

Diplomarbeit

**Wie viele Frauen in Österreich sind von female
genital mutilation/cutting (FGM/C) betroffen?
Schätzung aufgrund einer Analyse einer 11-jährigen
Geburtskohorte in Graz**

eingereicht von

Thatiane Gruber

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktorin der gesamten Heilkunde

(Dr.ⁱⁿ med. univ.)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt an der

Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

unter der Anleitung von

Dr.ⁱⁿ med. univ. Nadja Taumberger

Univ.-Prof. Dr. med. univ. Karl Tamussino

Graz, am 04.12. 2023

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne unerlaubte Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, 04.12.2023

Thatiane Gruber eh

Danksagung

Allen voran möchte ich mich bei meiner Betreuerin Dr.ⁱⁿ med. univ. Nadja Taumberger für die großartige Unterstützung bei der Erstellung dieser Arbeit bedanken. Ihr großes Engagement bei der Aufarbeitung von wichtigen und oftmals zu selten angesprochenen Thematiken ist wirklich inspirierend und hat mir die Auseinandersetzung mit FGM/C in diesem Rahmen erst möglich gemacht. Beim Verfassen dieser Arbeit stand sie mir stets unterstützend zur Seite, hat sich für all meine Fragen Zeit genommen und konstruktive Veränderungsvorschläge gegeben. Auch bei Univ.-Prof. Dr. med. univ. Karl Tamussino möchte ich mich für die kompetente und wertschätzende Zusammenarbeit herzlich bedanken.

Ein besonderes Dankeschön gilt meiner gesamten Familie, allen voran meinen Eltern, die mich während meines Studiums nicht nur in finanzieller Hinsicht, sondern vor allem emotional unterstützt haben und ohne die eine so unbeschwerte Studienzeit nicht möglich gewesen wäre. Auch meinem Bruder und meinen Großeltern bin ich für die motivierenden Worte und das Daumen Drücken vor wichtigen Prüfungen sehr dankbar.

Zu guter Letzt möchte ich mich bei meinen Freunden und Freundinnen, insbesondere bei meiner besten Freundin Karo, für die kraftschöpfenden Treffen in herausfordernden Zeiten danken. Auch Magdalena und David, die ich zu Beginn des Studiums kennenlernen durfte und mir während der Studienzeit in Graz unterstützend zur Seite gestanden sind, möchte ich einen großen Dank aussprechen.

Zusammenfassung

Einleitung: Erfahrung in der Betreuung von Frauen mit weiblicher Genitalverstümmelung (female genital mutilation/cutting, FGM/C) ist in Österreich begrenzt. Gerade diese Frauen benötigen jedoch eine spezialisierte gynäkologische und geburtshilfliche Betreuung. In der Steiermark gibt es derzeit weder eine offizielle Beratungsstelle noch speziell geschultes medizinisches Personal, das auf die spezifischen Bedürfnisse von Frauen nach FGM/C eingeht. Ziel dieser Studie war es, die Anzahl an Geburten durch von FGM/C betroffene Frauen an der Grazer Frauenklinik zu schätzen, um den potenziellen Bedarf an geburtshilflicher Versorgung von Frauen nach FGM/C in unserer Region zu ermitteln.

Methodik: Wir untersuchten alle Geburten am LKH-Universitätsklinikum Graz von 2010-2020 im Hinblick auf den Geburtsort und/oder die Nationalität der Mutter, um Entbindungen von Frauen aus einem Land mit bekannter FGM/C-Prävalenz herauszufiltern. Wir überprüften, ob FGM/C dokumentiert wurde und verglichen die Ergebnisse mit der erwarteten FGM/C-Rate basierend auf der Globalen Datenbank von UNICEF (1). Weiters erhoben wir Daten zum Geburtsverlauf und peripartalen Komplikationen.

Ergebnisse: Im Untersuchungszeitraum gab es insgesamt 35.628 Entbindungen, von denen 856 (2,41%) Geburten auf Frauen aus einem Land mit bekannter FGM/C-Prävalenz entfielen. Am häufigsten stammten die von FGM betroffenen Frauen aus unserem Kollektiv aus Ägypten, Nigeria, Irak, Ghana und Somalia. Wir fanden lediglich 22/856 (2,6%) dokumentierte FGM/C-Fälle bezogen auf die Entbindungen und 17/539 (3,2%) dokumentierte Fälle bezogen auf die Frauen. Die geschätzte FGM/C-Rate betrug 318/856 (37,1%). Der Entbindungsmodus bei Frauen aus unserem Studienkollektiv war mit 55% eine Spontangeburt, mit 4,9% eine assistierte vaginale Geburt und mit 40,1% ein Kaiserschnitt. Mehr als 90% der Frauen aus Ländern mit FGM/C-Prävalenz waren bereits vor der Entbindung an der Grazer Frauenklinik vorstellig.

Diskussion: Die große Diskrepanz zwischen der dokumentierten und der erwarteten FGM/C-Rate (2,6% vs. 37%) in unserem Kollektiv deutet darauf hin, dass die meisten Fälle von FGM/C bei Frauen, die in unserer Region entbinden,

unerkannt bleiben. Diese Daten zeigen einen Bedarf an speziellen Schulungen für Geburtshelfer und gezielten Anlaufstellen für die betroffenen Frauen.

Abstract

Introduction: Women after female genital mutilation/cutting (FGM/C) require specialized gynecologic and obstetric care but in our region, there is currently neither an official counseling center nor specially trained medical personnel to address these special needs. The aim of this study was to determine the potential need for obstetric care for women in our region after FGM/C.

Methods: We reviewed all births at the LKH University Hospital Graz from 2010-2020 with regard to the place of birth and/or the nationality of the mother in order to filter out deliveries to women from a country with known FGM/C prevalence as defined by UNICEF. We reviewed the records of these deliveries to check for FGM/C and obstetric parameters. We compared documented rates of FGM/C with the expected rates per the 2020 UNICEF Global Database (1).

Results: Among the total 35,628 deliveries during the study period 856 (2.41%) were by mothers with nationality or birthplace in a country with known FGM/C prevalence. Women affected by FGM/C in our collective were most frequently from Egypt, Nigeria, Iraq, Ghana, and Somalia. FGM/C was documented in only 22 (2.6%) of these 856 deliveries and 17 (3.2%) of 539 mothers. In contrast the estimated FGM/C rate was 318/856 (37.1%). The mode of delivery was spontaneous delivery at 55%, assisted vaginal delivery at 4.9%, and cesarean section at 40.1%. More than 90% of women from countries with FGM/C prevalence presented to us before delivery.

Discussion: The large discrepancy between documented and expected FGM/C rates (2.6% vs. 37%) in our collective suggests that most cases of FGM/C go undetected among women delivering in our region. These data suggest a pressing need for specific training for obstetricians and targeted contact points for affected women.

Veröffentlichungen

Taumberger, N., Gruber, T., Edler, K., Trutnovsky, G., Bracic, T., Semrl, N., Schütz, A. M., Eisnecker, K., Tamussino, K., & Fluhr, H. (2023). 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*, 23(1), 68. <https://doi-org-10013b5b022a0.han.medunigraz.at/10.1186/s12889-022-14773-7>

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	ii
Zusammenfassung	iii
Abstract	v
Veröffentlichungen	vi
Inhaltsverzeichnis	vii
Abkürzungen	x
Abbildungsverzeichnis	xi
Tabellenverzeichnis	xii
1 Einleitung	1
1.1 Die Anatomie der Vulva	1
1.1.1 Mons pubis	1
1.1.2 Labia majora pudendi	1
1.1.3 Labia minora pudendi	1
1.1.4 Vestibulum vaginae	2
1.1.4.1 Urethra	2
1.1.4.2 Hymen	3
1.1.4.3 Glandulae vestibuli vaginae	4
1.1.5 Schwellkörper der Vulva	5
1.1.5.1 Klitoris	5
1.1.5.2 Bulbus vestibuli	6
1.1.6 Gefäßversorgung und Innervation	7
1.2 Female genital mutilation/cutting	9
1.2.1 Definition und Terminologie	9
1.2.2 Klassifikation	10
1.2.3 Prävalenz	12
1.2.4 Ursprung und Geschichte	14

1.2.5	Beweggründe.....	15
1.2.6	Ausführung der Praktik	16
1.2.7	Medikalisierung von FGM/C	17
1.2.8	Defibulation.....	18
1.2.9	Rekonstruktionen/Vulvachirurgie	19
1.2.10	Leitlinien für den Umgang mit FGM/C	20
1.3	Gesundheitliche Folgen von FGM/C	22
1.3.1	Akute Komplikationen	22
1.3.2	Langzeitfolgen	23
1.3.2.1	Urogenitale Folgen	23
1.3.2.2	Sexuelle Folgen	23
1.3.2.3	Infektiologische Folgen	23
1.3.2.4	Psychologische Folgen	24
1.3.3	Komplikationen im Rahmen der Geburt.....	24
1.4	Präventionsprogramme gegen FGM/C.....	25
1.4.1	Menschenrechtsaspekte	25
1.4.2	Globale Präventionsprogramme und Ziele	26
1.4.3	Europäische Programme	27
1.5	FGM/C Situation in Österreich	29
1.5.1	Prävalenz.....	29
1.5.2	Rechtliche Situation	30
1.5.3	Österreichische Präventionsprogramme.....	30
1.5.4	Beratungsstellen	31
1.6	Asylpolitik/Flüchtlingsbewegung Europa	32
1.6.1	Flüchtlingsschwellen 2015	32
1.6.2	Asylbewegung 2015	33
1.6.2.1	Migrantinnen aus Ländern mit FGM/-Prävalenz in der EU.....	33

1.6.2.2	Migrantinnen aus Ländern mit FGM/-Prävalenz in Österreich....	34
1.7	Ziel der Studie	34
2	Material und Methoden.....	37
2.1	Studiendesign	37
2.2	Literaturrecherche	37
2.3	Patientinnenkollektiv.....	37
2.4	Datenerhebung	38
2.5	Erhobene Parameter	38
2.5.1	Hauptzielgröße	39
2.5.2	Nebenzielparameter	39
2.6	Statistische Auswertung	39
3	Ergebnisse – Resultate	41
3.1	Studienkollektiv	41
3.2	Herkunftsland/Staatsbürgerschaft	42
3.3	Mütterliche Charakteristika	42
3.4	Fetale Charakteristika	44
3.5	Ablauf der Geburt.....	46
3.6	FGM/C-Dokumentation	47
3.7	Vergleich FGM/C-Dokumentation und -Prävalenzschätzungen	51
3.8	Vergleich vor/nach der Flüchtlingskrise 2015.....	56
3.9	Schätzung des Ausmaßes des FGM/C-Kontakts an der klinischen Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe.....	59
4	Diskussion.....	60
5	Literaturverzeichnis	72

Abkürzungen

A.	Arteria
Aa.	Arteriae
AKH	Allgemeines Krankenhaus
aOAP	anterior Obturator Artery Perforator flap
Art.	Artikel
BEL	Beckenendlage
cm	Zentimeter, Zentimeter
CMV	Zytomegalievirus
DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
DHS	Demographic and Health Surveys
Dr.	Doktor
EDSF	Enquête Djiboutienne sur la Santé de la Famille
EIGE	European Institute for Gender Equality
EU	Europäische Union
FGM	female genital mutilation
FGM/C	female genital mutilation/cutting
g	Gramm
HBV	Hepatitis-B-Virus
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HSV-2	Humanes Herpesvirus 2
ICD	International Classification of Diseases and Related Health Problems
Jh.	Jahrhundert
Lig.	Ligamentum
LKH	Landeskrankenhaus
M.	Musculus
MeSH	Medical Subject Headings
MICS	Multiple Indicator Cluster Surveys
ml	Milliliter
Mm.	Musculi
N.	Nervus
NGO	Non-Governmental Organisation
NMCS	Neurotization and Molding of the Clitoral Stump
Nn.	Nervi
OD	Omega-Domed flap
OP	Operation
PAPFAM	Pan Arab Project for Family Health
PDA	Periduralanästhesie
Rr.	Rami
SGGG	Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
StGB	Strafgesetzbuch
UN	United Nations
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
UNICEF	United Nations Children's Fund
United Nations Population Fund	United Nations Population Fund
V.	Vena
Vv.	Venae
WHO	Weltgesundheitsorganisation
Zentr. Afr. Rep.	Zentral Afrikanische Republik

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anatomie der Vulva mit freundlicher Genehmigung von (6)	4
Abbildung 2: Bartholin-Drüse mit freundlicher Genehmigung von (6).....	5
Abbildung 3: Schwellkörper der Vulva mit freundlicher Genehmigung von (6).....	6
Abbildung 4: Arterielle Versorgung der Vulva mit freundlicher Genehmigung von (6).....	8
Abbildung 5: Venöser Abfluss der Vulva mit freundlicher Genehmigung von (6) .	8
Abbildung 6: Innervation der Vulva mit freundlicher Genehmigung von (6).....	9
Abbildung 7: FGM/C-Klassifikation modifiziert nach (8)	11
Abbildung 8: Alter bei Entbindung	43
Abbildung 9: Gravida	43
Abbildung 10: Parität	44
Abbildung 11: Gewicht des Kindes	45
Abbildung 12: Vergleich FGM/C-Dokumentation und Prävalenzschätzungen....	51
Abbildung 13: Einteilung der FGM/C-Dokumentation nach Regionen.....	55
Abbildung 14: Vergleich der Anzahl an Entbindungen von 1.1.2010-30.6.2015 (N=418/48,8%) und von 1.7.2015-31.12.2020 (N=438/51,2%)	56

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: FGM/C-Prävalenzen von Mädchen und Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren (1).....	13
Tabelle 2: demografische Daten.....	41
Tabelle 3: mütterliche Charakteristika	42
Tabelle 4: Alter bei Entbindung.....	42
Tabelle 5: Parität	44
Tabelle 6: fetale Charakteristika	45
Tabelle 7: Geburtsgewicht des Kindes	45
Tabelle 8: Geburtsgewichtes des Kindes in Gruppen	45
Tabelle 9: Daten zur Geburt	46
Tabelle 10: Geburtsparameter des FGM/C-Kollektivs	48
Tabelle 11: fetale Charakteristika des FGM/C-Kollektivs.....	48
Tabelle 12: FGM/C-Kollektiv.....	49
Tabelle 13: Zeitliche Abfolge der FGM/C-Vermerke (0=kein Vermerk von FGM/C vorhanden, 1=Vermerk von FGM/C vorhanden)	50
Tabelle 14: Entbindungen mit tatsächlicher und geschätzter Anzahl an FGM/C-Vermerken.....	53
Tabelle 15: Patientinnen mit tatsächlicher und geschätzter Anzahl an FGM/C-Vermerken.....	54
Tabelle 16: Entbindungen 1.1.2010-30.6.2015 und 31.7.2015-31.12.2020.....	57
Tabelle 17: Entbindungen vor und nach der Flüchtlingskrise 2015 aus Ländern mit den 10 höchsten FGM/C-Prävalenzzahlen.....	58

1 Einleitung

1.1 Die Anatomie der Vulva

1.1.1 *Mons pubis*

Der Schamberg ist ein dreiseitiger, suprasymphysär gelegener Hautfettpolster. Seine Erhebung wird durch eine Verdickung des Unterhautbindegewebes bedingt. Bei Frauen im geschlechtsreifen Alter ist der Mons pubis behaart. Diese Schambehaarung endet kranial in einer horizontalen Linie und setzt sich steißbeinwärts auf die Labia majora pudendi fort. (2)

1.1.2 *Labia majora pudendi*

Die großen Schamlippen (*Labia majora pudendi*) liegen zwischen den Oberschenkeln und begrenzen beidseits die Schamspalte (*Rima pudendi*). Bei Nullipara berühren die medialen Flächen der Labien zumeist einander, wodurch die Schamspalte geschlossen wird. Bei Mehrgebärenden hingegen kann sie leicht offen oder im dorsalen Abschnitt sogar weit klaffend sein. Die *Labia majora pudendi* enthalten innen reichlich Fett- und Bindegewebe, sowie glatte Muskulatur, Gefäße und Nerven. Sie sind ventral breiter und werden in ihrem Verlauf nach dorsal immer schmaler. Dorsal werden die Labien durch die *Commissura labiorum posterior* und ventral durch die *Commissura labiorum anterior* verbunden. Die Außenfläche der großen Schamlippen ist trocken, pigmentiert und gleichsam der Körperhaut mit einem verhornenden Plattenepithel mit Haarfollikeln, Schweiß- und Talgdrüsen ausgestattet. Diese verschwinden zur Innenfläche hin allmählich und auch die Verhornung des Epithels nimmt ab. Dadurch wird die Haut weicher, rötlicher und feuchter und ähnelt eher einer Schleimhaut. (2,3)

1.1.3 *Labia minora pudendi*

Der *Sulcus interlabialis* trennt die großen von den kleinen Schamlippen (*Labia minora pudendi*). Das straffe Bindegewebe der *Labia minora pudendi* ist fettlos, sehr gefäß- und nervenreich und wird von reichlich elastischen Fasern aufgebaut. Während die Außenseiten der Labien ein angedeutet verhornendes Plattenepithel mit Talg- und Schweißdrüsen tragen, sind die inneren Flächen mit einem nicht verhornenden Plattenepithel ausgestattet. Die kleinen Schamlippen werden nach

ventral und dorsal hin schnell niedriger und stehen unmittelbar vor der Commissura labiorum posterior durch das zarte querverlaufende Frenulum labiorum pudendi miteinander in Verbindung. Ventral setzen sich die kleinen Labien jeweils durch Vereinigung mit der Gegenseite in zwei Falten fort — einerseits in das Frenulum clitoridis, welches dicht unter der Glans clitoridis endet, und andererseits in das Praeputium clitoridis, welches die Glans kappenförmig von oben nach unten bedeckt. (2,4)

1.1.4 Vestibulum vaginae

Der Scheidenvorhof (Vestibulum vaginae) reicht nach vorne hin zwischen den beiden Frenula clitoridis bis an die Glans clitoridis und ist lateral durch die Labia minora pudendi und dorsal durch das Frenulum labiorum begrenzt. Unter dem Praeputium ragt die Glans clitoridis in das Vestibulum hinein. Etwa 2-3 cm darunter liegt die äußere Harnröhrenöffnung (Ostium urethrae externum) und neben dieser münden jeweils die Ausführungsgänge der Glandulae paraurethrales (Skene-Gänge). Dicht hinter dem Ostium urethrae liegt die längsovale Scheidenöffnung (Ostium vaginae, Introitus vaginae), deren Größe und Form vom Jungfernhäutchen (Hymen) abhängig ist. Bei Nullipara liegt zwischen dem Introitus vaginae und dem Frenulum labiorum pudendi eine seichte Grube, die Fossa vestibuli vaginae. Seitlich des Ostiums vaginae an der Grenze von ihrem mittleren zum dorsalen Drittel liegt beidseits an der Basis der kleinen Labien eine punktförmige Öffnung des Ausführungsgangs der Bartholin-Drüse (Glandula vestibularis major). Zudem münden die Glandulae vestibulares minores neben der Harnröhrenöffnung. (2,3)

1.1.4.1 Urethra

Die weibliche Harnröhre (Urethra) verläuft vom Ostium urethrae internum in der Harnblase bis zum Ostium urethrae externum in einem nach ventral leicht konkavem Bogen von hinten oben nach vorne unten. Sie ist etwa 3 bis 5 cm lang und durchdringt auf ihrem Weg das Diaphragma urogenitale. Man unterscheidet eine Pars intramuralis, welche in der Wand der Harnblase liegt, von einer Pars cavernosa, welche unter dem Os pubis zwischen den Crura clitoridis hindurchzieht. Das Lumen der Harnröhre ist im oberen Teil sternförmig und im unteren Teil eine sagittal gestellte Spalte. Die Harnröhrenwand wird aus drei Schichten aufgebaut. Die innerste Schicht, die Tunica mucosa, ist blasennah mit

Urothel ausgekleidet und geht im weiteren Verlauf in ein mehrreihiges hochprismatisches Epithel und mündungsnah in ein mehrschichtig unverhorntes Plattenepithel über. Darunter liegt die Lamina propria (Tunica spongiosa), welche dichte Venennetze, zahlreiche elastische Fasern, vereinzelte Lymphfollikel und die Glandulae paraurethrales enthält. Die mittlere Tunica muscularis besteht aus glattmuskulären Schraubenzügen, der inneren Längsmuskelschicht (Stratum longitudinale) und der äußeren Ringmuskelschicht (Stratum circulare). Blasennahe bildet das Stratum circulare den M. sphincter urethrae internus, welcher dem Sphincter vesicae zugerechnet wird. Kaudal befindet sich im Diaphragma urogenitale liegend quergestreifte Muskulatur aus Anteilen des M. transversus perinei profundus als M. sphincter urethrae externus. Ganz außen liegt das Bindegewebe der Tunica adventitia, welches zusammen mit der Bindegewebshülle der Vagina das Septum urethrovaginale bildet und somit die Harnröhre an der Vorderwand der Vagina befestigt. (2,3,5)

1.1.4.2 Hymen

Das Jungfernhäutchen beziehungsweise dessen narbigen Reste (Hymenalsaum) stellt die Grenze zwischen dem Vestibulum vaginae und der Vagina dar. Bei der Virgo intacta handelt es sich hierbei um eine gefäßreiche Gewebeplatte, welche eine oder mehrere in Form und Weite variierende, meist exzentrisch gelegene Öffnung(en) aufweist. Im Rahmen der ersten Kohabitation zerreißt der Hymen zumeist radiär und bei einer Spontangeburt wird er oft vollständig zerquetscht. Die Überreste des Jungfernhäutchens ragen dann als Wärzchen in den Scheideneingang vor und werden als Carunculae hymenales bezeichnet. (2,4)

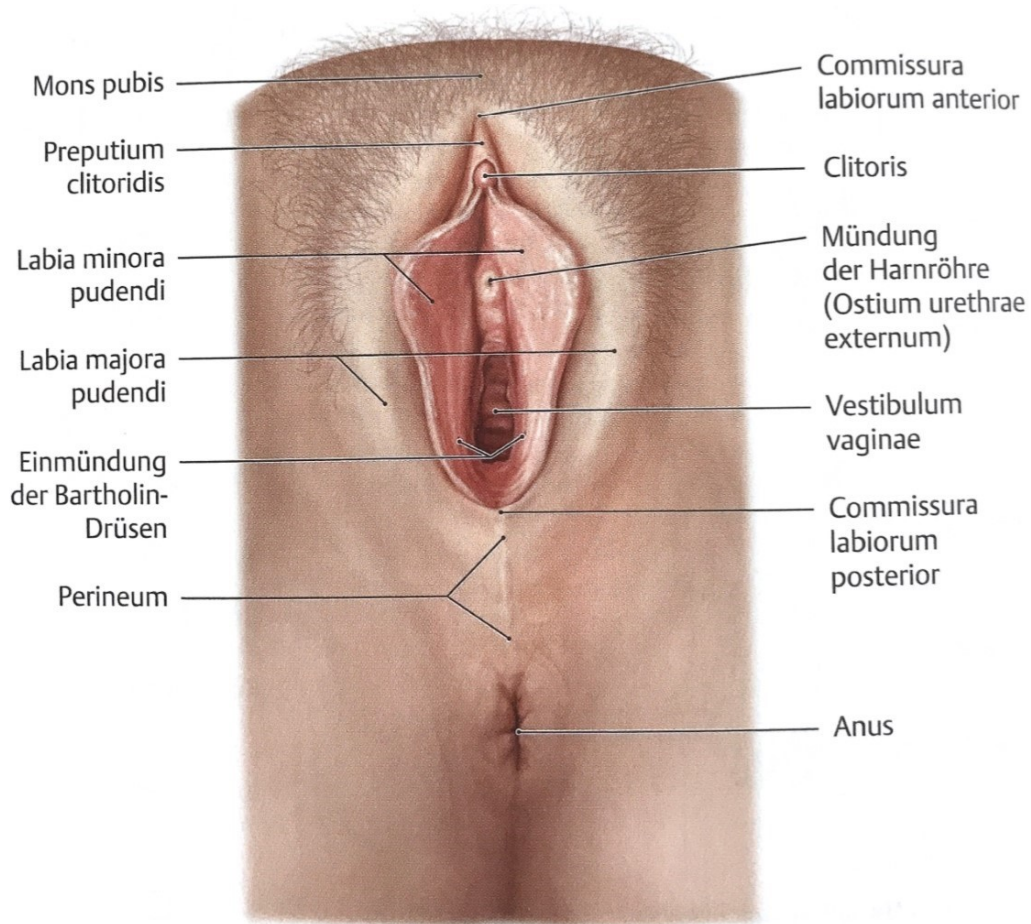


Abbildung 1: Anatomie der Vulva mit freundlicher Genehmigung von (6)

1.1.4.3 Glandulae vestibuli vaginae

Die Glandula vestibularis major (Bartholin-Drüsen) liegt im Diaphragma urogenitale und ist an der Grenze vom mittleren zum hinteren Drittel in das Corpus cavernosum der Labia majora pudendi eingebettet. Die jeweiligen Ausführungsgänge verlaufen tunnelförmig unter den Labia minora hindurch und münden seitlich im Vestibulum vaginae (siehe **Abbildung 2**). Die erbsengroße, paarige, tubuloalveoläre Drüse macht den Scheideneingang über Sezernierung ihres Sekrets bei Erregung der Frau und im Orgasmus gleitfähiger. Dieser Sekretionsreflex wird vom Parasympathikus gesteuert. (2,4)

Die Glandulae vestibulares minores sind kleine Schleimdrüsen, die zur Befeuchtung des Vestibulums ein alkalisches Sekret sezernieren. Ihre Ausführungsgänge münden, genauso wie die Skene-Gänge (Ductus paraurethrales) der Glandulae paraurethrales, zu beiden Seiten der Harnröhrenöffnung. (2,5)

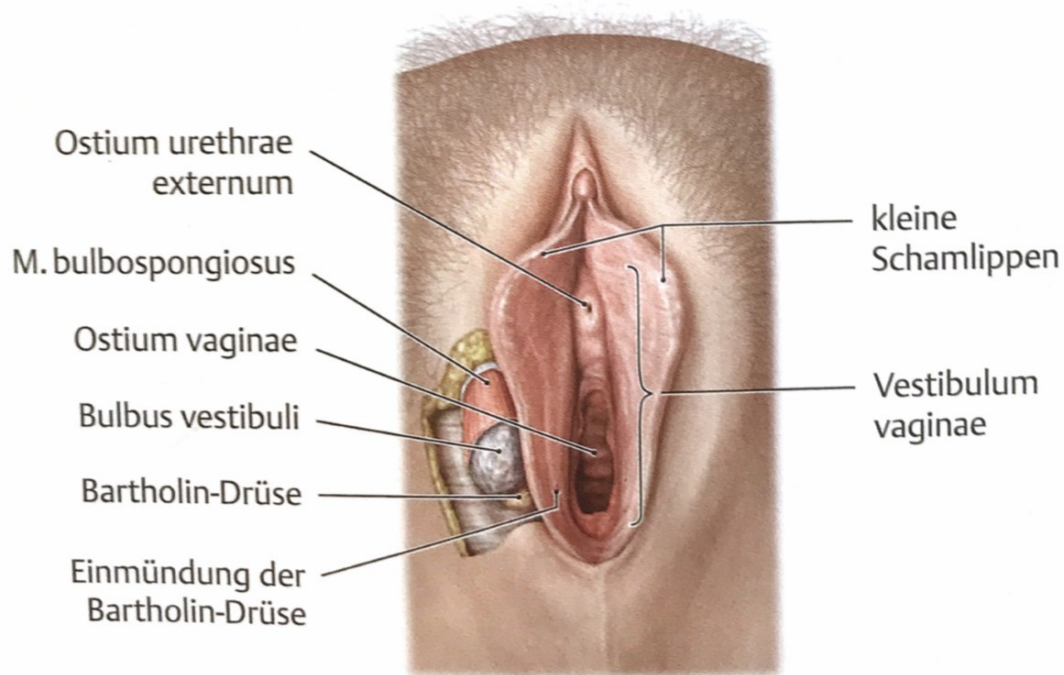


Abbildung 2: Bartholin-Drüse mit freundlicher Genehmigung von (6)

1.1.5 Schwellkörper der Vulva

1.1.5.1 Klitoris

Der Kitzler oder die Klitoris ist ein 3-4 cm langer paariger Schwellkörper (Corpus cavernosum clitoridis) und besteht aus den Crura clitoridis, dem Corpus clitoridis und der Glans clitoridis. Die Klitoris wird durch die Crura clitoridis, sowie durch die die Crura umhüllenden Mm. ischiocavernosus und das Lig. suspensorium clitoridis am unteren Schambeinast befestigt. Die Crura clitoridis vereinigen sich vor dem Lig. pubicum inferius zum Klitorisschaft (Corpus clitoridis), wobei der linke Crus clitoridis durch das Septum corporum cavernosum unvollständig vom rechten getrennt wird. Das Corpus cavernosum wird von der kräftigen Fascia clitoridis umgeben. Das abgerundete Ende des Kitzlers (Glans clitoridis) ragt zwischen dem ventralen Teil der Labia minora hervor und wird gemeinsam mit dem Corpus clitoridis vorne und seitlich vom Praeputium clitoridis bedeckt. Die Klitoris enthält Venengeflechte mit Verbindung zum Bulbus vestibuli (Plexus cavernosus communicans) und wird von einer sehr dünnen Haut überzogen (siehe **Abbildung 3**). Aus dem Sekret der Talgdrüsen der kleinen Labien und den abschilfernden Epithelzellen der Glans und des Praeputiums entsteht eine weißliche Masse

(Smegma clitoridis). Die Schleimhaut der Klitoris enthält zahlreiche sensible Nervenendigungen. (2,5)

1.1.5.2 *Bulbus vestibuli*

Die paarigen Bulbi vestibuli bestehen aus einem starken Venengeflecht und werden von einer zarten Tunica albuginea überzogen. Sie liegen lateral der kleinen Schamlippen und werden von den großen Schamlippen und den Mm. bulbospongiosus bedeckt. Nach medial liegen die Bulbi vestibuli dem Scheidenvorhof an und bilden weiche, schwellbare Polster. (2,5)

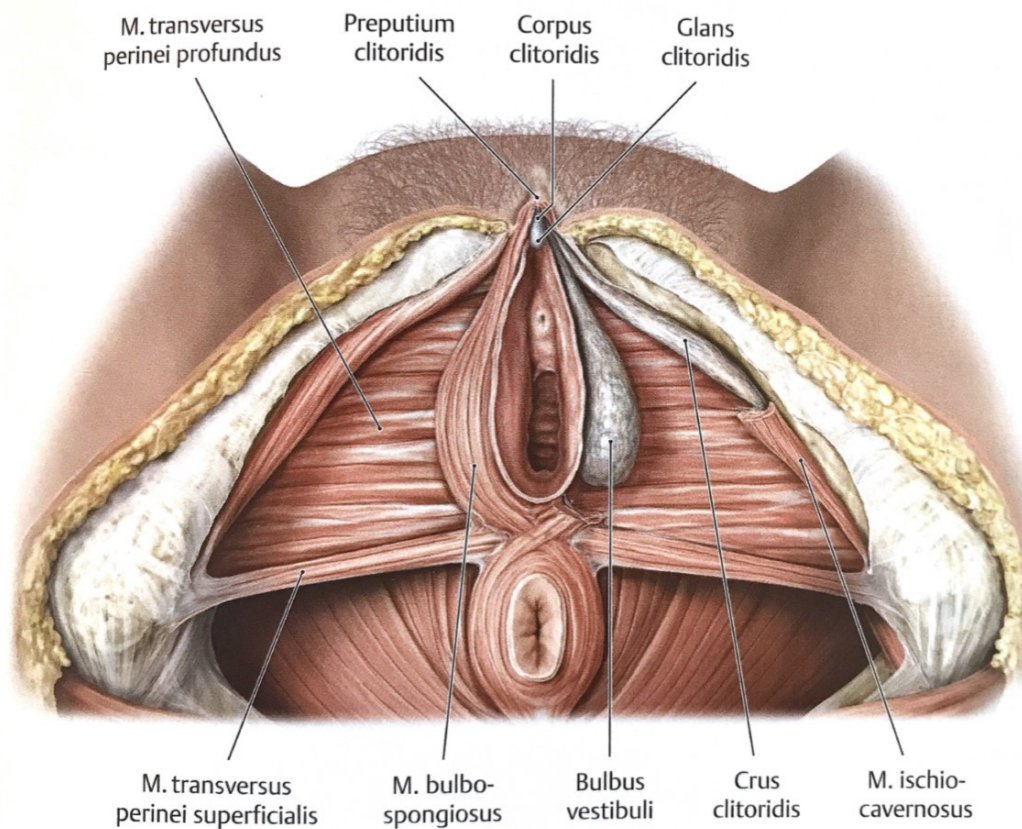


Abbildung 3: Schwellkörper der Vulva mit freundlicher Genehmigung von (6)

1.1.6 Gefäßversorgung und Innervation

Das Hauptgefäß der arteriellen Versorgung der Vulva ist die A. pudenda interna, welche aus der A. iliaca interna entspringt. Ihre Äste sind die A. bulbi vestibuli, welche den Bulbus vestibuli versorgt, die Aa. profunda et dorsalis clitoridis für die Versorgung der Klitoris und die A. perinealis für die Mm. bulbospongiosus et ischiocavernosus, welche die Rami labiales posteriores für die Versorgung der großen und kleinen Schamlippen abgibt (siehe **Abbildung 4**). Zu den Schamlippen verlaufen zusätzlich die Rr. labiales anteriores der Aa. pudendae externae, welche von der A. femoralis und somit aus der A. iliaca externa stammen. (2,5)

Der venöse Abfluss (siehe **Abbildung 5**) erfolgt über die Vv. labiales posteriores, die Vv. profundae clitoridis und die Vv. bulbi vestibuli zur V. pudenda interna, sowie über die V. dorsalis clitoridis profunda zum Plexus venosus vesicalis und über die V. pudendae externae zur V. femoralis. (5)

Die Lymphe fließt über die Nodi lymphoidei inguinales superficiales und profundi in die Nodi lymphoidei iliaci externi. (5)

Die Innervation (siehe **Abbildung 6**) erfolgt größtenteils über den Nervus pudendus mit dem N. dorsalis clitoridis für die Innervation der Klitoris und den Nn. perineales, welche Nn. labiales posteriores zu den dorsalen Abschnitten der Schamlippen und Rr. musculares zur Dammmuskulatur abgeben. Die Nn. labiales anteriores aus dem N. ilioinguinalis innervieren den Mons pubis, den ventralen Teil der großen Schamlippen und das Praeputium clitoridis. Auch der Ramus genitalis aus dem N. genitofemoralis beteiligt sich an der Innervation der Labia majora pudendi. Zusätzlich ziehen Rr. perineales des N. cutaneus femoris posterior und Nn. cavernosi clitoridis mit vegetativen Fasern aus dem Plexus pelvici zur Vulva. (2,3)

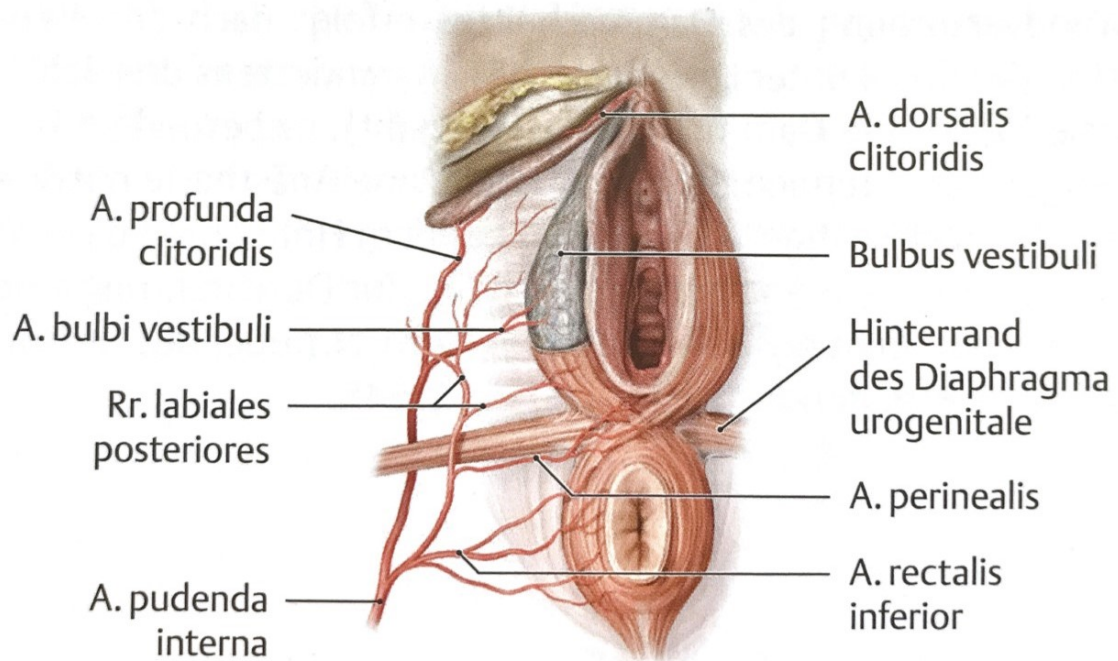


Abbildung 4: Arterielle Versorgung der Vulva mit freundlicher Genehmigung von (6)

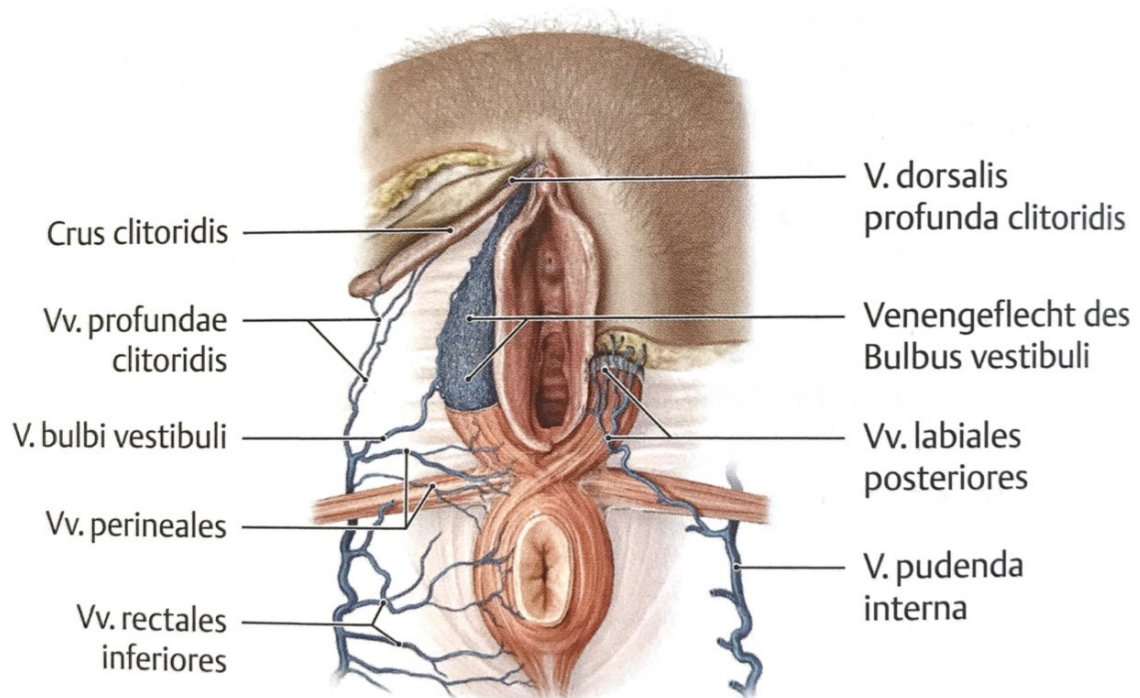


Abbildung 5: Venöser Abfluss der Vulva mit freundlicher Genehmigung von (6)

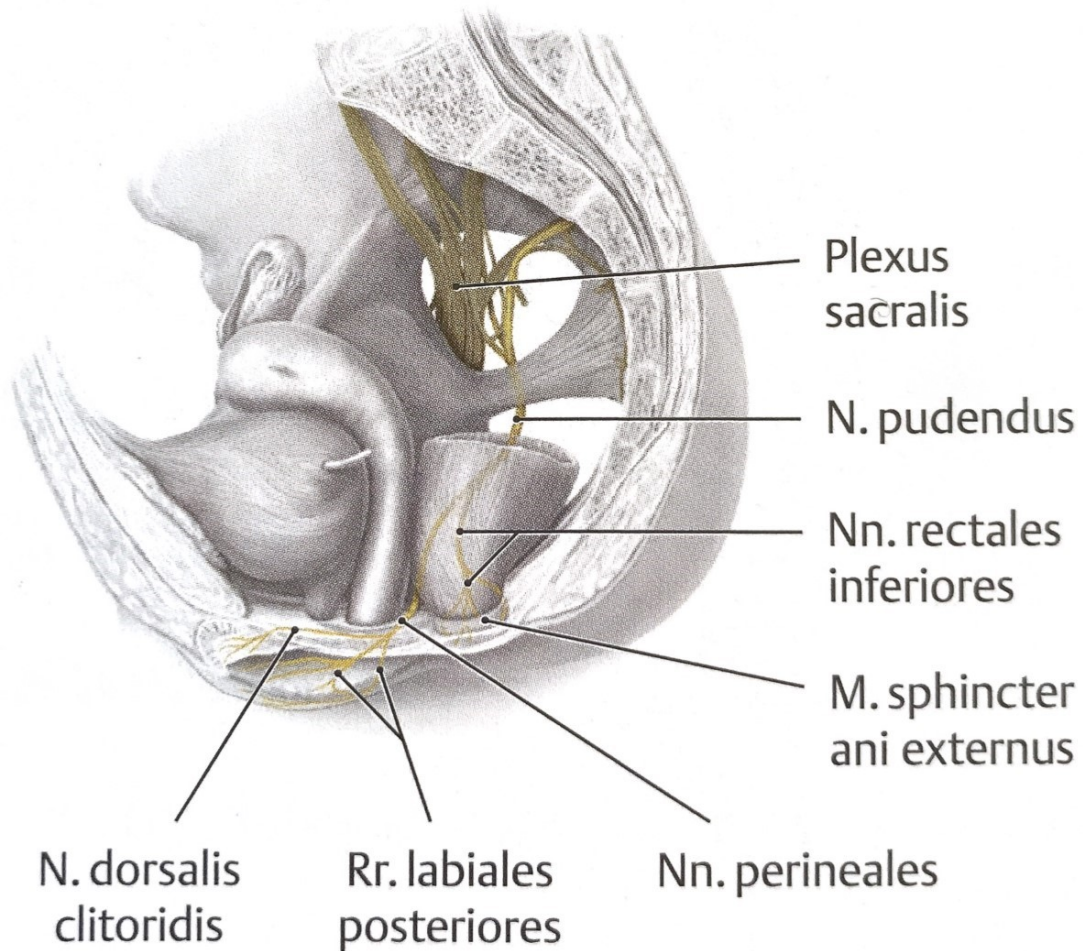


Abbildung 6: Innervation der Vulva mit freundlicher Genehmigung von (6)

1.2 Female genital mutilation/cutting

1.2.1 Definition und Terminologie

Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) werden alle Verfahren, bei denen eine teilweise oder vollständige Entfernung des äußeren weiblichen Genitals oder eine andere Verletzung der weiblichen Geschlechtsorgane (wie zum Beispiel das Zusammennähen der großen Schamlippen oder das Einstechen in die Klitoris) ohne medizinische Notwendigkeit erfolgt, als weibliche Genitalverstümmelung (engl. female genital mutilation, kurz FGM) bezeichnet. (7)

Der Ausdruck „female genital mutilation“ wird von der WHO verwendet und soll die Tatsache, dass weibliche Genitalverstümmelung ein ernsthafter Verstoß gegen Frauenrechte ist, untermauern. Ebenso soll mit der Bezeichnung „Verstümmelung“

eine klare Abgrenzung von der männlichen Zirkumzision geschaffen und die Schädlichkeit und Brutalität dieser Praktik betont werden. (8)

Die Begriffe „female genital cutting“ (weibliche Genitalbeschneidung) und „female genital mutilation/cutting“ werden häufig von jenen Gesellschaften und Individuen verwendet, die diese Praktiken selbst ausüben. Der Ausdruck „Beschneidung“ soll die Wichtigkeit der Verwendung einer nicht wertenden Terminologie gegenüber praktizierenden Gemeinschaften widerspiegeln. Die Bezeichnung „female circumcision“ hingegen sollte nicht verwendet werden, um zu vermeiden, dass die weibliche Genitalverstümmelung mit der männlichen Zirkumzision gleichgesetzt wird. (8)

1.2.2 Klassifikation

Gemäß der Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation werden vier Formen der Genitalverstümmelung unterschieden.

Typ 1: partielle oder vollständige Entfernung der Glans clitoridis und/oder des Praeputium clitoridis (Klitoridektomie, „Sunnā“)

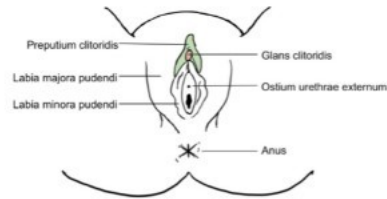
Typ 2: partielle oder vollständige Entfernung der Glans clitoridis und der Labia minora mit oder ohne Entfernung der Labia majora (Exzision)

Typ 3: Verengung der Vaginalöffnung durch mehr oder weniger ausgeprägten, deckenden Hautverschluss mittels Entfernung der kleinen oder großen Labien und anschließendem Zusammenfügen der Wundränder mit oder ohne Entfernung der Glans und/oder des Praeputium clitoridis (Infibulation, „pharaonische Beschneidung“)

Typ 4: sonstige schädigende Eingriffe am weiblichen Genitale ohne medizinische Notwendigkeit, wie zum Beispiel Einstechen, Durchbohren, Verätzen, Einschneiden oder Ausschaben. (7)

FGM/C-Klassifikation

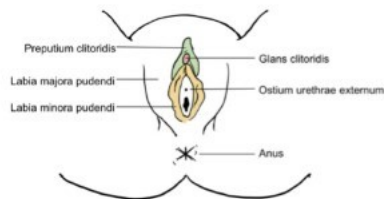
Typ I:



Typ Ia: Entfernung des Preputium clitoridis (Zirkumzision)

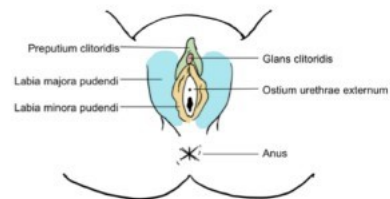
Typ Ib: Entfernung der Glans clitoridis mit dem Preputium clitoridis (Klitoridektomie)

Typ II:



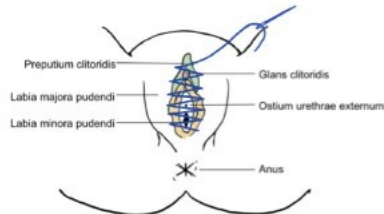
Typ IIa: ausschließliche Entfernung der Labia minora

Typ IIb: partielle oder komplette Entfernung der Glans clitoridis und der Labia minora (das Preputium clitoridis kann mitbetroffen sein)

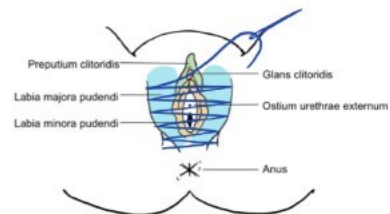


Typ IIc: partielle oder komplette Entfernung der Glans clitoridis sowie der Labia minora und majora (das Preputium clitoridis kann mitbetroffen sein)

Typ III:

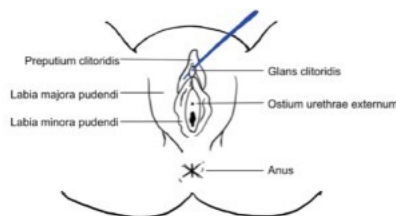


Typ IIIa: Zusammennähen der Labia minora



Typ IIIb: Zusammennähen der Labia majora

Typ IV:



Sonstige schädigende Eingriffe am weiblichen Genitale ohne medizinische Notwendigkeit, wie zum Beispiel Einstechen, Durchbohren, Verätzen, Einschnitten oder Ausschaben

Abbildung 7: FGM/C-Klassifikation modifiziert nach (8)

1.2.3 Prävalenz

Schätzungen des UNICEF (United Nations Children's Fund) zufolge sind derzeit bereits weltweit mindestens 200 Millionen Mädchen und Frauen in insgesamt 30 Ländern Opfer der weiblichen Genitalverstümmelung geworden. Mehr als die Hälfte dieser Betroffenen stammt aus nur drei Ländern: Indonesien, Ägypten und Äthiopien. 44 Millionen der Betroffenen sind unter 15 Jahre alt. (9)

FGM/C ist hauptsächlich in 30 Ländern Afrikas, welche in den westlichen, östlichen und nordöstlichen Regionen liegen, sowie in wenigen Staaten des Nahen Ostens und Asiens, verbreitet. Manche Formen von FGM/C werden auch in bestimmten ethnischen Gruppen Zentral- und Südamerikas sowie Osteuropas verzeichnet. Aufgrund der Zunahme internationaler Migration ist auch in Europa, Australien, Neuseeland und Nordamerika die Anzahl an Mädchen und Frauen, die entweder bereits von FGM/C betroffen sind oder gefährdet sind, in Zukunft Opfer dieser Praktik zu werden, gestiegen. (7,10)

Die folgende **Tabelle 1** zeigt aktuelle Zahlen der FGM/C-Prävalenzen von Mädchen und Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren. (1)

Female genital mutilation (FGM)
**Last update: February
2020**

Country	FGM prevalence among girls and women (%)	Reference year	Data source
Benin	9	2014	MICS
Burkina Faso	76	2010	DHS/MICS
Cameroon	1	2004	DHS
Central African Republic	24	2010	MICS
Chad	38	2014-15	DHS
Côte d'Ivoire	37	2016	MICS
Djibouti	94	2012	EDSF/PAPFAM
Egypt	87	2015	Health Issues Survey (DHS)
Eritrea	83	2010	Population and Health Survey
Ethiopia	65	2016	DHS
Gambia	76	2018	MICS
Ghana	4	2011	MICS
Guinea	95	2018	DHS
Guinea-Bissau	45	2014	MICS
Iraq	7	2018	MICS
Kenya	21	2014	DHS
Liberia	44	2013	DHS
Mali	89	2018	DHS
Maldives	13	2016-17	DHS
Mauritania	67	2015	MICS
Niger	2	2012	DHS
Nigeria	19	2018	DHS
Senegal	24	2017	DHS
Sierra Leone	86	2017	MICS
Somalia	98	2006	MICS
Sudan	87	2014	MICS
Togo	3	2017	MICS
Uganda	0	2016	DHS
United Republic of Tanzania	10	2015-16	DHS
Yemen	19	2013	DHS

Tabelle 1: FGM/C-Prävalenzen von Mädchen und Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren (1)

1.2.4 Ursprung und Geschichte

Der exakte historische und geographische Ursprung von FGM/C ist unbekannt. Manche Wissenschaftler vertreten die Hypothese, dass die weibliche Genitalverstümmelung bereits im Antiken Ägypten, das im heutigen Sudan und Ägypten lokalisiert war, praktiziert wurde. (11) Grundlage für diese Aussage soll der Fund von beschnittenen Mumien aus dem fünften Jh. vor Christus (12) sowie die erste Erwähnung der „Exzision“ auf Papyrus aus dem zweiten Jh. vor Christus sein (11).

Eine weitere Hypothese geht davon aus, dass FGM/C an der Westküste des Roten Meeres, also des heutigen Ägyptens, ihren Ursprung genommen und sich von dort aus in die angrenzenden südlichen und westlichen Länder Afrikas ausgebreitet habe. Ebenso wird eine Verbindung zwischen der dramatischsten Form von FGM/C, der Infibulation, und den Routen des weiblichen Sklavenhandels im Zeitraum der islamischen Expansion vermutet. (11)

Auch im antiken Rom soll die Infibulation bei Sklavinnen zur Vermeidung von Geschlechtsverkehr und Schwangerschaften und der damit einhergehenden Arbeitsunfähigkeit praktiziert worden sein. Obwohl der genaue Ursprung von FGM/C unsicher ist, weisen die genannten Anhaltspunkte darauf hin, dass weibliche Genitalverstümmelung schon lange vor der Entstehung und Expansion des Islams in Afrika existiert hat und somit eine Rechtfertigung der Praktik durch die Religion nicht akzeptabel ist. (11)

Außerdem wird FGM/C auch von anderen Religionsgemeinschaften, wie dem Christentum (Kopten, Katholiken und Protestanten), dem Judentum und dem Animismus praktiziert. In den Büchern der großen monotheistischen Religionen gibt es jedoch kein Gebot, dass zu einer Exzision aufruft. (11)

In den 1950er Jahren wurde die Klitoridektomie auch in Westeuropa und den Vereinigten Staaten von Amerika durchgeführt, in dem Glauben, dass dadurch Erkrankungen wie Hysterie, Epilepsie, Nymphomanie, aber auch Masturbation und Geistesstörung geheilt werden würden. (13)

1.2.5 Beweggründe

Je nach Region und ethnischer Zugehörigkeit werden zahlreiche soziokulturelle Beweggründe für das Praktizieren von FGM/C angegeben.

- **Soziale Konventionen und Traditionen:** In Regionen, in denen FGM/C stark verbreitet ist, wird die Praktik von Frauen und Männern oft ohne weiteres Hinterfragen unterstützt. Jeder der gegen die soziale Norm verstößt, riskiert von der Gemeinschaft schikaniert, ausgegrenzt und verdammt zu werden. FGM/C ist ein wichtiger Teil der kulturellen Identität der betroffenen Mädchen und Frauen und sie sind stolz, ein Mitglied der Gesellschaft zu sein. (14)
- **Initiation in das Leben einer Frau:** Die weibliche Genitalverstümmelung wird in manchen Kulturen als wichtiges Ritual im Leben einer Frau angesehen und im Zuge einer Zeremonie oder eines Festes durchgeführt und im Anschluss mit öffentlichem Ansehen und Geschenken belohnt. FGM/C stellt somit einen entscheidenden Schritt für den Übergang vom Mädchen zur „anständigen“ Frau dar. (14)
- **Bewahrung der Jungfräulichkeit und Sicherstellung der ehelichen Treue und Keuschheit:** Durch das Praktizieren von FGM/ soll der als unmoralisch angesehenen voreheliche Geschlechtsverkehr der Frau unterbunden und die eheliche Treue garantiert werden. Zudem soll dadurch das sexuelle Verlangen der Frau gezügelt werden. (14)
- **Heiratsfähigkeit:** In einigen Gemeinschaften besteht die Erwartungshaltung, dass eine Frau nur dann heiratsfähig ist, wenn sie genitalverstümmelt wurde. Der Wunsch nach einer angemessenen Ehe, die häufig sowohl wirtschaftliche als auch soziale Sicherheit mit sich bringt und den lokalen Vorstellungen von Weiblichkeit entspricht, führt dazu, dass die Praktik ausgeführt und somit die Chance auf eine Hochzeit erhöht wird. (14)
- **Schönheitsideal, Sauberkeit und Weiblichkeit:** Durch das Entfernen von als männlich angesehenen Teilen des weiblichen Genitals, wie zum Beispiel der Klitoris, sollen Frauen weiblicher und schöner gemacht werden. Auch die Infibulation wird durchgeführt, um eine als wünschenswert angesehenen Glätte, Sauberkeit und Schönheit zu erreichen. (14)

- **Religion:** Die Durchführung von FGM/C wird in manchen Glaubensgemeinschaften, wie zum Beispiel dem Christentum, dem Islam und dem Judentum, als ein religiöses Ritual angesehen. Die Praktik wird jedoch in keiner der Heiligen Schriften dieser Religionen vorgeschrieben. (14)
- **Steigerung der Fruchtbarkeit und Vermeidung des Kindstodes:** In manchen praktizierenden Gemeinschaften wird geglaubt, dass Frauen, bei denen keine weibliche Genitalverstümmelung durchgeführt wurde, Schwierigkeiten haben könnten, schwanger zu werden oder dass Probleme während der Geburt auftreten könnten. (8) Zum Beispiel hält sich der Glaube, dass ein peripartaler Kontakt des Kindskopfes mit der „giftigen Klitoris“ potenziell letal für das Kind sein könnte. (12)

1.2.6 Ausführung der Praktik

FGM/C wird häufig von älteren Mitgliedern der Gemeinschaft, welche meist – aber nicht immer – Frauen sind, oder von traditionellen Geburtshelfern ausgeübt (13). Diese sogenannten traditionellen „BeschneiderInnen“ arbeiten mit unsterilen Geräten und benutzen das gleiche Instrument oft an bis zu 30 Mädchen (15).

Es werden spezielle Messer, Scheren, Skalpelle, Rasierklingen oder Glasstücke (13) jedoch weder Analgesie noch Anästhesie (16) verwendet. Vor allem bei der Ausübung von FGM/C Typ 2 oder 3 werden häufig die Beine des Mädchens oder der Frau von der Hüfte bis zu den Knöcheln zusammengebunden, sodass die Betroffene für ungefähr 40 Tage immobil bleibt und sich Narbengewebe entwickeln kann (17).

In manchen Populationen wird FGM/C auch von (männlichen) Barbieren, Mitgliedern von geheimen Gesellschaften, KräuterkennerInnen, weiblichen Verwandten oder traditionellen praktischen ÄrztInnen durchgeführt. (13)

Das Alter, in dem die weibliche Genitalverstümmelung ausgeübt wird, variiert je nach Herkunftsland und kultureller Gemeinschaft (8). FGM/C kann entweder ein paar Tage nach der Geburt, während der Kindheit, zum Zeitpunkt der Hochzeit, im Laufe der ersten Schwangerschaft oder nach der Geburt des ersten Kindes stattfinden (13). Bei der Hälfte der praktizierenden Länder war die Mehrheit der Betroffenen zum Zeitpunkt der weiblichen Genitalverstümmelung unter 5 Jahre alt,

in den übrigen Ländern wurde FGM/C im Alter von 5 bis 14 Jahren durchgeführt (14).

1.2.7 Medikalisierung von FGM/C

Die Bezeichnung „Medikalisierung“ bezieht sich auf Situationen, in denen weibliche Genitalverstümmelung von medizinischem Personal jedes Fachbereiches, sowohl an öffentlichen oder privaten Kliniken als auch zu Hause oder jedem beliebigen anderen Ort, ausgeführt wird. Dazu zählt auch die Durchführung der Reinfibulation zu jedem Zeitpunkt im Leben einer Frau. Die medizinischen Berufsgruppen, von denen berichtet wird, dass sie FGM/C praktizieren, sind ÄrztInnen, ArztassistentInnen, KrankenpflegerInnen, klinische Angestellte, Hebammen, traditionelle GeburtshelferInnen und anderes medizinisches Personal im öffentlichen sowie privaten Bereich. Dazu zählen jene in Ausbildung als auch im Gesundheitsbereich arbeitende oder pensionierte Personen. (18) 26% der betroffenen Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren — und somit fast 16 Millionen Frauen — geben an, dass ihre weibliche Genitalverstümmelung von medizinischem Fachpersonal durchgeführt wurde (19). Mit dem Ziel Bewusstsein für die Gesundheitsrisiken der weiblichen Genitalverstümmelung zu schaffen und folglich eine Verbannung der Praktik zu bewirken, haben Kampagnen gegen FGM/C die schädlichen Konsequenzen der weiblichen Genitalverstümmelung betont (20). Jedoch wird vermutet, dass dieses Vorgehen der Kampagnen dazu geführt haben könnte, dass Eltern vermehrt Gesundheitspersonal zur Ausübung von FGM/C an ihrer Tochter aufsuchen, um die Risiken des Eingriffes zu vermindern. Dasselbe gilt für die Infibulation, bei der die betroffenen Frauen selbst oder ihre Familienmitglieder die Ausführung des Eingriffes durch Gesundheitspersonal als weniger riskant befinden und somit bevorzugen. (18) Gesundheitsdienstleister, die der Durchführung von FGM/C zustimmen, sind oft selbst Mitglieder einer FGM/C praktizierenden Gemeinschaft, sehen FGM/C für die meisten Frauen als medizinisch indiziert oder harmlos, empfinden die Medikalisierung als eine Form der Risikoreduktion und bessere Alternative im Gegensatz zur traditionellen Ausübung oder sehen darin eine Möglichkeit zur finanziellen Bereicherung. (21-24)

In Bezug auf die Durchführung der Reinfibulation sind praktizierende Gesundheitsdienstleister oft der Meinung, dass diese nach bereits durchgeführter

weiblichen Genitalverstümmelung keinen zusätzlichen gesundheitlichen Schaden mit sich bringe, dass die Reinfibulation medizinisch notwendig sei (18) oder dass die Praktik aufgrund des Einverständnisses der erwachsenen Betroffenen rechtlich unbedenklich sei (25).

Es muss jedoch festgehalten werden, dass die Medikalisierung von FGM/C gegen das Recht auf Leben, das Recht auf körperliche Unversehrtheit und das Recht auf Gesundheit von Mädchen und Frauen verstößt (18). Es gibt keine empirischen Beweise, dass die gesundheitlichen Konsequenzen von FGM/C aufgrund der Ausübung durch geschultes Gesundheitspersonal und durch den Einsatz von Antiseptika, Anästhetika und Analgetika verringert werden (26).

Außerdem steht die Strategie der Schadensverminderung im Widerspruch zur medizinischen Ethik und dem Hippokratischen Eid (18,26), mit dem Gebot sich jedes willkürlichen Unrechtes und jeder anderen Schädigung zu enthalten (27). Die Ausübung von FGM/C durch das Gesundheitspersonal gibt den Eindruck, dass FGM/C rechtmäßig und gut für die Gesundheit oder zumindest nicht schädlich ist. Dies kann folglich dazu führen, dass FGM/C weiter institutionalisiert und zu einem Routineeingriff wird und dass medizinisches Personal wegen des professionellen und finanziellen Interesses zur Aufrechterhaltung der Praktik beiträgt. (18)

1.2.8 Defibulation

Defibulation bezeichnet die Wiedereröffnung der nach FGM/C Typ 3 erfolgten Verengung der Vaginalöffnung (Infibulation) (7). Dabei wird das bedeckende Narbengewebe vertikal inzidiert und somit der Introitus vaginae freigelegt und so oftmals neue Labia majora kreiert (28). Die Intervention muss unter lokoregionärer Anästhesie (Periduralanästhesie, Leitungsanästhesie) oder unter kurzer Vollnarkose erfolgen. Bei der Operation werden entweder zwei Finger oder eine Gefäßklemme unterhalb der Einschnittzone eingeführt und die spätere Schnittlinie unterminiert. Anschließend erfolgt die Eröffnung mit einer Schere in Medianebene in Richtung des Mons pubis, bis die Urethra dargestellt werden kann. Hierbei ist der Schutz der Urethra und der eventuell noch vorhandenen Klitoris bedeutsam. Um eine Hypersensibilität der Klitoris zu vermeiden, muss diese erneut mit Haut bedeckt werden.

Die Versorgung der Wunden erfolgt entweder mittels Einzelkopfnahnt oder mit einer fortlaufenden überwendlichen Naht mit selbstresorbierenden Fäden. (29)

Gemäß den schweizerischen Guidelines für den Umgang mit Patientinnen mit FGM/C (29) ist die Defibulation bei Patientinnenwunsch, bei erschwertem Geschlechtsverkehr, bei der Geburt, sowie bei Dysurie, schwerer Dysmenorrhoe, sowie bei Einschlusszysten oder Keloidbildung des Narbengewebes indiziert.

Die Defibulation kann entweder außerhalb einer Schwangerschaft, während einer Schwangerschaft oder im Rahmen der Geburt oder des Kaiserschnittes erfolgen (7). In aktuellen Systematischen Reviews konnte kein signifikanter Unterschied bezüglich des geburtshilflichen Outcomes zwischen einer antepartalen und einer intrapartalen Defibulation erfasst werden (30,31). Die Guidelines der Weltgesundheitsorganisation (7) schlagen vor, dass die Entscheidung über den Zeitpunkt der Defibulation gemäß der Präferenz der Betroffenen, dem Zugang zu Einrichtungen des Gesundheitswesens, dem Ort der Entbindung und dem Kompetenzniveau des Gesundheitspersonals getroffen werden sollte. Präoperativ ist die Durchführung eines ausführlichen Aufklärungsgespräches bezüglich der Vorteile und Risiken des Eingriffes sowie der zu erwartenden anatomischen und physiologischen Veränderungen nach der Defibulation wichtig. (7)

1.2.9 Rekonstruktionen/Vulvachirurgie

Die häufigsten Gründe, weswegen Frauen mit FGM/C eine chirurgische Rekonstruktion wünschen, sind zur Schmerzreduktion, zur Verbesserung des Sexuallebens und oft zur Wiederherstellung ihrer Identität (32).

Die ersten Studien über die Rekonstruktion der Klitoris und der Schamlippen wurden von Thabet und Thabet (33) in Ägypten und Foldès (34) in Frankreich durchgeführt (33). In der Studie von Foldès wird berichtet, dass die Klitorisrekonstruktion eine realisierbare und effektive Strategie zur Verringerung von Schmerzen in diesem Bereich und zur Verbesserung der Libido der betroffenen Frauen darstellt (34). Derzeit werden unterschiedliche Methoden der Klitorisrekonstruktion beschrieben (35-41), wobei die Methode nach Dr. Foldès die am häufigsten durchgeführte ist (42). Bei dieser Methode wird eine knopfförmige Inzision oberhalb des Klitorisschaftstumpfes gesetzt, Narbengewebe entfernt und über Durchtrennung des Ligamentum suspensorium clitoridis eine Mobilisierung des Stumpfes erreicht. Unter Erhalt des neurovaskulären Bündels der dorsalen

Region erfolgt das Annähen der sogenannte „Neoglans“ an der ursprünglichen Position der Glans clitoridis. Dadurch soll sowohl die Anatomie als auch die Funktion der Klitoris wiederhergestellt werden. (34)

Weitere Techniken der Vulvarekonstruktion wurden von dem plastischen Chirurgen Dan mon O'Dey (43) entwickelt. Mittels der gestielten aOAP-Lappenplastik (anterior Obturator Artery Perforator flap) soll eine gewebeauthentische Rekonstruktion der Vulva und des Introitus vaginae ermöglicht werden. Die funktionelle Rekonstruktion der Glans clitoridis erfolgt über die NMCS-Procedure (Neurotization and Molding of the Clitoral Stump), bei der die Nn. dorsales clitoridis in die neu geformte Klitorisspitze reintegriert werden und folglich für die Reinnervation der Glans sorgen sollen. Die OD-Lappenplastik (Omega-Domed flap) dient der Rekonstruktion des Präputium clitoridis und soll die anatomische Wiederherstellung der Klitorisregion komplettieren. (43)

Obwohl die verschiedenen Methoden der Klitorisrekonstruktion sicher und effektiv für die Verbesserung von Vulvaschmerzen, Dyspareunie, sexueller Aktivität und/oder Orgasmen und dem Selbstbild zu sein scheinen, müssen die vorhandenen Studien aufgrund signifikanter Limitationen mit Vorsicht interpretiert werden. Weitere Studien, die die Rekonstruktionsmethoden miteinander vergleichen und deren Wirksamkeit prüfen, werden für das Ziehen definitiver Schlüsse benötigt. (42)

1.2.10 Leitlinien für den Umgang mit FGM/C

Die Weltgesundheitsorganisation hat im Jahr 2016 Leitlinien für das Management von gesundheitlichen Komplikationen von FGM/C publiziert (7). Im folgenden Abschnitt werden die „Best Practice Statements“ dieser Guidelines zusammengefasst:

Defibulation:

- wird zur Vorbeugung und Therapie von geburtshilflichen Komplikationen von FGM/C Typ 3 empfohlen und kann entweder antepartum oder intrapartum erfolgen.
- wird zur Vorbeugung und Therapie von urologischen Komplikationen (vor allem bei wiederkehrenden Harnwegsinfektionen und Urinretention) bei Frauen mit FGM/C Typ 3 empfohlen.

- Mädchen und Frauen, bei denen eine Defibulation durchgeführt wird, sollten eine adäquate präoperative Aufklärung und eine Lokalanästhesie während des Eingriffes erhalten.

Mental health:

- Bei Betroffenen mit beständigen Angststörungen, Depressionen oder einer posttraumatischen Belastungsstörung sollte eine kognitive Verhaltenstherapie erwogen werden
- Für Mädchen und Frauen, bei denen eine chirurgische Intervention zur Korrektur von gesundheitlichen Komplikationen durchgeführt wurde oder wird, sollte psychologische Betreuung zur Verfügung stehen.

Weibliche sexuelle Gesundheit:

Zur Vorbeugung oder Therapie von sexueller Dysfunktion bei Frauen mit FGM/C wird eine sexuelle Beratung empfohlen.

Information und Bildung:

- Den Betroffenen sollten Informationen, Bildung und Kommunikation bezüglich FGM/C, der weiblichen Gesundheit und der Defibulation bereitgestellt werden.
- Das Gesundheitspersonal trägt Verantwortung in der Bereitstellung von akkurater und klarer Information in einer Sprache und mittels einer Methode, die von den Patientinnen leicht verstanden werden kann.
- Das Gesundheitspersonal sollte Informationen bezüglich der unterschiedlichen Typen von FGM/C und den damit verbundenen zu erwartenden gesundheitlichen akuten und Langzeitkomplikationen bereitstellen.
- Die durch das Gesundheitspersonal mitgeteilten Informationen sollen die klare Botschaft vermitteln, dass eine Medikalisierung inakzeptabel ist. (7)

Weitere in der europäischen Region verbreiteten Richtlinien sind zum Beispiel die Richtlinie der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG) (29), die Empfehlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) (44) und die Guideline des Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (45).

1.3 Gesundheitliche Folgen von FGM/C

FGM/C hat keinen bekannten gesundheitlichen Nutzen. Betroffene Mädchen und Frauen stehen unter dem großen Risiko, im Laufe ihres Lebens einer oder mehreren der bekannten Komplikationen von FGM/C zu erliegen (14).

1.3.1 Akute Komplikationen

Aufgrund der häufig geringen Kenntnisse der weiblichen Anatomie der traditionellen Beschneider, des fehlenden Wissens bezüglich des adäquaten Managements von möglichen Komplikationen und der meist unsterilen Arbeitsverhältnisse ist klar, dass FGM/C einige unmittelbare gesundheitliche Schäden mit sich ziehen kann. (46)

Die in repräsentativen Studien am häufigsten berichteten akuten Komplikationen der weiblichen Genitalverstümmelung sind — zusätzlich zu den enormen Schmerzen — Hämorrhagie, akute Urinretention, Schwellungen des Genitalgewebes und Störungen der Wundheilung (46). Die meist unsterilen Zustände während der Ausübung von FGM/C und die zur Blutstillung traditionellerweise verwendeten Materialien, wie zum Beispiel Kuhdung oder Asche, begünstigen die Entstehung von Infektionen, wie Harnwegsinfektionen, Infektionen der Genitalien und des Fortpflanzungstraktes, Abszessformationen und akute lokale Infektionen, hauptsächlich durch *Clostridium tetani*, *Pseudomonas pyocyanea* und *Staphylococcus aureus*, und können zu einer lebensbedrohlichen Septikämie führen (47). Eine direkte Assoziation zwischen FGM/C und HIV ist noch unklar, obwohl die Benutzung derselben Instrumente an mehreren Mädchen und Frauen das Risiko einer HIV-Übertragung erhöhen könnte (46,47). Im schlimmsten Fall kann FGM/C infolge eines hämorrhagischen, septischen oder neurogenen Schocks zum Tod führen (7). Üblicherweise leiden die Betroffenen an mehr als einer unmittelbaren Komplikation, wobei von einem erhöhten Risiko bei der Ausübung von FGM/C Typ 3 im Vergleich zu den Typen 1 und 2 ausgegangen wird (46).

1.3.2 Langzeitfolgen

1.3.2.1 Urogenitale Folgen

Mögliche Langzeitfolgen von FGM/C sind vaginaler Ausfluss, vaginaler Juckreiz und Dysurie. Dazu kommen Menstruationsprobleme wie eine irreguläre Menses, Schwierigkeiten bei der Ausscheidung von Blut und Dysmenorrhoe (46), wobei bei letzterem in der aktuellsten Metaanalyse keine signifikante Assoziation mit FGM/C aufgrund von insuffizienten Beweisen belegt werden konnte (48).

Weiters wird über Schädigungen des Genitalgewebes berichtet, die folglich aufgrund von Narbenbildung und dadurch eingeklemmter oder ungeschützter Nervenendigungen zu chronischen Schmerzen der Vulva und der Klitoris führen können (7,14).

In der Literatur kommen zudem Berichte über seltene Komplikationen wie die Keloidbildung aus überschüssigem Narbengewebe (49), die Entstehung von epidermalen Einschlusszysten im Genitalbereich (50) und die Neurinombildung der Klitoris (51) vor.

Es konnte kein signifikant erhöhtes Risiko der Infertilität bei Frauen mit FGM/C nachgewiesen werden (46).

1.3.2.2 Sexuelle Folgen

Da durch FGM/C hoch sensibles Genitalgewebe, insbesondere die Klitoris, beschädigt oder entfernt wird, kann die Praktik zu sexuellen Problemen bei den betroffenen Frauen führen (14). Es wird über Schmerzen beim Geschlechtsverkehr (Dyspareunie) (46,48,52), eine geringere Häufigkeit von Orgasmen oder Anorgasmie und eine Verringerung der sexuellen Zufriedenheit berichtet. Auch die Libido und sexuelle Erregung, sowie die Lubrikation können vermindert sein (52,53).

1.3.2.3 Infektiologische Folgen

Mädchen und Frauen mit FGM/C weisen ein statistisch erhöhtes Risiko für Infektionen des Reproduktionstraktes und chronische Genitalinfektionen auf (46,47), wobei als auslösende Pathogene der Kolpitis hauptsächlich Chlamydia trachomatis, Trichomonas vaginalis, Candida albicans, Neisseria gonorrhoeae und Treponema pallidum gefunden werden konnten (47).

Weiters wird von Abszessformationen als mögliche Komplikation berichtet (47). Immer wiederkehrende Harnwegsinfektionen werden in der Literatur häufig als eine Langzeitfolge von FGM/C genannt (46,47), wobei eine statistische Assoziation aufgrund mangelnder Beweise in der aktuellsten Metaanalyse jedoch nicht nachgewiesen werden konnte (48).

Auch ein erhöhtes Risiko von HIV und sexuell übertragbaren Infektionen bei FGM/C konnte nicht belegt werden (46), obwohl häufig von Infektionen mit HIV, HBV und HSV-2 bei Betroffenen berichtet wird und eine Übertragung über das Blut durch Verletzungen des Genitalepithels während des Geschlechtsverkehrs begünstigt werden könnte (47).

1.3.2.4 Psychologische Folgen

Als mögliche psychologische Folgen von FGM/C werden posttraumatische Belastungsstörungen, Angststörungen und Depressionen genannt, wobei die durch FGM/C ausgelösten negativen Gefühle während der Entbindung und beim Auftreten körperlicher Probleme von Betroffenen als prominenter beschrieben werden (54). Ebenso wird von somatischen Beschwerden ohne organische Ursache, geringem Selbstwertgefühl und Phobien berichtet. Aufgrund der großen Heterogenität der vorhandenen Daten konnten jedoch keine signifikanten Zusammenhänge zwischen FGM/C und den genannten psychologischen Folgen ermittelt werden. (53)

1.3.3 Komplikationen im Rahmen der Geburt

Von FGM/C betroffene Frauen weisen ein erhöhtes Risiko für protrahierte und erschwerte Entbindungen im Vergleich zu Frauen ohne FGM/C auf (48,55). Zudem wird ein erhöhtes Risiko für Episiotomien (48,55,56), Dammrisse (48) und postpartale Hämorrhagie mit einem Blutverlust von über 500 ml (vor allem bei FGM/C Typ 3) (55,56) verzeichnet.

Aufgrund mangelnder Studien konnte kein erhöhtes Risiko für instrumentelle Entbindungen (48,55) und Kaiserschnitte (48) bei den Betroffenen belegt werden. Die prospektive Studie der Weltgesundheitsorganisation verzeichnet zudem ein signifikant erhöhtes Risiko für einen verlängerten Krankenhausaufenthalt, den stationären peripartalen Tod der Mutter sowie für die Notwendigkeit einer Wiederbelebung des Kindes, eine Totgeburt oder einen frühen neonatalen Tod (56). Frauen mit FGM/C scheinen ein erhöhtes Risiko für eine vesicovaginale oder

rektovaginale Fistelbildung aufzuweisen. Diese wird als Folge einer oftmals inadäquat geleiteten, protrahierten Entbindung aufgrund einer durch FGM/C induzierten Narbenbildung gesehen, wobei ein signifikant erhöhtes Risiko bei infibulierten Frauen im Vergleich zu Betroffenen mit anderen FGM/C Typen belegt werden konnte. Die Fistelbildung kann zu ungewolltem Abgang von Stuhl oder Urin über die Vagina führen und weitreichende psychosoziale Konsequenzen für betroffene Frauen haben (57).

1.4 Präventionsprogramme gegen FGM/C

1.4.1 Menschenrechtsaspekte

FGM/C verstößt gegen eine Reihe etablierter Menschenrechtsgrundsätze, -normen und -prinzipien (7):

- **Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit:** FGM/C ist eine invasive gesundheitsgefährdende Praktik, bei der ansonsten gesundes Gewebe ohne medizinische Notwendigkeit verletzt wird. Der Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (58) definiert das Recht aller Menschen auf höchstmögliche körperliche und geistige Gesundheit, gegen das bei FGM/C eindeutig verstoßen wird.
- **Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, einschließlich des Rechts auf Gewaltfreiheit:** FGM/C kann nicht nur schwerwiegende physische und mentale Konsequenzen, sondern auch den Tod zur Folge haben und ist somit ein Verstoß gegen das Recht auf Leben, auf körperliche Unversehrtheit und auf Gewaltfreiheit. Das Recht auf körperliche Unversehrtheit schließt das Recht auf Freiheit, auf Sicherheit, auf Privatsphäre und auf Folterfreiheit, sowie die Anerkennung der angeborenen Würde mit ein. Diese Rechte sind in zahlreichen internationalen Abkommen, wie der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (Art. 1, 3 und 5) (59), dem Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (Präambel) (58), dem Internationalen Pakt über bürgerliche und politische Rechte (Präambel und Artikel 9) (60) und dem Übereinkommen über die Rechte des Kindes (Artikel 19) (61) verankert.
- **Recht auf Gleichheit und Nichtdiskriminierung auf Grundlage des Geschlechts:** Die UN-Konvention zur Beseitigung jeder Form von

Diskriminierung der Frau (62) bezeichnet „jede aufgrund des Geschlechts vorgenommene Unterscheidung, Ausschließung oder Beschränkung, die zum Ziel oder zur Folge hat, dass die von der Grundlage der Gleichberechtigung von Mann und Frau ausgehende Anerkennung, Inanspruchnahme oder Ausübung der Menschenrechte und Grundfreiheiten der Frau – gleich, welchen Familienstands – auf politischem, wirtschaftlichem, sozialem, kulturellem, staatsbürgerlichem oder anderem Gebiet beeinträchtigt oder vereitelt wird“ (63) als Diskriminierung der Frau. FGM/C ist somit eine Form der Frauendiskriminierung.

- **Rechte des Kindes:** Da FGM/C vorwiegend an Mädchen unter 18 Jahren praktiziert wird, spielt der Schutz der Rechte des Kindes eine fundamentale Rolle. In dem Übereinkommen über die Rechte des Kindes wird festgelegt, dass die Eltern und Familie des Kindes als Entscheidungsträger anerkannt werden, aber die endgültige Verantwortung für den Schutz der Kinderrechte bei der Regierung liegt und das Wohl des Kindes jederzeit im Vordergrund stehen muss. Durch FGM/C wird das Wohl des Kindes und das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit verletzt. (61)

1.4.2 Globale Präventionsprogramme und Ziele

Zahlreiche internationale Organisationen, AktivistInnen und NGOs (Non-governmental organisations) arbeiten an der Bekämpfung von FGM/C. Auf internationaler Ebene spielen die Organisationen der Vereinten Nationen (UN) die größte Rolle. Dazu gehören unter anderem der Hochkommissar der Vereinten Nationen für Flüchtlinge (engl. United Nations High Commissioner for Refugees, UNHCR), der Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (engl. United Nations Population Fund, UNFPA), das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (engl. United Nations Children´s Fund, UNICEF) und die Weltgesundheitsorganisation (engl. World Health Organization, WHO). Diese Organe der Vereinten Nationen teilen sich die Arbeit zur Bekämpfung von FGM/C auf und decken über Gründung zahlreicher Programme unterschiedlichste für die Beendigung von FGM/C notwendige Bereiche (64), wie Gesundheit, Bildung, Finanzen, Justiz und Frauenangelegenheiten (65), ab. Im Jahr 2008 wurde im Zusammenschluss der UNFPA und des UNICEF das „Joint Programme on FGM“ (66,67), welches das größte globale Programm zur Beschleunigung der Eliminierung von FGM/C

darstellt, gegründet. Dieses Programm arbeitet in 17 Ländern auf kommunaler, regionaler, nationaler und globaler Ebene in Partnerschaft mit Regierungen, der Zivilgesellschaft, sozialen Bewegungen, religiösen Führern und Gemeinschaften (67). Durch die Zusammenarbeit mit Gemeinschaften wird eine Änderung von sozialen Normen aus dem Inneren heraus angestrebt, während in Partnerschaft mit den Regierungen die Entwicklung von Gesetzen gegen FGM/C vorangetrieben und der Zugang zu qualitativ hochwertigen Diensten für die sexuelle und reproduktive Gesundheit sowie für den Schutz von Kindern sichergestellt werden sollen (66). Das Programm befindet sich seit 2018 in der dritten Phase (66,67) und verfolgt das von den Vereinten Nationen in den „Sustainable Development Goals“ formulierte Ziel, alle schädlichen Praktiken inklusive FGM/C bis 2030 zu eliminieren, um Geschlechtergerechtigkeit und Selbstbestimmung für alle Mädchen und Frauen zu erreichen (68).

Zur Umsetzung dieses Ziels fokussiert sich die Weltgesundheitsorganisation auf die für die Eliminierung notwendigen Aspekte im Bereich des Gesundheitssektors, wie zum Beispiel die Entwicklung von klinischen Guidelines, Handbüchern und Übungsmaterialien für das Gesundheitspersonal oder die Generierung von erweitertem Wissen über die Gründe und Konsequenzen von FGM/C (69). Das UNHCR arbeitet an der Eliminierung von FGM/C in Flüchtlingscamps, stellt sichere Unterkünfte für FGM/C Opfer zur Verfügung und unterstützt Frauen und Mädchen, die aus Gründen von FGM/C Asyl suchen (70).

Wohltätigkeitsorganisationen und NGOs, die gegen FGM/C kämpfen, sind beispielsweise „Equality Now“, „Terre des femmes“, „Daughters of Eve“, „Beyond FGM“, „Orchid Project“, „Plan International“, „Desert Flower Foundation“, und viele weitere (64,70).

1.4.3 Europäische Programme

Die Vereinten Nationen und die Europäische Union (EU) haben gemeinsam „The Spotlight Initiative“ gegründet, welche eine globale, mehrjährige Partnerschaft zur Bekämpfung aller Formen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen bis 2030 darstellt (71).

Die EU beteiligt sich aktiv an internationalen Bemühungen FGM/C zu eliminieren und bringt dieses Thema in Menschenrechts- und politischen Konversationen mit Mitgliedsstaaten und regionalen Organisationen, sowie in regulären Dialogen und

Beratungsgesprächen mit der Zivilgesellschaft und mit Menschenrechtsorganisationen ein. Zusätzlich finanziert die EU eine Reihe von weltweiten Projekten, um diese schädliche Praktik zu beenden (72). Die Maßnahmen der EU basieren auf den Plänen von „Communication“ (73), „Gender Action Plan III for 2021-2025“ (74) und „EU Action Plan on Human Rights and Democracy for 2020-2024“ (75).

Weiters kämpft das im Jahr 2009 von Amnesty International gegründete „End FGM Network (End FGM EU)“ als Netzwerk von 30 europäischen Organisationen in 14 europäischen Ländern gegen FGM/C, indem es als Treffpunkt für Gemeinschaften, NGOs, zivilgesellschaftliche Organisationen und Interessensgruppen auf EU-Ebene fungiert. Das Netzwerk erleichtert somit den Austausch von Erfahrungen und Wissen und die Interaktion und Kooperation zwischen den unterschiedlichen Organisationen, wodurch die Bereiche, die besonderer Aufmerksamkeit bedürfen, leichter identifiziert und Probleme durch gegenseitige Unterstützung bestmöglich gelöst werden können. In weiterer Folge soll das Netzwerk die europäischen Regierungen und die politischen Entscheidungsträger beeinflussen, um auf die Eliminierung von FGM/C hinzuarbeiten. (76)

Im Jahr 2002 wurde die „Desert Flower Foundation“ von dem Model Waris Dirie und ihrem Team, mit dem Ziel FGM/C für immer zu eliminieren, gegründet. Durch eine zu Gründungsbeginn gestartete Recherchearbeit der Stiftung in allen europäischen Großstädten über die Durchführung der Praktik in Europa wurde das Thema der weiblichen Genitalverstümmelung erstmals auf die Agenda der EU gesetzt. Dies führte in weiterer Folge dazu, dass Regierungen Gesetze gegen FGM/C formulierten und Kampagnen zur Aufklärung und Eliminierung der Praktik gegründet wurden. (77)

Die Veröffentlichung des weltbekannten Spielfilms „Wüstenblume“, die Desert Flower Bildungsinitiative, die Initiative „Together for African Women“, die Kampagne „Rette eine kleine Wüstenblume“ und viele weitere Projekte der Stiftung leisten einen wichtigen Beitrag zur Bekämpfung von FGM/C. (77)

In Kooperation mit dem Krankenhaus Walfriede wurde in Berlin das weltweit erste ganzheitliche Betreuungszentrum für Opfer von FGM/C gegründet. Darauf folgte die Eröffnung von weiteren Desert Flower Centern in Zusammenarbeit mit der Karolinska Klinik in Stockholm und dem Hôpital Delafontaine in Paris. Diese

Center bieten den Betroffenen rekonstruktive Operationen, sowie gynäkologische, urologische und psychologische Betreuung an. Zudem werden Workshops und Schulungen für medizinisches Personal, Bildungspersonal, AktivistInnen, afrikanische Gemeinschaften, NGOs und weitere Interessierte veranstaltet und Selbsthilfegruppen gegründet. Das im Jahr 2014 gemeinsam mit dem niederländischen Chirurgen Dr. Refaat Karim gegründete Surgical Trainingscenter für Gynäkologen, Urologen und Chirurgen bietet medizinischem Personal aus zahlreichen Ländern die Möglichkeit, über die adäquate Behandlung von FGM/C Opfern zu lernen. (77)

1.5 FGM/C Situation in Österreich

1.5.1 Prävalenz

Es liegen keine repräsentativen Daten zur Prävalenz von FGM/C bei Mädchen und Frauen in Österreich vor. Die im Jahr 2000 durchgeführte qualitative und deskriptive Querschnittstudie der African Women´s Organization in Wien erfasste, dass 8197 Migrantinnen und Migranten aus Ländern, in denen FGM/C praktiziert wird, in Wien Graz und Linz leben. Davon wurden 130 Migrantinnen und 120 Migranten befragt, wobei hervorging, dass bei 35% der Töchter der Befragten (88 von 252 Mädchen) FGM/C durchgeführt wurde. Bei 88,5% dieser Mädchen wurde FGM/C in ihrem afrikanischen Heimatland, bei 9,6% in Deutschland und Holland und bei 1,9% in Österreich ausgeübt. In zwei Drittel der Fälle wurde der Eingriff in Spitälern und/oder Ambulanzen vorgenommen. (78)

Im Wiener Frauengesundheitsbericht des Jahres 2006 wurde über Schätzungen von FGM/C betroffenen afrikanischen Frauen in Österreich berichtet, wobei gemäß der Volkszählung von 2001 insgesamt 8.249 Afrikanerinnen in Österreich leben, wovon 3.552 aus Ländern mit hoher FGM/C Prävalenz (Ägypten, Nigeria, Sudan) stammen und in etwa ein Drittel davon in Wien lebt. (79)

Das Europäische Institut für Gleichstellungsfragen (engl. European Institute for Gender Equality, EIGE) schätzt, dass zwischen 12 und 18 Prozent der 0- bis 18-jährigen Mädchen, die aus FGM/C-betroffenen Ländern stammen und 2019 in Österreich leben, unter dem Risiko stehen, genitalverstümmelt zu werden. In absoluten Zahlen sind dies 735-1.083 von den 5.910 in Österreich lebenden minderjährigen Migrantinnen aus Ländern mit FGM/C-Prävalenz, wobei 38% der zweiten Generation angehören. Die von FGM/C bedrohten Mädchen stammen

hauptsächlich aus Ägypten und Somalia und ein kleiner Anteil aus Äthiopien, Guinea, Irak, Nigeria und Sudan. (80)

1.5.2 Rechtliche Situation

FGM/C ist in Österreich gesetzlich verboten. Gemäß des §84 Abs. 1 und des §85 Abs. 1 Zeile 2a des österreichischen Strafgesetzbuches (StGB) erfüllt FGM/C den Tatbestand der schweren Körperverletzung beziehungsweise der Körperverletzung mit schweren Dauerfolgen und kann mit einer Freiheitsstrafe von bis zu 10 Jahren bestraft werden. Der §90 Abs. 3 des StGB schreibt explizit vor, dass in eine Genitalverstümmelung nicht eingewilligt werden kann, wodurch eine Durchführung der Praktik auch bei Zustimmung der Eltern oder der volljährigen Frau nicht strafbefreit ist. Auch im Ausland durchgeführte Genitalverstümmelungen sind gemäß des §64 Abs. 1 Zeile 4a des StGB ohne Rücksicht auf die Gesetze des Tatorts nach den österreichischen Strafgesetzen zu bestrafen, wenn „der Täter oder das Opfer Österreicher ist oder seinen gewöhnlichen Aufenthalt im Inland hat“. Im österreichischen Asylgesetz wird FGM/C oder geschlechtsspezifische Verfolgung zwar nicht ausdrücklich genannt, jedoch gilt die weibliche Genitalverstümmelung gemäß der Genfer Konvention als asylrelevante Verfolgungshandlung und kann die Zuerkennung des Flüchtlingsstatus zur Folge haben.

Ärztinnen und Ärzte sind gemäß des §54 Abs. 4 des Ärztegesetzes bei begründetem Verdacht auf eine schwere Körperverletzung, die durch eine gerichtlich strafbare Handlung herbeigeführt wurde, zur Anzeige verpflichtet und müssen gemäß des §54 Abs. 6 von FGM/C betroffene Frauen und Mädchen auf bestehende Opferschutzeinrichtungen hinweisen. Wenn sich im Rahmen der Geburt oder der Geburtsanmeldung in einer Krankenanstalt bei Angehörigen von Gesundheitsberufen der Verdacht ergibt, dass das Wohl des Kindes einer Mutter mit FGM/C erheblich gefährdet ist und diese Gefährdung nicht anders abgewendet werden kann, muss dies gemäß des §37 Abs. 1a des Bundes-Kinder- und Jugendhilfegesetz unverzüglich in schriftlicher Form dem örtlich zuständigen Kinder- und Jugendhilfeträger mitgeteilt werden.

1.5.3 Österreichische Präventionsprogramme

Das Wiener Programm für Frauengesundheit setzt einen besonderen Schwerpunkt auf FGM/C. Mit Maßnahmen wie dem interdisziplinären FGM-Beirat,

dem E-Learning Programm für PädagogInnen, dem „Ich schütze meine Tochter“ Folder in mehreren Sprachen für Eltern und Angehörige von Mädchen aus Ländern mit hoher FGM/C-Prävalenz, dem Informationsfilm „Nein zur Genitalbeschneidung“ in 5 Sprachen und dem „Leitfaden zum Umgang mit betroffenen Mädchen und Frauen“ werden wichtige Schritte für die Prävention von FGM/C und die adäquate medizinische Versorgung der Betroffenen gesetzt. (81)

Mit dem Projekt „INTACT“ des Frauengesundheitszentrums FEM Süd in Kooperation mit dem Linzer Frauengesundheitszentrum und dem Frauengesundheitszentrum Salzburg soll die gesundheitliche Situation von FGM/C betroffenen Frauen und Mädchen verbessert und bedrohte Mädchen geschützt werden. Dafür wurden in der ersten Phase des Projekts sogenannte „INTACT-peers“ ausgebildet, die Workshops über allgemeine, psychische und Frauengesundheit, sowie über FGM/C, die Möglichkeit der ärztlichen Betreuung in Wiener Spitälern und Mädchen- und Frauen-Empowerment halten. Die Themen werden in Deutsch, Englisch, Arabisch und Somali besprochen. (82)

In der zweiten Phase des Projekts sollen Frauen aus betroffenen Communities mithilfe dieser Informationsworkshops behutsam auf das Thema FGM/C herangeführt, sensibilisiert, beraten und begleitet werden. In weiterer Folge sollen Betroffene auch ihre Töchter vor der Durchführung dieser Praktik schützen. (82) Weiters werden Schulungen für Personen, die im beruflichen Alltag mit FGM/C-Betroffenen oder -Bedrohten in Kontakt kommen können, wie zum Beispiel PädagogInnen oder Angehörige von Gesundheits- oder Sozialberufen, angeboten, um diese bestmöglich unterstützen zu können (83). Ein halbes Jahr nach Ausrufung des internationalen Tages gegen FGM/C, welcher seitdem jährlich am 6. Februar stattfindet, wurde im Herbst 2003 die „Österreichische Plattform gegen weibliche Genitalverstümmelung“ gegründet, die von zahlreichen Einzelpersonen und Organisationen unterstützt wird und deren Unterzeichner für die Eliminierung von FGM/C kämpfen (84).

In der Steiermark gibt es keine spezifischen Präventionsprogramme.

1.5.4 Beratungsstellen

Wie zuvor beschrieben, bietet das Beratungs- und Kompetenzzentrum FEM Süd erstsprachliche und kultursensible Beratung und Aufklärung für betroffene Frauen und Mädchen an (82). Für eine adäquate medizinische Betreuung der FGM/C-

Opfer wurde im Jahr 2009 in der Wiener Rudolfstiftung die FGM-Ambulanz der Klinik Landstraße gegründet, welche in Zusammenarbeit mit anderen Fachrichtungen eine operative Sanierung und eine plastische Rekonstruktion des verstümmelten weiblichen Genitals anbietet und von Dr. Magdalena Pabinger und Dr. Jinhi Pipal-Son geleitet wird. (85)

Weitere medizinische Ansprechpartner für FGM/C-Opfer in Österreich sind die Ambulanz für Patientinnen nach weiblicher Beschneidung der Klinik Ottakring, die Krisenambulanz und die Ambulanz für Kinder- und Jugendgynäkologie der Universitätsklinik für Frauenheilkunde des AKH Wiens, die Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe des Wilhelminenspitals und das Hebammenzentrum des Vereins Freier Hebammen in Wien. Beratungsstellen, an die sich Mädchen und Frauen mit FGM/C wenden können, sind u.a. die Frauenberatungsstelle „Orient Express“, das Betreuungszentrum für Folter- und Kriegsüberlebende „HEMAYAT“, das Beratungszentrum für Migrantinnen und Migranten, die Afrikanische Frauenorganisation, die Caritas und der 24-Stunden-Frauennotruf. (86,87)

1.6 Asylpolitik/Flüchtlingsbewegung Europa

1.6.1 Flüchtlingswelle 2015

Im Laufe des Jahres 2015 kam es mit der Einreise von über einer Million MigrantInnen und Flüchtlingen in die EU-Mitgliedsstaaten - mit rund 1,26 Million Asylersanträgen - zu einem enormen Anstieg an AsylbewerberInnen auf über das doppelte des Vorjahres (88).

Auslöser dieser Migrationswelle waren eine Vielzahl an Konflikten und humanitärer Krisen im mittleren Osten und in Nordafrika. Dazu zählen u.a. der Bürgerkrieg in Syrien, die Anschläge der Terrororganisation „Islamischer Staat“ in Afghanistan und das Vorrücken der Taliban im Irak (89). Unzureichende humanitäre Unterstützung und fehlende dauerhafte Perspektiven in den Erstaufnahmestaaten der Krisenregionen wie dem Libanon und der Türkei zwangen die Flüchtlinge zur Weiterreise nach Europa (89,90).

Weiters flüchteten die MigrantInnen vor der brutalen totalitären Diktatur in Eritrea, vor den humanitären Krisen und bewaffneten Konflikten in Somalia, Sudan, Südsudan, Nigeria, Jemen und der Ukraine sowie vor der Armut und Arbeitslosigkeit in vielen Westbalkanstaaten (89,91).

Die am häufigsten genutzten Land- und Seerouten der MigrantInnen und Flüchtlinge verliefen zum einen über die östliche Mittelmeerroute von der Türkei nach Griechenland und weiter über die Balkanstaaten, und zum anderen über die zentrale Mittelmeerroute von Libyen nach Italien (89).

Mehr als ein Drittel der Asylanträge wurden in Deutschland gestellt, danach folgten in absteigender Reihenfolge Ungarn, Schweden, Österreich, Italien und Frankreich. Die 3 Hauptherkunftsländer der AsylbewerberInnen waren Syrien, Afghanistan und Irak, wobei sich die Zahl der SyrierInnen im Jahr 2015 im Vergleich zum Vorjahr verdoppelt, die der AfghanerInnen vervierfacht und die der IrakerInnen versiebenfacht hat. (88)

Die massivste Migrationswelle seit dem Zweiten Weltkrieg stellte das bestehende europäische Asylsystem vor große Herausforderungen und erforderte zahlreiche politische Maßnahmen. Vor allem die ungleiche Verteilung der AsylbewerberInnen auf die EU-Staaten aufgrund eines fehlenden gerechten Verteilungsschlüssels, die Nicht-Einhaltung bestehender europarechtlicher Vorgaben im Asylrecht einiger Mitgliedsstaaten und der temporäre Kontrollverlust beim Grenzschutz setzte die Europäische Union unter Handlungsdruck (90).

Im Jahr 2016 wurden abermals rund 1,2 Millionen Asylerstanträge in den EU-Mitgliedsstaaten gestellt (92). Erst Maßnahmen wie das EU-Türkei-Abkommen, die erschwerte Passage der Balkanroute, verstärkte Kontrollen der EU-Außengrenzen und einiger nationaler Grenzen, sowie die Verschärfung asylrechtlicher Regelungen der Hauptzielstaaten konnten einen Rückgang der AsylbewerberInnen im Jahr 2017 erzielen (90).

1.6.2 Asylbewegung 2015

1.6.2.1 Migrantinnen aus Ländern mit FGM/-Prävalenz in der EU

Gemäß der Eurostat-Statistik wurden allein im Jahr 2015 in den 28 EU-Mitgliedsstaaten rund 65.745 Asylerstanträge von Frauen aus Ländern mit FGM/C-Prävalenz gestellt, wobei rund ein Drittel (21.590) dieser Frauen unter 18 Jahre alt war. Die am häufigsten vertretenen Herkunftsländer waren in absteigender Reihenfolge Irak, Eritrea, Nigeria und Somalia. Die Top-5-Aufnahmestaaten waren Deutschland, Schweden, Frankreich, Italien und die Schweiz. (93)

1.6.2.2 Migrantinnen aus Ländern mit FGM/-Prävalenz in Österreich

Österreich war mit einer Anzahl von rund 4.450 Asylersanträgen von Frauen aus Herkunftsländern mit FGM/C-Prävalenz das Land mit den sechstmeisten Anträgen. Über den Zeitraum von 2015 bis 2020 wurden 10.050 Asylersanträge gestellt, wobei fast die Hälfte der Antragstellerinnen unter 18 Jahre alt war. Die Mehrzahl der Asylersanträge entfiel auf Migrantinnen aus dem Irak, Somalia und Nigeria. (93)

Mithilfe der Prävalenzangaben des UNICEF (1) der jeweiligen FGM/C-Herkunftsländer ergibt sich die Schätzung, dass rund 3.347 der 10.050 Frauen, die zwischen 2015 und 2020 einen Asylersantrag in Österreich gestellt haben, von FGM/C betroffen sein könnten. Aufgrund fehlender österreichischer geschlechtsspezifischer Daten vor dem Jahr 2014, ist eine gleichartige Schätzung für den Zeitraum von 2010 bis 2014 leider nicht möglich.

1.7 Ziel der Studie

Als Folge der globalen Migrationsbewegungen ist FGM/C auch in westlichen Gesellschaften zu einer zunehmenden Herausforderung geworden.

Im Jahr 2011 wurde die Anzahl der in der EU, Schweiz und Norwegen lebenden Frauen und Mädchen, bei denen vor der Migration FGM/C ausgeübt wurde, auf 578.068 geschätzt (94). Gemäß einer Demografie-gesteuerten Prognose wird erwartet, dass die EU28-Staaten im Zeitraum von 2016 bis 2030 rund 1.3 Millionen Migrantinnen aus Ländern, in denen FGM/C praktiziert wird, aufnehmen werden. Es wird angenommen, dass rund ein Drittel dieser Migrantinnen bereits vor der Zuwanderung von FGM/C betroffen sein wird und dass bei knapp 10% der 0-14-Jährigen die Gefahr besteht, dass diese nach der Migration Opfer von FGM/C werden. (95)

Mit der Prognose, dass die Anzahl an Frauen mit FGM/C in Europa in schneller Geschwindigkeit ansteigen wird, ist es besonders wichtig, dass sowohl auf nationaler als auch europäischer Ebene rechtzeitig gezielte Interventionen und Maßnahmen geplant werden, um Frauen mit FGM/C adäquat unterstützen und unter Risiko stehende Mädchen effektiv und langfristig schützen zu können (95).

Aufgrund der zahlreichen gesundheitlichen Komplikationen, die FGM/C nach sich ziehen kann (7,14,46-57), ist eine umfassende medizinische Versorgung der

betroffenen Mädchen und Frauen von großer Bedeutung. Diese stellt jedoch häufig eine enorme Herausforderung dar, da ein Großteil des Gesundheitspersonals nur begrenzte Kenntnisse über FGM/C besitzt, und die Awareness sowie notwendige Fähigkeiten für den Umgang mit einhergehenden physischen und psychischen Komplikationen und deren Prävention oftmals fehlen (7).

Am LKH-Universitätsklinikum Graz gibt es bisher kein speziell für FGM/C geschultes gesundheitliches Personal und auch keine offizielle Beratungsstelle, um Betroffene und ihre Angehörigen optimal unterstützen zu können. Ohne Vorhandensein von repräsentativen Daten zu der Anzahl an mit FGM/C lebenden Mädchen und Frauen in Österreich und speziell in Graz bzw. der Steiermark ist unklar, ob ein Bedarf für eine spezielle Betreuung dieser Bevölkerungsgruppe am LKH-Universitätsklinikum Graz besteht.

In dieser Studie soll retrospektiv erhoben werden, wie viele Frauen mit Herkunft oder Staatsbürgerschaft aus Ländern mit FGM/C-Prävalenz im Zeitraum von 2010 bis 2020 an der Univ.-Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des LKH-Universitätsklinikums Graz entbunden haben und bei wie vielen von ihnen FGM/C dokumentiert wurde bzw. das Vorhandensein von FGM/C die Schwangerschaft oder die Geburt beeinflusst haben. Mithilfe der aktuellen Zahlen der FGM/C-Prävalenzen von Mädchen und Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren (1) kann indirekt berechnet werden, bei wie vielen Entbindungen statistisch das Vorhandensein von FGM/C dokumentiert sein sollte. Außerdem soll analysiert werden, ob sich ein Anstieg an Entbindungen durch Frauen mit FGM/C seit dem Jahr 2015 erfassen lässt.

Die Hypothese dieser Arbeit ist, dass die Anzahl an von FGM/C betroffenen Mädchen und Frauen unterschätzt wird und dass FGM/C vom Gesundheitspersonal häufig nicht erkannt und/oder nicht dokumentiert wird. Aufgrund der Flüchtlingswelle 2015 wird erwartet, dass die Anzahl an Frauen mit FGM/C, die an der Frauenklinik des LKH-Universitätsklinikums Graz entbunden haben, gestiegen ist.

Ziel der Bestandsaufnahme ist es, bei entsprechenden Zahlen die Notwendigkeit einer Sensibilisierung des Gesundheitspersonals - insbesondere der gynäkologischen und geburtshilflichen Abteilung - argumentieren zu können. Eine Analyse der häufigsten Herkunftsländer bzw. Staatsbürgerschaften soll dazu

führen, dass in Zukunft bei Patientinnen aus jenen Ländern ein besonderes Augenmerk auf das Vorhandensein von FGM/C gelegt wird.

Zusätzlich sollen die Ergebnisse dieser Studie als Grundlage zur Bedarfserhebung einer Beratungsmöglichkeit in Graz dienen, um den Bedürfnissen betroffener Mädchen und Frauen mithilfe einer adäquaten interdisziplinären Infrastruktur gerecht werden zu können.

2 Material und Methoden

2.1 Studiendesign

Im Rahmen dieser Studie wurde eine monozentrische, retrospektive Datenanalyse von Patientinnen, die an der Univ.-Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des LKH-Universitätsklinikum Graz im Zeitraum vom 01.01.2010 bis 31.12.2020 entbunden haben und entweder aus einem Land mit bekannter FGM/C-Prävalenz stammen und/oder eine Staatszugehörigkeit zu einem dieser Länder aufweisen, durchgeführt.

2.2 Literaturrecherche

Zur Aufarbeitung der Grundlagen des Themas FGM/C wurden Publikationen der WHO und des UNICEF sowie Fachbücher, Studien, wissenschaftliche Artikel und Leitlinien herangezogen. Weitere Informationen wurden über die jeweiligen Webseiten der unterschiedlichen FGM/C-Präventionsprogramme gewonnen.

Für die Recherche von Studien und wissenschaftlichen Artikeln wurde hauptsächlich die elektronische Datenbank PubMed und die Suchmaschine Google Scholar verwendet. Das Herausfiltern von relevanter Literatur aus PubMed wurde durch die Verwendung des MeSH-Terms „Circumcision, female“ erleichtert und durch Schlagwörter wie „defibulation“, „medicalization“, „reconstructive surgery“, „effect“ etc. präzisiert.

2.3 Patientinnenkollektiv

Alle Patientinnen im gebärfähigen Alter, welche im Zeitraum zwischen 2010 und 2020 im Geburtenkollektiv der geburtshilflichen Abteilung der Universitätsfrauenklinik Graz erfasst wurden, mit Staatszugehörigkeit und/oder Herkunft von einem der in der Folge aufgelisteten Länder mit bekannter FGM/C-Prävalenz, wurden in die Datenanalyse eingeschlossen. Als Ausschlusskriterium galt eine fehlende Erfassung der Entbindung im PIA ViewPoint, dem an der Frauenklinik verwendeten geburtshilflichen Dokumentationssystem.

Länder mit bekannter FGM/C-Prävalenz:

Ägypten, Äthiopien, Benin, Burkina Faso, Dschibuti, Elfenbeinküste, Eritrea, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Indonesien, Irak, Jemen, Kamerun, Kenia, Liberia, Malediven, Mali, Mauretanien, Niger, Nigeria, Senegal, Sierra

Leone, Sudan, Togo, Tschad, Uganda, Vereinigte Republik Tansania, Zentral Afrikanische Republik (1,96)

2.4 Datenerhebung

Für die Datenerhebung wurde eine pseudonymisierte Excel-Tabelle des Geburtenkollektivs der Grazer Frauenklinik von 1.1.2010 bis einschließlich dem 31.12.2020 erstellt.

Diese Tabelle beinhaltet alle in diesem Zeitraum stattgefundenen Entbindungen (N=35.628). Anschließend wurden jene Entbindungen von Patientinnen mit Staatszugehörigkeit und/oder Herkunft von einem der oben genannten Länder mit bekannter FGM/C-Prävalenz gefiltert. Daraus ergab sich eine Fallzahl von 860 Entbindungen durch 541 unterschiedliche Patientinnen, wobei 4 Entbindungen aufgrund fehlender Erfassung in das geburtshilfliche Dokumentationssystem PIA ViewPoint ausgeschlossen werden mussten.

2.5 Erhobene Parameter

Folgende Daten wurden unter Verwendung der elektronischen Krankenakte, Ambulanzakte und OP-Berichte der klinischen Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe aus dem openMEDOCS-System (elektronisches Kommunikations- und Informationsnetzwerk für die steirischen Landeskrankenhäuser) und der Geburtsdokumentation aus PIA ViewPoint erhoben:

Charakteristika der Mutter:

- Herkunftsland und Staatsbürgerschaft
- Gravida und Para
- Erstvorstellung im Kreissaal oder präpartal
- FGM/C-Vermerk (FGM/C-Typ, Dokumentation im Kreissaal oder Ambulanz)
- Dokumentation einer Defibulation vor der Geburt
- Alter bei der Entbindung

Ablauf der Geburt:

- Geburtsverlauf: Spontangeburt, vaginal operative Entbindung oder primäre/sekundäre Sectio (+Indikation bei operativer Entbindung)
- Dauer der Eröffnungsperiode (in Stunden)
- Dauer der Austreibungsperiode (in Minuten)
- Defibulation unter der Geburt

- Episiotomie (+Indikation)
- Analgesie unter der Geburt (i.v. Analgesie/PDA/Livopan/keine)
- Geburtskomplikationen

Charakteristika des Kindes:

- Geschlecht des Kindes
- Gewicht des Kindes (in g)
- Geburtsverletzungen

Weiteres:

- Aufenthaltsdauer im Wochenbett (in Tagen)
- Dokumentation von Sprachbarrieren bzw. Kontaktierung eines/einer Dolmetscher/in
- Wiedervorstellung in der Frauenklinik aufgrund Komplikationen nach der Geburt

Die erhobenen Parameter wurden in einer Microsoft Excel-Tabelle gesammelt und verschlüsselt und anonymisiert auf einem externen Datenträger gesichert. Jede Patientin wurde hierbei mit einer fortlaufenden Nummer codiert. Anschließend wurden die Daten auf die Software IBM SPSS Statistics 27 übertragen.

2.5.1 Hauptzielgröße

Die Hauptzielgröße der retrospektiven Analyse ist die Anzahl der entbundenen Patientinnen im Zeitraum 2010 bis 2020 mit einer Staatsbürgerschaft oder Herkunft von einem Land mit bekannter FGM/C-Prävalenz.

2.5.2 Nebenzielparameter

Als Nebenzielparameter gilt zusätzlich zu den oben genannten Parametern der Prozentsatz des Patientinnen Kollektivs vor und nach dem Jahr 2015 bezogen auf das gesamte Geburtenkollektiv.

2.6 Statistische Auswertung

Die Auswertung der Studiendaten erfolgte mittels deskriptiver Statistik mithilfe der Software IBM SPSS Statistics 27. Für numerische Daten wie beispielsweise dem Geburtsgewicht wurden Mittelwerte, Mediane sowie Minimum und Maximum berechnet. Kategorische Daten wie das Geschlecht des Kindes wurden mittels absoluter und relativer Häufigkeiten dargestellt.

Die Kategorisierung der Entbindungen erfolgte über das Herkunftsland und die Staatsbürgerschaft der Patientinnen, wobei bei der Zuordnung das Herkunftsland im Gegensatz zur Staatsbürgerschaft priorisiert wurde. Für die Berechnung der geschätzten Anzahl an Patientinnen mit FGM/C wurden die jeweiligen aktuellen Prävalenzdaten des UNICEF (1,96) für 15-49-Jährige (Ausnahme Indonesien: 0-11-Jährige) verwendet.

Die ausgewerteten Daten wurden zur übersichtlichen Darstellung in Tabellen oder Diagrammen zusammengefasst.

Zur Berechnung des p-Werts, welcher Aufschluss über die Signifikanz der erhobenen Ergebnisse gibt, wurde der Test auf Binomialverteilung angewandt. Mithilfe des Chi-Quadrat-Tests wurden die p-Werte für den Vergleich der Ergebnisse dieser Studie mit Daten aus dem Steiermärkischen Geburtenregister des Jahres 2019 (116) ermittelt.

3 Ergebnisse – Resultate

3.1 Studienkollektiv

Im Zeitraum vom 01.01.2010 bis 31.12.2020 fanden insgesamt 35.628 Geburten an der Frauenklinik des LKH-Universitätsklinikum Graz statt. Davon erfolgten 860 Entbindungen (2,4%) durch Frauen, die entweder aus einem Land mit bekannter FGM/C-Prävalenz stammen und/oder eine Staatszugehörigkeit zu einem dieser Länder aufweisen. 4 Entbindungen wurden aufgrund fehlender Erfassung in das geburtshilfliche Dokumentationssystem PIA ViewPoint ausgeschlossen. Somit verblieben 856 Entbindungen durch 539 Patientinnen für die retrospektive Datenanalyse (siehe **Tabelle 2**).

	Anzahl	Prozent
Studienkollektiv		
Entbindungen	856	100%
Patientinnen	539	100%
Erstvorstellung		
präpartal	777	91%
bei Entbindung	79	9%
Vermerk von FGM/C bei Entbindung		
ja	22	2,6%
nein	834	97,4%
Defibulation vor Entbindung		
ja	3	0,6%
nein	536	99,4%
Defibulation während Entbindung		
ja	0	0%
nein	856	100%
Infektionskrankheiten des Kollektivs		
Hepatitis B	16	3%
Hepatitis C	6	1,1%
HIV	9	1,7%
Tuberkulose	2	0,4%
CMV	7	1,3%
Gonorrhoe	1	0,2%

Tabelle 2: demografische Daten

3.2 Herkunftsland/Staatsbürgerschaft

Im Studienkollektiv waren 22 der insgesamt 30 Länder mit bekannter FGM/C-Prävalenz vertreten: Ägypten, Äthiopien, Burkina Faso, die Elfenbeinküste, Eritrea, Gambia, Ghana, Indonesien, Irak, Jemen, Kamerun, Kenia, Mali, Niger, Nigeria, Senegal, Sierra Leone, Somalia, Sudan, Tschad, Uganda und die Zentral Afrikanische Republik.

89% der Entbindungen erfolgten durch Frauen aus Nigeria (N=398), Ägypten (N=189), Irak (N=107), Ghana (N=44) und Somalia (N=24) (siehe **Tabelle 14**). Die geschätzte FGM/C-Prävalenz in diesen Ländern beläuft sich auf vier bis 98 Prozent (1).

3.3 Mütterliche Charakteristika

	Minimum	Maximum	Mittelwert	Median
Alter bei Entbindung	14	44	31	31
Gravida	1	12	3,3	3,0
Para	1	9	2,7	3,0

Tabelle 3: mütterliche Charakteristika

Wie in **Tabelle 3** beschrieben, betrug das mittlere Alter der Patientinnen bei der Entbindung 31 Jahre mit einem Mindestalter von 14 und einem Höchstalter von 44 Jahren. Die Verteilung des Patientinnen Alters bei Entbindung wird in **Tabelle 4** und **Abbildung 8** dargestellt. Rund 40% der Patientinnen waren zum Zeitpunkt der Entbindung unter 30 Jahre alt.

Alter bei Entbindung	Anzahl	Prozent
unter 18	5	0,6%
18-29	339	39,6%
30-34	262	30,6%
35-39	197	23%
über 40	53	6,2%

Tabelle 4: Alter bei Entbindung

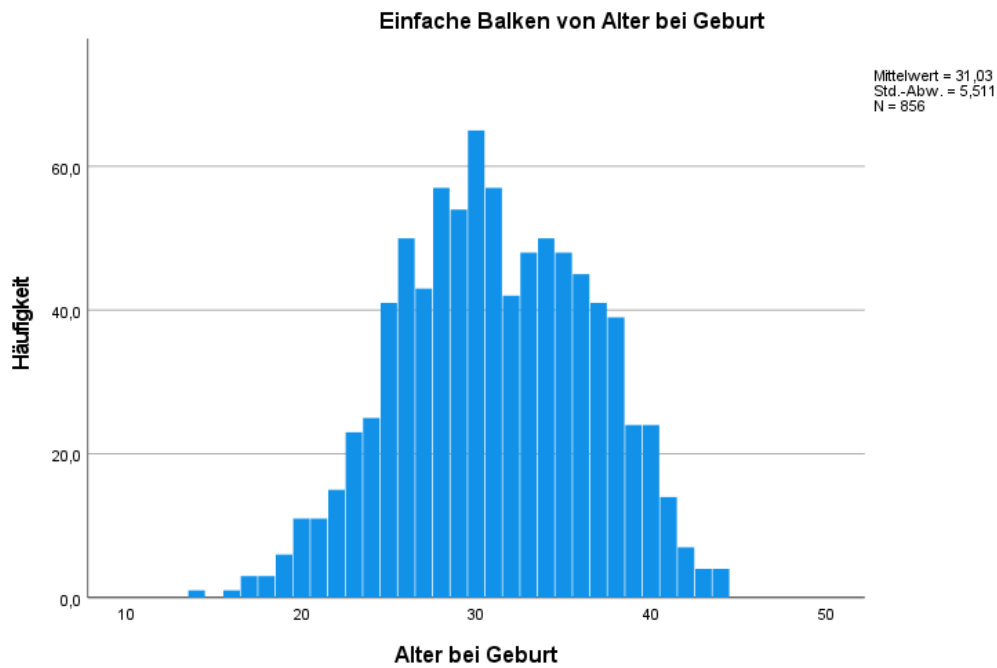


Abbildung 8: Alter bei Entbindung

Die mittlere Anzahl an Schwangerschaften des Studienkollektivs war 3,3 (Spannweite: 1 bis 12) und jene der Geburten 2,7 (Spannweite: 1 bis 9) (siehe **Tabelle 3**). Die Verteilung der Schwangerschaften kann aus **Abbildung 9** und jene der Parität aus **Tabelle 5** und **Abbildung 10** entnommen werden.

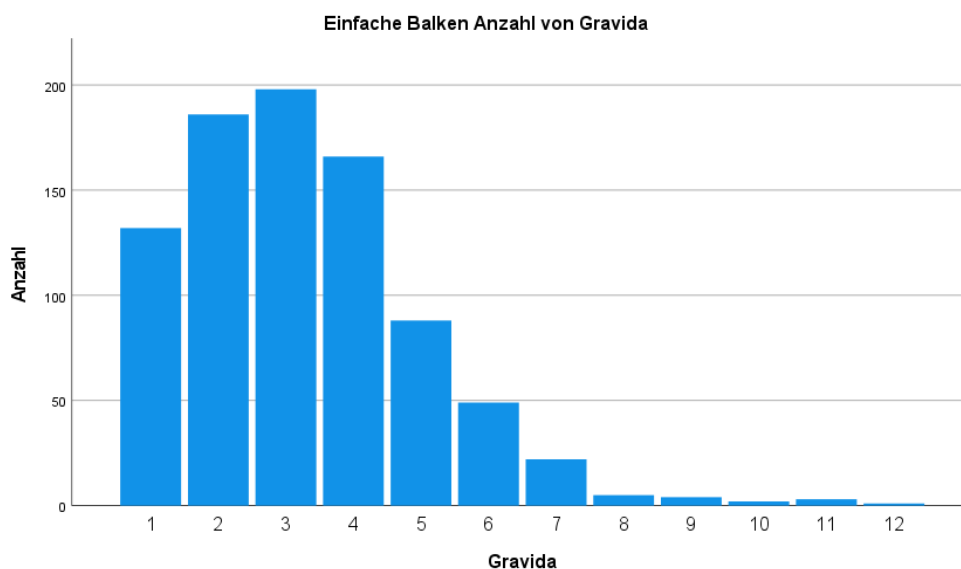


Abbildung 9: Gravida

Parität	Anzahl	Prozent
1	185	21,6%
2	224	26,2%
3	213	24,9%
ab 4	234	27,3%

Tabelle 5: Parität

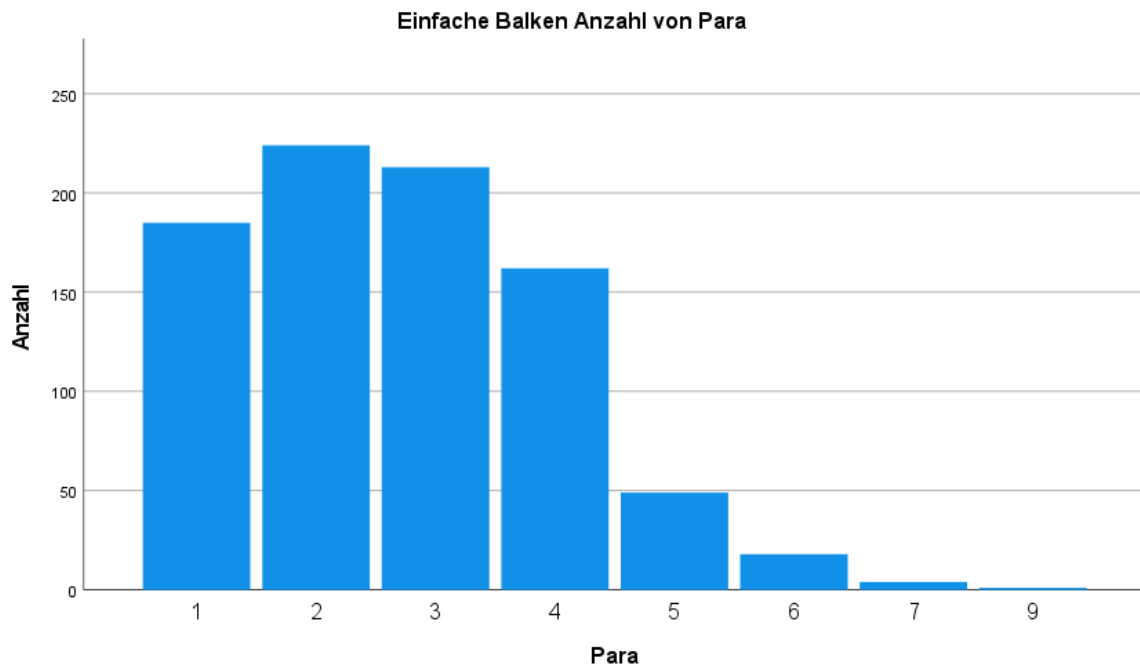


Abbildung 10: Parität

Das Studienkollektiv wurde retrospektiv auch hinsichtlich der Infektionskrankheiten Hepatitis B und C, HIV, Tuberkulose, CMV und Gonorrhoe untersucht. Dabei waren 3% der Patientinnen an Hepatitis B (N=16) und 1,7% an HIV (N=9) erkrankt. Die relativen Häufigkeiten der übrigen Infektionskrankheiten lagen bei unter 1,5%. Genauerer kann aus **Tabelle 2** entnommen werden.

3.4 Fetale Charakteristika

Im Rahmen der 856 Entbindungen wurden insgesamt 877 Kinder geboren. Davon waren 50,9% männlich (N=446) und 49,1% weiblich (N=431) (siehe **Tabelle 6**). Das mittlere Geburtsgewicht betrug 3.222 Gramm (Spannweite: 410 bis 5.330 Gramm) (siehe **Tabelle 7**, **Tabelle 8** und **Abbildung 11**). Es wurden keine kindlichen Geburtsverletzungen dokumentiert.

	Anzahl	Prozent
Kinder gesamt	877	100%
davon Einlinge	836	95,3%
davon Zwillinge	38	4,3%
davon Drillinge	3	0,3%
Geschlecht des Kindes		
weiblich	431	49,1%
männlich	446	50,9%

Tabelle 6: fetale Charakteristika

	Minimum	Maximum	Mittelwert	Median
Geburtsgewicht des Kindes in g	410	5330	3222	3320

Tabelle 7: Geburtsgewicht des Kindes

Geburtsgewicht des Kindes in g	Anzahl	Prozent
bis 499 g	2	0,2%
500-749 g	5	0,6%
750-999 g	5	0,6%
1000-1499 g	12	1,4%
1500-1999 g	24	2,7%
2000-2499 g	53	6,0%
2500-3999 g	710	81,0%
ab 4000 g	65	7,4%
k.A.	1	0,1%

Tabelle 8: Geburtsgewichtes des Kindes in Gruppen

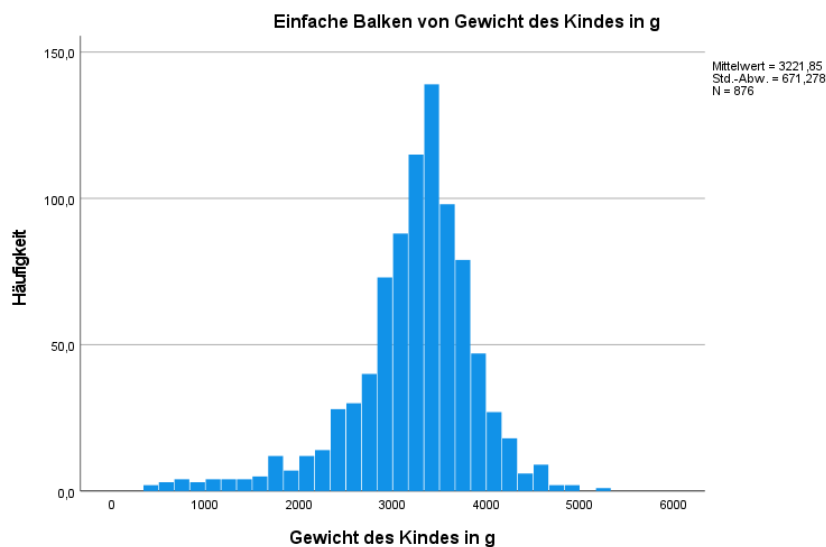


Abbildung 11: Gewicht des Kindes

3.5 Ablauf der Geburt

Bei 91% der Entbindungen (N=777) wurden die Mütter bereits präpartal an der klinischen Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des LKH-Universitätsklinikum Graz vorstellig (siehe **Tabelle 2**).

	Anzahl	Prozent
Geburtsverlauf		
Spontangeburt	471	55,0%
Vaginal operativ	42	4,9%
<i>davon Vakuumentraktion</i>	39	4,6%
<i>davon Forceps</i>	2	0,2%
<i>davon BEL/Manualhilfe</i>	1	0,1%
Sectio	343	40,1%
<i>davon primär</i>	191	22,3%
<i>davon sekundär</i>	152 (77 fetal/75 maternal)	17,8%
Episiotomie (bei Vaginalgeburten)		
ja	63	12,3%
<i>davon bei Spontangeburt</i>	33	6,4%
<i>davon bei vaginal operativer Geburt</i>	30	5,8%
nein	450	87,7%
Geburtskomplikationen (bei Vaginalgeburten)		
Dammriss 3. Grades	6	1,2%
Dammriss 4. Grades	0	0%
verstärkte intrapartale Blutung	1	0,2%
Geburtsverletzung explizit wegen FGM/C	6	1,2%
Klitorisriss	12	2,3%
<i>davon mit FGM/C-Dokumentation</i>	6	1,2%
<i>davon ohne FGM/C-Dokumentation</i>	6	1,2%
paraklitoraler Labienriss	4	0,8%
<i>davon mit FGM/C-Dokumentation</i>	1	0,2%
<i>davon ohne FGM/C-Dokumentation</i>	3	0,6%

Tabelle 9: Daten zur Geburt

In **Tabelle 9** Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. wurden einige Daten zu den Geburten zusammengefasst.

55% der Entbindungen erfolgten spontan (N=471). 4,9% waren vaginal operativ (N=42). Bei 40,1% (N=343) der Geburten wurde eine Sectio durchgeführt, davon waren 22,3% primär (N=191) und 17,8% sekundär (N=152). Bei 12,3% der vaginalen Entbindungen (N=63) war eine Episiotomie notwendig.

Erhobene und ausgewertete Geburtskomplikationen beinhalteten Dammrisse dritten (1,2%/N=6) oder vierten (0%/N=0) Grades, verstärkte intrapartale Blutungen (0,2%/N=1) sowie Klitorisrisse (2,3%/N=12) oder paraklitorale Labienrisse (0,8%/N=4). Die Hälfte der Klitorisrisse (1,2%/N=6) sowie ein Viertel der paraklitoralen Labienrisse (0,2%/N=1) erfolgten bei Frauen mit FGM/C-Dokumentation. 1,2% der Geburtsverletzungen (N=6) wurden explizit mit FGM/C in Verbindung gebracht.

3.6 FGM/C-Dokumentation

Bei 17 der 539 Patientinnen, die während des Studienzeitraums am LKH-Universitätsklinikum Graz entbunden haben, wurde FGM/C dokumentiert. Die Betroffenen wurden in folgenden Ländern geboren und/oder hatten folgende Staatszugehörigkeit: Somalia (47,1%/N=8), Nigeria (35,3%/N=6), Gambia (5,9%/N=1), Kenia (5,9%/N=1) und Sudan (5,9%/N=1).

Bei 4 Patientinnen (23,5%) wurde der FGM/C-Typ klassifiziert, bei weiteren 7 Patientinnen (41,2%) wurde das Ausmaß der weiblichen Genitalverstümmelung beschrieben und bei den verbleibenden 6 Patientinnen (35,3%) wurden keine Angaben bezüglich des FGM/C-Typs gemacht.

In 17,1% der Fälle (N=6) wurden die betroffenen Frauen das erste Mal zum Zeitpunkt der Entbindung an der Frauenklinik vorstellig (siehe **Tabelle 12**).

Die Patientinnen waren für insgesamt 35 Geburten (4,1%) mit 36 Kindern (41,7% weiblich/58,3% männlich) verantwortlich (siehe **Tabelle 11**), wobei bei nur 22 der Entbindungen davon tatsächlich das Vorhandensein von FGM/C erfasst wurde. Die zeitliche Abfolge der FGM/C-Dokumentation der jeweiligen Patientinnen kann aus **Tabelle 13** entnommen werden.

Die **Tabelle 10** beschreibt einige Daten zu den Geburten der Patientinnen mit FGM/C-Dokumentation. 77,1% der Entbindungen erfolgten spontan (N=27), 2,9 % vaginal operativ (N=1) und 20% via Sectio (N=7).

Bei 17,6% der Patientinnen (N=3) wurde eine Defibulation vor der Entbindung dokumentiert. Es wurden keine Defibulationen während der Entbindung durchgeführt (siehe **Tabelle 12**).

	Anzahl	Prozent
Geburtsverlauf		
Spontangeburt	27	77,1%
Vaginal operativ	1	2,9%
<i>davon Vakuumextraktion</i>	1	2,9%
<i>davon Forceps</i>	0	0%
<i>davon BEL/Manualhilfe</i>	0	0%
Sectio	7	20%
<i>davon primär</i>	3	8,6%
<i>davon sekundär</i>	4 (3 fetal/1 maternal)	11,4%
	Anzahl	Prozent
Episiotomie (bei Vaginalgeburten)		
ja	4	14,3%
<i>davon bei Spontangeburt</i>	3	10,7%
<i>davon bei vaginal operativer Geburt</i>	1	3,6%
nein	24	85,7%
Geburtskomplikationen (bei Vaginalgeburten)		
Dammriss 3. Grades	0	0%
Dammriss 4. Grades	0	0%
verstärkte intrapartale Blutung	0	0%
Geburtsverletzung explizit wegen FGM/C	6	21,4%
Klitorisanriss	6	21,4%
paraklitoraler Labienriss	1	3,6%

Tabelle 10: Geburtparameter des FGM/C-Kollektivs

	Anzahl	Prozent
Kinder gesamt	36	100%
<i>davon Einlinge</i>	34	94,4%
<i>davon Zwillinge</i>	2	5,6%
<i>davon Drillinge</i>	0	0%
Geschlecht des Kindes		
weiblich	15	41,7%
männlich	21	58,3%

Tabelle 11: fetale Charakteristika des FGM/C-Kollektivs

	Anzahl	Prozent
FGM/C-Kollektiv		
Patientinnen	17	100%
Entbindungen	35	100%
<i>davon mit FGM/C-Dokumentation</i>	22	62,9%
<i>davon ohne FGM/C-Dokumentation</i>	13	37,1%
Herkunftsland/Staatsbürgerschaft		
Somalia	8	47,1%
Nigeria	6	35,3%
Gambia	1	5,9%
Kenia	1	5,9%
Sudan	1	5,9%
Erstvorstellung		
präpartal	29	82,9%
bei Entbindung	6	17,1%
FGM/C-Vermerk		
Ambulanz	10	45,5%
bei Entbindung	12	54,5%
FGM/C-Typ		
klassifiziert	4	23,5%
<i>davon Typ I</i>	1	5,9%
<i>davon Typ II</i>	2	11,8%
<i>davon Typ III</i>	1	5,9%
<i>davon Typ IV</i>	0	0%
beschrieben	7	41,2%
<i>entspricht Typ I</i>	2	11,8%
<i>entspricht Typ II</i>	2	11,8%
<i>entspricht Typ III</i>	3	17,6%
<i>entspricht Typ IV</i>	0	0%
<i>nicht zuordenbar</i>	1	5,9%
keine Angabe	6	35,3%
Defibulation vor Entbindung		
ja	3	17,6%
nein	14	82,4%
Defibulation während Entbindung		
ja	0	0%
nein	35	100%
Infektionskrankheiten des FGM/C-Kollektivs		
HIV	1	5,9%
Tuberkulose	1	5,9%

Tabelle 12: FGM/C-Kollektiv

Patientinnen-ID	Gesamtanzahl der Entbindungen	Anzahl der Entbindungen mit FGM/C-Vermerk	Anzahl der Entbindungen ohne FGM/C-Vermerk	Zeitliche Abfolge (0=kein Vermerk, 1=Vermerk)
1	2	1	1	1-0
9	1	1	0	1
11	1	1	0	1
15	2	2	0	1-1
16	2	1	1	0-1
17	1	1	0	1
18	1	1	0	1
19	1	1	0	1
155	2	2	0	1-1
292	2	2	0	1-1
340	5	1	4	0-0-0-0-1
357	4	1	3	1-0-0-0
424	3	1	2	0-1-0
439	2	2	0	1-1
450	1	1	0	1
500	3	1	2	0-1-0
522	2	2	0	1-1

Tabelle 13: Zeitliche Abfolge der FGM/C-Vermerke (0=kein Vermerk von FGM/C vorhanden, 1=Vermerk von FGM/C vorhanden)

3.7 Vergleich FGM/C-Dokumentation und -Prävalenzschätzungen

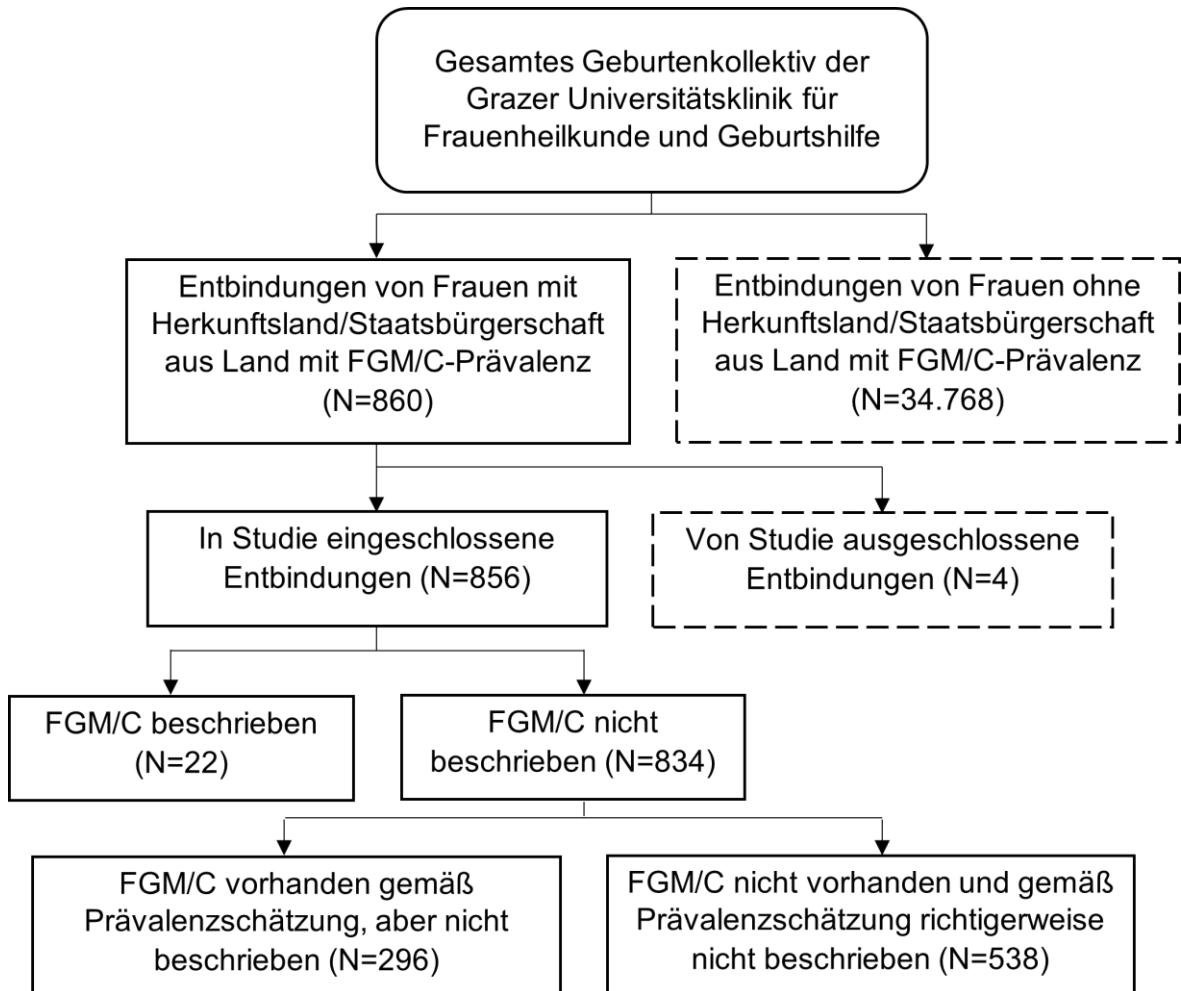


Abbildung 12: Vergleich FGM/C-Dokumentation und Prävalenzschätzungen

Bei 22 der 856 Entbindungen (2,6%) durch Frauen mit Herkunft und/oder Staatsbürgerschaft aus einem Land mit bekannter FGM/C-Prävalenz wurde das Vorhandensein von FGM/C dokumentiert. Unter Verwendung der aktuellen FGM/C-Prävalenzdaten des UNICEF für 15-49-Jährige (Ausnahme Indonesien: 0-11-Jährige) (1,96) wäre jedoch zu erwarten, dass bei schätzungsweise 318 Entbindungen (37,1%) FGM/C vorhanden war. Daraus lässt sich schließen, dass bei etwa 296 Geburten (34,6%) das Erkennen bzw. Dokumentieren von FGM/C verabsäumt wurde (siehe **Tabelle 14** und **Abbildung 12**).

Unter Verwendung der gleichen Methode zur Schätzung der FGM/C-Prävalenz im Studienkollektiv erhält man eine Anzahl von etwa 207 Patientinnen (38,4%), die während des Studienzeitraums an der klinischen Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des LKH-Universitätsklinikum Graz gebärt haben und von FGM/C betroffen waren. Da bei nur 17 Patientinnen (3,2%) FGM/C vermerkt wurde, wurden somit etwa 190 mit FGM/C lebende Frauen (35,3%) nicht erfasst (siehe **Tabelle 15**).

Herkunft	Anzahl	Anzahl FGM-Vermerke	FGM-Landesprävalenz	geschätzte Anzahl der FGM-Vermerke
Ägypten	189	0	87%	164,43
Äthiopien	9	0	65%	5,85
Côte d'Ivoire	2	0	37%	0,74
Burkina Faso	1	0	76%	0,76
Eritrea	4	0	83%	3,32
Gambia	3	2	76%	2,28
Ghana	44	0	4%	1,76
Indonesien	17	0	49%	8,33
Irak	107	0	7%	7,49
Jemen	1	0	19%	0,19
Kamerun	4	0	1%	0,04
Kenia	20	2	21%	4,2
Mali	1	0	89%	0,89
Niger	3	0	2%	0,06
Nigeria	398	7	19%	75,62
Senegal	1	0	24%	0,24
Sierra Leone	15	0	86%	12,9
Somalia	24	9	98%	23,52
Sudan	5	2	87%	4,35
Tschad	1	0	38%	0,38
Uganda	4	0	0%	0
Zentr. Afr. Rep.	3	0	24%	0,72
Summe	856	22		318,07

Tabelle 14: Entbindungen mit tatsächlicher und geschätzter Anzahl an FGM/C-Vermerken

Herkunft	Anzahl	Anzahl FGM-Vermerke	FGM-Landesprävalenz	geschätzte Anzahl der FGM-Vermerke
Ägypten	120	0	87%	104,4
Äthiopien	8	0	65%	5,2
Côte d'Ivoire	2	0	37%	0,74
Burkina Faso	1	0	76%	0,76
Eritrea	3	0	83%	2,49
Gambia	2	1	76%	1,52
Ghana	27	0	4%	1,08
Indonesien	13	0	49%	6,37
Irak	89	0	7%	6,23
Jemen	1	0	19%	0,19
Kamerun	4	0	1%	0,04
Kenia	13	1	21%	2,73
Mali	1	0	89%	0,89
Niger	1	0	2%	0,02
Nigeria	211	6	19%	40,09
Senegal	1	0	24%	0,24
Sierra Leone	14	0	86%	12,04
Somalia	19	8	98%	18,62
Sudan	3	1	87%	2,61
Tschad	1	0	38%	0,38
Uganda	3	0	0%	0
Zentr. Afr. Rep.	2	0	24%	0,48
SUMME	539	17		207,12

Tabelle 15: Patientinnen mit tatsächlicher und geschätzter Anzahl an FGM/C-Vermerken

Die folgende **Abbildung 13** stellt eine Einteilung der Entbindungen nach Regionen der unterschiedlichen Länder mit bekannter FGM/C-Prävalenz dar.

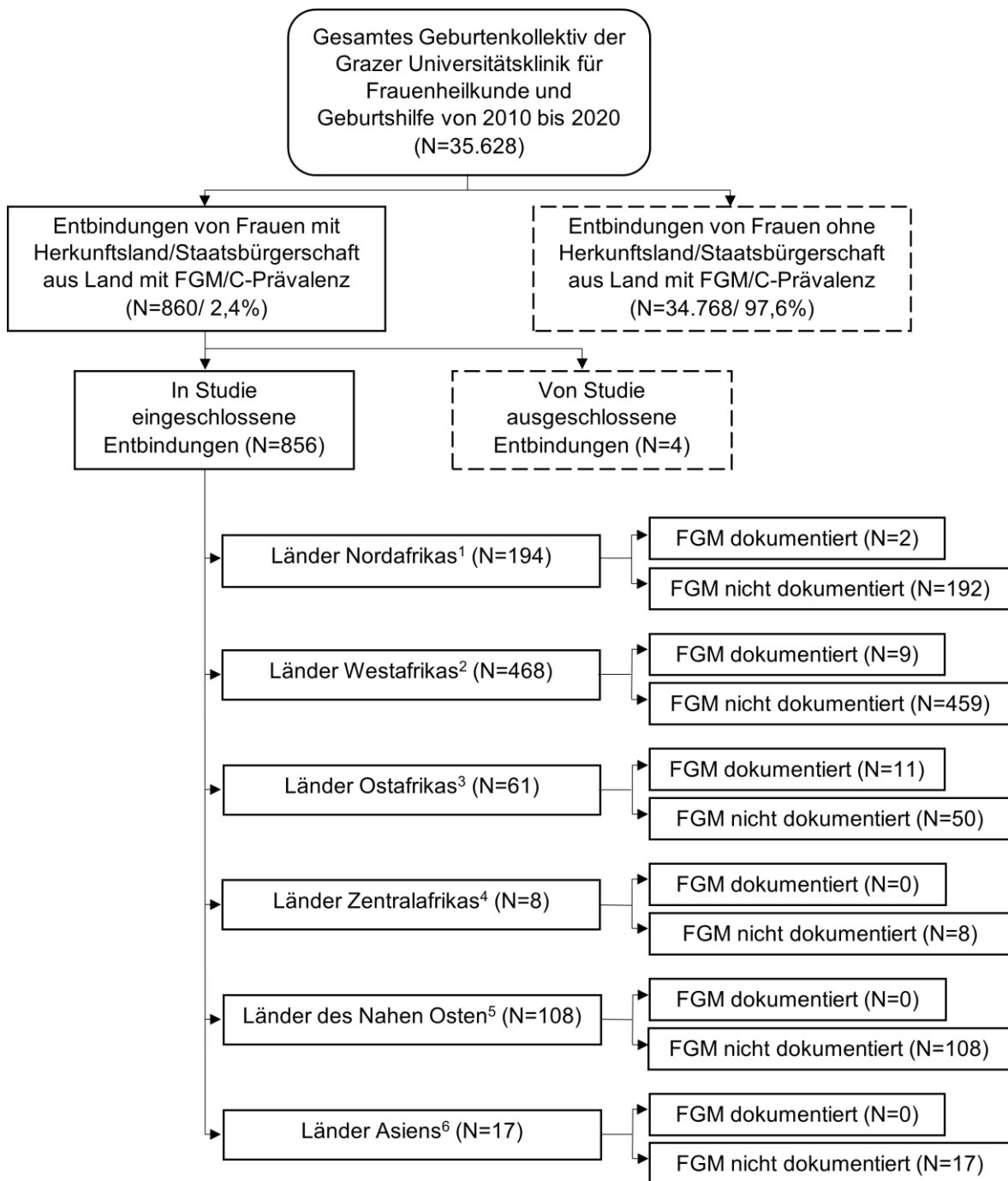


Abbildung 13: Einteilung der FGM/C-Dokumentation nach Regionen

¹Ägypten, Sudan

²Burkina Faso, Elfenbeinküste, Gambia, Ghana, Mali, Niger, Nigeria, Senegal, Sierra Leone

³Äthiopien, Eritrea, Kenia, Somalia, Uganda

⁴Kamerun, Tschad, Zentral Afrikanische Republik

⁵Jemen, Irak

⁶Indonesien

3.8 Vergleich vor/nach der Flüchtlingskrise 2015

Während des Zeitraums von 01.01.2010 bis 30.06.2015 fanden 418 (48,8%) Entbindungen an der klinischen Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des LKH-Universitätsklinikum Graz statt. Etwa 169 dieser Geburten (40,4%) wurden schätzungsweise von mit FGM/C lebenden Frauen durchgeführt, wobei FGM/C nur bei 2 Entbindungen (0,5%) tatsächlich dokumentiert wurde.

Von 01.07.2015 bis 31.12.2020 erfolgten 438 Entbindungen (51,2%) durch Frauen mit Herkunft und/oder Staatsbürgerschaft aus einem Land mit bekannter FGM/C-Prävalenz. Die geschätzte Anzahl an Geburten durch von FGM/C betroffenen Frauen in diesem Zeitraum beträgt 149 (34%). FGM/C wurde jedoch nur bei 20 Entbindungen (4,6%) dokumentiert (siehe **Abbildung 14**).

Es konnte kein signifikanter Anstieg an Entbindungen durch Frauen, die entweder aus einem Land mit bekannter FGM/C-Prävalenz stammen und/oder eine Staatszugehörigkeit zu einem dieser Länder aufweisen, von 1.7.2015-31.12.2020 im Vergleich zu 1.1.2010-30.6.2015 belegt werden ($p=0,516$).



Abbildung 14: Vergleich der Anzahl an Entbindungen von 1.1.2010-30.6.2015 (N=418/48,8%) und von 1.7.2015-31.12.2020 (N=438/51,2%)

Herkunft	1.1.2010-30.6.2015				30.6.2015-31.12.2020			
	Anzahl	Anzahl FGM-Vermerke	FGM-Landesprävalenz	geschätzte Anzahl der FGM-Vermerke	Anzahl	Anzahl FGM-Vermerke	FGM-Landesprävalenz	geschätzte Anzahl der FGM-Vermerke
Ägypten	124	0	87%	107,88	65	0	87%	56,55
Äthiopien	6	0	65%	3,9	3	0	65%	1,95
Burkina Faso	1	0	76%	0,76	0	0	76%	0
Côte d'Ivoire	0	0	37%	0	2	0	37%	0,74
Eritrea	0	0	83%	0	4	0	83%	3,32
Gambia	1	0	76%	0,76	2	2	76%	1,52
Ghana	36	0	4%	1,44	8	0	4%	0,32
Indonesien	9	0	49%	4,41	8	0	49%	3,92
Irak	12	0	7%	0,84	95	0	7%	6,65
Jemen	0	0	19%	0	1	0	19%	0,19
Kamerun	2	0	1%	0,02	2	0	1%	0,02
Kenia	10	0	21%	2,1	10	2	21%	2,1
Mali	1	0	89%	0,89	0	0	89%	0
Niger	1	0	2%	0,02	2	0	2%	0,04
Nigeria	200	1	19%	38	198	6	19%	37,62
Senegal	0	0	24%	0	1	0	24%	0,24
Sierra Leone	5	0	86%	4,3	10	0	86%	8,6
Somalia	1	1	98%	0,98	23	8	98%	22,54
Sudan	2	0	87%	1,74	3	2	87%	2,61
Tschad	1	0	38%	0,38	0	0	38%	0
Uganda	3	0	0%	0	1	0	0%	0
Zentr. Afr. Rep.	3	0	24%	0,72	0	0	24%	0
SUMME	418	2		169,14	438	20		148,93

Tabelle 16: Entbindungen 1.1.2010-30.6.2015 und 31.7.2015-31.12.2020

In **Tabelle 17** wurden die 10 Länder mit der höchsten FGM/C-Prävalenz gereiht und die Anzahl an Entbindungen, die vor und nach der Flüchtlingskrise 2015 am LKH-Universitätsklinikum Graz stattgefunden haben, verglichen. Bei 5 dieser 10 Länder (rot markiert), wurde ein Anstieg an Entbindungen nach 2015 verzeichnet.

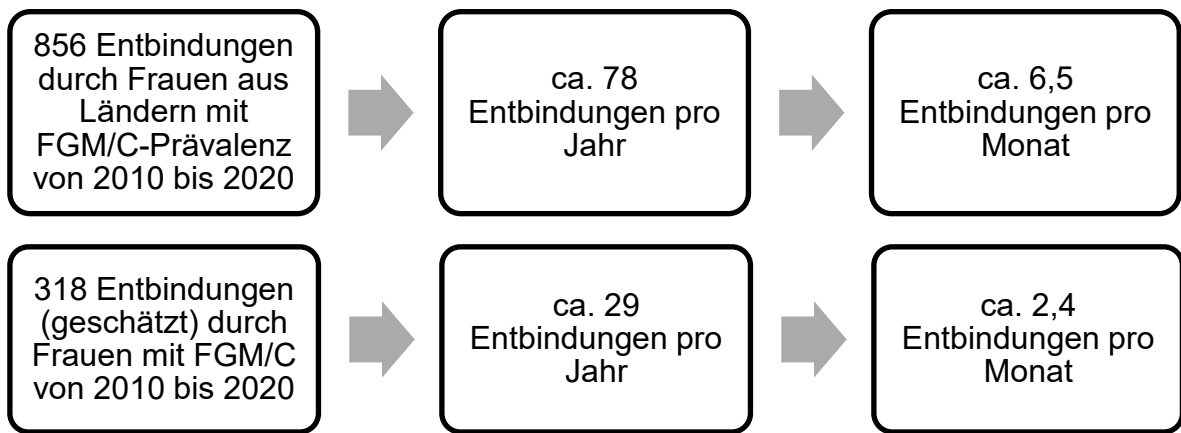
Herkunft	1.1.2010-30.6.2015				1.7.2015-31.12.2020			
	Anzahl	Anzahl FGM-Vermerke	FGM-Landesprävalenz	geschätzte Anzahl der FGM-Vermerke	Anzahl	Anzahl FGM-Vermerke	FGM-Landesprävalenz	geschätzte Anzahl der FGM-Vermerke
Somalia	1	1	98%	0,98	23	8	98%	22,54
Mali	1	0	89%	0,89	0	0	89%	0
Ägypten	124	0	87%	107,88	65	0	87%	56,55
Sudan	2	0	87%	1,74	3	2	87%	2,61
Sierra Leone	5	0	86%	4,3	10	0	86%	8,6
Eritrea	0	0	83%	0	4	0	83%	3,32
Burkina Faso	1	0	76%	0,76	0	0	76%	0
Gambia	1	0	76%	0,76	2	2	76%	1,52
Äthiopien	6	0	65%	3,9	3	0	65%	1,95
Indonesien	9	0	49%	4,41	8	0	49%	3,92

Tabelle 17: Entbindungen vor und nach der Flüchtlingskrise 2015 aus Ländern mit den 10 höchsten FGM/C-Prävalenzzahlen

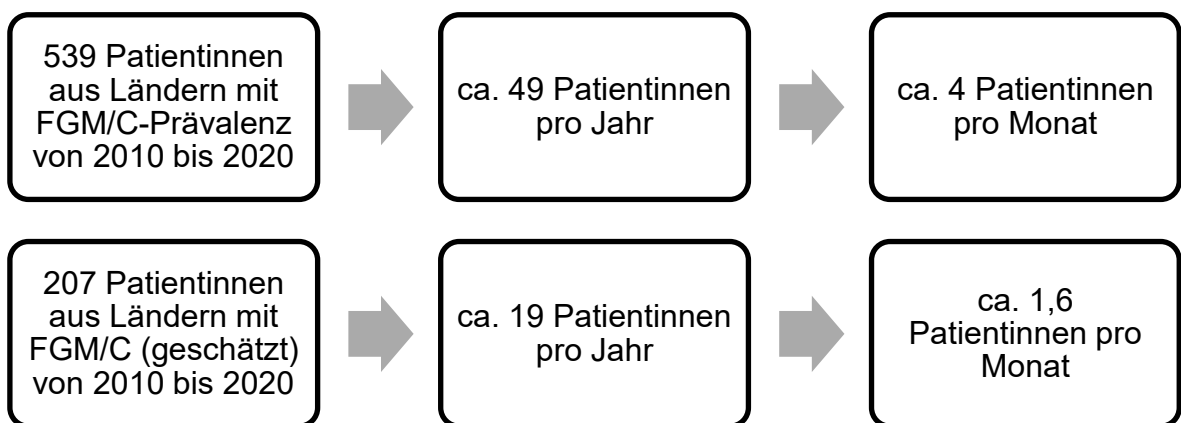
Mittels des Tests auf Binomialverteilung konnte ein signifikanter Anstieg der Entbindungen nach der Flüchtlingskrise 2015 verglichen zu davor bei Frauen mit Herkunft und/oder Staatszugehörigkeit aus Somalia ($p=0,000$) nachgewiesen werden. Der Anstieg an Entbindungen durch Frauen aus dem Sudan ($p=1,000$), Sierra Leone ($p=0,302$) und Gambia ($p=1,000$) war nicht signifikant. Die Durchführung des Tests auf Binomialverteilung war wegen fehlender Entbindungen vor der Flüchtlingskrise nicht möglich.

3.9 Schätzung des Ausmaßes des FGM/C-Kontakts an der klinischen Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Bei einer Anzahl von 856 Entbindungen durch Frauen mit Herkunft und/oder Staatsbürgerschaft aus Ländern mit bekannter FGM/C-Prävalenz während des Zeitraums 2010-2020 sind etwa 78 Entbindungen pro Jahr mit je 6,5 Entbindungen pro Monat zu erwarten. Davon werden schätzungsweise 2,4 Geburten monatlich durch Frauen, die von FGM/C betroffen sind, durchgeführt.



Auf Patientinnen-Ebene lässt sich eine Anzahl von 4 Patientinnen pro Monat aus einem Land mit FGM/C-Prävalenz erwarten, die zur Entbindung ihres Kindes die klinische Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des LKH-Universitätsklinikum Graz aufsuchen, erwarten. Ca. 1,6 Patientinnen monatlich sind tatsächlich von FGM/C betroffen.



4 Diskussion

Diese retrospektive Datenanalyse ergab, dass 2,4% der Entbindungen an der Grazer Frauenklinik im Zeitraum von 1.1.2010 bis 31.12.2020 durch Frauen mit Herkunft und/oder Staatsbürgerschaft aus Ländern mit bekannter FGM/C-Prävalenz erfolgt sind. 51,2% Entbindungen fanden zwischen 1.7.2015 und 31.12.2020 statt. Verglichen mit den Beobachtungsjahren davor konnten bei 5 der 10 Länder mit der höchsten FGM/C-Prävalenz ein Anstieg der Entbindungen ab Juli 2015 verzeichnet werden, wobei ein signifikanter Anstieg an Entbindungen durch Frauen mit Herkunft und/oder Staatsbürgerschaft aus Somalia nachgewiesen werden konnte.

Unter Zuhilfenahme der Prävalenzzahlen der jeweiligen Länder, in denen FGM/C stark verbreitet ist, kann geschätzt werden, dass bei rund 37% der Entbindungen FGM/C präsent war. Das Vorhandensein von FGM/C wurde jedoch nur bei 2,6% der Entbindungen dokumentiert. In Hinblick auf die tatsächliche Anzahl an Patientinnen des Studienkollektivs kann geschätzt werden, dass bei 92% der Patientinnen (190 von 207 Patientinnen) FGM/C vorhanden war, jedoch nicht dokumentiert wurde. Die Hypothese dieser Arbeit, dass FGM/C vom Gesundheitspersonal häufig nicht erkannt und/oder dokumentiert wird, konnte somit bestätigt werden.

Ähnliche Ergebnisse brachte eine explorative, deskriptive Studie der Schweiz. Hierbei wurde die Anzahl an Mädchen und Frauen mit Nationalität aus einem der 30 Länder, in denen FGM/C praktiziert wird, erhoben. Alle Patientinnen, welche im Zeitraum von 2016 bis 2018 an vier Universitätskrankenhäusern des Landes stationär behandelt wurden, wurden in die Studie inkludiert. Zudem wurde die Anzahl an FGM/C-Dokumentationen mittels Abfrage der ICD-10 Codes für FGM/C ermittelt. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass bei 2,3% der in den Schweizer Universitätsspitalern stationierten Mädchen und Frauen das Vorhandensein von FGM/C codiert wurde. Mittels indirekter Schätzungsverfahren — ähnlich jener dieser Studie — wurde jedoch eine FGM/C-Prävalenz von 56,7% erwartet. Bei rund 95,8% der schätzungsweise von FGM/C betroffenen Patientinnen wurde somit eine Codierung der weiblichen Genitalverstümmelung verabsäumt, was darauf rückschließen lässt, dass FGM/C vom Gesundheitspersonal nicht richtig erkannt, dokumentiert und/oder codiert wurde und somit im Einklang mit unseren Ergebnissen steht. (97)

Zahlreiche Studien beschreiben weiters, dass Wissenslücken des Gesundheitspersonals bezüglich der Prävalenz, der Diagnosestellung und des Managements von FGM/C bestehen und dass die richtige Identifikation und Klassifikation von FGM/C gemäß der WHO-Einteilung im Allgemeinen Schwierigkeiten bereitet (98-107).

Der wichtigste Schritt, um eine von FGM/C betroffene Frau adäquat behandeln zu können, besteht zu Beginn darin, das Vorhandensein einer weiblichen Genitalverstümmelung zu erkennen und auch anzusprechen. Wird diese nicht bemerkt, kann keine korrekte Diagnose gestellt werden, den Betroffenen wird eine angemessene medizinische Versorgung und Beratung vorenthalten und potenziell gefährdete Folgegenerationen können so auch nicht vor der Praktik geschützt werden. (106)

Kulturelle Faktoren, wie ein verspätetes Aufsuchen von Gesundheitseinrichtungen, die Ablehnung von medizinischen Eingriffen und eine schlechte Kommunikation zwischen betroffenen Frauen und dem Gesundheitspersonal wurden mit einem schlechteren Geburtsergebnis bei Migrantinnen aus FGM/C praktizierenden Ländern in Verbindung gebracht (108). Weiters zeigen Studien, dass diese Migrantinnen aufgrund der Sprachbarriere häufig Schwierigkeiten beim Verstehen von Behandlungsprotokollen und Gesundheitsinformationen aufweisen, wodurch eine gemeinsame Entscheidungsfindung bezüglich notwendiger medizinischer Behandlungsschritte erschwert bis unmöglich ist (108). In unserer Datenanalyse wurde bei 17,1% der Entbindungen (146 von 856 Entbindungen) explizit auf eine bestehende Sprachbarriere hingewiesen.

Ein weiterer erschwerender Faktor bei der gesundheitlichen Versorgung von Frauen mit FGM/C sind soziokulturelle Unterschiede. Ein qualitativer Systematischer Review über Erfahrungen von durch FGM/C betroffene Mädchen und Frauen aus dem Gesundheitswesen beschreibt, dass vielen Betroffenen erst nach Einreise oder Umzug in ein Land mit anderer Kultur bewusst wird, dass sie aufgrund ihrer weiblichen Genitalverstümmelung „anders“ sind. Erst dann können viele von ihnen beginnen, über mögliche durch FGM/C hervorgerufene Symptome und Komplikationen zu reflektieren. Zuvor als selbstverständlich angesehene Aspekte ihrer Kultur werden häufig in Frage gestellt und sie beginnen sich in ihrem eigenen Körper und ihrer sexuellen Identität unwohl zu fühlen. Einige Mädchen und Frauen berichteten, dass sie Scham und Wut empfanden, wenn sie durch das

Gesundheitspersonal des Gastlandes als „anders“ und „verstümmelt“ abgestempelt wurden und hatten das Gefühl, dass ihre Kultur missverstanden werden würde. Dies soll in einigen Fällen dazu geführt haben, dass die Mädchen und Frauen ihre Betroffenheit von FGM/C im ärztlichen Gespräch nicht erwähnten und sich während der medizinischen Untersuchung äußerst unwohl fühlten. Eine offene Kommunikation und ein gegenseitiges Verständnis zwischen den Betroffenen und dem behandelnden Gesundheitspersonal kann in weiterer Folge nur sehr schwer erreicht werden. (109)

Eine Möglichkeit, um das Gesundheitspersonal bezüglich einer richtigen Identifikation und Klassifikation von FGM/C zu schulen, wäre die Erstellung einer Pocketcard mit Fotos und Beschreibungen der vier FGM/C Typen, sowie eine Auflistung der Länder mit höchster Prävalenz der Praktik und den häufigsten damit assoziierten gesundheitlichen Komplikationen (110). Kommunikationstrainings oder Rollenspiele könnten die Fähigkeiten der Angehörigen des Gesundheitswesens im Umgang mit betroffenen Mädchen und Frauen verbessern, wodurch sie vertrauter mit dem Ansprechen von sensiblen sexuellen und kulturellen Problemen werden könnten (110). In den Leitlinien zum Umgang mit Frauen mit FGM/C der WHO ist verankert, dass im Fall von Sprachbarrieren ein/e offizielle/r Dolmetscher/in zu Hilfe gezogen werden sollte, um sicherzustellen, dass die Betroffenen akkurate und klare Informationen erhalten und diese auch verstehen können (7). Der/die Dolmetscher/in sollte zertifiziert, weiblich und kein/e Familienangehörige/r oder Freund/in der Betroffenen sein und mit dem Thema FGM/C vertraut sein (8). Dies gestaltet sich im klinischen Alltag oft als schwierig und zeitaufwendig, sollte jedoch trotzdem kein Hindernis für die bestmögliche Beratung und Behandlung darstellen. Diesem Problem könnte man mit einer offiziellen Anlaufstelle für betroffene Frauen, welche über eine funktionierende Organisation und Infrastruktur mit PsychologInnen, DolmetscherInnen und geschultem Gesundheitspersonal verfügt, entgegenwirken. Ist der Grundstein der Sensibilisierung und Schulung des Gesundheitspersonal bezüglich FGM/C erst einmal gelegt, ist in weiterer Folge eine einheitliche Dokumentation der Praktik bei betroffenen Patientinnen notwendig. Ein dafür geeignetes Dokumentationssystem wäre die ICD-10 Klassifikation (111). Die von der WHO publizierte internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme dient der systematischen und standardisierten

Aufzeichnung und Analyse von Krankheiten und wird international verwendet. Für Österreich gibt es eine angepasste Version des Bundesministeriums für Gesundheit, welche unter anderem in der Spitalsentlassungsstatistik Verwendung findet. (112) Die Betroffenheit einer Patientin von FGM/C kann durch Z91.7 (weibliche Genitalverstümmelung in der Eigenanamnese) codiert werden, wobei eine weitere Klassifizierung mittels Z91.70 (nicht näher bezeichnet), Z91.71 (Typ 1), Z91.72 (Typ 2), Z91.73 (Typ 3) und Z91.74 (Typ 4) möglich ist. (113)

Dass die ICD-10 Codierung für FGM/C in Österreich jedoch nicht häufig verwendet wird, zeigt eine Anfragebeantwortung des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Hierbei wurde beschrieben, dass die Codierung Z91.7 im Jahr 2019 österreichweit bei nur 13 Patientinnen als relevante Zusatzdiagnose erfasst wurde. Die FGM/C-Codierungen stammten aus Krankenhäusern in Linz, Innsbruck, Kufstein und Wien. 12 der 13 Patientinnen hatten eine somalische Staatsbürgerschaft. (114).

Bei unserer Studie wurde die ICD-10 Codierung für FGM/C bei den 22 Entbindungen, bei denen das Vorhandensein einer weiblichen Genitalverstümmelung dokumentiert wurde, nicht verwendet und der Dokumentationsort von FGM/C war uneinheitlich. Auch bei Frauen, die mehr als einmal an der Grazer Frauenklinik geboren haben, gab es Diskrepanzen bei der FGM/C Dokumentation. Wie in **Tabelle 13** ersichtlich ist, wurde bei 6 der 17 Patientinnen (35,3%) mit dokumentierter weiblicher Genitalverstümmelung das Vorhandensein von FGM/C nicht bei jeder in Graz stattgefundenen Entbindung erfasst. Der FGM/C-Typ wurde nur bei 23,5% der Patientinnen genau klassifiziert. Bei 41,2% der Patientinnen wurden die Veränderungen der Vulva lediglich beschrieben und bei 35,3% gab es gar keine Angaben zur FGM/C-Ausprägung (siehe **Tabelle 12**).

Dass eine Sensibilisierung und Schulung des Gesundheitspersonals die Dokumentation von FGM/C verbessern kann, zeigte eine belgische Studie des EIGE für den Zeitraum 2012 bis 2015. Nach Bemühungen zur Bewusstseinsbildung zum Thema FGM/C und der Durchführung von Trainingsprogrammen an 18 belgischen Spitälern konnte die Anzahl der dokumentierten FGM/C-Fälle — im Vergleich zu der mittleren Zahl der Jahre zuvor — um das 2,5-fache erhöht und somit ein deutlich erhöhtes Bewusstsein geschaffen werden. (115)

Eine akkurate Dokumentation mittels ICD-10 Codierung erlaubt ein verbessertes Monitoring der FGM/C-Prävalenz und -Inzidenz auf regionaler, nationaler sowie internationaler und auch statistisch erfassbarer Ebene. Zusätzlich hat man damit die Möglichkeit, die mit der Praktik assoziierten, gesundheitlichen Komplikationen zu erfassen. Diese Daten sind nicht nur aus epidemiologischen Gründen wichtig, sondern sie dienen auch als Grundlage zur Erhebung der Notwendigkeit von Präventionskampagnen, Gesetzen und Betreuungsangeboten. (111)

Die zuvor erwähnte Schweizer Studie konnte zeigen, dass die Mehrheit der Patientinnen mit FGM/C-Codierung in Abteilungen der Geburtshilfe vorstellig wurden (97). In Anbetracht des erhöhten Risikos für geburtshilfliche Komplikationen bei Frauen mit FGM/C (48,55-57), ist somit besonders in diesem Bereich eine adäquate Betreuung der Betroffenen von großer Bedeutung.

Studien zeigten, dass das Risiko für Episiotomien bei Frauen mit FGM/C verglichen mit Frauen ohne FGM/C erhöht ist (48,55,56). Bei unserer Datenanalyse wurde bei 12,3% der vaginalen Entbindungen des Studienkollektivs eine Episiotomie durchgeführt. 52,4% der Episiotomien fanden im Rahmen einer Spontangeburt und 47,6% im Rahmen einer vaginal operativen Geburt statt (siehe **Tabelle 9**). Vergleicht man diese Daten mit den Werten des Geburtenregisters 2019 der Steiermark (10.598 Geburten), zeigt sich, dass die Episiotomie-Rate in steirischen Krankenanstalten mit 18,6% höher als jene des Studienkollektivs war (116). Die Episiotomie-Rate bei Entbindungen durch Frauen mit FGM/C-Dokumentation lag mit 14,3% zwar etwas höher als jene des gesamten Studienkollektivs (siehe **Tabelle 10**), war aber dennoch geringer als jene der steirischen Krankenanstalten im Jahr 2019. Somit konnte im Rahmen unserer Datenanalyse kein erhöhtes Risiko für Episiotomien in unserem Studienkollektiv festgestellt werden.

Aufgrund mangelnder repräsentativer Daten konnte kein erhöhtes für Kaiserschnitte (48) und instrumentelle Entbindungen (48,55) bei Patientinnen mit weiblicher Genitalverstümmelung belegt werden. Die Rate an Kaiserschnitten der steirischen Krankenanstalten im Jahr 2019 war mit 36,4% etwas geringer als jene des Studienkollektivs dieser Datenanalyse, welche 40,1% betrug. Der Unterschied war jedoch nicht statistisch signifikant ($p=0,031$). 18,1% der Entbindungen des steirischen Geburtenregisters wurden als primäre Sectio angegeben, verglichen mit einer primären Sectio-Rate von 22,3% unseres Studienkollektivs. Die Rate der

Entbindungen mit sekundärem Kaiserschnitt lag bei 18,3% in steirischen Krankenanstalten, im Vergleich zu 17,8% in unserer Datenanalyse. Es konnte somit eine etwas erhöhte Kaiserschnitttrate bei Entbindungen des Studienkollektivs festgestellt werden, wobei die Rate an primären Kaiserschnitten signifikant erhöht war ($p=0,002$). Die Rate an vaginal-operativen Geburten (inklusive vaginaler Beckenendlagegeburten) war im Studienkollektiv mit 4,9% signifikant geringer als jene der steirischen Krankenanstalten im Jahr 2019 mit 7,2% ($p=0,013$) (siehe **Tabelle 9**). (116)

Eine potenziell erhöhte Wahrscheinlichkeit für Kaiserschnitte bei Frauen mit FGM/C würde vor allem bei Frauen, die weitere Schwangerschaften planen, eine große Rolle spielen. In unserem Studienkollektiv wurde eine mittlere Parität der Gebärenden von 2,7 festgestellt (siehe **Tabelle 3**). Die Fertilitätsrate österreichischer Frauen lag während des Erhebungszeitraums von 2010 bis 2020 bei durchschnittlich 1,44 Kindern pro Frau und war somit deutlich niedriger als jene des Studienkollektivs (117).

Wird bei der ersten Geburt aufgrund einer weiblichen Genitalverstümmelung der Mutter ein Kaiserschnitt durchgeführt, obwohl eine vaginale Entbindung möglich gewesen wäre, wird die Betroffene bei Folgeschwangerschaften mit den potenziellen Risiken einer weiteren Geburt nach vorausgegangenem Kaiserschnitt konfrontiert. Zudem ist die Komplikationsrate für Mutter und Neugeborenes bei einer erfolgreichen vaginalen Geburt am geringsten und sollte somit vorrangig angestrebt werden. Bei vaginalem Entbindungsversuch nach vorangegangenem Kaiserschnitt ist das Risiko einer Uterusruptur sowie die Inzidenz von Placenta praevia und vorzeitiger Plazentalösung geringgradig erhöht und die Erfolgsaussichten liegen bei zirka 80%. Bei wiederholten Kaiserschnitten wird ein vaginaler Entbindungsversuch nicht mehr empfohlen und mögliche Folgemorbiditäten sind: Störungen der Plazentation (Placenta accreta, increta, percreta), eine erhöhte Hysterektomie-Wahrscheinlichkeit, Darm- und Blasenverletzungen, die Notwendigkeit von Bluttransfusionen und ein gesteigertes Infektionsrisiko. Gemäß den Empfehlungen der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe ist ein vaginaler Entbindungsversuch ab dem dritten Kaiserschnitt kontraindiziert. (118)

Die Entscheidung, ob ein Kaiserschnitt bei Erstgebärenden Frauen mit FGM/C durchgeführt wird, sollte somit vor allem in Anbetracht der erhöhten

Wahrscheinlichkeit für Folgeschwangerschaften und der damit verbundenen gesteigerten Morbidität besonders sorgfältig getroffen werden.

Bei von FGM/C betroffenen Frauen konnte kein erhöhtes Risiko für HIV und sexuell übertragbare Infektionen belegt werden (46), jedoch wird häufig von Infektionen mit HIV, HBV und HSV-2 bei Frauen mit weiblicher Genitalverstümmelung berichtet (47). In unserem Studienkollektiv waren 3% der Patientinnen von Hepatitis B, 1,1% von Hepatitis C und 1,7% von HIV betroffen. Weitere präsenzte Infektionskrankheiten waren Tuberkulose (0,4%), CMV (1,3%) und Gonorrhoe (0,2%) (siehe **Tabelle 2**).

Gemäß Daten des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz sind etwa 0,1% der österreichischen Bevölkerung mit HIV, 0,5% mit dem Hepatitis-B-Virus und etwa 0,15-0,4% mit dem Hepatitis-C-Virus infiziert (119). Die Prävalenz dieser Infektionskrankheiten ist somit im Studienkollektiv im Vergleich zu der österreichischen Gesamtbevölkerung erhöht. Dies spielt insbesondere im geburtshilflichen Setting eine große Rolle, da im Rahmen der Geburt das Risiko einer vertikalen Transmission der Infektion auf das Neugeborene besteht. Zudem ist ein erhöhter Schutz des geburtshilflichen Personals notwendig, da diese Infektionen über das Blut übertragen werden können.

Gemäß unserer Analyse beliefen sich rund 6,5 Geburten pro Monat an der Frauenklinik auf Frauen, die entweder eine Herkunft und/oder eine Staatsbürgerschaft aus einem Land mit hoher FGM/C-Prävalenz aufweisen. Unseren Schätzungen zufolge waren die gebärenden Frauen bei rund 2,6 Geburten pro Monat tatsächlich von FGM/C betroffen. Die jährliche durchschnittliche Anzahl an Patientinnen, die an der Grazer Frauenklinik für die Geburt ihres Kindes vorstellig geworden sind und bei denen eine weibliche Genitalverstümmelung vorliegt, lag schätzungsweise bei 19 Frauen.

Auch wenn im Studienzeitraum von 1.7.2015-31.12.2020 im Vergleich zu 1.1.2010-30.6.2015 kein signifikanter Anstieg an Entbindungen durch Frauen, die entweder aus einem Land mit bekannter FGM/C-Prävalenz stammen und/oder eine Staatszugehörigkeit zu einem dieser Länder aufweisen, nachgewiesen werden konnte ($p=0,516$), ist zu erwarten, dass die Anzahl an Geburten durch Frauen mit FGM/C europaweit und somit auch in Österreich und Graz zunehmen wird. Diese Annahme bestätigt eine Demografie-gesteuerte Prognose, bei der

vorhergesagt wird, dass die EU28-Staaten im Zeitraum von 2016 bis 2030 rund 1.3 Millionen Migrantinnen aus Ländern, in denen FGM/C praktiziert wird, aufnehmen werden. Rund ein Drittel dieser Migrantinnen soll bereits vor der Zuwanderung von FGM/C betroffen sein. (95)

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass bei 5 der 10 Länder mit den höchsten FGM/C-Prävalenzzahlen ein Anstieg an Entbindungen in den Jahren 1.7.2015-31.12.2020 im Vergleich zu 1.1.2010-30.6.2015 verzeichnet wurde. Diese sind Somalia mit einer FGM/C-Prävalenz von 98%, Sudan mit 87%, Sierra Leone mit 86%, Eritrea mit 83% und Gambia mit 76%. Da die Wahrscheinlichkeit eines Vorhandenseins von FGM/C bei Frauen mit Herkunft und/oder Staatsbürgerschaft aus diesen Ländern sehr hoch ist, sollte das geburtshilfliche Personal besonders bei diesem Kollektiv auf eine mögliche weibliche Genitalverstümmelung achten. Gemäß unseren Schätzungen stimmte die Anzahl an dokumentierten FGM/C-Fällen mit der erwarteten Anzahl an Entbindungen durch Frauen mit FGM/C im Zeitraum von 1.7.2015 bis 12.2020 nur bei Betroffenen mit Herkunft und/oder Staatsbürgerschaft aus Sudan und Gambia überein. Bei an der klinischen Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des LKH-Universitätsklinikums Graz gebärenden Frauen aus Somalia, Sierra Leone und Eritrea wird angenommen, dass die Anzahl FGM/C-Fällen deutlich unterdokumentiert wurde (siehe **Tabelle 17** Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.).

Bei einer durchschnittlichen Anzahl von schätzungsweise 2,6 Geburten pro Monat durch eine Frau mit weiblicher Genitalverstümmelung und der Annahme, dass 50% der geborenen Kinder ein weibliches Geschlecht aufweisen, kann vermutet werden, dass jeden Monat mindestens ein Mädchen am LKH-Universitätsklinikum Graz auf die Welt kommt, das unter dem Risiko steht, in Zukunft ein Opfer von FGM/C zu werden. Um weitere Generationen vor der Durchführung von FGM/C zu schützen, ist es von großer Bedeutung, dass das Vorhandensein von FGM/C bei der Mutter spätestens zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes durch das Gesundheitspersonal erkannt wird. Im Zuge der Geburt soll die Mutter und wenn möglich auch der Vater der neugeborenen Tochter über die rechtliche Situation in Österreich bezüglich FGM/C aufgeklärt (siehe Kapitel 1.5.2) und die Wichtigkeit der körperlichen Unversehrtheit für eine gesunde Kindesentwicklung betont werden. Die Informationen sollten hierbei einfühlsam, aber unmissverständlich vermittelt werden. Diese Präventionsmaßnahmen sollten auch durch den

zukünftigen Kinderarzt/die zukünftige Kinderärztin fortgeführt werden, was wiederum auf die wichtige und notwendige interdisziplinäre Zusammenarbeit in diesem speziellen Patientenkollektiv hinweist. (87)

FGM/C ist ein praxisrelevantes Thema für alle Angehörigen der Gesundheitsberufe und spielt vor allem im geburtshilflichen Setting eine große Rolle. Die Anzahl an Migrantinnen mit weiblicher Genitalverstümmelung wird Prognosen zufolge in Zukunft weiter ansteigen (95), wodurch das Gesundheitspersonal zunehmend mit den Bedürfnissen von betroffenen Frauen konfrontiert werden wird. Es liegen keine repräsentativen Daten zur FGM/C-Prävalenz an österreichischen Krankenhäusern und der Kapazität des österreichischen Gesundheitspersonals, eine weibliche Genitalverstümmelung zu erkennen, vor. Diese retrospektive Datenanalyse ist somit die erste, die sich mit dem Thema FGM/C in einem österreichischen Krankenhaus auseinandersetzt.

Eine weitere Stärke unserer Studie ist die große Fallzahl von 35.628 Geburten an einem österreichischen Tertiärzentrum und der lange Studienzeitraum (2010-2020), welcher erfasst worden ist. Der Studienzeitraum wurde so gewählt, dass ein Vergleich der Entbindungen vor der Flüchtlingswelle im Jahr 2015 (1.1.2010-30.6.2015) mit dem Zeitraum danach (1.7.2015-31.12.2020) möglich wurde und folglich potenzielle Auswirkungen der Flüchtlingskrise auf die Anzahl an Geburten durch Frauen mit Herkunft und/oder Staatsbürgerschaft aus einem Land mit bekannter FGM/C-Prävalenz analysiert werden konnten. Des Weiteren kann die hohe Anzahl an erhobenen Daten und Parametern als eine Stärke der retrospektiven Datenanalyse genannt werden.

Das retrospektive Design erlaubt keine Überprüfung der Richtigkeit und Vollständigkeit der dokumentierten Daten, welche für die Datenanalyse herangezogen worden sind. Ob das Vorhandensein von FGM/C vom Gesundheitspersonal erkannt, jedoch nicht dokumentiert wurde, kann retrospektiv nicht kontrolliert werden. Auch die Richtigkeit des Geburtslandes und der Staatsbürgerschaft der Patientinnen kann nicht überprüft werden. Somit wurden möglicherweise Patientinnen in die Datenanalyse inkludiert, die nicht aus einem Land mit bekannter hoher FGM/C-Prävalenz stammen, und andere Fälle exkludiert, obwohl die Betroffenen aus einem FGM/C praktizierenden Land emigriert sind. Um eine möglichst akkurate Analyse zu erstellen, wurde bei Patientinnen, die eine Herkunft aus einem, und eine Staatsbürgerschaft aus einem

anderen Land mit hoher FGM/C-Prävalenz aufwiesen, das Herkunftsland priorisiert. Diese Entscheidung wurde unter der Annahme, dass die Prävalenzzahlen des Geburtslandes zutreffender sind als jene des Staatsbürgerschaftslandes, getroffen.

Bei der durchgeführten Schätzung der FGM/C-Prävalenz des Studienkollektivs wurde vorausgesetzt, dass sich die von UNICEF publizierten Prävalenzzahlen auf in Österreich lebende Migrantinnen des gleichen Herkunftslandes und/oder der gleichen Staatsbürgerschaft übertragen lassen. Studien vermuten jedoch, dass Faktoren wie Bildung, kulturelle Anpassung, die Aufenthaltsdauer in einem Land, in dem FGM/C illegal ist und nicht der Norm entspricht, und der Umstand, Teil einer neuen Generation oder Gemeinschaft zu sein, die Unterstützung der Praktik durch MigrantInnen verringern (111). Die errechneten Prävalenzzahlen für das Studienkollektiv entsprechen somit vermutlich nicht exakt der Realität, sondern stellen eher ein Worst-Case-Szenario dar.

Eine weitere Schwäche der Studie ist, dass die Datenanalyse nur Geburten an der Grazer Frauenklinik umfasst. Andere steierische Krankenhäuser mit einer geburtshilflichen Abteilung wurden nicht untersucht, wodurch eine steiermarkweite Analyse der FGM/C-Prävalenz nicht möglich ist. Da Flüchtlingszentren mit potenziell von FGM/C betroffenen Frauen jedoch häufig in der Peripherie des Landes liegen, und das LKH-Universitätsklinikum Graz somit nicht die erste Anlaufstelle für diese Frauen ist, wäre eine ganzheitliche Untersuchung aller steiermärkischen Krankenhäuser von großer Bedeutung.

Die Diskrepanz zwischen der dokumentierten (2,6%) und der erwarteten (37,1%) FGM/C-Rate bei den Entbindungen des Studienkollektivs legt nahe, dass ein Wissensdefizit des Gesundheitspersonals zum Thema FGM/C besteht. Bei rund 6,5 Geburten pro Monat durch Frauen, die entweder eine Herkunft und/oder eine Staatsbürgerschaft aus einem Land mit bekannter hoher FGM/C-Prävalenz aufweisen, und der Prognose, dass diese Anzahl in Zukunft weiter ansteigen wird, ist es besonders wichtig, dass von FGM/C betroffene Frauen rechtzeitig erkannt und optimal betreut beziehungsweise bei Notwendigkeit frühzeitig an eine spezialisierte Beratungsstelle überwiesen werden. Ideal wäre es, wenn die weibliche Genitalverstümmelung bereits zum Zeitpunkt der ersten Schwangerschaft/Geburt diagnostiziert werden würde, um die Notwendigkeit einer Defibulation erheben und nicht unbedingt notwendige Kaiserschnitte vermeiden zu

können, da dieses Kollektiv laut unseren Daten zu einer erhöhten Parität gegenüber der Gesamtbevölkerung neigt und somit von einer niedrigen Sectorate profitieren würde.

Eine Sensibilisierung und Schulung des Gesundheitspersonals - insbesondere der gynäkologischen und geburtshilflichen Abteilung sowie niedergelassener GynäkologInnen, KinderärztInnen und AllgemeinmedizinerInnen – ist unbedingt notwendig, um von FGM/C betroffene Mädchen und Frauen erkennen und optimal beraten zu können, sowie um weitere Generationen vor der Ausübung der Praktik zu schützen. Bei der Ausbildung können die Leitlinien für das Management von gesundheitlichen Komplikationen von FGM/C (7) und das klinische Handbuch zur Betreuung von mit FGM/C lebenden Mädchen und Frauen der WHO (8) sowie der Leitfaden zum Umgang mit betroffenen Mädchen und Frauen des österreichischen Instituts für Frauen- und Männergesundheit (87) als Wissensgrundlage verwendet werden. Eine Pocketcard mit Auflistung der 4 FGM/C-Typen, der Länder mit höchster FGM/C-Prävalenz sowie häufigen gesundheitlichen Komplikationen könnten die Diagnosestellung im Klinikalltag erleichtern. Kulturelle Sensibilität und eine gute Kommunikation - idealerweise unter Einbeziehung eines Dolmetschers/einer Dolmetscherin - sind im Umgang mit betroffenen Mädchen und Frauen besonders wichtig.

Für in Österreich lebende Mädchen und Frauen mit FGM/C gibt es, wie im Kapitel 1.5.4 beschrieben wurde, in Wien die Möglichkeit einer adäquaten Beratung und medizinischen Betreuung einschließlich der Durchführung einer Defibulation und rekonstruktiver chirurgischer Maßnahmen. Unsere retrospektive Datenanalyse zeigt, dass auch in Graz beziehungsweise im Osten Österreichs eine Notwendigkeit für eine offizielle Beratungsmöglichkeit mit interdisziplinärer Infrastruktur (GynäkologInnen, Geburtshelfer, KinderärztInnen, PsychiaterInnen, PsychologInnen, Sozialarbeiter, DolmetscherInnen) besteht. Dabei sollten nicht nur Mädchen und Frauen mit weiblicher Genitalverstümmelung, sondern auch deren LebenspartnerInnen, Kinder und Angehörige die Möglichkeit haben, bestmöglich beraten zu werden.

Nach dem Vorbild der Schweizer Studie (97) wäre auch für Österreich eine ganzheitliche Erhebung der Anzahl von Mädchen und Frauen aus Ländern mit bekannter hoher FGM/C-Prävalenz, die an österreichischen Krankenhäusern behandelt wurden, wünschenswert. Eine Teilnahme zumindest aller

Universitätskrankhäuser des Landes wäre denkbar. Somit könnten retrospektiv nicht nur Daten zu Patientinnen an Abteilungen der Geburtshilfe – wie in unserer Datenanalyse – sondern zu allen klinischen Abteilungen gewonnen werden und folglich einen ganzheitlicheren Eindruck zur Prävalenz darbieten. Um einen objektiven und statistisch auswertbaren Vergleich zwischen erwarteter und dokumentierter Anzahl an FGM/C-Fällen stellen zu können, wäre eine Verbesserung der Dokumentation der weiblichen Genitalverstümmelung zum Beispiel mittels ICD-10 Codierung unabdingbar.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine Sensibilisierung und Schulung des Gesundheitspersonals zum Thema FGM/C unbedingt notwendig ist. Die Verbesserung der Dokumentation mittels der ICD-10 Codierung für weibliche Genitalverstümmelung sollte in den Klinikalltag implementiert werden. Ein besonderes Augenmerk sollte auf Frauen mit Herkunft und/oder Nationalität aus Somalia, Mali, Ägypten, Sudan, Sierra Leone, Eritrea, Burkina Faso, Gambia, Äthiopien und Indonesien gelegt werden. Neugeborene Mädchen von betroffenen Frauen müssen unter Zusammenarbeit mit den KinderärztInnen vor einer Durchführung der Praktik geschützt werden.

Es besteht ein Bedarf für eine gezielte FGM/C-Beratungsstelle in Graz. Weitere Studien zur Erhebung der FGM/C-Prävalenz in österreichischen Krankenhäusern sind jedoch notwendig, um den besonderen Bedürfnissen von betroffenen Mädchen und Frauen flächendeckend gerecht werden zu können.

5 Literaturverzeichnis

- (1) UNICEF. UNICEF global databases 2020, based on Demographic and Health Surveys (DHS), Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS) and other nationally representative surveys. 2020; Available at: <https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/>.
- (2) Waldeyer A, Anderhuber F. Waldeyer - Anatomie des Menschen. 19., vollst. überarb. und aktualisierte Aufl. ed. Berlin [u.a.]: De Gruyter; 2012.
- (3) Hafferl A, Thiel W. Lehrbuch der topographischen Anatomie. 3. Aufl. ed. Berlin [u.a.]: Springer; 1969.
- (4) Goerke K, Valet A, Basil Ali Z, Martius G, Breckwoldt M, Gätje R, et al. Gynäkologie und Geburtshilfe. 5. Auflage. ed.; 2008.
- (5) Aumüller G, Aust G, Engele J, Kirsch J. Anatomie. 5., korrigierte Auflage ed. Stuttgart: Thieme; 2020.
- (6) Schünke M, Schulte E, Schumacher U. Prometheus - LernAtlas der Anatomie. Allgemeine Anatomie und Bewegungssystem. 4., überarb. und erw. Aufl. ed. Stuttgart [u.a.]: Thieme; 2014.
- (7) World Health Organization. WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation. 2016; Available at: <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/management-health-complications-fgm/en/>. Accessed 13.05., 2021.
- (8) World Health Organization. Care of girls and women living with female genital mutilation. 2018; Available at: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/health-care-girls-women-living-with-FGM/en/>. Accessed 13.05., 2021.
- (9) United Nations International Children's Emergency Fund. Female genital mutilation/cutting: a global concern. 2016; Available at: https://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREA_D.pdf. Accessed 13.05., 2021.
- (10) United Nations Children's Fund. Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change. 2013; Available at: http://data.unicef.org/wp-content/uploads/2015/12/FGMC_Lo_res_Final_26.pdf. Accessed 13.05., 2021.
- (11) Andro A, Lesclingand M, Grieve M, Reeve P. Female genital mutilation. Overview and current knowledge. Population 2016;71(2):217-296.
- (12) Ross CT, Strimling P, Ericksen KP, Lindenfors P, Mulder MB. The Origins and Maintenance of Female Genital Modification across Africa : Bayesian Phylogenetic Modeling of Cultural Evolution under the Influence of Selection. Hum Nat 2016 June 01;27(2):173-200.

- (13) UNFPA. Female genital mutilation (FGM) frequently asked questions. 2020; Available at: https://www.unfpa.org/resources/female-genital-mutilation-fgm-frequently-asked-questions#practice_origins. Accessed 17.05., 2021.
- (14) World Health Organization. Eliminating female genital mutilation: An interagency statement - OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. 2008; Available at: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/9789241596442/en/>. Accessed 13.05., 2021.
- (15) Wakabi W. Africa battles to make female genital mutilation history. *Lancet* 2007 Mar 31;369(9567):1069-1070.
- (16) Balogun OO, Hirayama F, Wariki WM, Koyanagi A, Mori R. Interventions for improving outcomes for pregnant women who have experienced genital cutting. *Cochrane Database Syst Rev* 2013 Feb 28;2013(2):CD009872.
- (17) Odukogbe AA, Afolabi BB, Bello OO, Adeyanju AS. Female genital mutilation/cutting in Africa. *Translational andrology and urology* 2017;6(2):138-148.
- (18) 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; Available at: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/rhr_10_9/en/. Accessed 17.05., 2021.
- (19) Shell-Duncan B, Zhuzhi Moore, Njue C. The medicalization of female genital mutilation/cutting: What do the data reveal? Population Council 2017.
- (20) Johansen RE, Diop NJ, Laverack G, Leye E. What works and what does not: a discussion of popular approaches for the abandonment of female genital mutilation. *Obstet Gynecol Int* 2013;2013:348248.
- (21) Christoffersen-Deb A. "Taming tradition": medicalized female genital practices in western Kenya. *Med Anthropol Q* 2005 Dec;19(4):402-418.
- (22) Njue C, Askew I. Medicalization of female genital cutting among the Abagusii in Nyanza Province, Kenya. *Reproductive Health* 2004 -01-01.
- (23) Refaat A. Medicalization of female genital cutting in Egypt. *East Mediterr Health J* 2009;15(6):1379-1388.
- (24) Budiharsana M, Amaliah L, Utomo B. Female circumcision in Indonesia. Extent, implications and possible interventions to uphold women's health rights. *Reproductive Health* 2003 -01-01.
- (25) Serour GI. The issue of reinfibulation. *Int J Gynaecol Obstet* 2010 May;109(2):93-96.

- (26) Leye E, Van Eekert N, Shamu S, Esho T, Barrett H, ANSER. Debating medicalization of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C): learning from (policy) experiences across countries. *Reprod Health* 2019 Nov 1;16(1):158-3.
- (27) Müri W. *Der Arzt im Altertum. Griechische und lateinische Quellenstücke von Hippokrates bis Galen*. 6. Auflage ed.: De Gruyter (A); 2001.
- (28) Nour NM, Michels KB, Bryant AE. Defibulation to Treat Female Genital Cutting: Effect on Symptoms and Sexual Function. *Obstetrics & Gynecology* 2006;108(1).
- (29) Gynécologie Suisse. Patientinnen mit genitaler Beschneidung. Schweizerische Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegefachkräfte. *Bulletin des Médecins Suisses* 2005 ratifiziert Mai 2013;86(16):951-960.
- (30) Berg RC, Taraldsen S, Said MA, Sørbye IK, Vangen S. The effectiveness of surgical interventions for women with FGM/C: a systematic review. *BJOG* 2018 Feb;125(3):278-287.
- (31) Esu E, Udo A, Okusanya BO, Agamse D, Meremikwu MM. Antepartum or intrapartum deinfibulation for childbirth in women with type III female genital mutilation: A systematic review and meta-analysis. *Int J Gynaecol Obstet* 2017 Feb;136 Suppl 1:21-29.
- (32) Berg RC, Taraldsen S, Said MA, Sørbye IK, Vangen S. Reasons for and Experiences With Surgical Interventions for Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C): A Systematic Review. *J Sex Med* 2017 Aug;14(8):977-990.
- (33) Thabet SM, Thabet AS. Defective sexuality and female circumcision: the cause and the possible management. *J Obstet Gynaecol Res* 2003 Feb;29(1):12-19.
- (34) Foldès P, Cuzin B, Andro A. Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study. *Lancet* 2012 Jul 14;380(9837):134-141.
- (35) Merckelbagh HM, Nicolas MN, Piketty MP, Benifla JL. Assessment of a multidisciplinary care for 169 excised women with an initial reconstructive surgery project. *Gynecol Obstet Fertil* 2015 Oct;43(10):633-639.
- (36) Mestre-Bach G, Tolosa-Sola I, Barri-Soldevila P, Jiménez-Bonora M, Lasheras G, Farré JM. Clinical, Sexual and Psychopathological Changes after Clitoral Reconstruction in a Type II Female Genital Mutilation/Cutting: A Case Report. *Afr J Reprod Health* 2019 Mar;23(1):154-162.
- (37) Chang CS, Low DW, Percec I. Female Genital Mutilation Reconstruction: A Preliminary Report. *Aesthet Surg J* 2017 Sep 1;37(8):942-946.
- (38) Abramowicz S, Oden S, Dietrich G, Marpeau L, Resch B. Anatomic, functional and identity results after clitoris transposition. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2016 Oct;45(8):963-971.

- (39) Ouédraogo CMR, Madzou S, Touré B, Ouédraogo A, Ouédraogo S, Lankoandé J. Pratique de la chirurgie plastique reconstructrice du clitoris après mutilations génitales au Burkina Faso. À propos de 94cas. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique* 2013;58(3):208-215.
- (40) Quilichini J, Burin Des Rozières B, Daoud G, Cartier S. Chirurgie réparatrice du clitoris après excision rituelle. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique* 2011;56(1):74-79.
- (41) Mañero I, Labanca T. Clitoral Reconstruction Using a Vaginal Graft After Female Genital Mutilation. *Obstet Gynecol* 2018 Apr;131(4):701-706.
- (42) Auricchio V, Garzon S, Pomini P, Laganà AS, Casarin J, Cromi A, et al. Clitoral reconstructive surgery after female genital mutilation: A systematic review. *Sex Reprod Healthc* 2021 Apr 2;29:100619.
- (43) O'Dey Dm. Die komplexe Rekonstruktion der Vulva nach weiblicher Genitalverstümmelung/Genitalbeschneidung. *Urologe* 2017;56(10):1298-1301.
- (44) Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, (DGGG). Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung (female genital mutilation). 2013; Available at: https://www.dggg.de/fileadmin/documents/stellungnahmen/aktuell/2013/175_Empfehlungen_zum_Umgang_mit_Patientinnen_nach>Weiblicher_Genitalverstuemmeling.pdf. Accessed 18.05., 2021.
- (45) Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Female Genital Mutilation and its Management (Green-top Guideline No. 53). 2015; Available at: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-53-fgm.pdf>. Accessed 18.05., 2021.
- (46) Berg RC, Underland V, Odgaard-Jensen J, Fretheim A, Vist GE. Effects of female genital cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2014;4(11):e006316.
- (47) Iavazzo C, Sardi TA, Gkegkes ID. Female genital mutilation and infections: a systematic review of the clinical evidence. *Arch Gynecol Obstet* 2013 Jun;287(6):1137-1149.
- (48) Lurie JM, Weidman A, Huynh S, Delgado D, Easthausen I, Kaur G. Painful gynecologic and obstetric complications of female genital mutilation/cutting: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2020 Mar 31;17(3):e1003088.
- (49) Birge Ö, Akbaş M, Özbey EG, Adıyeke M. Clitoral keloids after female genital mutilation/cutting. *Turkish journal of obstetrics and gynecology* 2016;13(3):154-157.
- (50) Kaur-Desai T, Makris A. Massive epidermal vulval cyst: an unusual late complication of female genital mutilation. *BMJ Case Rep* 2017 Aug 16;2017:10.1136/bcr-220335.

(51) Abdulcadir J, Pusztaszeri M, Vilarino R, Dubuisson JB, Vlastos AT. Clitoral neuroma after female genital mutilation/cutting: a rare but possible event. *J Sex Med* 2012 Apr;9(4):1220-1225.

(52) Pérez-López FR, Ornat L, López-Baena MT, Pérez-Roncero GR, Tajada-Duaso MC, Chedrau P. Association of female genital mutilation and female sexual dysfunction: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2020 Nov;254:236-244.

(53) Berg RC, Denison EM, Fretheim A. Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review of quantitative studies. Report from Norwegian Knowledge Centre for the Health Services (NOKC) 2010 Jun.

(54) Vloeberghs E, van der Kwaak A, Knipscheer J, van den Muijsenbergh M. Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in The Netherlands. *Ethn Health* 2012;17(6):677-695.

(55) Berg RC, Odgaard-Jensen J, Fretheim A, Underland V, Vist G. An updated systematic review and meta-analysis of the obstetric consequences of female genital mutilation/cutting. *Obstet Gynecol Int* 2014;2014:542859.

(56) WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome, Banks E, Meirik O, Farley T, Akande O, Bathija H, et al. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet* 2006 Jun 3;367(9525):1835-1841.

(57) Matanda DJ, Sripad P, Ndwiga C. Is there a relationship between female genital mutilation/cutting and fistula? A statistical analysis using cross-sectional data from Demographic and Health Surveys in 10 sub-Saharan Africa countries. *BMJ Open* 2019 Jul 29;9(7):e025355-025355.

(58) International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966 entry into force 3 January 1976, in accordance with article 27. Available at: <https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cescr.pdf>. Accessed 27.05., 2021.

(59) Universal Declaration of Human Rights. 1948; Available at: <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>. Accessed 27.05., 2021.

(60) International Covenant on Civil and Political Rights. Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966 entry into force 23 March 1976, in accordance with Article 49. 1966; Available at: <https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/ccpr.pdf>. Accessed 27.05., 2021.

- (61) Convention on the Rights of the Child. Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 44/25 of 20 November 1989
entry into force 2 September 1990, in accordance with article 49. 1989; Available at: <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>. Accessed 27.05., 2021.
- (62) Joint general recommendation/general comment No. 31 of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women and No. 18 of the Committee on the Rights of the Child on harmful practices. 2014; Available at: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N14/627/78/PDF/N1462778.pdf?OpenElement>. Accessed 27.05., 2021.
- (63) Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Konvention zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau, Fassung vom 27.05.2021. Available at: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10000741>. Accessed 27.05., 2021.
- (64) Banafshe R, Jaakko U. Organizations and Public Campaigns fighting FGM. 2015; Available at: <https://medium.com/@jaakkou/organizations-and-public-campaigns-fighting-fgm-18eb3672efc5>. Accessed 28.05., 2021.
- (65) WHO. Female genital mutilation. Sixty-first World Health Assembly. 2008; Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/23532/A61_R16-en.pdf?sequence=1. Accessed 28.05., 2021.
- (66) UNICEF. UNFPA-UNICEF Joint Programme on Eliminating Female Genital Mutilation. Accelerating the elimination of an extreme form of violence against girls. Available at: <https://www.unicef.org/protection/unfpa-unicef-joint-programme-eliminating-fgm>. Accessed 28.05., 2021.
- (67) UNFPA. UNFPA-UNICEF Joint Programme on Female Genital Mutilation. Available at: <https://www.unfpa.org/unfpa-unicef-joint-programme-female-genital-mutilations>. Accessed 28.05., 2021.
- (68) United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. 2015; Available at: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N15/291/89/PDF/N1529189.pdf?OpenElement>. Accessed 28.05., 2021.
- (69) WHO. Female genital mutilation. 2020; Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>. Accessed 28.05., 2021.
- (70) Human Rights Careers. 20 Organizations Fighting Female Genital Mutilation. Available at: <https://www.humanrightscareers.com/issues/organizations-fighting-female-genital-mutilation/>. Accessed 28.05., 2021.
- (71) Spotlight Initiative. What we do. Available at: <https://www.spotlightinitiative.org/what-we-do>. Accessed 28.05., 2021.

- (72) European Commission. Questions and Answers about Female Genital Mutilation (FGM). 2021; Available at: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/qanda_21_402. Accessed 28.05., 2021.
- (73) European Commission. Communication from the commission to the European Parliament and the Council. Towards the elimination of female genital mutilation. 2013; Available at: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52013DC0833&from=EN>. Accessed 28.05., 2021.
- (74) European Commission. EU GENDER ACTION PLAN III. AN AMBITIOUS AGENDA FOR GENDER EQUALITY AND WOMEN'S EMPOWERMENT IN EU EXTERNAL ACTION. 2020; Available at: https://ec.europa.eu/international-partnerships/system/files/swd_2020_284_en_final.pdf. Accessed 28.05., 2021.
- (75) EU ACTION PLAN ON HUMAN RIGHTS AND DEMOCRACY 2020 – 2024. Available at: https://eeas.europa.eu/sites/default/files/eu_action_plan_on_human_rights_and_democracy_2020-2024.pdf. Accessed 28.05., 2021.
- (76) End FGM European Network. Who we are. Available at: <https://www.endfgm.eu/who-we-are/>. Accessed 28.05., 2021.
- (77) Desert Flower Foundation. Available at: <https://www.desertflowerfoundation.org/en/home.html>. Accessed 28.05., 2021.
- (78) Afrikanische Frauenorganisation in Wien. Studie zu Weiblicher Genitalverstümmelung in Österreich. 2000; Available at: <http://www.stopfgm.net/wp-content/uploads/vor2013/grundlagen/FGM-Studie%202000.pdf>. Accessed 28.05., 2021.
- (79) Baldaszi E, Urbas E. Wiener Frauengesundheitsbericht 2006. Stadt Wien (Hrsg.) 2006:392-393.
- (80) EIGE. Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union – Denmark, Spain, Luxembourg, and Austria. Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union 2021:63-73.
- (81) Stadt Wien. Maßnahmen gegen FGM - Wiener Programm für Frauengesundheit. Available at: [https://www.wien.gv.at/gesundheit/beratung-vorsorge/frauen/frauengesundheit/schwerpunkte/gewalt/fgm.html#:~:text=Das%20E%20%2DLearning%2DProgramm%20%22,und%20die%20Situation%20in%20%20C3%96sterreich](https://www.wien.gv.at/gesundheit/beratung-vorsorge/frauen/frauengesundheit/schwerpunkte/gewalt/fgm.html#:~:text=Das%20E%20%2DLearning%2DProgramm%20%22,und%20die%20Situation%20in%20%20C3%96sterreich.). Accessed 29.05., 2021.
- (82) FEM Sued. "INTACT". Aufklärung, Bewusstseinsbildung und Unterstützung bei weiblicher Genitalverstümmelung. Available at: <https://femsued.at/arbeitsbereiche/intact/>. Accessed 29.05., 2021.

- (83) FEM Sued. "INTACT experts". Beratung, Prävention und Netzwerkaufbau. Available at: <https://femsued.at/arbeitsbereiche/intact-experts/>. Accessed 29.05., 2021.
- (84) Österreichische Plattform gegen weibliche Genitalverstümmelung. Available at: <http://www.stopfgm.net/>. Accessed 29.05., 2021.
- (85) Aigner T. FGM-Ambulanz: "Sind froh, Frauen helfen zu können". 2018; Available at: https://www.meinbezirk.at/landstrasse/c-lokales/fgm-ambulanz-sind-froh-frauen-helfen-zu-koennen_a2422070. Accessed 29.05., 2021.
- (86) Claudia Tschabuschnig. Weibliche Genitalverstümmelung. FGM stellt Österreichs Gesundheitssystem vor Herausforderungen. 2019; Available at: <https://www.medinlive.at/gesundheitspolitik/fgm-stellt-oesterreichs-gesundheitssystem-vor-herausforderungen>. Accessed 29.05., 2021.
- (87) Weibliche Genitalverstümmelung. Leitfaden zum Umgang mit betroffenen Mädchen und Frauen. Institut für Frauen- und Männergesundheit/FEM Süd, Wiener Programm für Frauengesundheit 2020.
- (88) Eurostat news release 44/2016. 2016; Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7203832/3-04032016-AP-EN.pdf/790eba01-381c-4163-bcd2-a54959b99ed6>. Accessed 30.05., 2021.
- (89) Médecins Sans Frontières. Overview of the refugee crisis in Europe. Available at: <https://www.msf-me.org/overview-refugee-crisis-europe>. Accessed 31.05., 2021.
- (90) Engler M. Europäische Asyl- und Flüchtlingspolitik seit 2015 – eine Bilanz. 2019; Available at: <https://www.bpb.de/gesellschaft/migration/laenderprofile/290977/europaeische-asyl-und-fluechtlingspolitik-seit-2015>. Accessed 31.05., 2021.
- (91) Luft S. Die Flüchtlingskrise: Ursachen, Konflikte, Folgen. : CH Beck; 2016.
- (92) Eurostat news release 46/2017. 2017; Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7921609/3-16032017-BP-EN.pdf/e5fa98bb-5d9d-4297-9168-d07c67d1c9e1?t=1489575151000>. Accessed 01.06., 2021.
- (93) Eurostat. Asylum and first time asylum applicants by citizenship, age and sex - annual aggregated data (rounded). Last update: 13-04-2021. Available at: https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=migr_asyappctza&lang=en. Accessed 01.06., 2021.
- (94) Van Baelen L, Ortensi L, Leye E. Estimates of first-generation women and girls with female genital mutilation in the European Union, Norway and Switzerland. Eur J Contracept Reprod Health Care 2016 Dec;21(6):474-482.

- (95) Ortensi LE, Menonna A. Migrating with Special Needs? Projections of Flows of Migrant Women with Female Genital Mutilation/Cutting Toward Europe 2016-2030. *Eur J Popul* 2017 May 16;33(4):559-583.
- (96) UNICEF. INDONESIA. Statistical profile on female genital mutilation. 2019; Available at: https://data.unicef.org/wp-content/uploads/country_profiles/Indonesia/FGM_IDN.pdf. Accessed 15.10., 2021.
- (97) Cottler-Casanova S, Horowicz M, Gayet-Ageron A, Abdulcadir J. Female genital mutilation/cutting (FGM/C) coding capacities in Swiss university hospitals using the International Classification of Diseases (ICD). *BMC Public Health* 2021 Jun 16;21(1):1151-6.
- (98) Jäger F, Schulze S, Hohlfeld P. Female genital mutilation in Switzerland: a survey among gynaecologists. *Swiss Med Wkly* 2002 May 18;132(19-20):259-264.
- (99) Leye E, Ysebaert I, Deblonde J, Claeys P, Vermeulen G, Jacquemyn Y, et al. Female genital mutilation: knowledge, attitudes and practices of Flemish gynaecologists. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2008 Jun;13(2):182-190.
- (100) Chalmers B, Hashi KO. 432 Somali women's birth experiences in Canada after earlier female genital mutilation. *Birth* 2000 Dec;27(4):227-234.
- (101) Zenner N, Liao LM, Richens Y, Creighton SM. Quality of obstetric and midwifery care for pregnant women who have undergone female genital mutilation. *J Obstet Gynaecol* 2013 Jul;33(5):459-462.
- (102) Relph S, Inamdar R, Singh H, Yoong W. Female genital mutilation/cutting: knowledge, attitude and training of health professionals in inner city London. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2013 Jun;168(2):195-198.
- (103) Zaidi N, Khalil A, Roberts C, Browne M. Knowledge of female genital mutilation among healthcare professionals. *J Obstet Gynaecol* 2007 Feb;27(2):161-164.
- (104) Mostafa SR, El Zeiny NA, Tayel SE, Moubarak EI. What do medical students in Alexandria know about female genital mutilation? *East Mediterr Health J* 2006;12 Suppl 2:78.
- (105) Ali AAA. Knowledge and attitudes of female genital mutilation among midwives in Eastern Sudan. *Reproductive Health* 2012;9(1):1-4.
- (106) Abdulcadir J, Dugerdil A, Boulvain M, Yaron M, Margairaz C, Irion O, et al. Missed opportunities for diagnosis of female genital mutilation. *Int J Gynaecol Obstet* 2014 Jun;125(3):256-260.
- (107) Vangen S, Johansen RE, Sundby J, Traeen B, Stray-Pedersen B. Qualitative study of perinatal care experiences among Somali women and local health care professionals in Norway. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004 Jan 15;112(1):29-35.

- (108) Turkmani S, Homer CSE, 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 Mar;46(1):3-14.
- (109) Evans C, Tweheyo R, McGarry J, Eldridge J, Albert J, Nkoyo V, 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 May 29;9(5):e027452-027452.
- (110) Abdulcadir J, Rodriguez MI, Say L. Research gaps in the care of women with female genital mutilation: an analysis. *BJOG* 2015 Feb;122(3):294-303.
- (111) Cottler-Casanova S, Horowicz M, Gieszl S, Johnson-Agbakwu C, Abdulcadir J. Coding female genital mutilation/cutting and its complications using the International Classification of Diseases: a commentary. *BJOG* 2020 May;127(6):660-664.
- (112) Statistik Austria. ICD-Klassifikation. 2021; Available at: https://www.statistik.at/web_de/klassifikationen/klassifikationsdatenbank/weitere_klassifikationen/icd_klassifikationen/index.html. Accessed 29.01., 2022.
- (113) ICD-Code. Available at: <https://www.icd-code.de/suche/icd/code/Z91.-.html?sp=Sfgm>. Accessed 29.01., 2022.
- (114) Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. 2350/AB XXVII. GP - Anfragebeantwortung. 2020; Available at: https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXVII/AB/AB_02350/imfname_815448.pdf. Accessed 29.01., 2022.
- (115) European Institute for Gender Equality. Registration of FGM in hospitals. A pilot study for identifying adequate hospitals procedures in FGM cases. 2016; Available at: <https://eige.europa.eu/gender-based-violence/good-practices/belgium/registration-fgm-hospitals>. Accessed 29.01., 2022.
- (116) Fachbeirat für das Geburtenregister Steiermark. OE Qualitätsmanagement der KAGes in Zusammenarbeit mit dem Institut für klinische Epidemiologie, Teil des Landesinstituts für Integrierte Versorgung der Tirol Kliniken. Geburtenregister Steiermark. Jahresbericht 2019. 2019.
- (117) Statista. Fertilitätsrate in Österreich von 2010 bis 2020. 2021; Available at: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/217432/umfrage/fertilitaetsrate-in-oesterreich/>. Accessed 30.01., 2022.
- (118) Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Geburt nach vorausgegangenem Kaiserschnitt. Empfehlung der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG). 2016; Available at: https://s7a5034ec7780bb95.jimcontent.com/download/version/1483991734/module/8586779486/name/WEB%20Konsensusempfehlung%20zur%20Geburt%20nach%20Kaiserschnitt_v1-3_2016-03-09.pdf. Accessed 30.01., 2022.

(119) Bundesministerium Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK). HIV/AIDS, Hepatitis B und C in Österreich. 2019; Available at: <https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:7135b1b2-dfe4-4413-8bb0-136b98d9451c/HIV-AIDS,%20Hepatitis%20B%20und%20C%20in%20Österreich.pdf>. Accessed 30.01., 2022.