Austria adopted by the Committee of the Parties to the Istanbul Convention*. 2021. [abgerufen am 08.04.2024]; Verfügbar unter: <https://rm.coe.int/ic-cp-inf-2021-5-cop-conclusions-austria-eng/1680a4cc48>.
131. Amnesty International, *The Council of Europe Convention on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence - a tool to end female genital mutilation*. 2014. [abgerufen am 08.04.2024]; Verfügbar unter: <https://www.refworld.org/reference/regionalreport/coe/2014/en/102469>.
132. Hofstätter, V., *Tabuisierte Ausnahme oder Berufsalltag? Wissensstand und Erfahrungen österreichischer Hebammen zum Thema weibliche Genitalverstümmelung*. 2012. Universität Wien: Wien.
133. ÖGGG, *Logbuch zur Ausbildung zur Fachärztin / zum Facharzt in Frauenheilkunde und Geburtshilfe*. 2016. [abgerufen am 04.03.2024]; Verfügbar unter: https://oeggg.at/wp-content/uploads/2022/09/Logbuch_neu.pdf.
134. 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.
135. Gruber, T., *Wie viele Frauen in Österreich sind von female genital mutilation/cutting (FGM/C) betroffen? Schätzung aufgrund einer Analyse einer 11-jährigen Geburtskohorte in Graz*. 2023. Medizinische Universität Graz.
136. Creswell, J.W., *Research design. Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. 2003. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
137. Flick, U., *Triangulation: Eine Einführung*. 3 ed. 2011. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
138. Schreier, M. und Odağ, Ö., *Mixed Methods*, in *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*, G. Mey und K. Mruck, Editors. 2020. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. S. 1-26.
139. Barnard, A. und Spencer, J., *The Routledge Encyclopedia of Social and Cultural Anthropology. 2nd Edition*. 2011: Routledge.
140. Horvath, K., *Migrationshintergrund*, in *Bildung und Teilhabe: Zwischen Inklusionsforderung und Exklusionsdrohung*, I. Miethe, A. Tervooren, und N. Ricken, Editors. 2017. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. S. 197-216.
141. Kohlenberger, J., *Migrationshintergrund – ein überholter Begriff*. 2021. [abgerufen am 31.08.2023]; Verfügbar unter: <https://www.derstandard.at/story/2000123540531/migrationshintergrund-ein-ueberholter-begriff>.
142. Ziyada, M.M., Norberg-Schulz, M., und Johansen, R.E.B., *Estimating the magnitude of female genital mutilation/cutting in Norway: an extrapolation model*. BMC Public Health, 2016. 16: 110.
143. Kawous, R., et al., *The prevalence and risk of Female Genital Mutilation/Cutting among migrant women and girls in the Netherlands: An extrapolation method*. PLOS ONE, 2020. 15(4): e0230919.
144. De Schrijver, L., et al., *Towards a better estimation of prevalence of female genital mutilation in the European Union: a situation analysis*. Reproductive Health, 2020. 17(1): 105.
145. Cottler-Casanova, S. und Abdulcadir, J., *Estimating the indirect prevalence of female genital mutilation/cutting in Switzerland*. BMC Public Health, 2021. 21(1): 1011.
146. EIGE, *Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union Step-by-step guide 2nd Edition*. 2019. [abgerufen am 15.05.2023]; Verfügbar unter: <https://eige.europa.eu/publications-resources/publications/estimation-girls-risk-female-genital-mutilation-european-union-step-step-guide-2nd-edition>.
147. Rashid, A. und Iguchi, Y., *Female genital cutting in Malaysia: a mixed-methods study*. BMJ Open, 2019. 9(4): e025078.
148. UNICEF, *Indonesia Statistical Profile on Female Genital Mutilation*. 2019. [abgerufen am 22.05.2023]; Verfügbar unter: https://data.unicef.org/wp-content/uploads/country_profiles/Indonesia/FGM_IDN.pdf.
149. Shabila, N.P., *Changes in the prevalence and trends of female genital mutilation in Iraqi Kurdistan Region between 2011 and 2018*. BMC Women's Health, 2021. 21.

150. Farouki, L., et al., *The global prevalence of female genital mutilation/cutting: A systematic review and meta-analysis of national, regional, facility, and school-based studies*. PLOS Medicine, 2022. **19**(9): e1004061.
151. Van Baelen, L., Ortensi, L., und Leye, E., *Estimates of first-generation women and girls with female genital mutilation in the European Union, Norway and Switzerland*. European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 2016. **21**(6): 474-82.
152. Nestlinger, J., et al., *Eine empirische Studie zu weiblicher Genitalverstümmelung in Deutschland*. 2017. [abgerufen am 22.05.2023]; Verfügbar unter: <https://www.netzwerk-integra.de/wp-content/uploads/2021/07/Eine-empirische-Studie-zu-Genitalverstuemmung-in-Deutschland.pdf>.
153. Elbendary, R.N., et al., *Female genital mutilation (FGM): Is it still an existing problem in Egypt?* Forensic Science International, 2021. **318**: 110574.
154. Kawous, R., et al., *Estimates of female genital mutilation/cutting in the Netherlands: a comparison between a nationwide survey in midwifery practices and extrapolation-model*. BMC Public Health, 2020. **20**(1): 1033.
155. Johnsdotter, S. und Essen, B., *Cultural change after migration: Circumcision of girls in Western migrant communities*. Best Practice & Research in Clinical Obstetrics & Gynaecology, 2016. **32**: 15-25.
156. Wahlberg, A., et al., *Shifting perceptions of female genital cutting in a Swedish migration context*. PLOS ONE, 2019. **14**(12): e0225629.
157. Karlsen, S., et al., *Available evidence suggests that prevalence and risk of female genital cutting/mutilation in the UK is much lower than widely presumed - policies based on exaggerated estimates are harmful to girls and women from affected communities*. International Journal of Impotence Research, 2023. **35**(3): 212-5.
158. Ortensi, L., Farina, P., und Menonna, A., *Improving estimates of the prevalence of Female Genital Mutilation/Cutting among migrants in Western countries*. Demographic Research, 2015. **32**(18): 543-62.
159. stopFGM und Institut für Kinderrechte & Elternbildung, *Weibliche Genitalverstümmelung: Was weiß die Medizin?* 2006. [abgerufen am 20.06.2023]; Verfügbar unter: https://www.stopfgm.net/wp-content/uploads/vor2013/grundlagen/060203_pu_stopFGM_pbayr.pdf.
160. Kölbl, B. und Schlögel, R., *Genitalverstümmelung in Österreich – eine Umfrage unter niedergelassenen Gynäkolog/inn/en und Kinderärzt/inn/en sowie unter Krankenanstalten*. 2006. [abgerufen am 20.06.2023]; Verfügbar unter: https://unicef.at/fileadmin/media/Infos_und_Medien/Info-Material/Maedchen_und_Frauen/FGM_Studie_OE.pdf.
161. Ziyada, M.M., et al., *Factors associated with general practitioners' routines and comfortability with assessing female genital cutting: a cross-sectional survey*. BMC Health Services Research, 2023. **23**(1): 82.
162. Kawous, R., Kerimova, N., und van den Muijsenbergh, M.E., *Female genital mutilation - a blind spot in Dutch general practice? A case-control study*. BJGP Open, 2021. **5**(1).
163. ÖÄK, *Ärzttestatistik 2022*. 2023. [abgerufen am 04.03.2024]; Verfügbar unter: <https://www.aerztekammer.at/documents/261766/1815987/%C3%84rzttestatistik+2022.pdf/d5f2d988-8263-522a-88d1-ed8fd05fba12?t=1677234391410>.
164. ÖHG, *Die Zukunft der Hebammenbetreuung sichern*. 2023. [abgerufen am 04.03.2024]; Verfügbar unter: <https://hebammen.at/wp-content/uploads/2023/02/OeHG-Text-PK-Hebammen-Bedarfsprognose-.pdf>.
165. Lane, J.L., et al., *Female Genital Cutting: Clinical knowledge, Attitudes, and Practices from a Provider survey in the US*. Journal of Immigrant and Minority Health, 2019. **21**(5): 954-64.
166. Turkmani, S., et al., *A survey of Australian midwives' knowledge, experience, and training needs in relation to female genital mutilation*. Women & Birth, 2018. **31**(1): 25-30.
167. Gonzalez-Timoneda, A., et al., *Knowledge, attitudes and practices of primary healthcare professionals to female genital mutilation in Valencia, Spain: are we ready for this challenge?* BMC Health Services Research, 2018. **18**(1): 579.
168. Young, J., et al., *Female Genital Mutilation/Cutting-Pediatric Physician Knowledge, Training, and General Practice Approach*. Journal of Immigrant and Minority Health, 2020. **22**(4): 668-74.

169. Kaplan-Marcusan, A., et al., *Perception of primary health professionals about female genital mutilation: from healthcare to intercultural competence*. BMC Health Services Research, 2009. **9**: 11.
170. Molina-Gallego, B., et al., *Female Genital Mutilation: Knowledge and Skills of Health Professionals*. Healthcare, 2021. **9**(8): 974.
171. Abdulcadir, J., Say, L., und Pallitto, C., *What do we know about assessing healthcare students and professionals' knowledge, attitude and practice regarding female genital mutilation? A systematic review*. Reproductive Health, 2017. **14**(64).
172. Robinson, M.E., et al., *Knowledge, attitudes, and practice of female genital mutilation and cutting: an observational cross-sectional study in English primary care (FGM/C Study)*. BJGP Open, 2023. **7**(3).
173. Johansen, R.E.B., et al., *Health sector involvement in the management of female genital mutilation/cutting in 30 countries*. BMC Health Services Research, 2018. **18**.
174. Green, J. und Thorogood, N., *Qualitative Methods for Health Research*. 2018: SAGE Publications.
175. Braun, V. und Clarke, V., *Thematic analysis: a practical guide*. 2022. London: SAGE Publications.
176. Timmermans, S. und Tavory, I., *Theory Construction in Qualitative Research: From Grounded Theory to Abductive Analysis*. Sociological Theory, 2012. **30**(3): 167-86.
177. Jones, L., et al., *Views of female genital mutilation survivors, men and health-care professionals on timing of deinfibulation surgery and NHS service provision: qualitative FGM Sister Study*. Health Technology Assessment, 2023. **27**(3): 1-113.
178. Van Eekert, N., et al., *The medicalisation of female genital cutting: Harm reduction or social norm?* Sociology of Health & Illness, 2021. **43**(2): 263-80.
179. Johansen, R.E.B., *Discourses of change: The shift from infibulation to sunna circumcision among Somali and Sudanese migrants in Norway*. PLOS ONE, 2022. **17**(6): e0268322.
180. Johansen, R.E.B., *Blurred transitions of female genital cutting in a Norwegian Somali community*. PLOS ONE, 2019. **14**(8): e0220985.
181. Johansen, R.E.B. und Ahmed, S.A.E., *Negotiating Female Genital Cutting in a Transnational Context*. Qualitative Health Research, 2021. **31**(3): 458-71.
182. Johnsdotter, S., *The Impact of Migration on Attitudes to Female Genital Cutting and Experiences of Sexual Dysfunction Among Migrant Women with FGC*. Current Sexual Health Reports, 2018. **10**(1): 18-24.
183. Hall, S., *The Spectacle of the 'Other'*, in *Representation: Cultural Representations and Signifying Practices*, S. Hall, Editor. 1997. London: SAGE. S. 223-85.
184. Streng, D.K., *Traumatisierung durch weibliche Genitalverstümmelung Ein Prozessmodell unter besonderer Berücksichtigung der Migration*. Trauma & Gewalt, 2013. **7**(4): 324-37.
185. Younas, F. und Gutman, L.M., *"All you Gain is Pain and Sorrow": Facilitators and Barriers to the Prevention of Female Genital Mutilation in High-income Countries*. Trauma, Violence, & Abuse, 2024.
186. Kutalek, R., *Migration und Gesundheit: Strukturelle, soziale und kulturelle Faktoren*, in *Anthropologie der Migration. Theoretische Grundlagen und interdisziplinäre Aspekte*, M. Six-Hohenbalken und J. Tosic, Editors. 2009. Wien: WUV Facultas. S. 302-21.
187. Anzenberger, J., Bodenwinkler, A., und Breyer, E., *Migration und Gesundheit. Literaturbericht zur Situation in Österreich*. 2015. [abgerufen am 08.04.2024]; Verfügbar unter: <https://jasmin.goeg.at/id/eprint/115/1/Migration%20und%20Gesundheit%202015.pdf>.
188. Standke-Erdmann, M., Gassner, B., und Rosenberger, S., *Country Report Austria: Gender-based violence against women migrants and refugees*. 2020. [abgerufen am 18.04.2024]; Verfügbar unter: https://impact-sowi.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/p_societal_impact/2022/02_Rosenberger/GBV-MIG_Country_Report_Austria.pdf.

8 Annex

8.1 Annex Einschätzung der Prävalenz

Tabelle 17: Prävalenzdaten in den Ländern, in denen FGM/C dokumentiert wird, in Prozent nach Altersgruppen

Land	Quelle	Altersgruppen											
		0-14	15-49	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Ägypten	Health Issues Survey (DHS) 2015	14,10	87,20	-	-	-	69,60	81,60	89,20	92,60	95,40	94,90	97,10
Äthiopien	DHS 2016	15,70	65,20	6,9	14,20	28,40	47,10	58,60	67,60	75,80	75,30		
Benin	MICS 2014	0,20	9,20	0	0,00	0,60	2,40	6,30	9,70	11,50	13,10	12,40	18,10
Burkina Faso	DHS/MICS 2010	13,30	75,80	4,7	14,20	25,40	57,70	69,80	77,50	82,80	85,20	88,20	89,30
Côte d'Ivoire	MICS 2016	10,90	36,70	4,5	12,90	18,30	27,40	33,60	40,00	40,80	40,00	42,90	41,50
Dschibuti	EVFF 2019	30,92	90,05	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eritrea	Population and Health Survey 2010	-	83,00	-	-	-	68,80	79,10	84,90	88,40	90,40	93,00	93,10
Gambia	DHS 2019-20	45,90	72,60	25,1	53,10	63,10	72,60	71,70	74,80	71,30	72,10	71,60	74,00
Ghana	MICS 2017-18	0,10	2,40	0,1	0,10	0,20	0,60	1,50	1,80	3,20	3,00	3,60	4,90
Guinea	DHS 2018	39,10	94,50	7,8	46,00	75,60	91,70	94,40	95,00	94,70	95,70	96,60	97,70
Guinea-Bissau	MICS 2018-19	29,70	52,10	20,7	33,90	38,60	48,30	54,10	53,50	52,40	55,30	50,00	50,40
Indonesien	RISKESDAS 2013	49,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Irak	MICS 2018	0,50	7,40	0,1	0,20	1,40	3,50	6,70	5,70	9,30	9,70	12,00	9,30
Jemen	DHS 2013	-	18,50	-	-	-	16,40	16,80	16,40	20,50	23,10	22,10	22,80
Kamerun	DHS 2004	-	1,40	-	-	-	0,40	2,50	1,60	1,10	1,20	1,80	2,40
Kenia	DHS 2014	2,80	21,00	0,2	2,20	6,90	11,40	14,70	18,00	22,90	27,80	32,10	40,90
Liberia	DHS 2019-20	-	31,80	-	-	-	27,70	25,90	31,50	40,90	51,00	52,40	59,70
Malaysia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Malediven	DHS 2016-17	1,10	12,90	0,2	1,00	2,30	1,00	5,60	6,10	11,70	18,80	23,50	37,50
Mali	DHS 2018	72,70	88,60	55,5	82,60	85,70	86,20	87,40	90,90	89,60	88,10	90,80	89,10
Mauretanien	DHS 2019-21	44,52	63,91	37	47,30	51,60	55,80	60,80	67,80	66,70	70,60		

Land	Quelle	Altersgruppen											
		0-14	15-49	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Niger	DHS/MICS 2012	-	2,00	-	-	-	1,40	2,10	1,90	1,70	3,00	2,30	1,40
Nigeria	MICS 2021	8,20	15,10	6,70	8,80	9,60	6,70	9,80	12,80	15,70	20,30	25,20	29,10
Senegal	DHS 2019	16,10	25,20	11,1	18,20	20,20	23,70	24,20	27,50	25,40	25,90	27,90	23,00
Sierra Leone	DHS 2019	7,90	83	0,3	5,10	21,80	61,10	81,00	88,10	90,70	93,10	93,50	94,90
Somalia	SHDS 2020	26,00	99,20	3,30	29,80	75,80	98,80	98,60	99,50	99,70	99,40	99,60	99,80
Sudan	MICS 2014	31,50	86,60	4,3	31,50	69,00	81,70	85,70	87,60	88,00	86,60	91,40	91,80
Tansania	DHS 2015-16	0,40	10	0,2	0,30	0,60	4,70	7,30	8,10	12,80	13,40	15,40	18,70
Togo	MICS 2017	0,30	3,10	0,2	0,40	0,30	1,40	1,90	2,40	3,80	4,10	4,70	5,40
Tschad	MICS 2019	7,00	34,10	0,6	5,80	19,00	28,90	33,20	37,10	36,70	34,70	35,50	39,20
Uganda	DHS 2016	-	0,30	-	-	-	0,10	0,30	0,20	0,40	0,50	0,70	0,40
Zentralafrikanische Republik	MICS 2018-19	1,43	21,60	0,1	1,00	4,60	17,30	19,00	22,00	21,90	25,30	29,10	24,80

Tabellen 18-26: Anzahl der potenziell betroffenen Mädchen und Frauen (1. Generation) nach Alter und Bundesland

Wien	In Wien lebende Mädchen und Frauen (1. Gen.)	potenziell betroffene Mädchen und Frauen
0-14	998	169
15-49	9.045	4.537
49+	3.137	1.617
Gesamt	13.180	6.323

Oberösterreich	In OÖ lebende Mädchen und Frauen (1. Gen.)	potenziell betroffene Mädchen und Frauen
0-14	316	24
15-49	2.259	859
49+	503	184
Gesamt	3.078	1.067

Salzburg	In Salzburg lebende Mädchen und Frauen (1. Gen.)	potenziell betroffene Mädchen und Frauen
0-14	104	29
15-49	902	480
49+	171	53
Gesamt	1.177	562

Kärnten	In Kärnten lebende Mädchen und Frauen (1. Gen.)	potenziell betroffene Mädchen und Frauen
0-14	80	7
15-49	504	197
49+	150	64
Gesamt	734	283

Vorarlberg	In Vorarlberg lebende Mädchen und Frauen (1. Gen.)	potenziell betroffene Mädchen und Frauen
0-14	103	16
15-49	584	249
49+	79	25
Gesamt	766	291

Niederösterreich	In NÖ lebende Mädchen und Frauen (1. Gen.)	potenziell betroffene Mädchen und Frauen
0-14	164	16
15-49	1.111	391
49+	396	158
Gesamt	1.671	565

Burgenland	In Burgenland lebende Mädchen und Frauen (1. Gen.)	potenziell betroffene Mädchen und Frauen
0-14	32	x
15-49	119	37
49+	36	17
Gesamt	187	x

Steiermark	In Steiermark lebende Mädchen und Frauen (1. Gen.)	potenziell betroffene Mädchen und Frauen
0-14	252	19
15-49	1.708	739
49+	520	276
Gesamt	2.480	1.034

Tirol	In Tirol lebende Mädchen und Frauen (1. Gen.)	potenziell betroffene Mädchen und Frauen
0-14	221	40
15-49	1.212	558
49+	216	90
Gesamt	1.649	688

8.2 Annex Online-Befragung

Tabelle 27: Soziodemografische Merkmale nach Berufsgruppen

		Beruf										Gesamt	
		Allgemeinmedizin		Gynäkologie		Pädiatrie		Hebamme		Sonstiges*			
		n=95	%	n=113	%	n=72	%	n=157	%	n=100	%		
Geschlecht	weiblich	63	66,3	91	80,5	47	65,3	155	98,7	73	73,0	429	79,9
	männlich	30	31,6	22	19,5	24	33,3	1	0,6	27	27,0	104	19,4
	divers	-	-	-	-	1	1,4	1	0,6	-	-	2	0,4
	Keine Angabe	2	2,1	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,4
Alter	< 30 Jahre	4	4,2	11	9,7	3	4,2	45	28,7	6	6,0	69	12,8
	30-39 Jahre	22	23,2	31	27,4	20	27,8	39	24,8	20	20,0	132	24,6
	40-49 Jahre	25	26,3	31	27,4	19	26,4	40	25,5	23	23,0	138	25,7
	50-59 Jahre	20	21,1	30	26,5	16	22,2	25	15,9	30	30,0	121	22,5
	> 60 Jahre	22	23,2	10	8,8	14	19,4	8	5,1	20	20,0	74	13,8
	Keine Angabe	2	2,1	-	-	-	-	-	-	1	1,0	3	0,6
Bundesland	Wien	15	15,8	22	19,5	15	20,8	47	29,9	1	1	100	18,6
	Niederösterreich	18	18,9	14	12,4	14	19,4	3	1,9	15	15	64	11,9
	Oberösterreich	14	14,7	17	15	12	16,7	46	29,3	8	8	97	18,1
	Steiermark	8	8,4	8	7,1	4	5,6	9	5,7	6	6	35	6,5
	Kärnten	40	42,1	14	12,4	13	18,1	-	-	63	63	130	24,2
	Salzburg	-	-	6	5,3	2	2,8	15	9,6	-	-	23	4,3
	Tirol	-	-	23	20,4	8	11,1	29	18,5	2	2	62	11,5
	Vorarlberg	-	-	8	7,1	4	5,6	7	4,5	1	1	20	3,7
	Keine Angabe	-	-	1	0,9	-	-	1	0,6	4	4	6	1,1

		Allgemeinmedizin		Gynäkologie		Pädiatrie		Hebamme		Sonstiges*		Gesamt	
Einrichtung (Mehrfachantworten)	Wahlarzt	13	13,7	37	32,7	8	11,1	2	1,3	24	24	84	15,6
	Kassenpraxis	50	52,6	14	12,4	13	18,1	7	4,5	8	8	92	17,1
	Krankenhaus	20	21,1	82	72,6	51	70,8	122	77,7	65	65	340	63,3
	Sonstige Einrichtung**	20	21,1	4	3,5	4	5,6	54	34,4	12	12	94	17,5
Arbeitserfahrung	< 5 Jahre	8	8,4	13	11,5	6	8,3	52	33	10	10	89	16,6
	5-15 Jahre	33	34,7	39	34,5	21	29,2	42	27	19	19	154	28,7
	16-25 Jahre	18	18,9	28	24,8	19	26,4	31	20	22	22	118	22
	26-35 Jahre	23	24,2	26	23	18	25	24	15	34	34	125	23,3
	> 36 Jahre	11	11,6	6	5,3	8	11,1	8	5	10	10	43	8
	Keine Angabe	2	2,1	1	0,9	-	-	-	-	5	5	8	1,5
Spezialgebiet	Facharztausbildung wurde noch nicht abgeschlossen	12	12,6	24	21,2	8	11,1	n/a	n/a	13	13	57	10,6
	< 5 Jahre	10	10,5	10	8,8	8	11,1	n/a	n/a	6	6	34	6,3
	5-15 Jahre	25	26,3	33	29,2	21	29,2	n/a	n/a	28	28	107	19,9
	16-25 Jahre	18	18,9	27	23,9	22	30,6	n/a	n/a	28	28	95	17,7
	26-35 Jahre	14	14,7	16	14,2	9	12,5	n/a	n/a	16	16	55	10,2
	>36 Jahre	7	7,4	2	1,8	4	5,6	n/a	n/a	4	4	17	3,2
	Keine Angabe	9	9,5	1	0,9	-	-	n/a	n/a	5	5	15	2,8
Ortschaft	Unter 1.000	5	5,3	-	-	-	-	-	-	-	-	5	0,9
	1.000 bis 5.000	20	21,1	4	3,5	1	1,4	16	10,2	8	8	49	9,1
	5.000 bis 10.000	16	16,8	14	12,4	4	5,6	21	13,4	13	13	68	12,7
	10.000 bis 20.000	8	8,4	12	10,6	9	12,5	21	13,4	12	12	62	11,5
	20.000 bis 50.000	4	4,2	16	14,2	11	15,3	5	3,2	8	8	44	8,2
	50.000 bis 150.000	14	14,7	25	22,1	13	18,1	15	9,6	31	31	98	18,2
	150.000 bis 300.000	7	7,4	16	14,2	14	19,4	24	15,3	17	17	78	14,5

	Über 300.000	17	17,9	23	20,4	19	26,4	49	31,2	3	3	111	20,7
	Keine Angabe	4	4,2	3	2,7	1	1,4	6	3,8	8	8	22	4,1

** Allgemeinmedizin und Gynäkologie 2, Allgemeinmedizin und Rheumatologie 1, Allgemeinmedizin, Innere Medizin 1, Amtsärztin 1, Anästhesie 14, Arbeitsmedizin 3, Arzt 1, Augenheilkunde 1, Chirurgie 5, Dermatologie 4, Gesunden und Krankenpflege 4, Hebammenstudentin 1, Herz-Gefäßchir. 1, HNO 3, in Ausbildung 7, Innere Medizin 14, Kinderchirurgie 2, Neurologie 7, Orthopädie 3, Pathologie 2, Physiotherapie 1, Psychiatrie 5, Pulmologie 2, Radiologin 1, Schulärztin 2, Sozialarbeit 1, Spitalarzt 1, TCM mit Schwerpunkt Gynäkologie 1, und abgeschlossenen Turnus&Ass Pädiatrie 1, Unfallchirurgie 2, Urologie 4, zmk und mkg 1

**v.a.: Freiberufliche Hebammen, Schulärzt:innen

Tabelle 28: Wissen zu FGM/C nach Berufsgruppe

		Beruf										Gesamt	
		Allgemeinmedizin		Gynäkologie		Pädiatrie		Hebamme		Sonstiges			
		n=95	%	n=113	%	n=72	%	n=157	%	n=100	%		
Kennen sie die medizinischen Codes (ICD-10)?	Ja	4	4,2	14	12	2	3	3	1,9	3	3	26	4,8%
	Teilweise	5	5,3	17	15	5	7	22	14	4	4	53	9,9%
	Nein	86	90,5	82	73	65	90	132	84,1	93	93	458	85,3%
Haben Sie ihrer Meinung nach ausreichen Wissen über die traditionelle und kulturelle Bedeutung von FGM/C?	Ja	10	10,5	22	20	11	15	25	15,9	13	13	81	15,1%
	Teilweise	49	51,6	69	61	37	51	84	53,5	51	51	290	54,0%
	Nein	36	37,9	22	20	24	33	48	30,6	36	36	166	30,9%
Kennen Sie die österreichische Gesetzgebung zu FGM/C?	Ja	18	18,9	58	51	29	40	76	48,4	18	18	199	37,1%
	Nein	77	81,1	55	49	43	60	81	51,6	82	82	338	62,9%
Würden Sie gerne mehr über die österreichische Gesetzgebung wissen?	Ja	61	64,2	67	59	45	63	99	63,1	56	56	328	61,1%
	Teilweise	30	31,6	30	27	18	25	38	24,2	30	30	146	27,2%
	Nein	4	4,2	16	14	9	13	20	12,7	14	14	63	11,7%
Würden Sie gerne mehr über die FGM/C Typen wissen?	Ja	56	58,9	52	46	38	53	85	54,1	46	46	277	51,58%
	teilweise	28	29,5	12	11	18	25	31	19,7	31	31	120	22,35%
	Nein	1	1,1	3	3	3	4	3	1,9	11	11	21	3,91%
	Die möglichen Formen sind mir bereits bekannt	9	9,5	46	41	13	18	38	24,2	12	12	118	21,97%
	nicht beantwortet	1	1,1									1	0,19%

8.3 Annex Qualitative Studie

Tabelle 29: Detailübersicht der Teilnehmenden aus betroffenen Communitys

ID	Geschlecht	Geburtsland	Schulbildung	Altersgruppe	Verheiratet	Kinder
C1	weiblich	Burkina Faso	Tertiärstufe	30-39 Jahre alt	Nein	Nein
C2	weiblich	Kamerun	Tertiärstufe	30-39 Jahre alt	Nein	Ja
C3	weiblich	Ghana	Tertiärstufe	40-49 Jahre alt	Ja	Ja
C4	weiblich	Guinea	-	-	Ja	Ja
C5	weiblich	Irak	Tertiärstufe	-	Ja	Ja
C6	weiblich	Jemen	Tertiärstufe	50-59 Jahre alt	Ja	Ja
C7	weiblich	Kenia	Tertiärstufe	30 bis 39 Jahre alt	Nein	Ja
C8	männlich	Kenia	Sekundarstufe	30 bis 39 Jahre alt	Ja	Ja
C9	männlich	Mali	Tertiärstufe	50-59 Jahre alt	Ja	Ja
C10	weiblich	Nigeria	Sekundarstufe	30-39 Jahre alt	Ja	Ja
C11	weiblich	Ruanda	Tertiärstufe	40-49 Jahre alt	Nein	Nein
C12	weiblich	Sierra Leone	-	-	-	-
C13	weiblich	Somalia	Primarstufe	-	Ja	Ja
C14	weiblich	Somalia	Sekundarstufe	20-29 Jahre alt	Ja	Ja
C15	weiblich	Somalia	Sekundarstufe	30-39 Jahre alt	Ja	Ja
C16	weiblich	Somalia	Tertiärstufe	-	Ja	Ja
C17	weiblich	Somalia	Sekundarstufe	70-79 Jahre alt	Ja	Ja
C18	weiblich	Somalia	Sekundarstufe	40-49 Jahre alt	Ja	Nein
C19	weiblich	Somalia	Sekundarstufe	30-39 Jahre alt	Nein	Ja
C20	männlich	Somalia	Sekundarstufe	40-49 Jahre alt	Ja	Ja
C21	männlich	Somalia	Tertiärstufe	30-39 Jahre alt	Ja	Ja
C22	weiblich	Somalia	Tertiärstufe	30-39 Jahre alt	Ja	Ja
C23	weiblich	Somalia	Tertiärstufe	30-39 Jahre alt	Ja	Ja
C24	weiblich	Somalia	Tertiärstufe	50-59 Jahre alt	Ja	Ja
C25	weiblich	Sudan	Tertiärstufe	60-69 Jahre alt	-	-
C26	männlich	Somalia	Sekundarstufe	Über 80 Jahre alt	Ja	Ja
C27	männlich	Somalia	Sekundarstufe	50-59 Jahre alt	Ja	Ja
C28	männlich	Somalia	Sekundarstufe	50-59 Jahre alt	Ja	Ja
C29	männlich	Somalia	Sekundarstufe	30-39 Jahre alt	Ja	Ja
F1	weiblich	Ägypten	Sekundarstufe	20-29 Jahre alt	Ja	Ja
F2	weiblich	Österreich	-	20-29 Jahre alt	Ja	Nein
F3	weiblich	Ägypten	-	30-39 Jahre alt	Ja	Ja
F4	weiblich	Ägypten	-	50-59 Jahre alt	Ja	Ja
F5	weiblich	Ägypten	Tertiärstufe	40-49 Jahre alt	Ja	Ja
F6	weiblich	Ägypten	-	60-69 Jahre alt	Ja	Ja

ID	Geschlecht	Geburtsland	Schulbildung	Altersgruppe	Verheiratet	Kinder
F7	weiblich	Ägypten	-	50-59 Jahre alt	Ja	Ja
F8	weiblich	Ägypten	Tertiärstufe	60-69 Jahre alt	Ja	Ja
F9	weiblich	Ägypten	Tertiärstufe	50-59 Jahre alt	Ja	Ja
F10	weiblich	Österreich	Sekundarstufe	Unter 20 Jahre alt	Nein	Nein
F11	weiblich	Äthiopien	Sekundarstufe	30-39 Jahre alt	Ja	Ja
F12	weiblich	Eritrea	-	40-49 Jahre alt	Nein	Nein
F13	weiblich	Irak	Primarstufe	40-49 Jahre alt	Ja	ja
F14	weiblich	Irak	Sekundarstufe	60-69 Jahre alt	Ja	ja
F15	weiblich	Irak	Sekundarstufe	30-39 Jahre alt	Ja	Ja
F16	weiblich	Irak	Sekundarstufe	30-39 Jahre alt	Ja	Ja
F17	weiblich	Irak	Tertiärstufe	40-49 Jahre alt	Ja	ja
F18	weiblich	Irak	Sekundarstufe	40-49 Jahre alt	Nein	Ja
F19	weiblich	Irak	Sekundarstufe	40-49 Jahre alt	Ja	Ja
F20	weiblich	Nigeria	Primarstufe	40-49 Jahre alt	Ja	Ja
F21	weiblich	Nigeria	Primarstufe	30-39 Jahre alt	Ja	Ja
F22	weiblich	Nigeria	Sekundarstufe	60-69 Jahre alt	verwitwet	Ja
F23	weiblich	Somalia	Sekundarstufe	30-39 Jahre alt	Ja	Ja
F24	weiblich	Somalia	Sekundarstufe	20-29 Jahre alt	Nein	Nein
F25	weiblich	Somalia	Primarstufe	50-59 Jahre alt	Ja	Ja
F26	weiblich	Somalia	Koranschule	40-49 Jahre alt	Ja	Ja
F27	weiblich	Somalia	Sekundarstufe	30-39 Jahre alt	Ja	Ja
F28	weiblich	Somalia	Sekundarstufe	Unter 20 Jahre alt	Nein	Nein
F29	weiblich	Somalia	Sekundarstufe	Unter 20 Jahre alt	Nein	Nein
F30	weiblich	Somalia	Sekundarstufe	20-29 Jahre alt	Ja	Ja
F31	weiblich	Somalia	Primarstufe	20-29 Jahre alt	Nein	Nein
F32	weiblich	Somalia	Sekundarstufe	20-29 Jahre alt	Ja	Ja
F33	weiblich	Somalia	Primarstufe	40-49 Jahre alt	Nein	Ja
F34	weiblich	Somalia	Koranschule	30-39 Jahre alt	Nein	Ja
F35	weiblich	Somalia	Sekundarstufe	50-59 Jahre alt	Nein	Ja
F36	weiblich	Somalia	Koranschule	60-69 Jahre alt	Ja	Ja
F37	weiblich	Somalia	Primarstufe	30-39 Jahre alt	Ja	Ja
F38	weiblich	Somalia	Primarstufe	20-29 Jahre alt	Ja	Ja
F39	weiblich	Somalia	Sekundarstufe	30-39 Jahre alt	Ja	Nein
F40	weiblich	Somalia	Sekundarstufe	30-39 Jahre alt	Ja	Ja
F41	weiblich	Somalia	Sekundarstufe	20-29 Jahre alt	Nein	Nein
F42	weiblich	Sudan	Sekundarstufe	70-79 Jahre alt	Ja	Ja
F43	weiblich	Sudan	Tertiärstufe	70-79 Jahre alt	Ja	Ja
F44	weiblich	Österreich	Sekundarstufe	20-29 Jahre alt	Nein	Nein
F45	weiblich	Sudan	Tertiärstufe	50-59 Jahre alt	Ja	Ja
F46	weiblich	Sudan	Tertiärstufe	50-59 Jahre alt	Ja	Ja

ID	Geschlecht	Geburtsland	Schulbildung	Altersgruppe	Verheiratet	Kinder
F47	weiblich	Sudan	Sekundarstufe	40-49 Jahre alt	Ja	Ja
F48	weiblich	Sudan	Sekundarstufe	30-39 Jahre alt	Ja	Ja
F49	weiblich	Österreich	Sekundarstufe	20-29 Jahre alt	Nein	Nein
F50	weiblich	Sudan	Tertiärstufe	50-59 Jahre alt	Nein	Ja
F51	weiblich	Sudan	Tertiärstufe	40-49 Jahre alt	Ja	Ja
F52	weiblich	Syrien	Sekundarstufe	60-69 Jahre alt	Ja	Ja
M1	männlich	Ägypten	Tertiärstufe	60-69 Jahre alt	Ja	Ja
M2	männlich	Ägypten	Tertiärstufe	50-59 Jahre alt	Ja	Ja
M3	männlich	Irak	Sekundarstufe	70-79 Jahre alt	Ja	Ja
M4	männlich	Nigeria	Sekundarstufe	30-39 Jahre alt	Ja	Ja
M5	männlich	Nigeria	Tertiärstufe	30-39 Jahre alt	Ja	-
M6	männlich	Nigeria	Tertiärstufe	30-39 Jahre alt	Ja	-
M7	männlich	Nigeria	Tertiärstufe	-	Nein	Ja
M8	männlich	Somalia	Tertiärstufe	50-59 Jahre alt	Ja	Ja
M9	männlich	Somalia	Sekundarstufe	20-29 Jahre alt	Ja	Ja
M10	männlich	Somalia	Koranschule	70-79 Jahre alt	Ja	Ja
M11	männlich	Somalia	Sekundarstufe	30-39 Jahre alt	Ja	Ja
M12	männlich	Somalia	Sekundarstufe	30-39 Jahre alt	Ja	Ja
M13	männlich	Somalia	Sekundarstufe	Über 80 Jahre alt	Ja	Ja
M14	männlich	Somalia	Sekundarstufe	50-59 Jahre alt	Ja	Ja
M15	männlich	Somalia	Primarstufe	40-49 Jahre alt	Ja	Ja
M16	männlich	Somalia	Sekundarstufe	30-39 Jahre alt	Ja	-
M17	männlich	Somalia	Koranschule	40-49 Jahre alt	Ja	Ja
M18	männlich	Somalia	Tertiärstufe	30-39 Jahre alt	Nein	Ja
M19	männlich	Somalia	Sekundarstufe	20-29 Jahre alt	ja	Nein
M20	männlich	Somalia	Sekundarstufe	20-29 Jahre alt	Nein	Nein
M21	männlich	Somalia	Sekundarstufe	40-49 Jahre alt	Ja	Ja
M22	männlich	Sudan	Tertiärstufe	40-49 Jahre alt	Ja	Ja
M23	männlich	Sudan	Tertiärstufe	-	Ja	Ja
M24	männlich	Syrien	Sekundarstufe	70-79 Jahre alt	Ja	Ja

- Keine Angabe