



universität
wien

Masterarbeit

Titel der Arbeit

Tabuisierte Ausnahme oder Berufsalltag?

Wissensstand und Erfahrungen österreichischer Hebammen
zum Thema weibliche Genitalverstümmelung

Verfasserin

Verena Hofstätter, BSc

angestrebter akademischer Grad

Master of Science (MSc)

Wien, Jänner 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 066 827

Studienrichtung lt. Studienblatt: Masterstudium Anthropologie

Betreuerin: Ao. Univ.- Prof. MMag. Dr. Sylvia Kirchengast

„Unser Wissen bestimmt unsere Möglichkeiten.“

Andrea Zielke-Nadkarni¹

¹ 2008, pp. 18

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	7
Abstract	8
VORWORT	9
1. Das Problem Female Genital Mutilation	9
2. Begründung der Themenwahl	10
Vorschau	11
THEORETISCHER TEIL	13
1. Einleitung	13
1.1. Definition	13
1.2. Begriffserklärung	13
2. Die Praxis	14
2.1. Ursprung und Geschichte	14
2.2. Formen von FGM	16
FGM in der modernen westlichen Welt	18
2.3. Häufigkeit und Verbreitung der Genitalverstümmelung	20
2.4. Epidemiologie der Genitalverstümmelung in Europa	22
2.5. Das Ritual der genitalen Verstümmelung: Der Ablauf	25
2.6. Die betroffenen Mädchen und Frauen	26
2.7. Die BeschneiderInnen	27
2.8. „Operationsbedingungen“	28
3. Gesetzgebung	29
3.1. Strafrechtliche Regelungen	29
3.2. FGM und Asylrecht	31
4. Auswirkungen von FGM	32
4.1. Gesundheitliche Folgen	32
Frühe gesundheitliche Folgen	32
Späte gesundheitliche Folgen	34
4.2. Auswirkungen auf Sexualität, Schwangerschaft und Geburt	35
Evolution der Geburt beim Menschen	37
Folgen für Schwangerschaft und Geburt	38
4.3. Psychische Konsequenzen	40
5. Begründungen für FGM	41
5.1. Die Frau in Afrika bzw. die Kontrolle der weiblichen Sexualität	42
5.2. Fehlende Bildung	43
5.3. Kulturelle und religiöse Begründungen	44
Religion als Rechtfertigung	44
Kultur und Tradition	45
5.4. Ökonomische Aspekte	46
5.5. Weitere pseudowissenschaftliche Begründungen	46
Unwissenheit über den weiblichen Körper	46
FGM als Schönheitsideal bzw. hygienische Gründe	47
6. Lösungsansätze	47
6.1. Entwicklungsfördernde Maßnahmen	48
6.2. Menschenrechte und Gesetze	49
6.3. Empowerment von Frauen	49

6.4. Aufklärung und Bildung	50
Aufklärungsarbeit durch religiöse Führer	51
Schulung von Gesundheitspersonal und Aufklärung durch dieses.....	51
Umschulung von BeschneiderInnen.....	52
6.5. Sozialer Wandel	52
Alternative Rituale für Mädchen.....	52
7. Empfehlungen für medizinisches Personal.....	53
Empfehlungen für Schwangerschaft und Geburt	55
8. FGM-Studien mit medizinischem Personal innerhalb der EU	57
HYPOTHESEN	60
1. Wissensstand und Einstellungen von Hebammen.....	60
2. Erfahrungen von Hebammen	60
EMPIRISCHER TEIL	62
1. Material und Methode.....	62
1.1. Die Datenerhebung	62
1.2. Der Fragebogen.....	63
1.3. Die Probandinnen: Hebammen in Österreich.....	64
1.4. Statistische Auswertung.....	64
2. Datenanalyse und Ergebnisse	66
2.1. Beschreibung der Stichprobe	66
2.2. Wissensstand und Einstellungen von Hebammen.....	74
2.3. Erfahrungen von Hebammen	85
2.4. Anmerkungen der Hebammen	99
DISKUSSION UND HYPOTHESENPRÜFUNG	103
1. Stichprobe.....	103
2. Wissensstand und Einstellungen	107
3. Erfahrungen	113
4. Ausblick und Empfehlungen.....	122
5. Abschließende Überlegungen.....	124
Empfehlungen für weitere Studien.....	124
DANKSAGUNG.....	126
LITERATURVERZEICHNIS	127
TABELLEN- UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS	136
ANHANG	138
Fragebogen	138
Lebenslauf	148

Zusammenfassung

Studienziel: Durch Migration werden auch in Österreich Angehörige medizinischer und sozialer Berufe, darunter Hebammen, mit dem Thema „Weibliche Genitalverstümmelung“ konfrontiert. Studienziel war es, den Wissens- und Erfahrungsstand, sowie Einstellungen von in Österreich tätigen Hebammen, vordergründig zu medizinischen und rechtlichen Belangen der Thematik „Female Genital Mutilation (FGM)“, zu erfassen.

Methode: Die Datenerhebung erfolgte mittels Fragebogen, welcher unter Mithilfe des Österreichischen Hebammengremiums per E-Mail an möglichst viele der 1.907 österreichischen Hebammen versendet wurde.

Ergebnisse: Die Stichprobe umfasste 138 Hebammen im Alter von 22 bis 66 Jahren und war in Bezug auf sozioökonomische und berufsscharakteristische Parameter gut durchmischt. Bezüglich des Wissensstandes konnte bewiesen werden, dass allen Befragungspersonen das Thema FGM, überwiegend aus der Hebammenausbildung sowie aus Fachzeitschriften, bekannt war. Dabei bezogen Hebammen, welche ein dreijähriges Studium absolviert hatten, ihr Wissen signifikant häufiger aus ihrer Ausbildung, als Hebammen nach zweijähriger Ausbildung ($p < 0,001$). Wissenslücken wurden vor allem bei zwei pseudowissenschaftlichen Begründungen sowie im Umgang mit den betroffenen Frauen gefunden.

Mehr als einem Drittel der Befragungspersonen war mindestens ein Fall von FGM aus deren beruflichen Tätigkeit bekannt, insgesamt betreuten die 138 Probandinnen 1324 verstümmelte Frauen. Die Sectiorate der 282 erfassten Geburten beschnittener Frauen lag bei 28%, wobei weit mehr als die Hälfte dieser Operationen aufgrund von FGM vorgenommen wurden, was den Empfehlungen der Fachliteratur widerspricht. Bewiesen werden konnte außerdem, dass FGM in Zusammenhang mit geburtshilflichen Komplikationen steht. Hinsichtlich der gesetzten Handlungen der Hebammen im Falle von FGM, zeigten sich nicht nur große Wissenslücken und Unsicherheiten, sondern auch enorme sprachliche Barrieren.

Schlussfolgerungen: Um den Wissensstand der österreichischen Hebammen, die Beratung sowie den Umgang jener mit betroffenen Frauen zu verbessern, sind Schritte wie Fortbildungskampagnen, das Hinzuziehen von weiblichen, nicht zur Familie gehörenden, Dolmetschern, sowie größere zeitliche Ressourcen dringend notwendig. Auch ein früherer Kontakt der Hebammen mit Betroffenen, bereits während der Schwangerschaft, wäre wünschenswert. Dann hätten Hebammen die Chance, betroffene Frauen und deren Familien rechtzeitig über gesundheitliche Risiken bzw. Konsequenzen für ihre Töchter zu informieren, diese an Beratungsstellen zu vermitteln und ihnen zur Rückoperation zu raten.

Abstract

Objective: Migration leads to the confrontation of medical practitioner, including midwife, with female genital mutilation (FGM). The aim of this study was the evaluation of the state of knowledge about FGM and to show which experiences Austrian midwives have with FGM. Particularly the attitudes towards medical and legal aspects were asked in a questionnaire.

Method: The questionnaire were sent per email to as many as possible of the 1907 Austrian midwives with the help of the “Österreichisches Hebammengremium”.

Results: 138 midwives, age 22 to 66, returned the questionnaire. All questioned people heard about FGM, most of them during their education or read about it in specific journals. Midwives who graduated from a three-year delivery nurse education got their knowledge about FGM more often than midwives who graduated from a two-year delivery nurse education ($p < 0.001$). Lacks of knowledge could be found in two pseudoscientific rationals and in the interpersonal dealings with affected people.

More than a third of all questioned people knew at least one case of FGM within their professional responsibilities. The sample of 138 midwives reported 1324 cases of mutilated women under physician's care. 28% of all recorded births (282) were done per caesarean operation. In contradiction to recommendations of specialist literature more than the half of these operations was necessary as a result of FGM. It has been proven, that FGM is related to obstetrical complications. Not only lacks of knowledge and uncertainties but also verbal barriers were recorded.

Conclusion: To close the gap in Austrian midwives knowledge and to improve the counseling and the contact with mutilated women, advanced education trainings are necessary. In addition not-related female interpreters could help to fix the verbal barriers. Contact between midwives and affected women at an early stage, already during pregnancy, would be desirable. This would lead to sufficient time to clarify affected people and their relatives about health effects and risks. It would also be possible to involve an expert counseling.

Vorwort

1. Das Problem Female Genital Mutilation

„Dann spürte ich, wie mein Fleisch, meine Geschlechtsteile, fortgeschnitten [sic] wurden. Ich hörte den Klang der stumpfen Klinge, die durch meine Haut fuhr] ...[Es gibt keine Worte, die den Schmerz beschreiben könnten. Es ist, als ob dir jemand ein Stück Fleisch aus dem Oberschenkel reißt oder dir den Arm abschneidet, nur daß [sic] es sich dabei um die empfindsamsten Teile deines Körpers handelt.“ (Dirie & Miller 2006, pp. 57)

Weltweit sind über 135 Millionen Mädchen und Frauen von weiblicher Genitalverstümmelung betroffen. Jedes Jahr kommen Millionen, jeden Tag etwa 6.000 weitere junge Frauen und Mädchen hinzu. Das sind jede Minute vier Mädchen bzw. Frauen, die Opfer einer grausamen, schmerzvollen Tradition werden, deren physische und psychische Folgen manchmal sogar zum Tod führen (Amnesty International Österreich (Hrsg.) 2006).

Weibliche Genitalverstümmelung stellt eine schwere Menschenrechtsverletzung dar, die sich auch in europäischen Ländern wie Österreich findet. Das Thema Genitalverstümmelung betrifft in Europa nicht nur Migrantinnen und deren Familien, sondern auch all jene Menschen, die aus beruflichen oder anderen Gründen mit Betroffenen in Kontakt treten. Meistens sind das Menschen mit medizinischen Berufen, wie zum Beispiel GeburtshelferInnen und Hebammen. So werden beispielsweise in Italien 46% der GeburtshelferInnen im Laufe ihrer Arbeit auf irgendeine Art und Weise mit weiblicher Genitalverstümmelung konfrontiert (Grassivaro Gallo & Viviani 1999). Wiener Hebammen sind sogar über 65% Fälle von FGM (Female Genital Mutilation) aus ihrer beruflichen Praxis bekannt (Österreichisches Institut für Kinderrechte & Elternbildung (Hrsg.) 2006). Daher sollten gerade Hebammen über fundiertes Wissen zum Thema FGM und speziell über Wissen zu gesundheitlichen Folgen der genitalen Verstümmelung, sowie über den richtigen Umgang mit Betroffenen und deren Familien verfügen.

Da im Verlauf der Evolution des Homo sapiens die Zahl an Komplikationen bei der Geburt, ausgelöst durch die Anpassung des knöchernen Beckens an den aufrechten Gang, sowie durch

die Zunahme der Gehirngröße, anstiegen (Rosenberg & Trevathan 1996), erscheint es kontraproduktiv, den ohnehin bereits riskanten Geburtsvorgang, durch Manipulation an den Weichteilen des Geburtskanals zusätzlich zu erschweren.

FGM stellt GynäkologInnen und Hebammen aber nicht nur vor eine geburtshilfliche Herausforderung, sondern auch vor eine soziale Ausnahmesituation. Dabei könnte vor allem Wissen über die afrikanische Kultur dazu beitragen, dass eine optimale therapeutische Beziehung zwischen einer genital verstümmelten Frau und der Betreuungsperson hergestellt werden kann. Diese Vertrauensbeziehung lässt sich am besten von Frau zu Frau herstellen, also von Patientin zu Geburtshelferin bzw. Hebamme (Grassivaro Gallo & Viviani 1999).

Aber nur wenn Hebammen im Umgang mit betroffenen Frauen über genügend Kenntnisse verfügen und sensibel mit Betroffenen umgehen und nur, wenn sie mit dem richtigen Geburtsmanagement bei Vorliegen von FGM vertraut sind, können beschnittene Frauen vor weiteren durch FGM verursachten Komplikationen, wie sie zum Beispiel bei der Geburt ihrer Kinder entstehen können, bewahrt werden. Weiters kann Wissen dazu beitragen, dass MedizinerInnen ihre Berührungsängste mit betroffenen Frauen abbauen (Dirie & Milborn 2006; Schnüll & Terre Des Femmes (Hrsg.) 1999).

2. Begründung der Themenwahl

Einen großen Beitrag zur öffentlichen Diskussion leistete Waris Dirie 1998 durch die Veröffentlichung ihrer eigenen Lebensgeschichte. Sie wurde selbst als kleines Mädchen an ihren Genitalien verstümmelt und leistet seit 1997 als Botschafterin der Vereinten Nationen Widerstand gegen FGM (Dirie & Miller 2006).

Auch ich wurde 1998 zum ersten Mal durch ihr autobiographisches Buch „*Wüstenblume*“ auf die Existenz der weiblichen Genitalverstümmelung aufmerksam. Während meiner Ausbildung zur Hebamme an der Hebammenakademie Mistelbach fand das Thema FGM theoretisch leider kaum Platz. Jedoch erfuhr ich während meiner praktischen Ausbildung von Hebammenkolleginnen, dass unsere Berufsgruppe durchaus des Öfteren mit betroffenen Frauen in Kontakt kommt. Daher sollten auch in Österreich tätige Hebammen so viel Wissen wie nur möglich über weibliche Genitalverstümmelung und den Umgang mit Betroffenen besitzen.

Nur wenn Hebammen über fundierte Kenntnisse über FGM, insbesondere in medizinischen Belangen, verfügen, ist es möglich verstümmelten Frauen und ihren Kindern die bestmögliche

Betreuung während der Schwangerschaft, der Geburt und im Wochenbett zu gewährleisten. Jedoch können Wissenslücken österreichischer Hebammen zum Thema FGM nur dann gefüllt werden, wenn man diese auch kennt.

Hebammen und traditionelle Geburtshelferinnen haben, gerade wenn es um weibliche Genitalverstümmelung geht, einen schlechten Ruf, da oftmals gerade sie es sind, die als Beschneiderinnen fungieren (Schnüll 1999; Ligthfoot-Klein 2003). Doch Hebammen und ÄrztInnen sind auch Menschen, welche nicht nur auf lokaler Ebene in Sachen FGM eine Schlüsselrolle darstellen (Dirie & Milborne 2006). Sie können auch in Österreich durch Aufklärungsarbeit und Gespräche viel zu der Bekämpfung des grausamen Rituals beitragen. Auch Baumgarten und Finke (2003) sprechen dem Gesundheitspersonal eine wichtige Rolle als Vermittler sozialen Wandels zu und betiteln „Unkenntnis“ als ein großes Hindernis bei der Bekämpfung von FGM.

Doch finden Gespräche über die schädliche Wirkung und über andere Belange in Bezug auf FGM zwischen betroffenen Frauen und Hebammen in Österreich überhaupt statt? Wie viele der österreichischen Hebammen kommen überhaupt während ihrer Tätigkeit mit betroffenen Frauen in Kontakt? Und woher beziehen Hebammen in Österreich ihr Wissen zum Thema weibliche Genitalverstümmelung? Diese und andere Fragen wollte ich mit Hilfe der vorliegenden Fragebogenstudie in Erfahrung bringen.

Ich beabsichtigte aber nicht nur in Erkenntnis zu bringen, welches und wie viel Wissen österreichische Hebammen zum Thema Genitalverstümmelung besitzen, sondern wollte auch, mit Hilfe ihrer Erfahrungen, Eindrücke über Betroffene selbst sammeln und publizieren. Darüber hinaus interessierte mich, wie viel Bereitschaft österreichische Hebammen besitzen sich mit dem Thema zu befassen und welche Einstellungen sie zu diversen Belangen in Bezug auf FGM haben.

Vorschau

Bei meiner Masterarbeit habe ich mich um eine möglichst umfassende Darstellung der Thematik FGM bemüht. Es schien mir sehr wichtig den aktuellen Erkenntnisstand zu Ursprung, Formen, Verbreitung, Ritual, Gesetzgebung, Begründungsmuster, psychische bzw. physische Auswirkungen, sowie Lösungsansätze der weiblichen Genitalverstümmelung aufzuzeigen, um die Zusammenhänge im Ergebnisteil der Arbeit besser verständlich machen zu können.

Diese Themen sowie eine umfassende Begriffserklärung rund um FGM werden im theoretischen Teil dieser Arbeit behandelt. Dabei legte ich, entsprechend der im darauf folgenden Kapitel aufgelisteten Hypothesen, besonderen Wert auf die theoretische Ausarbeitung der darin enthaltenen Inhalte, weshalb ich etwas genauer auf die in der Fachliteratur beschriebenen Empfehlungen für medizinisches Personal im Umgang mit betroffenen Frauen einging.

Der empirische Teil der Masterarbeit beginnt mit einem kurzen Überblick zu Hebammen in Österreich sowie der Methodik, einschließlich der Beschreibung der statistischen Auswertung. Danach folgt die Präsentation aller Ergebnisse zu den Bereichen Stichprobe, Wissensstand sowie Erfahrungen von österreichischen Hebammen. Auch die von den Befragungspersonen vermerkten Anregungen und Kommentare werden in diesem Teil der Arbeit beschrieben.

Im letzten Kapitel „Diskussion und Hypothesenprüfung“ ging ich auf ähnliche Studien mit medizinischem Personal zum Thema FGM, welche bereits im Theorieteil der Arbeit vorgestellt wurden, ein und verglich meine Forschungsergebnisse mit deren Resultaten. Des Weiteren habe ich die elf, zu Beginn der Forschungstätigkeit gestellten, Hypothesen kritisch hinterfragt. Im Weiteren werden alle relevanten Ergebnisse auch kurz zusammengefasst und Schlüsse gezogen, welche Empfehlungen sich, mit besonderem Augenmerk auf Österreich, daraus ergeben. Am Ende folgen abschließende Überlegungen, insbesondere über mögliche weitere Studien, durch die man die, in dieser Masterarbeit aufgeworfenen, Fragestellungen klären könnte.

Theoretischer Teil

1. Einleitung

1.1. Definition

Amnesty International beschreibt mit dem Begriff „*genitale Verstümmelung an Frauen*“ Praktiken, die „*die teilweise oder gesamte Entfernung der äußeren Genitalien der Frauen aus kulturellen, religiösen oder anderen nicht therapeutischen Gründen*“ zum Ziel haben (Amnesty International Österreich (Hrsg.) 2006, pp.8). Unter weiblicher Genitalverstümmelung versteht man demnach verschiedene Formen operativer Eingriffe ohne jede medizinische Notwendigkeit (Schnüll 1999).

FGM kann genauso wie Zwangsheirat, Steinigung oder andere Verbrechen im Namen der Ehre als „*traditionsbedingte Gewalt an Frauen*“ angesehen werden. Unter diesem Begriff werden Formen geschlechtsspezifischer Gewalt, in denen patriarchalische Moral- und Wertvorstellungen Frauen in die Opferrolle treiben, zusammengefasst (Preller 2008, pp.4).

1.2. Begriffserklärung

Für den Begriff „weibliche Genitalverstümmelung“ (Female Genital Mutilation, FGM) findet sich in der Literatur eine Reihe von Synonymen. Bis in den frühen 90iger Jahren fand etwa der Begriff „weibliche Beschneidung“ (Female Circumcision, FC) Verwendung. Afrikanische Aktivistinnen und Menschenrechtlerinnen setzten sich für die Abschaffung der Verwendung dieses verharmlosenden Begriffs ein, da die „weibliche Beschneidung“ einen sehr viel schwerwiegenderen Eingriff als die „männliche (Vorhaut-) Beschneidung“ darstellt und damit nicht mit dieser verglichen werden kann. Erst die teilweise oder komplette Entfernung des männlichen Gliedes macht die männliche Beschneidung anatomisch gesehen mit der weiblichen vergleichbar (Richter & Schnüll 2003).

Unter „Verstümmelung“ hingegen versteht man die Entfernung gesunder Körperteile oder gesunder Organe und sie stellt daher eindeutig eine Menschenrechtsverletzung dar. Die nicht medizinisch zu rechtfertigende Entfernung eines Körperteils, wie beispielsweise eines

Fingergliedes, wird ohne nachzudenken als „Verstümmelung“ und nicht als „Beschneidung“ bezeichnet (Hulverscheidt 2002).

Da der Ausdruck „Verstümmelung“ von betroffenen Mädchen und Frauen jedoch häufig als entwürdigend und verletzend angesehen wird, finden sich seit einiger Zeit eine Reihe anderer Bezeichnungen, wie etwa der Terminus „Female Genital Cutting“ (FGC) (Richter & Schnüll 2003). Bei der Betreuung von verstümmelten Frauen empfiehlt Richter (2001) den Begriff „Beschneidung“ zu verwenden, um keine Abwehrhaltung der Betroffenen herbeizuführen.

In dieser Arbeit findet vorwiegend der Begriff „weibliche Genitalverstümmelung“ Verwendung. Manchmal kommen jedoch auch der Terminus „weibliche Beschneidung“ sowie Abwandlungen dessen zum Einsatz, wobei mit diesen Begriffen das Thema keinesfalls verharmlost werden soll.

2. Die Praxis

2.1. Ursprung und Geschichte

Die Anfänge der Beschneidung beider Geschlechter gehen vermutlich tausende von Jahren in die Geschichte der Menschheit zurück (Hulverscheidt 2002). Ursprünglich ersetzte die Entfernung sowohl männlicher als auch weiblicher Genitalien Menschenopfer. Um das Wohlergehen bzw. die Überlebenschance einer Gruppe zu verbessern, wurde ein hochgeschätzter Teil des Körpers geopfert (Ligthfoot-Klein 2003).

Früheste Hinweise auf weibliche Beschneidungen finden sich bereits in der Antike in verschiedensten medizinischen Schriften und bei einigen arabischen Autoren. Die erste bildliche Darstellung einer Beschneidungsszene stammt, in Form eines Wandreliefs, aus dem altägyptischen Khon-Tempel (Hulverscheidt 2002).

Die Wurzeln der Beschneidung liegen in altertümlichen Vorstellungen. Denen zur Folge muss das Leben, welches einen Zyklus darstellt, mit Riten in Bewegung gehalten werden. Übergänge, wie etwa das Erwachsenwerden, sind dabei durch Feste und Bräuche gekennzeichnet (Ettenhuber 2000). Des Weiteren führte der Glaube, dass alle Menschen mit beiden Geschlechtern geboren werden² dazu, dass man die als männliche Materie angesehene

² Dieser Vorstellung zur Folge befindet sich der männliche Anteil der Seele einer Frau in ihrer Klitoris (Schnüll 1999).

Klitoris während zeremonieller Übergangsriten entfernte (Schnüll 1999), um die Voraussetzung für die Empfängnis zu gewährleisten (Ettenhuber 2000).

Bereits in Medizinbüchern des 19. Jahrhunderts findet sich solches, von Anthropologen auf Forschungsreisen zusammengetragenes, Wissen über rituelle weibliche Beschneidung bei afrikanischen Populationen (Hulverscheidt 2002).

Weibliche Genitalverstümmelung findet sich in der Vergangenheit aber auch in westlichen Gesellschaften sowie im deutschsprachigen Raum in Form von Klitoridektomien und Infibulationen der Schamlippen (Definition siehe nächste Seite) wieder, und wurde teilweise von Medizinern ausgeübt. Im 19. Jahrhundert diente die Beschneidung in Europa als operative Behandlung der durch Masturbation oder übermäßige Wollust hervorgerufenen Hypertrophie der äußeren Genitalien³, sowie zur Behandlung psychischer Störungen. Dabei ist in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts eine Häufung von FGM-Fällen in Europa zu beobachten (Hulverscheidt 2002). Der unermüdlichste Befürworter der weiblichen Genitalverstümmelung in Europa im 19. Jahrhundert war ein britischer Chirurg namens Dr. Isaac Baker Brown. Er vermutete, dass eine Überstimulation des Nervus pudendus, verursacht durch Masturbation, Ursache einer Vielzahl von Erkrankungen sei. Und so kam es, dass Dr. Isaac Baker Brown routinemäßig tausenden Frauen, ohne vorhergehende Aufklärung, die Klitoris zur Behandlung irgendeines Leidens entfernte (Ligthfoot-Klein 2003).

Aber auch der namhafte Wissenschaftler Sigmund Freud, der Vater der Psychoanalyse, trug aufgrund einer von ihm beschriebenen neurologischen Erkrankung, welche er mit der Onanie in Verbindung brachte, dazu bei, dass die Sexualfeindlichkeit vor allem in den USA andauerte (Ligthfoot-Klein 2003).

Hulverscheidt (2002) geht sogar von einer gegenseitigen Beeinflussung afrikanischer und westlicher Kulturen aus und glaubt des Weiteren, dass Begründungen für die traditionelle Genitalverstümmelung afrikanischer Völker von europäischen Denkmustern über die Sexualität abstammen.

³ Im 19. Jahrhundert galt die so genannte „Hottentottenschürze“ (verlängerte Schamlippen) als Pathologie (Hulverscheidt 2002).

2.2. Formen von FGM

Obwohl in der Realität je nach Ethnie⁴ unzählige verschiedene Formen und Varianten der weiblichen Genitalverstümmelung existieren, findet sich in der Literatur am häufigsten die Klassifizierung in vier verschiedene Typen: die Sunna, die Klitoridektomie, die Exzision und die Infibulation (z.B. Schnüll 1999).

An dieser Stelle muss jedoch erwähnt werden, dass es sich bei der mildesten Form, der Sunna⁵, um eine extrem seltene Form der Genitalverstümmelung handelt (Schnüll 1999), weshalb die World Health Organisation die vier Typen weiblicher Genitalverstümmelung wie folgt definiert:

Typ I: Hierbei handelt es sich um die teilweise oder gesamte Entfernung der Klitoris (Klitoridektomie) (WHO 2008).

Typ II: Unter Exzision versteht man die teilweise oder gesamte Entfernung der Klitoris sowie der kleinen Schamlippen. Je nach Subtyp werden bei dieser Form von FGM auch Teile der großen Schamlippen entfernt (WHO 2008).

Bei Typ I und Typ II handelt es sich um die beiden häufigsten Formen von FGM (Schnüll 1999). Obwohl sich die Zahlen von Staat zu Staat unterscheiden, geht Amnesty International Österreich (2006) davon aus, dass eine dieser beiden Typen bei 80 bis 85% der verstümmelten Frauen zur Anwendung kommt.

Typ III: Bei dieser Form der genitalen Verstümmelung handelt es sich um den schwerwiegendsten Eingriff. Nachdem Teile oder die gesamte Klitoris sowie die großen und kleinen Schamlippen mit einem scharfen Gegenstand entfernt wurden, werden die Wundränder der großen Schamlippen mit Hilfe von Nähten oder anderen Hilfsmitteln wie etwa Dornen zusammengefügt (Infibulation). Übrig bleibt eine Brücke aus Narbengewebe, welche die Harnröhren- und Vaginalöffnung bedeckt (Amnesty International Österreich (Hrsg.) 2006). Da nach dem Vernähen der Wunde eine Öffnung für das Abfließen des Urins und des Regelblutes frei bleiben muss, diese aber möglichst klein bleiben soll, wird häufig ein

⁴ Der Begriff Ethnie stammt aus dem Griechischen (éthnos) und beschreibt eine Abstammungsgemeinschaft bzw. Gruppe von Menschen, welche durch mehrere gemeinsame Eigenschaften wie Sprache, Tradition, Religion, Kultur, Bräuche usw. miteinander verbunden ist (Kuckert & Sagawe 2008).

⁵ Sunna bedeutet im Arabischen Tradition und bezeichnet das Einritzen oder Entfernen der Klitorisvorhaut. Sie ist daher als einzige Form mit der männlichen Beschneidung vergleichbar (Schnüll & Terre Des Femmes (Hrsg.) 1999).

kleiner Holzsplitter eingesetzt (Rosenke 2000). Im Anschluss an diese Prozedur werden die Beine der Mädchen und Frauen oftmals wochenlang zusammengebunden (Amnesty International Österreich (Hrsg.) 2006).

Diese dritte und schwerste Form von FGM findet sich überwiegend in Ländern wie dem Sudan, in Dschibuti und Somalia und wird auch als „pharaonische Beschneidung“ bezeichnet (Schnüll 1999). In diesen Ländern erleiden anstelle von 15 bis 20% aller betroffenen Frauen 80 bis 90% eine Infibulation (Amnesty International Österreich (Hrsg.) 2006).

Bei infibulierten Frauen ist es oftmals notwendig, dass vor einer Geburt defibuliert wird, um Komplikationen zu verhindern. Aber auch gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen aus diagnostischen Gründen, sowie Vaginaluntersuchungen setzen bei infibulierten Frauen eine vorhergehende Defibulation voraus (Schnüll 2003). Eine von Asefaw durchgeführte Studie aus Eritrea zeigte, dass Frauen im Laufe ihres Lebens bis zu 19 Mal vollständig oder teilweise defibuliert werden. Hauptgründe dafür sind die Geburt eines Kindes und die Unmöglichkeit den Geschlechtsakt zu vollziehen (Asefaw 2008).

Zu berücksichtigen ist dabei, dass eine Defibulation immer einen chirurgischen Eingriff mit sich bringt, auch wenn dieser klein ist und mittels eines Lasers durchgeführt werden kann. Leider zeigen beschnittene Immigrantinnen in der Regel nicht den Wunsch, eine Defibulation vornehmen zu lassen. Hauptgründe sich einer Defibulation zu unterziehen sind gesundheitliche Probleme bzw. medizinische Indikationen (Grassivaro Gallo & Viviani 1999).

Oftmals folgt aus traditionellen Gründen im Anschluss an die Geburt eine neuerliche Infibulation (Reinfibulation), wodurch sich die psychischen und physischen Schäden erhöhen (Amnesty International Österreich (Hrsg.) 2006).

Da für die Reinfibulation die Narbenränder abgeschabt werden bevor man sie erneut zusammenfügt und afrikanische Frauen eine hohe Geburtenrate aufweisen, kann es vorkommen, dass für eine erneute Infibulation kein Gewebe mehr übrig ist (Schnüll 2003). Vor und nach einer Geburt ist daher für Hebammen ein guter Zeitpunkt dieser erneuten Verstümmelung beratend entgegenzuwirken.

Typ IV: Unter diesem vierten Typ sind alle anderen schädlichen Veränderungen der weiblichen Geschlechtsteile zusammengefasst, welche keinerlei medizinische Indikation

aufweisen. Darunter fällt zum Beispiel das Einritzen, Einstechen oder Piercen der weiblichen Geschlechtsorgane, aber auch das Einführen von ätzenden Substanzen oder Kräutern in die Vagina (WHO 2008).

FGM in der modernen westlichen Welt⁶

Operative Eingriffe an weiblichen Reproduktionsorganen werden auch in modernen westlichen Gesellschaften vorgenommen. Hierfür gilt ebenfalls, wie für die traditionelle weibliche Genitalverstümmelung, dass es sich bei operativen Eingriffen um Verstümmelungen handelt, sobald diese ohne medizinische Indikation vorgenommen werden. Greer listet in ihrem 1999 erschienen Buch „*The Whole Woman*“ solche teilweise unnötigen, operativen Eingriffe an weiblichen Geschlechtsorganen auf:

- Zu den weiblichen Genitalverstümmelungen der modernen Welt zählt Greer (1999) die routinemäßige und damit fast immer ohne jegliche medizinische Indikation vorgenommene Episiotomie (Dammschnitt) bei Geburten. Nach strenger Indikationsstellung lag die Häufigkeit der Episiotomie bei einer 2001 durchgeführten Studie lediglich bei 14,4% (Chalubinski & Husslein 2004). Demnach sind 87,6% der Eingriffe bei routinemäßig vorgenommenen Dammschnitten medizinisch nicht gerechtfertigt.

Die Durchführung eines Dammschnitts wurde früher mit dem Ziel ein unkontrolliertes Zerreißen der tieferen Beckenbodenmuskulatur und damit einen Dammriss III° zu verhindern, begründet (Malon & Rübsaamen 2003). In der Fachliteratur finden sich jedoch Daten, die besagen, dass nach Episiotomien die Häufigkeit von Dammrissen III° um das Zwei- bis Fünffache ansteigen (Anthuber, Wissner, Dannecker & Stosius 2004). Diese Daten stellen den Sinn eines routinemäßig durchgeführten Dammschnitts in Frage.

In der heutigen deutschsprachigen Literatur finden sich zu diesem Thema Empfehlungen wie diese:

*„Der Dammschnitt soll nicht routinemäßig zur Klinikgeburt dazugehören, sondern tatsächlich als geburtshilfliche **Operation** angesehen werden, deren Vor- und Nachteile von Hebammen und Geburtshelfern kritisch betrachtet werden müssen.“* (Malon & Rübsaamen 2003, pp. 696)

⁶ Hoffmann (2003) bezeichnet mit dem Begriff „westliche Welt“ das christlich-europäische Gesellschafts- und Wertesystem, egal ob dieses in Europa, Amerika, Australien oder anderen Teilen der Erde angewendet wird.

- Auch die Anzahl der Hysterektomien wird, obwohl eine Gebärmutterentfernung einen großen Eingriff mit signifikantem Mortalitätsrisiko darstellt, immer häufiger (Greer 1999). Laut Greer sind 90% der Gebärmutterentfernungen medizinisch nicht zu rechtfertigen.
- Obwohl der Kaiserschnitt eine viermal so große Gefahr wie die Spontangeburt darstellt, beobachtet man vor allem unter wohlhabenden Frauen der westlichen Welt seit wenigen Jahrzehnten einen enormen Anstieg der Kaiserschnitttrate (Greer 1999). Während diese 1999 in Österreich noch bei 16,4% lag, konnte im Jahre 2009 bereits eine beinahe doppelt so hohe Rate von 28,8% verzeichnet werden (Statistik Austria (Hrsg.) 2010a). Jedoch gibt es keinen Anlass anzunehmen, dass normale vaginale Geburten in den letzten zehn Jahren riskanter wurden (Greer 1999).
- Kosmetische Eingriffe an den Geschlechtsorganen, wie zum Beispiel Brustvergrößerungen oder Schamlippenkorrekturen, stellen ebenfalls zum Großteil unnötige Operationen dar (Greer 1999). Des Weiteren gewinnen in europäischen Ländern Eingriffe wie zum Beispiel Klitorisverkleinerungen, Verkleinerungen des Schamhügels, Entfernungen der Klitorisvorhaut, sowie Piercings, welche die Genitalien durchstechen, immer mehr Beliebtheit, obwohl solche Eingriffe nach der Definition der WHO als FGM anzusehen sind (Dirie & Milborn 2006). Kosmetische Operationen wie diese werden unter dem Begriff „*Designervaginas*“ zusammengefasst und sollen der optischen Verjüngung des Intimbereichs dienen. Im deutschsprachigen Raum finden sich vor allem im Internet zahlreiche Anbieter von Intimkorrekturen (Asefaw 2008, pp. 72).

Die oben angeführten Eingriffe, welche wie erwähnt immer häufiger ohne medizinische Indikation stattfinden, geschehen nach Einwilligung der Frauen und basieren auf Unwissenheit und mangelnder Aufklärung oder aber aufgrund des Strebens nach einem vorherrschendem Schönheitsideal (Greer 1999). All diese Gründe finden sich auch als Argumente für die Durchführung einer weiblichen Genitalverstümmelung wieder (siehe Kapitel 5. Begründungen für FGM).

2.3. Häufigkeit und Verbreitung der Genitalverstümmelung

In der Literatur unterscheiden sich die Angaben zur *zahlenmäßigen* Verbreitung in den einzelnen Ländern teilweise erheblich. Schnüll (2003) begründet dies dadurch, dass den zahlenmäßigen Schätzungen häufig demographische Daten verschiedener Herkunft zugrunde liegen. Des Weiteren unterscheidet sich oftmals die Aktualität der in der Literatur angeführten Daten.

In Bezug auf die *räumliche* Verbreitung sind sich die AutorInnen der im Literaturverzeichnis angeführten Quellen einiger. Deren Angaben zur Folge wird FGM überwiegend in 28 afrikanischen Ländern sowie in Teilen weniger Länder Asiens (Malaysia, Indien, Indonesien, Jemen, Oman) praktiziert (z.B. Amnesty International Österreich (Hrsg.) 2006). Zudem erstreckt sich FGM auf kleine Teile Mittel- und Südamerikas. Steigende Migration hat außerdem dazu beigetragen, dass immer mehr betroffene Frauen und Mädchen außerhalb ihres Ursprungslandes leben, weshalb man FGM mittlerweile in allen Teilen der Welt vorfindet. Dadurch ist die weibliche Genitalverstümmelung inzwischen zu einem weltweiten Problem geworden (WHO 2011).

In Bezug auf die räumliche Verbreitung von FGM innerhalb eines Landes zeigen Zahlen des Kinderhilfswerks Unicef, dass die Rate der genitalen Verstümmelungen unter der Landbevölkerung signifikant höher ist, als unter städtischen Bevölkerungsgruppen. Durchschnittlich war die Beschneidungsrate am Land um 7% höher als in städtischer Umgebung (Unicef (Hrsg.) 2005). Eine andere Studie ergab, dass die weibliche Genitalverstümmelung im Sudan in der Stadt weniger Befürworter (67%) hat als in ländlichen Regionen (73%) (Euler 2002).

Die World Health Organisation geht davon aus, dass weltweit zwischen 100 und 140 Millionen Frauen und Mädchen leben, welche irgendeiner Form der weiblichen Genitalverstümmelung unterzogen wurden (WHO 2011). In einigen Teilen Afrikas lässt sich zwar ein prozentualer Rückgang der Beschneidungsrate von Mädchen und Frauen beobachten, doch aufgrund der raschen Wachstumsrate der Bevölkerung, kann man eine zahlenmäßige Zunahme der Beschneidungsopfer beobachten (Lighthfoot-Klein 2003).

Welcher Form der genitalen Verstümmelung ein Mädchen zum Opfer fällt und mit welcher Häufigkeit FGM innerhalb eines Landes zur Anwendung kommt, hängt überwiegend von der ethnischen Zugehörigkeit der betroffenen Mädchen ab (WHO 2011). Amnesty International Österreich (2006) geht davon aus, dass 85% aller verstümmelten Frauen die Klitoris und Teile

der Schamlippen abgeschnitten wurden (Typ I und II), während 15% infibuliert wurden (Typ III). Am häufigsten verbreitet ist die Infibulation jedoch in Somalia und im Sudan.

In Tabelle 1 wird die *zahlenmäßige* Verbreitung von FGM in Afrika und im Jemen in Form von prozentualen Angaben aufgelistet, so wie sie von der WHO aktuell 2011 berichtet wurden. Da die WHO diese Daten aus Quellen verschiedener sachkundiger Organisationen bezieht und äußerst gewissenhaft und kritisch recherchiert, sind diese als vertrauenswürdig zu werten. Abbildung 1 vermittelt einen graphischen Überblick der in Tabelle 1 aufgelisteten Daten.

Tabelle 1: Überblick über den prozentualen Anteil von FGM in Ländern Afrikas und dem Jemen (World Health Organisation 2011)

Land	FGM in %	Land	FGM in %
Somalia	97.9	Guinea-Bissau	44.5
Guinea	95.6	Jemen	38.2
Sierra Leone	94	Elfenbeinküste	36.4
Dschibuti	93.1	Nigeria	29.6
Ägypten	91.1	Senegal	28.2
Sudan	90	Kenia	27.1
Eritrea	88.7	Zentralafrikanische Republik	25.7
Mali	85.2	Tansania	14.6
Gambia	78.3	Benin	12.9
Äthiopien	74.3	Togo	5.8
Burkina Faso	72.5	Ghana	3.8
Mauretanien	72.2	Niger	2.2
Liberia	58.2	Kamerun	1.4
Tschad	44.9	Uganda	0.8

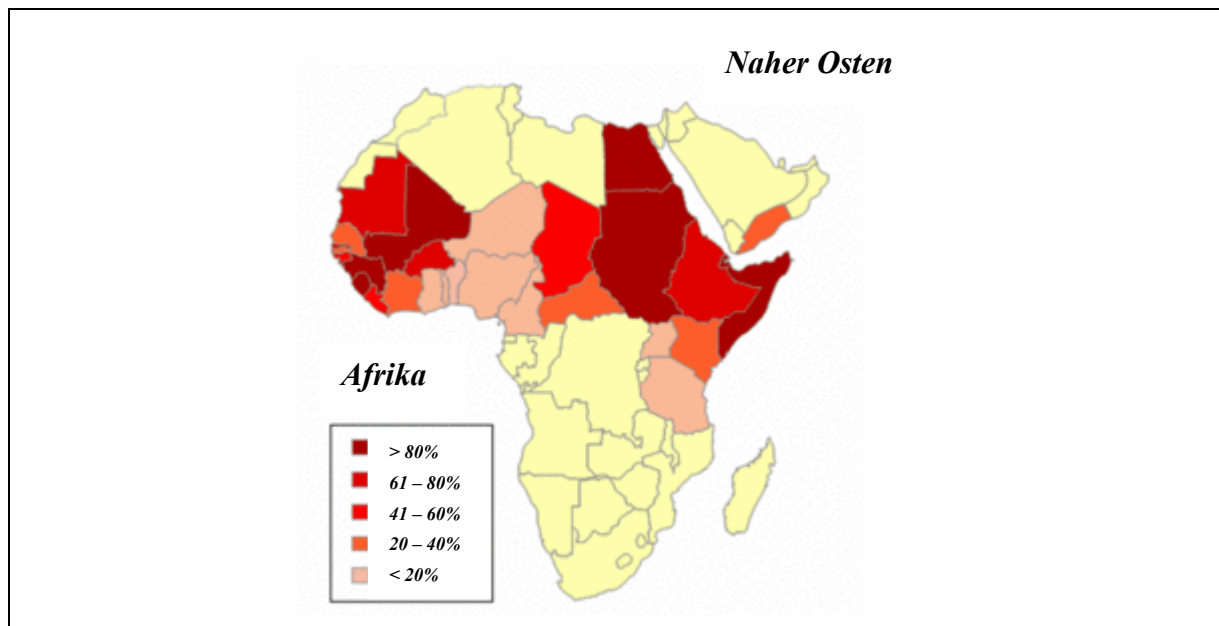


Abbildung 1: Graphischer Überblick über den prozentualen Anteil von FGM in Ländern Afrikas und dem Jemen (Deutsche Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit o.J.)

2.4. Epidemiologie der Genitalverstümmelung in Europa

„So fern und doch so nah?“ (Preller 2008, pp. 1)

Wie bereits angesprochen, wurde die weibliche Genitalverstümmelung durch Migrationsbewegungen aus Beschneidungsländern, insbesondere während der letzten Jahrzehnte, auch nach Europa gebracht. Besonders betroffen sind in Europa Länder wie Frankreich und England. Aber auch in anderen Teilen der Erde, wie etwa in den USA und Kanada, hat sich FGM vermehrt ausgebreitet (Ettenhuber 2000). Wenn man den zahlenmäßigen Anteil weiblicher Immigranten, welche ursprünglich aus Beschneidungsländern kommen, in den in Tabelle 2 aufgelisteten Ländern betrachtet, wird klar, dass FGM kein Problem allein der in Afrika und Asien lebenden Menschen sein kann.

Jedoch gestaltet es sich sehr schwierig, die Zahl der in europäischen Ländern lebenden an ihren Genitalien verstümmelten Frauen zu schätzen. In einem von Marion Rosenke im Jahre 2000 veröffentlichten Buch mit dem Titel *„Die rechtlichen Probleme im Zusammenhang mit der weiblichen Genitalverstümmelung“* finden sich dennoch Angaben dazu.

Tabelle 2: Anzahl weiblicher Immigranten aus afrikanischen Ländern in den verschiedenen Ländern Europas, Amerikas und in Australien (Rahman & Toubia (Hrsg.) 2001)

Land	Anzahl weiblicher Immigranten aus Afrika	im Jahre
USA	1.285.200*	1990
Frankreich	180.997*	1990
England	148.291	1997
Italien	133.847*	1997
Kanada	77.100	1991
Australien	75.968	1999
Deutschland	38.585	1997
Niederlande	21.508	1997
Schweden	14.557	1997
Dänemark	11.105*	1997
Belgien	7.070	1997
Neuseeland	3.040	1997
Norwegen	1.700	1995

* Anzahl männlicher und weiblicher ImmigrantInnen zusammen

Laut Rosenke sind jedes Jahr 10.000 Mädchen in England der Gefahr ausgesetzt an ihren Genitalien verstümmelt zu werden. In Italien stieg die geschätzte Anzahl der beschnittenen Frauen in nur vier Jahren von 27.000 im Jahre 1994 auf bereits 38.000 im Jahr 1998. Von den im Jahr 1998 in Dänemark lebenden Migrantinnen aus Somalia galten in etwa 10.000 Mädchen als gefährdet genital verstümmelt zu werden. In den Niederlanden ging man 1991 von einer Zahl von 2.700 infibulierten aus Somalia stammenden Frauen aus. Des Weiteren galten 100 der unter zehn Jahre alten Mädchen als gefährdet. In Frankreich schätzte man die Zahl der genital verstümmelten Frauen im Jahre 1998 bereits erschreckend hoch auf 20.000 bis 25.000 und eine weitaus größere Anzahl an Mädchen galt als potenziell gefährdet. In Deutschland lebten im Jahre 1993 schätzungsweise bereits 14.500 beschnittene Frauen und Mädchen (Rosenke 2000). In der Schweiz schätzte man 1993 die Anzahl der verstümmelten Mädchen und Frauen an Hand des prozentualen Anteils der beschnittenen weiblichen

Bevölkerung im Herkunftsland auf maximal 893 beschnittene Migrantinnen und weitere 1224⁷ beschnittene Asylwerberinnen (Nyfeler & Stöckli 1993). Insgesamt lebten im Jahre 2001 10.501 Frauen aus Ländern in denen FGM praktiziert wird in der Schweiz (Thierfelder 2003).

Dass auch in Österreich Zuwanderinnen von FGM betroffen sind, zeigte eine 2006 durchgeführte, sowohl qualitative sowie deskriptive, Querschnittsuntersuchung der Afrikanischen Frauenorganisation in Wien mit dem Titel „*Die Anwendung der Female Genital Mutilation (FGM) bei MigrantInnen in Österreich*“. Bei dieser Studie wurden 250 der in Wien, Linz oder Graz lebenden MigrantInnen, aus elf west- oder ostafrikanischen Ländern in denen FGM praktiziert wird, mittels Fragebogen bzw. Interview zum Thema weibliche Genitalverstümmelung befragt⁸. Etwa ein Drittel (35%) der Töchter (88 von 250 Mädchen) der befragten Familien war laut dieser Untersuchung einem Eingriff unterzogen worden. Aus Angst vor einer strafrechtlichen Verfolgung ließen 88,5% der Befragten die Verstümmelung in ihrem afrikanischen Herkunftsland vornehmen. Die verbleibenden 11,5% der MigrantInnen haben ihre Töchter jedoch in Europa, 1,9% davon in Österreich operieren lassen. Zwei Drittel der Eltern suchten für den Eingriff an den Genitalien ihrer Töchter ein Spital oder eine Ordination auf. Dies führt zu der Annahme, dass der Großteil der Verstümmelungen von medizinischem Personal vorgenommen wurde (Afrikanische Frauenorganisation in Wien (Hrsg.) 2000).

Um besseres Zahlenmaterial über die Ausdehnung von FGM in Österreich zu erhalten und im Sinne einer nachhaltigen Politik, wäre die Erhebung der Situation von betroffenen Immigrantinnen in Österreich mittels Meldedatenbank sinnvoll (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.) 2006). Schätzungen zur Folge leben in etwa 6.000 bis 8.000 FGM-Opfer in Österreich (Institut für Frauen- und Männergesundheit/FEM Süd (Hrsg.) 2009).

⁷ Diese Asylwerberinnen haben ihr Asylgesuch in den Jahren 1986 - 1991 gestellt und es ist nicht klar, ob sich diese Frauen zum Zeitpunkt der Studie noch in der Schweiz aufgehalten haben. Zu den Mädchen, welche ihre asylsuchenden Eltern begleitet haben, gibt es gar keine Angaben (Nyfeler & Stöckli 1993).

⁸ Diese Anzahl an afrikanischen MigrantInnen entspricht 3% der gesamten in Österreich lebenden afrikanischen ImmigrantInnen (Hadis 2001).

2.5. Das Ritual der genitalen Verstümmelung: Der Ablauf

Da FGM in den unterschiedlichsten Ländern von den unterschiedlichsten Ethnien praktiziert wird, ist es schwierig generelle Aussagen über die Praxis zu machen. Da jede Ethnie ihre eigenen Traditionen und Bräuche besitzt, werden an dieser Stelle beispielhaft die am meisten verbreiteten Rituale beschrieben.

In einer Vielzahl der Fälle wird das Beschneidungsritual von einem zeremoniellen Fest begleitet, in dessen Mittelpunkt das zu beschneidende Mädchen steht, welches in der Zeit vor dem Fest liebevoll umsorgt und mit Präsenten beschenkt wird. Während der Zeremonien kommen magisch-religiöse Bräuche, wie das Verbrennen von Gewürzen, Trommelschläge und Amulette zum Einsatz, welche verhindern sollen, dass die Mädchen nach dem Eingriff unter Verhaltensstörungen, verursacht durch übernatürliche Mächte, leiden. Böse Geister, vorherbestimmtes Schicksal oder Ritualfehler werden auch dafür verantwortlich gemacht, sollte ein Mädchen oder eine Frau die Verstümmelung ihrer Genitalien nicht überleben (Rosenke 2000).

Die Mädchen sind fast immer völlig ahnungslos, was genau sie am Tag der Beschneidung erwarten wird, da das Thema FGM nicht nur tabuisiert ist (Schnüll 1999), sondern auch deshalb, weil noch nicht beschnittene Mädchen von den „Zeremonien“ ferngehalten werden. Wenn überhaupt wird das Bevorstehende von den Mädchen und deren Familien als Mutprobe verstanden und jede Äußerung von Schmerz bringt Verachtung und Schande über die gesamte Familie. Da sich die Mädchen natürlich aufgrund der schier unerträglichen Schmerzen versuchen gegen das Prozedere zur Wehr zu setzen, müssen sie meistens von mehreren Frauen bzw. Familienangehörigen festgehalten werden. Zungenbisse und andere ungeplante Verletzungen, wie missglückte Schnitte in andere Körperteile (z.B. die Blase), Brüche des Schlüsselbeins und ausgelenkte Schultergelenke sind Folgen davon. Die Schreie der Mädchen werden von Trommelschlägen oder anderen Geräuschen übertönt. In weiterer Folge der unerträglichen Schmerzen geschieht es oftmals, dass die Mädchen ohnmächtig werden bzw. ihre Körper von spasmodischen Krämpfen gebeutelt werden (Rosenke 2000).

Im Anschluss an eine Infibulation wird ein kleiner Holzsplitter in die Wunde eingeführt, welcher das totale Verschließen der Wunde vermeiden soll, damit Urin und Regelblut weiterhin, wenn auch erschwert, abfließen können. Nachdem der Genitalbereich mittels eines Lappens gewaschen wurde, werden die Beine der Mädchen von den Knien bis zur Hüfte umwickelt, bis zu dem Tag an dem die Wunde verheilt ist (Rosenke 2000). Es folgt eine

wochenlange qualvolle Zeit der Wundheilung (Schnüll 1999), welche von weiteren unterschiedlichsten Ritualen und Bräuchen begleitet wird.

In den letzten Jahren lässt sich jedoch auch vermehrt beobachten, dass die meisten der alten Bräuche und Traditionen, wie etwa ein großes Fest anlässlich der Beschneidung, verschwunden sind. Anstelle derer entwickelt sich zunehmend ein Trend hin zur Medikalisierung (Ettenhuber 1999).

2.6. Die betroffenen Mädchen und Frauen

Prinzipiell lässt sich festhalten, dass in Gesellschaften, in denen weibliche Verstümmelungen durchgeführt werden, grundsätzlich alle weiblichen Mitglieder der Gesellschaft der Verstümmelung unterzogen werden. Lediglich Prostituierte und deren Töchter sowie geistig bzw. körperlich eingeschränkte Personen werden von diesem Brauch ausgeschlossen. Dadurch sind Vergleiche mit unversehrten Frauen schlichtweg unmöglich und eventuelle gesundheitliche Beschwerden, verursacht durch FGM, werden als vollkommen normal eingestuft (Schnüll 2003). Dies geht so weit, dass die durch eine Beschneidung geglättete Scham von den Betroffenen als der normale Zustand des Genitalbereichs angesehen wird. Eine 59-jährige beschnittene Frau aus Eritrea gibt bei einem von Asefaw Fana geführten Interview folgende Antwort:

„Ich fühle mich als normale Frau. Genau wie alle anderen hier. Warum sollte ich mich für das Normale schämen?“ (Asefaw 2008, pp. 100)

Der Eingriff an den weiblichen äußeren Geschlechtsorganen wird überwiegend bereits im Kindesalter vorgenommen, wobei der Zeitpunkt der Durchführung je nach ethnischer Abstammung eigenmächtig festgelegt wird. So verstümmeln jüdische Gruppen in Äthiopien ihre Mädchen bereits einige Tage nach deren Geburt, während Nomaden im Sudan die Verstümmelung bis zu einem Alter von sieben Jahren vornehmen. Eher selten kommt es vor, dass die Verstümmelung im Erwachsenenalter, kurz vor der Heirat oder der Geburt des ersten Kindes, vorgenommen wird. Daher kann die „Beschneidungszeremonie“ oftmals nicht mehr als Initiationsritus⁹ eingestuft werden (Rosenke 2000).

⁹ Als Initiation beschreiben Wermke, Kunkel-Razum & Scholze-Stubenrecht (Hrsg.) 2000 die soziologische Aufnahme in eine Gemeinschaft bzw. die Reifefeier bei den Naturvölkern.

Tendenziell wird FGM in immer jüngerem Alter durchgeführt. Grund dafür könnte sein, dass sich jüngere Mädchen weniger gegen den furchtbaren Brauch wehren können (Lightfoot-Klein 1993). Ein anderes mögliches Motiv dafür, dass die Verstümmelungen immer früher stattfinden, beschreibt Waris Dirie wie folgt:

„So kommt es, daß [sic] die jungen Mädchen in Somalia begierig auf die Zeremonie warten, durch die sie von einem Kind zur Frau werden. Ursprünglich führte man den Eingriff durch, sobald sie in die Pubertät eintraten, sobald die Mädchen fruchtbar wurden und in der Lage waren, selbst Kinder zu bekommen. Doch im Laufe der Zeit beschnitt man die Mädchen in immer jüngerem Alter - zum Teil auch deshalb, weil sie selbst darauf drängten, ihren besonderen Augenblick herbeisehnten wie ein Kind in den Industrienationen seinen Geburtstag oder das Weihnachtsfest.“ (Dirie & Miller 2006, pp. 52)

2.7. Die BeschneiderInnen

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle wird die Verstümmelung der weiblichen Organe von traditionellen Hebammen sowie von professionellen Beschneiderinnen und damit von Frauen vorgenommen (Lightfoot-Klein 2003). Männer finden sich bei den „Beschneidungszeremonien“ selten. Männliche Bevölkerungsmitglieder wissen meistens nur sehr wenig über das was bei einer Beschneidung mit ihren Töchtern, Schwestern oder Ehefrauen geschieht. Für sie ist nur wichtig, dass eine Frau verschlossen ist (Hermann 2000). Auch Großmütter, alte Dorffrauen und Frauen der Schmiedekaste übernehmen manchmal, je nach Ethnie, die Aufgabe der Verstümmelung. Wird FGM nach der Hochzeit praktiziert, hat der Ehemann die Pflicht seine Frau zu beschneiden (Rosenke 2000). Manchmal führt auch ein Familienmitglied die Beschneidung aufgrund von finanziellen Problemen durch (Schnüll 1999). Erschreckend ist auch die Tatsache, dass immer mehr ausgebildete Hebammen, Krankenschwestern und ÄrztInnen in das Geschäft der Genitalverstümmelung einsteigen und diese, um ihr Einkommen aufzubessern, durchführen (Rosenke 2000).

2.8. „Operationsbedingungen“

FGM wird aufgrund verschiedenster Ursachen meistens außerhalb von Kliniken durchgeführt. Gründe dafür sind Armut, eine zu weite Entfernung zu einem Krankenhaus oder die Angst vor Bestrafung (Rosenke 2000), da FGM mittlerweile in großen Teilen Afrikas verboten ist (Rahman & Toubia (Hrsg.) 2001). Daher wird der Eingriff fast immer ohne die Verwendung eines Lokalanästhetikums oder gar einer Vollnarkose vorgenommen. Lediglich einfache Methoden wie zum Beispiel die Schmerzlinderung durch kaltes Wasser kommen zum Einsatz (Schnüll 1999).

Die Beschneidungen werden meist an beliebig festgelegten Lokalitäten durchgeführt. Dies kann das elterliche Haus, ein Stall oder ein nicht weit entferntes offenes Gelände sein (Rosenke 2000).

Der Eingriff findet außerdem meist unter unhygienischen Bedingungen statt. Unsaubere Glasscherben, stumpfe Messer, Rasierklingen oder Muschelschalen finden als Schneidwerkzeuge Verwendung. Sogar der Einsatz von Fingernägeln findet sich bei der Durchführung einer weiblichen Genitalverstümmelung als „Operationswerkzeug“ wieder (Rosenke 2000).

Zum Vernähen der Wunde werden Akaziendornen, Pferdehaar, Bast oder Schafsdarm verwendet und zur Stillung der Blutung werden zum Beispiel Asche, kaltes Wasser, Blätter oder Pflanzensäfte auf die Wunde aufgebracht (Schnüll 1999).

Angesichts dieser Bedingungen wird klar, dass der Eingriff selbst, und nicht nur mögliche Folgeschäden, mit extremen Schmerzen für die betroffenen Mädchen verbunden sind.

Die Durchführung der genitalen Verstümmelung zeigt jedoch, wie bereits erwähnt, in den letzten Jahren zunehmend einen erschreckenden Trend zur Medikalisierung. Das bedeutet, dass die Beschneidungen in steigender Zahl von medizinischem Personal (ÄrztInnen, Krankenschwestern und Hebammen) in Form einer „Operation“ im Krankenhaus vorgenommen werden (Ettenhuber 2000). Das hat zwar den Vorteil, dass die Zahl der Infektionen und unmittelbaren Komplikationen wie Blutungen sinken und dass die Mädchen und Frauen während des Eingriffs keine Schmerzen verspüren (Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (Hrsg.) 2001), jedoch wird unter Klinikbedingungen oftmals mehr Gewebe entfernt, da sich die betroffenen Mädchen und Frauen nicht wehren können (Lightfoot-Klein 1993). Natürlich ist auch die Medikalisierung von FGM zu verurteilen, da sie genauso eine Menschenrechtsverletzung darstellt und die negativen Konsequenzen für Betroffene selbst unter Klinikbedingungen erheblich sein können (Lightfoot-Klein 2003).

3. Gesetzgebung

„Menschenrechte sind unteilbar. Das Los der Frauen war schon immer ein Gradmesser für Recht und Gerechtigkeit einer Gesellschaft.“ (Amnesty International Österreich (Hrsg.) 2006, pp. 97)

Die Verstümmelung weiblicher Genitalien stellt ganz klar eine gesundheitsschädigende Menschenrechtsverletzung dar.

FGM „[...]behindert die normale Funktion der biologischen Organe und verletzt das Recht der Frauen auf Gesundheit und Unversehrtheit.“ (Amnesty International Österreich (Hrsg.) 2006, pp. 35)

Doch erst im Jahre 1993 wurde FGM auf der UN-Menschenrechtskonferenz in Wien von den teilnehmenden Staaten als Menschenrechtsverletzung wahrgenommen. 1995 verpflichteten sich die Teilnehmerstaaten der UN-Weltfrauenkonferenz in Peking Maßnahmen gegen FGM zu setzen. Jedoch fehlt es an Überprüfungsmechanismen und so bleibt FGM weiterhin sowohl in den Ursprungsländern als auch in Europa ein Tabuthema (Kalthegener 2000).

Nichtsdestoweniger gibt es in den meisten europäischen Ländern und auch in Teilen Afrikas Gesetze, welche Frauen und Mädchen vor FGM schützen sollen, indem Bestrafungen für die Durchführung und Beteiligung an weiblichen Beschneidungen vorgesehen sind (Amnesty International Österreich (Hrsg.) 2006).

3.1. Strafrechtliche Regelungen

Gesetze gegen weibliche Genitalverstümmelung finden sich, wie schon erwähnt, nicht nur in Europa wieder. In bereits 15 afrikanischen Ländern¹⁰, darunter Ägypten, Dschibuti und Somalia, gibt es Gesetze gegen dieses grausame Ritual. Jedoch ist auch in diesen Ländern die strafrechtliche Verfolgung, genau wie in Europa, sehr unterschiedlich (Rahman & Toubia (Hrsg.) 2001).

In Frankreich zum Beispiel gilt FGM als ein Verbrechen mit hoher Freiheitsstrafe (Kalthegener 2000), während in zehn anderen Mitgliedsstaaten der EU kein expliziter Gesetzestext bezüglich FGM existiert. Jedoch kann dort FGM nach der im Strafgesetzbuch

¹⁰ In folgenden afrikanischen Ländern ist laut Amnesty International Österreich (2006) FGM bereits per Gesetz verboten: Ägypten, Benin, Burkina Faso, Dschibuti, Elfenbeinküste, Ghana, Guinea, Kenia, Niger, Senegal, Tansania, Togo, Tschad, Zentralafrikanische Republik sowie teilweise in Somalia.

verankerten Definition für Körperverletzung als eine schwere Form dieser betrachtet werden. In Belgien, Schweden, Frankreich, Großbritannien und Österreich wurden bereits eigene strafrechtliche Regelungen gegen FGM erlassen.

In Österreich ist FGM seit 2001 nach §90 des Strafgesetzes strafbar, da es zu einer dauerhaften Beeinträchtigung des sexuellen Empfindens führt. Die Einwilligung in die Beschneidung ist weder von den Eltern für ihre Töchter, noch von der volljährigen Frau selbst möglich und kann daher die Tat nicht rechtfertigen (Kalthegener 2003). Die Tat ist in Österreich auch dann strafbar, wenn diese im Ausland begangen wird. Des Weiteren gibt es in Österreich seit dem 1. Juli 2006 neue Opferrechte, welche diverse Ansprüche, wie zum Beispiel die kostenlose psychosoziale und juristische Prozessbegleitung, beinhalten. Verwunderlich erscheint jedoch die Tatsache, dass es in Österreich noch keine Anzeigen wegen weiblicher Genitalverstümmelung gegeben hat (Österreichische Plattform gegen weibliche Genitalverstümmelung (Hrsg.) 2006). Zu den Berufspflichten österreichischer Ärztinnen und Ärzte zählen jedoch die Anzeige- und Meldepflicht, die Dokumentationspflicht sowie die Auskunftspflicht gegenüber Behörden im Falle bereits vorgenommener Verstümmelungen (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.) 2006).

Aufgrund der unterschiedlichen Gesetzeslagen auch innerhalb europäischer bzw. afrikanischer Länder ist ein so genannter „FGM Tourismus“ entstanden. So bringen Eltern ihre Töchter, auch innerhalb von Afrika und Europa, in Länder, in denen FGM nicht strafbar ist, um diese vornehmen zu lassen (Dedovic Tanja, Projekt-Referentin der International Organisation for Migration (IOM), in: Preller 2008).

Zu berücksichtigen gilt auch die Tatsache, dass strafgesetzliche Regelungen nur eine „*Signalwirkung*“ haben können (Kalthegener 2003, pp. 193). Gesetzgebungen sind nämlich nur dann wirkungsvoll, wenn diese von begleitenden Maßnahmen wie Aufklärung, Sensibilisierung der Öffentlichkeit und Bildungsinitiativen unterstützt werden. Daher ist die Umsetzung, der bei der UN-Weltfrauenkonferenz in Peking beschlossenen Maßnahmen gegen FGM so wichtig, um Gesetze gegen weibliche Genitalverstümmelung in ein umfassendes Konzept zur Abschaffung von FGM zu integrieren (Amnesty International Österreich (Hrsg.) 2006).

3.2. FGM und Asylrecht

80% der 25 Millionen Flüchtlinge weltweit sind Frauen und Kinder. Die Ursachen für die Flucht von Frauen und Müttern mit ihren Töchtern sind dabei vielfältig. Die Angst vor einer drohenden Genitalverstümmelung als Fluchtgrund, wird bei der Beurteilung der Asylgewährung kaum berücksichtigt, da die Anerkennung „*geschlechtsspezifischer Verfolgung*“ als Grund für Asylgewährung verschieden ausgelegt werden kann (Lünsmann 2003, pp. 216). Zum einen sind einige Richter bei der Einschätzung des Risikos einer bevorstehenden Verstümmelung der Meinung, dass aufgrund bestehender Gesetze bereits Schutz vor FGM besteht, und zum anderen sehen Asylländer oftmals eine landesinterne Flucht als Alternative. Und so werden Gesetze, die vor FGM schützen sollen, dazu genutzt, Frauen und Mädchen kein Asyl zu gewähren, die FGM als Grund für ihre Flucht angeben (Amnesty International Österreich (Hrsg.) 2006).

Wenn man jedoch berücksichtigt, dass es bei den bestehenden Gesetzgebungen oftmals an der Durchsetzung fehlt und dass finanzielle, soziale, kulturelle und religiöse Faktoren Frauen an einer landesinternen Flucht hindern, wird klar, wie wichtig es ist, das Geschlecht als Verfolgungsgrund weltweit anzuerkennen (Amnesty International Österreich (Hrsg.) 2006).

1993 wurde einer somalischen Frau und ihrer Tochter erstmals in Kanada Asyl gewährt, um die Beschneidung der Tochter zu verhindern. Aber auch in anderen Ländern, wie den Vereinigten Staaten, Deutschland, Frankreich und Österreich, sind zumindest Einzelfälle von Asylgewährung aufgrund einer drohenden Genitalverstümmelung bekannt (Lünsmann 2003; Amnesty International Österreich (Hrsg.) 2006). Petra Bayr spricht in einem Interview im Mai 2008 von etwa 20 Frauen, denen aufgrund einer drohenden Verstümmelung ihrer Genitalien in Österreich Asyl gewährt wurde. Bayr gibt jedoch zu bedenken, dass, wenn FGM als aufgezählter Asylgrund anerkannt wird, ein engerer Rahmen entsteht und es letztendlich schwieriger werden könnte Recht zu bekommen. Sie verweist darauf, dass bei FGM ohnehin der Tatbestand einer Menschenrechtsverletzung besteht und dies allein einen Asylgrund darstellt (Bayr Petra, Gründungsmitglied der Österreichischen Plattform gegen weibliche Genitalverstümmelung, in: Preller 2008).

4. Auswirkungen von FGM

Nach Ansicht von Bauer und Hulverscheidt (2003) stellt das Erkennen und Benennen der Genitalverstümmelung als ein Trauma die Voraussetzung für eine Heilung dar.

„Die genitale Verstümmelung geht mit einem Trauma einher]...[Deshalb ist es uns wichtig, FGM als explizite frauenspezifische Form der Traumatisierung, die eng mit der jeweiligen Kultur verwoben ist, zu benennen und damit der üblichen Verharmlosung entgegen zu wirken.“ (Bauer & Hulverscheidt 2003, pp. 65)

Da die Verstümmelung der weiblichen Genitalien, je nach Grad der Verstümmelung, sofortige aber auch später auftretende zerstörerische Konsequenzen sowohl für die körperliche als auch für die emotionale Gesundheit in verschiedenem Ausmaß haben kann, können diese in akute und chronische Folgen unterteilt werden. Letztere können wiederum in gesundheitliche und psychische Konsequenzen sowie Auswirkungen auf die Sexualität, Schwangerschaft und Geburt eingeteilt werden (Bauer & Hulverscheidt 2003).

4.1. Gesundheitliche Folgen

Wenn man sich mit gesundheitlichen Konsequenzen, hervorgerufen durch weibliche Genitalverstümmelung, befasst, ist es von zentraler Bedeutung zwischen den verschiedenen Formen zu unterscheiden (Obermeyer 2005). Des Weiteren stellte Obermeyer 2005 klar, dass die Häufigkeiten der physischen Folgen in den unterschiedlichen Studien stark variieren, weshalb in der vorliegenden Arbeit mögliche gesundheitliche Auswirkungen zwar beschrieben werden, jedoch wird auf genaue prozentuale Angaben weitgehend verzichtet.

Auch die physischen Konsequenzen von FGM lassen sich in sofortige (frühe Folgen) und später auftretende Komplikationen (späte Folgen) untergliedern.

Frühe gesundheitliche Folgen

Zu den Frühkomplikationen von FGM zählt ganz klar der Schmerz. Weil das weibliche äußere Genital aufgrund zahlreicher Nerven und Blutgefäße extrem sensibel ist, stellt die weibliche Genitalverstümmelung einen unbeschreiblich schmerzvollen Eingriff mit hohem Blutverlust dar. Als Folge der *unerträglichen Schmerzen*¹¹ kann ein *Schock* oder *Krampfanfall* auftreten (Bauer & Hulverscheidt 2003). Werden versehentlich wichtige nervale

¹¹ Die Klitoris stellt den empfindlichsten Teil des menschlichen Körpers dar (Rosenke 2000).

Strukturen oder Bänder verletzt, können betroffene Mädchen sogar *Lähmungen* davon tragen (Lighthfoot-Klein 2003).

Da FGM vorwiegend unter unhygienischen Bedingungen stattfindet und manchmal Tierfäkalien oder Ähnliches auf die Wunde aufgetragen werden, treten häufig *Infektionen* (insbesondere Tetanus¹²) und in weiterer Folge hin und wieder sogar eine *Sepsis* mit anschließendem Kreislaufversagen auf. Da bei den Beschneidungen oftmals dasselbe Instrument ohne vorherige Desinfektion verwendet wird, bewirkt FGM auch eine *Verbreitung von Infektionskrankheiten* wie HIV und Hepatitis. Das Risiko sich an einer Geschlechtskrankheit anzustecken, erhöht sich für beschnittene Frauen aber auch deshalb, weil ein beschnittenes Genital beim Geschlechtsverkehr verletzlicher ist (Rosenke 2000). Obermeyer betonte jedoch 2005, dass nicht für alle Infektionskrankheiten statistisch signifikante Ergebnisse vorliegen. So zeigten Studien, dass zwischen beschnittenen und unversehrten Frauen zum Beispiel in Bezug auf Infektionen mit Pilzen, Trichomonaden und Chlamydien keine signifikanten Unterschiede bestehen (Obermeyer 2005).

Nachlassende Sehstärke besonders bei älteren Beschneiderinnen, schlechte Lichtverhältnisse, und die Tatsache, dass sich die Mädchen zu wehren versuchen, begünstigen die Beschädigung der Harnröhre oder des Analschließmuskels, wodurch die Gefahr der *Inkontinenz* steigt. Aber auch *Knochenbrüche*, *Zungenbisse* und *ausgekugelte Schultergelenke* sind Folgen der Abwehrreaktionen der Mädchen (Bauer & Hulverscheidt 2003).

Schmerzen beim Wasserlassen unmittelbar nach dem Eingriff führen häufig zum *Harnverhalten*. In weiterer Folge können *Harnwegs- und Niereninfektionen* auftreten (Rosenke 2000). Besonders bei infibulierten Mädchen und Frauen kann der Harn nur noch Tropfen für Tropfen herausgepresst werden. Bei einer Studie stellte sich heraus, dass ein Drittel der infibulierten Frauen für die Entleerung ihrer Harnblase mehr als eine halbe Stunde Zeit benötigte (Asefaw 2008). Auch Menstruationsblut kann durch die kleine Öffnung kaum abfließen und sammelt sich daher hinter der Infibulationsnarbe an und bereitet den Betroffenen weitere Schmerzen (Lighthfoot-Klein 2003).

Zu bedenken ist auch, dass das weibliche Genitalgewebe große Heilungstendenzen aufweist¹³, so dass die Wunde, selbst wenn diese nicht zugenäht wird, häufig von selbst spontan infibuliert (Lighthfoot-Klein 2003).

Ohne medizinische Hilfe enden vor allem akute physische Komplikationen oftmals tödlich (Rosenke 2000).

¹² Tetanus ist eine akute, schwere Infektionskrankheit, welche durch ein Toxin, das mittels verunreinigter Erde aus Gärten und Feldern in die Wunde und so in den Körper gelangt, verursacht wird (Pschyrembel 2002).

¹³ Dies ist eine wichtige Eigenschaft beim Heilungsprozess von Geburtsverletzungen.

Späte gesundheitliche Folgen

Aber auch langfristig führt FGM je nach Grad der Verstümmelung zu gesundheitlichen Schwierigkeiten und Komplikationen. So zeigte eine Studie, welche 1987 in Sierra Leone durchgeführt wurde, dass 83% der klitoridektomierten Frauen (Typ I) im Laufe ihres Lebens aufgrund von FGM medizinisch behandelt werden mussten (Lightfoot-Klein 1993).

Infektionen des Urogenitaltrakts können sich manifestieren und zu *chronischen Infektionen* führen. Dadurch werden Organe wie zum Beispiel die Harnblase oder die Niere in Mitleidenschaft gezogen. Solche Infektionen, aber auch Stauungen des Urins (aufgrund von Blasenentleerungsstörungen), führen zu *Steinen im Nierenbecken* oder in der Harnblase (Bauer & Hulverscheidt 2003).

Rezidivierende Harnwegsinfekte können in weiterer Folge bis zur *Sterilität* und damit zur Kinderlosigkeit führen. Dies geschieht, wenn eine Infektion auf die reproduktiven Organe (Gebärmutter, Eierstöcke, Eileiter) übergeht und diese irreparabel schädigt. Bei 25% der von Infertilität betroffenen Frauen in Afrika ist die Ursache für die ungewollte Kinderlosigkeit laut Rosenke (2000) auf die genitale Verstümmelung zurückzuführen.

Chronische Infektionen am Genital können in weiterer Folge auch zur *Fistelbildung* führen (Bauer & Hulverscheidt 2003). Unter einer Fistel versteht man eine Verbindung zwischen Körperhöhlen bzw. Hohlorganen. Diese Verbindungen können zwischen der Scheide und der Harnblase (Urogenitalfistel) oder aber auch zwischen dem Darmlumen und der Scheide (Darmfistel) auftreten (Pschyrembel 2002). Dies führt nicht nur zu *Inkontinenzproblemen* (unwillkürlicher Stuhl- bzw. Harnabgang aus der Scheide), sondern auch zur sozialen Stigmatisierung aufgrund des Geruchs nach Exkrementen (Bauer & Hulverscheidt 2003). Die Wahrscheinlichkeit an einer Fistel zu leiden, erhöht sich auch durch eine besonders frühe Mutterschaft im Jugendalter, durch den mangelnden Zugang zu geburtshilflichen Einrichtungen sowie durch einen niedrigen sozialen Status (Asefaw 2008).

Folgen von FGM können weiters *Keloidbildungen*¹⁴ sein, welche die Harnröhre, aber auch die Scheide, verengen und so zu Harnverhalten und *Geburtskomplikationen* führen. Im schlimmsten Fall können solche Wulstnarben zu so starken Gewebeverziehungen führen, die das normale Gehen behindern und betroffene Frauen zu kleinen Schritten zwingen (Bauer & Hulverscheidt 2003).

Verletzungen der Nerven führen in seltenen Fällen zu Nervenfaserverwucherungen, den so genannten *Neurinomen*. Diese verursachen permanente Sensibilitätsstörungen und damit massive Probleme beim Geschlechtsakt (Asefaw 2008). Zu den ebenfalls selten auftretenden

¹⁴ Unter einem Keloid (Wulstnarbe) versteht man eine juckende, derbe Bindegewebswucherung, welche sich nach Verletzungen im Narbenbereich entwickelt (Pschyrembel 2002).

langfristigen gesundheitlichen Problemen in Folge einer Genitalverstümmelung zählen die schmerzhafte *Zystenbildung* und der *Hämatocolaps*. Unter einem Hämatocolaps versteht man die Situation, die entsteht, wenn sich das Menstruationsblut in die Vagina, den Uterus und in die Eierstöcke zurückstaut. Auch dieses Ereignis kann bis zur Sterilität führen und ist außerdem extrem schmerzhaft (Bauer & Hulverscheidt 2003). Generell ist die monatliche Regelblutung besonders für infibulierte Frauen ein qualvolles Ereignis, welches sich durch die verengte Vaginalöffnung auf zehn bis 15 Tage verlängert (Dysmenorrhoe) (Lightfoot-Klein 2003).

Aufgrund der physischen Probleme, vor allem während der durch die Beschneidung verlängerten Menstruation, ist die soziale Ausgrenzung eine weitere durch FGM verursachte Komplikation. Die Möglichkeiten eine Ausbildung zu besuchen oder einem Beruf nachzugehen sind bei genital verstümmelten Mädchen und Frauen oftmals beschränkt (Lightfoot-Klein 1993).

4.2. Auswirkungen auf Sexualität, Schwangerschaft und Geburt

Verstümmelte Frauen haben aufgrund verschiedenster Gründe ein gestörtes Sexualleben. Einen großen Einfluss darauf nimmt die Art der Beschneidung. Besonders für infibulierte Jungfrauen gestaltet sich der erste Geschlechtsverkehr in der Hochzeitsnacht und die Wochen danach als schmerzvolles Erlebnis und zieht einen Teufelskreis aus Angst und Schmerz mit sich. Häufig tragen infibulierte Frauen sogar Verletzungen wie zum Beispiel Dammrisse vom ersten Geschlechtsakt davon, teilweise auch deshalb, weil die Infibulationsnarbe, manchmal mit Hilfe eines scharfen Gegenstands, geöffnet werden muss¹⁵. Außerdem lässt sich festhalten, dass beschnittene Frauen, aufgrund der Tatsache, dass sie früher getraut werden, in jüngeren Jahren Geschlechtsverkehr praktizieren als intakte Frauen (Asefaw 2008).

Folgende Störungen des sexuellen Erlebens verstümmelter Frauen lassen sich in der Literatur finden: *verminderte Orgasmusfähigkeit*, *Scheidenkrämpfe*, *Lustlosigkeit* (z.B. Asefaw 2008), *Schmerzen beim Geschlechtsverkehr* sowie andere *psychosexuelle Probleme* (z.B. WHO (Hrsg.) 2001).

FGM nimmt aber auch einen negativen Einfluss auf die Sexualität des Mannes. Folgende Störungen finden sich bei Männern von Frauen mit FGM: *Libidoverlust*, *schmerzhafter*

¹⁵ Das Versagen bei der Penetration darf von den Männern nicht eingestanden werden, so dass sie manchmal die Vagina ihrer Ehefrauen mit einem Messer öffnen (Lightfoot-Klein 1993).

Geschlechtsverkehr, Potenzstörungen, vorzeitige Ejakulation. Diese möglichen Probleme betreffen am häufigsten Männer von infibulierten Frauen (Asefaw 2008).

Erwähnt werden muss allerdings auch, dass betroffene Frauen durchaus ein erfülltes Sexualleben haben können. In einer von Ligthfoot-Klein (1993) durchgeführten Studie machte die Mehrheit der interviewten Frauen einen sexuell glücklichen Eindruck. Dies ist möglich, wenn der Partner besonders gefühl- und verständnisvoll ist, da sexuelle Erfüllung nicht zwingend mit der Orgasmusfähigkeit in Beziehung steht. Dass beschnittene Frauen durchaus orgasmusfähig sind, dokumentieren zahlreiche Beschreibungen sexueller Erlebnisse beschnittener Frauen im Buch *„Das grausame Ritual: Sexuelle Verstümmelung afrikanischer Frauen“* (Ligthfoot-Klein 1993). Grundsätzlich geht aber aus den Interviews hervor, dass die Lustgefühle und die Fähigkeit einen Orgasmus zu haben umso weniger sind, je gravierender die Form der Beschneidung ist.

Eines der größten Probleme in Zusammenhang mit FGM und Geburt stellt die Tatsache dar, dass viele betroffene Frauen nur einen mangelnden Zugang zu medizinischer Versorgung sowohl in der Schwangerschaft als auch während der Geburt haben und dass die Entbindungen meist außerhalb eines Krankenhauses ohne das Beisein einer Hebamme stattfinden (WHO (Hrsg.) 2001). Die Anpassung des knöchernen Beckens an den aufrechten Gang bewirkte im Verlauf der menschlichen Evolution, dass das kindliche Gesicht beim Austritt aus dem Geburtskanal, egal in welcher Position die Mutter sich befindet, in die entgegengesetzte Richtung des mütterlichen Gesichts zeigt. Dadurch wurde es der Gebärenden im Verlauf der Geschichte, im Gegensatz zu nicht menschlichen Primaten und anderen Säugetieren, unmöglich ihrem Kind beim Austritt aus dem Geburtskanal zu helfen. Deshalb entwickelte sich die Geburt als Folge der natürlichen Selektion von einem zurückgezogenen Ereignis zu einer sozialen und kulturellen Erfahrung, bei welcher sich die Überlebenschance der werdenden Mutter sowie des Kindes durch das Hinzuziehen einer Hebamme oder eines/r Gynäkologen/in erhöht (Rosenberg & Trevathan 1996). Die Geburt der frühen Hominiden war, und ist mit Sicherheit auch noch heute, ein lebensgefährliches und schmerzvolles Ereignis. Rituelle Manipulationen, wie zum Beispiel die weibliche Genitalverstümmelung, können die Balance zwischen Veränderung und erneuter Adaption kippen. Daher sind gerade Frauen, deren Geburtsrisiko sich durch die Beschneidung ihrer Genitalien zusätzlich erhöht, vermehrt auf die Hilfestellung einer dritten Person bei der Geburt angewiesen. Bevor jedoch im übernächsten Kapitel auf die zahlreichen durch FGM

zusätzlich hervorgerufenen geburtshilflichen Komplikationen eingegangen wird, folgen Erläuterungen darüber, warum und vor allem wie die Evolution das Geburtsgeschehen des modernen Homo sapiens erschwerte.

Evolution der Geburt beim Menschen

Viele evolutionäre Adaptionen repräsentieren einen Kompromiss zwischen verschiedenen adaptiven Bedürfnissen (Roy 2003), so auch die Anpassung des knöchernen Beckens an den aufrechten Gang. Diese führte nämlich im Verlauf der Evolution des Menschen zur Verkleinerung des Innenraums des knöchernen Beckens sowie zur Veränderung dessen Form. Aber auch ein wichtiges Charakteristikum der Primaten, der relativ große Kopf in Bezug zur Körpergröße, führte bereits bei unseren Vorfahren dazu, dass die Größe des kindlichen Kopfes annähernd gleich der inneren Beckenöffnung war, und damit zu einem geburtshilflichen Dilemma. Des Weiteren weisen Hominiden aufgrund von Adaptionen des Bewegungsapparates an den aufrechten Gang, breite, rigide Schultern auf, wodurch der Geburtsvorgang zusätzlich erschwert wurde. Als Resultat dieser zahlreichen Anpassungen, vor allem aber an die Formänderungen des Beckens, entstanden die komplexen Drehungen, die ein menschlicher Fötus beim Durchtritt durch das weibliche Becken vollbringen muss (Rosenberg & Trevathan 1996). Entsprechend dem (von oben gesehen) querovalen Beckeneingangsraum tritt der kindliche Kopf durch die Kraft der Geburtswehen quer oder leicht schräg in den Beckeninnenraum ein. Danach folgt die annähernd runde Beckenhöhle, welche dem kindlichen Schädel Platz zur Drehung mit dem Hinterhaupt um 90° symphysenwärts gibt. Gleichzeitig mit der Drehung sowie mit dem Tiefertreten des Schädels vollzieht der fetale Kopf in der Beckenmitte auch eine Beugebewegung (Flexion), die es ihm ermöglicht mit dem kleinsten Planum, dem P. suboccipitobregmaticum (Umfang 33cm) den Geburtskanal zu bewältigen. Im (von oben gesehen) längsovalen Beckenausgangsraum folgt eine Deflexion des kindlichen Schädels, so dass sich dieser im Bogen um die Symphyse herumbewegen kann. Gleichzeitig treten die Schultern quer in den Beckeneingang ein und nach einer weiteren Drehung des gerade geborenen kindlichen Kopfes in seine Ausgangsposition, längs aus dem Beckenausgang wieder aus (Oswald-Vormdohre 2003).

Zur Erleichterung der, aus aufrechtem Gang und Skelettadaption resultierenden, Geburtsprobleme trug aber auch, wie schon erwähnt, das aktive Aufsuchen von Assistenz bei der Geburt bei. Dieses Phänomen lässt sich in allen heutigen Gesellschaften beobachten und so hat, nach Ansicht der Autorinnen Rosenberg und Trevathan (2001), die Geburtshilfe ihre Wurzeln bereits bei unseren ersten bipedalen Vorfahren vor fünf Millionen Jahren.

Triebfedern für das Aufsuchen von Beistand bei der eigenen Geburt waren dabei nicht nur die Reduktion des Mortalitätsrisikos von Mutter und Kind, sondern auch emotionale Bedürfnisse, wie Sorge und Angst, so dass die natürliche Selektion bereits vor langer Zeit diese mütterlichen Verhaltensweisen begünstigte (Rosenberg & Trevathan 2001).

Die Enzephalisation, welche vor allem von vor zwei Millionen bis vor 100.000 Jahren stattfand (Rosenberg & Trevathan 2001), konnte aber auch aufgrund von zwei anderen Veränderungen fortgesetzt werden. Zum einen deshalb, weil die Geburt des Menschen zu einem relativ frühen Zeitpunkt der fetalen Entwicklung stattfindet, weshalb menschliche Neugeborene extrem hilflos sind. Zum anderen weisen menschliche Säuglinge einen kleineren Prozentsatz der Gehirngröße eines Erwachsenen auf (Rosenberg & Trevathan 1996).

Trotz all dieser Adaptionen stellt der Mensch unter allen, aus natürlicher Selektion hervorgegangenen Tierpopulationen, die einzige mit einer hohen Rate an gestörten Geburtsverläufen dar (Roy 2003). Roy erklärte 2003 diese Entwicklung aus Sicht der darwinistischen Evolutionstheorie für untragbar und argumentierte, dass sich Dystokien¹⁶ erst bei unserer modernen Gesellschaft finden. Laut Roy (2003) konnte die natürliche Selektion in Bezug auf die eher plötzliche Veränderung unserer Umwelt von der Jäger-und-Sammler-Kultur zur schlechter ernährten Agrargesellschaft bis hin zur modernen Gesellschaft nicht schnell genug operieren, so dass die moderne Gesellschaft und vor allem das knöcherne Becken schlichtweg nicht an die hochkalorische Ernährung angepasst ist.

Unabhängig davon wann und weshalb Komplikationen bei der Geburt des Menschen zum ersten Mal auftraten, sind genital verstümmelte Frauen der Gegenwart von diesen evolutionär bedingten Problemen der Geburt genauso betroffen, wie alle anderen weiblichen hominiden Individuen, nur kommen bei ihnen noch andere Komplikationen und Hürden hinzu.

Folgen für Schwangerschaft und Geburt

Ein Problem im Zusammenhang mit FGM und Geburt ergibt sich auch dadurch, dass afrikanische Familien meist sehr kinderreich sind und häufige Geburten ganz allgemein die Gesundheit der Frau aufs Spiel setzen (Asefaw 2008).

Zu den Komplikationen von beschnittenen Frauen in der Schwangerschaft zählen vermehrte urogenitale Infektionen, wodurch sich das Risiko einer *Frühgeburt* erhöht (WHO (Hrsg.) 2001).

Die meisten Komplikationen bei der Geburt erfahren infibulierte Frauen normalerweise bei ihrer ersten Geburt (Asefaw 2008). Ursache dafür ist die *mechanische Barriere*, welche vor

¹⁶ Unter einer Dystokie versteht man einen gestörten Geburtsverlauf (Pschyrembel (Hrsg.) 2002).

allem bei infibulierten Frauen, aber auch bei Frauen mit anderen Formen von FGM, durch das straffe, kaum dehnbare Narbengewebe entsteht. Verwachsungen durch vorangegangene Infektionen können den Geburtskanal noch zusätzlich verengen und zu *Weichteildystokien* führen, welche wiederum eine *prolongierte Austreibungsperiode* bewirken und dadurch auch das ungeborene Kind gefährden. Studien zur Folge soll FGM auch in Zusammenhang mit *fetalem Stress* stehen (WHO 2000). Weitere Komplikationen während der Schwangerschaft und Geburt beschnittener Frauen, hervorgerufen durch die reduzierte vaginale Öffnung, sind die *erschwerte Vaginaluntersuchung*¹⁷, sowie die Unmöglichkeit die Harnblase mittels eines Katheters zu entleeren¹⁸ bzw. die Unmöglichkeit den fetalen Skalp-pH¹⁹ zu messen (Goesmann & Kentenich 2006).

Episiotomien und *Dammrisse* stellen mit Abstand die häufigsten Geburtskomplikationen bei Frauen mit FGM dar. Schmerzen von vorangegangenen Episiotomien bewirken bei infibulierten Frauen oftmals eine Zurückhaltung beim Pressen in der Austreibungsphase, wodurch sich die Geburt ebenfalls verzögert. Vermehrte *postpartale Blutungen* aufgrund der Schnitte und Risse des Narbengewebes stehen ebenfalls mit FGM in Verbindung. Viele Studien belegten zudem, dass weibliche Genitalverstümmelung nicht nur das Mortalitätsrisiko der Mutter sondern auch des Kindes erhöht (z.B. WHO 2000). Diese Studienergebnisse erklären zumindest teilweise die hohe Müttersterblichkeitsrate in Afrika. Während das Müttersterblichkeitsrisiko in Europa bei 1:4300 liegt, geht man in Afrika von einem Risiko von 1:36 aus (Deutsche Stiftung Weltbevölkerung 2010a).

Auch bei einer von der WHO 2006 durchgeführten Studie über die Auswirkungen der verschiedenen FGM-Formen auf die Geburt, durchgeführt mit 28.393 schwangeren Frauen in sechs afrikanischen Ländern²⁰, stellte man fest, dass von FGM betroffene Frauen ein signifikant höheres Geburtsrisiko aufweisen als nicht genital verstümmelte Frauen und dass sich dieses mit dem Grad der Verstümmelung erhöht. Der Studie zur Folge hatten Frauen mit Typ II und Typ III ein signifikant höheres Risiko ihre Kinder mittels *Kaiserschnitt* zu entbinden als nicht beschnittene Frauen. Die von Typ II und III betroffenen Frauen, welche nicht mittels Sectio caesarea (Kaiserschnitt) entbunden haben, hatten ein signifikant höheres

¹⁷ Ist die Vaginaluntersuchung nicht möglich, können weder die Weite des Muttermundes während der Geburt, noch andere Untersuchungen festgestellt bzw. vorgenommen werden (WHO (Hrsg.) 2001).

¹⁸ Ohne die Möglichkeit einer Katheterisierung kann der Harn der Schwangeren nur unzureichend auf Infektionen oder Proteinurie und die damit verbundene Präeklampsie untersucht werden (WHO (Hrsg.) 2001).

¹⁹ Treten während der Geburt pathologische Veränderungen der kindlichen Herzfrequenz auf, kann eine Mikroblutgasanalyse (MBU) durchgeführt werden. Dabei wird aus der Haut des vorangehenden Teils des Feten eine kleine Menge Kapillarblut entnommen, um daraus wesentliche Parameter wie den pH-Wert zu ermitteln. Aus diesen Parametern können Rückschlüsse auf den kindlichen Zustand gezogen werden, um so über die weitere Vorgehensweise besser entscheiden zu können (Laupichler 2003).

²⁰ Burkina Faso, Ghana, Kenia, Nigeria, Senegal, Sudan

Risiko einen postpartalen Blutverlust von mehr als 500 Milliliter zu erleiden. Allgemein war der Krankenhausaufenthalt bei von FGM betroffenen Frauen verlängert. Bezüglich der Parität (Zahl der Geburten einer Frau) wurden in Bezug auf diese relativen Risiken keine Unterschiede gefunden (WHO 2006).

Auch das Risiko einer Episiotomie war bei von weiblicher Genitalverstümmelung betroffenen Frauen stark erhöht (88% Episiotomien bei erstgebärenden, infibulierten Frauen im Gegensatz zu 41% bei Erstgebärenden ohne FGM; 61% zu 14% bei Mehrgebärenden). Des Weiteren hatten Kinder von Müttern mit Typ II und Typ III ein höheres Risiko während der Geburt zu sterben sowie nach der Geburt reanimiert werden zu müssen. Auch das Risiko eines *intrauterinen Fruchttods (IUF)* war bei von FGM betroffenen Frauen im Vergleich zu Frauen ohne FGM erhöht (WHO 2006).

Daher würden besonders genital verstümmelte Frauen eine kompetente Schwangerenvorsorge und Betreuung während der Geburt benötigen. Die meisten Todesfälle im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt könnten nämlich durch medizinische Betreuung durch geschultes Personal verhindert werden (Deutsche Stiftung Weltbevölkerung 2010b) und evolutionär bedingte emotionale Bedürfnisse könnten am besten durch eine familiäre Umgebung gestillt werden (Rosenberg & Trevathan 2001).

4.3. Psychische Konsequenzen

Die genitale Verstümmelung kann neben dem Aspekt der physischen Komplikationen auch lebenslange psychische Folgen für die Betroffenen mit sich bringen und höchst traumatisierend wirken. Die seelische Belastung kann dabei so groß werden, dass betroffene Frauen die gesamte Verstümmelung aus ihrem Gedächtnis streichen (Bauer & Hulverscheidt 2003). Dies könnte auch erklären, warum sich bei einer von Asefaw (2008) durchgeführten Befragung in Eritrea nur 18 von 367 beschnittenen Frauen an ihre Beschneidung erinnern konnten.

Opfer von Gewaltakten, wie die Genitalverstümmelung es ist, zeigen häufig psychische Symptome wie *Angst- bzw. Verhaltensstörungen, aggressives Verhalten* oder *Depressionen*. *Minderwertigkeitsgefühle* sowie das Gefühl nicht vollständig zu sein, sind bei von FGM betroffenen Frauen keine Seltenheit. Hinzu kommt, dass betroffene Frauen und Mädchen über das Erlebte nicht sprechen dürfen. Des Weiteren fühlen sie sich oftmals von ihrer Familie verraten. Es entstehen Gefühle des Misstrauens sowie ein genereller *Vertrauensverlust* (Bauer & Hulverscheidt 2003).

Neben den eben genannten psychischen Krankheitsbildern kann eine weibliche Genitalverstümmelung auch zu *somatoformen Störungen* führen. Darunter versteht man körperliche Beschwerden (z.B. Kopf- und Rückenschmerzen, Unterleibsbeschwerden), deren Ursache eine seelische Störung darstellt (Bauer & Hulverscheidt 2003). Daher sind bei der Behandlung möglicher Folgen von FGM nicht nur MitarbeiterInnen medizinischer Berufe gefordert, sondern auch PädagogInnen und MitarbeiterInnen anderer sozialer Berufe (Hanslmaier 2008). Die Zusammenarbeit dieser Berufsgruppen wäre bei der Behandlung der durch FGM verursachten psychischen und physischen Probleme von zentraler Bedeutung.

Häufig kommt es jedoch vor, dass psychische und physische Erkrankungen nicht mit der weiblichen Genitalverstümmelung in Verbindung gebracht werden. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn betroffene Frauen innerhalb ihres gesellschaftlichen Gefüges leben. Erst wenn beschnittene Frauen, zum Beispiel aufgrund von Migration, außerhalb ihres ursprünglichen Umfelds leben, bringen sie physische und psychische Leiden mit ihrer Beschneidung in Verbindung (Asefaw 2008).

5. Begründungen für FGM

Nachdem man einen Einblick in die schreckliche Praxis der weiblichen Genitalverstümmelung und die vielen schwerwiegenden Folgen bekommen hat, stellt sich die Frage, warum so viele Menschen verschiedenster Religionen und Ethnien, über so lange Zeit in den unterschiedlichsten Regionen der Welt an dieser grausamen Tradition festhalten.

Diese Frage lässt sich natürlich nicht einfach beantworten. Fakt ist allerdings, dass FGM in komplexe gesellschaftliche Zusammenhänge eingebettet ist. Die meisten Betroffenen haben verschiedenste, oftmals multiple Gründe. Gruenbaum (2001) und andere Autoren berichten von kulturellen Gründen, Übergangsriten, moralischen Vorstellungen, der Wichtigkeit der Jungfräulichkeit bei der Eheschließung und vielen weiteren Begründungsmustern für FGM, welchen sich auch die folgenden Kapitel dieser Arbeit widmen werden.

Betrachtet man die Rahmenbedingungen afrikanischer Gesellschaften die FGM praktizieren, lässt sich feststellen, dass in fast allen Ländern das Wirtschaftswachstum gering und das Bevölkerungswachstum hoch ist. Weiter finden sich meist ärmliche Lebensumstände,

gezeichnet durch Hunger, den Mangel an sauberem Wasser sowie geringe Bildungschancen besonders für Mädchen (Asefaw 2008).

Zu Beginn ist jedoch wichtig festzuhalten, dass Eltern und Großeltern ihren Töchtern und Enkeltochtern, sowie Ehemänner ihren Frauen und auch die Beschneiderinnen den zu beschneidenden Mädchen nicht schaden wollen (Asefaw 2008). Vielmehr wünschen sie sich, aufgrund der unten aufgelisteten Begründungen, für deren Leben nur das Beste (Lighthfoot-Klein 1993).

5.1. Die Frau in Afrika bzw. die Kontrolle der weiblichen Sexualität

Bei traditionellen afrikanischen Gesellschaften ist es ein wichtiges Gebot, dass die Frauen jungfräulich in die Ehe gehen. Um dies sicher zu stellen, werden die weiblichen Geschlechtsteile beschnitten. Dieser Jungfräulichkeitswahn führt zusammen mit der Tatsache, dass afrikanische Frauen außerhalb der Ehe keine Lebensperspektive haben, zu einem Teufelskreis. Die Ehe und damit die Rolle der Mutter zahlreicher Kinder, ist die einzige Lebensaufgabe einer ländlichen afrikanischen Frau. Außerhalb der Ehe kann eine Frau weder wirtschaftlich noch sozial überleben (Rosenke 2000).

Dies rührt daher, dass Frauen in allen Ländern in denen FGM praktiziert wird, in vielerlei Hinsicht benachteiligt sind. Diese Tatsache wirkt sich nicht nur auf ökonomischer Ebene aus (geringerer Zugang zu materiellen Ressourcen und Bildungsmöglichkeiten), sondern vor allem auch auf die symbolische Rangordnung. So nehmen Frauen in afrikanischen Gesellschaften, in der Religion sowie in Bezug auf traditionelle Geschlechtervorstellungen, eine niedrigere Stellung ein, wodurch die Abhängigkeit von den männlichen Mitgliedern der Gesellschaft erklärt werden kann (Gruber, Kulik & Binder 2005). So erlangt eine afrikanische Frau erst durch die Heirat und die Geburt eines Kindes einen höheren sozialen Status. Kinderlosigkeit hingegen ist ein häufiger Scheidungsgrund (Asefaw 2008).

Lighthfoot-Klein bezeichnete 2003 das „*Verlangen, die weibliche Sexualität zu kontrollieren*“, als „*primäre Begründung für die Fortführung dieser alten Praktiken*“ (Lighthfoot-Klein 2003, pp. 15). FGM bewirkt nämlich bei betroffenen Frauen, dass das für die sexuelle Erregung sensible Gewebe der Klitoris nicht mehr vorhanden ist, womit ein Verlust des Lustempfindens der Frau einhergeht. Über dies hinaus wird für infibulierte Frauen die Vollziehung des Geschlechtsakts, aufgrund der zugenähten Vaginalöffnung, schier unmöglich

(Gruenbaum 2001). Abgesehen davon, dass infibulierte Frauen nur schwer körperliche Erregung empfinden können, verlieren sie aufgrund der Schmerzen, welche sie während jeder Penetration erleiden, jegliche Lust an ihrer Sexualität. All das soll die Jungfräulichkeit und damit die Möglichkeit zu heiraten und Kinder zu gebären gewährleisten.

Erst in der Nacht der Hochzeit wird die hirsekorngroße Öffnung der infibulierten Vagina durch die Penetration des Bräutigams geöffnet. Gelingt ihm dies nicht, verwendet er oder eine traditionelle Hebamme ein Messer um die Infibulationsnarbe aufzuschneiden. Auch hier kommt meist kein Schmerzbetäubungsmittel zum Einsatz (Rosenke 2000).

Bei der Geburt des ersten Kindes reicht die auf die Größe des Penis ausgedehnte Öffnung der Vagina nicht aus, um ein Kind zu gebären. Erneut muss das durch FGM entstandene unelastische Narbengewebe von einer Hebamme geöffnet werden (Defibulation). Direkt im Anschluss an die Geburt wird die Vaginalöffnung maximal auf Penisgröße zugenäht. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle werden die Frauen nach der Geburt jedoch refibuliert. Da das Zunähen den Zweck hat die weibliche Sexualität zu kontrollieren, werden auch Witwen, geschiedene und verheiratete Frauen, deren Ehemänner für längere Zeit verreisen, refibuliert (Rosenke 2000).

5.2. Fehlende Bildung

Die fehlende Sexual- und Gesundheitsaufklärung stellt eine der Hauptursachen dar, warum FGM noch immer praktiziert wird. Mit Ausnahme der Funktion der Brüste, sind andere Funktionen des weiblichen Körpers bei betroffenen Ethnien kaum bekannt (Rosenke 2000).

Die Analphabetismusrate ist gerade in den FGM-praktizierenden Ländern extrem hoch (Rosenke 2000), was erklärt warum das meiste Wissen lediglich mündlich und daher oftmals lückenhaft oder sogar falsch weitergegeben wird (siehe Unterkapitel 5.5. Unwissenheit über den weiblichen Körper). In der afrikanischen Gesellschaft bezeichnet man einen Analphabeten als „*Ummi*“. Dieses arabische Wort beschreibt einen Menschen, der keinerlei Wissen besitzt, das nicht von Allah stammt (Dirie & D’Haem 2002, pp. 243). Demnach würde bedeuten, dass ein Mensch der Lesen und Schreiben kann, auch Wissen besitzt, das keinen religiösen Hintergrund hat, was es zu vermeiden gilt.

Waris Dirie beschreibt die Situation in ihrem Buch „*Wüstenblume*“ folgendermaßen:

„Unsere Sprache Somali gab es bis 1973 nicht in geschriebener Form, und so konnten wir weder lesen noch schreiben. Alles Wissen wurde mündlich überliefert, sei es in

Gedichten oder Volksmärchen oder, was noch wichtiger war, indem unsere Eltern uns alles beibrachten, was man zum Überleben brauchte.“ (Dirie & Miller 2006, pp. 35)

Aber nicht nur die fehlende Bildung der betroffenen Frauen und deren Familien führen zum Fortbestehen der Praxis. Auch in der medizinischen Ausbildung besteht ein großes Defizit (Rosenke 2000). Rosenke sieht das Problem FGM aber nicht nur aufgrund mangelnder Schulbildung fortbestehen. Sie schreibt in diesem Zusammenhang folgendes:

„[...die Verstümmelung weiblicher Geschlechtsorgane...] ist [...keine Frage der formalen Schulbildung, sondern vielmehr des politischen Bewußtseins [sic]...]“
(Rosenke 2000, pp. 45)

Nichtsdestoweniger besitzen beschnittene Frauen im Vergleich zu unversehrten Frauen eine niedrigere Schulbildung. Dies zeigt auch eine in Eritrea durchgeführte Studie von Fana Asefaw, welche sich im Rahmen ihrer Dissertation mit dem Thema FGM beschäftigte. In Eritrea liegt die Analphabetismusrate der Frauen bei mehr als 50% und nicht einmal 40% der Mädchen besuchen den Schulunterricht. Die Analphabetismusrate ist in ländlichen Gegenden generell höher, da es auf dem Land weniger Schulen gibt als in der Stadt. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Rate der Beschneidungen mit zunehmender Schulbildung abnimmt (Asefaw 2008).

5.3. Kulturelle und religiöse Begründungen

Eine derartig grausame Tradition²¹, wie die weibliche Genitalverstümmelung es ist, muss tief in der Kultur der jeweiligen Gesellschaft verwurzelt sein. Daher ist FGM ein Thema, das immer innerhalb seines kulturellen Kontextes begutachtet werden muss. Sehr häufig findet sich dabei die Religion als Rechtfertigung.

Religion als Rechtfertigung

Obwohl sich das Gerücht, dass die weibliche Genitalverstümmelung im Islam seine Wurzeln hat, hartnäckig hält, findet sich im Koran keinerlei Hinweis darauf (Ettenhuber 2000). In zahlreichen Versen des Korans wird die Schöpfung Gottes als vollkommen bezeichnet und es wird betont, dass alles von Gott Erschaffene einen bestimmten Zweck erfüllt (Kölling 2008).

²¹ Tradition bezeichnet man auch als Überlieferung, Herkommen oder Brauch (Wermke et al. (Hrsg.) 2000).

Festzuhalten ist, dass der Islam kein religiöses Gesetz kennt, Mädchen und Frauen zu beschneiden, was erklärt, dass in einigen muslimischen Ländern FGM nicht praktiziert wird. Befürworter von FGM hingegen sehen die weibliche Beschneidung aufgrund falscher mündlicher Überlieferungen als ein religiöses Gebot an (Ettenhuber 2000). Wenn man bedenkt, dass gerade in Ländern, in denen FGM überwiegend praktiziert wird, die Analphabetismusrate extrem hoch ist, wird klar, weshalb sich dieses Gerücht so hartnäckig hält und es muss die Aufgabe der Rechtsgelehrten sein, die Vornahme einer weiblichen Genitalverstümmelung als „haram“²² einzustufen (Rosenke 2000).

Des Weiteren muss man an dieser Stelle vermerken, dass FGM auch von Gruppen anderer Religionen wie etwa von Christen, Juden und Anhängern von Naturreligionen praktiziert wird (Ettenhuber 2000). FGM ist daher vielmehr eine kulturelle, als eine religiöse Praktik (Rahman & Toubia (Hrsg.) 2001). An dieser Stelle muss allerdings angemerkt werden, dass der radikalste Eingriff an den weiblichen Geschlechtsorganen, die Infibulation, ausschließlich von Muslimen angewendet wird (Rosenke 2000).

Kultur und Tradition

Tradition ist das am häufigsten genannte Motiv für die Durchführung von FGM (Kölling 2008). Von Befürwortern wird die Verstümmelung der weiblichen Genitalien als kulturelles Erbe und damit als eine traditionelle Sache verstanden (Euler 2002). Sie wird von Generation zu Generation weitergegeben und als Erbe der Ahnen angesehen. Da jede Ethnie ihre eigenen Beschneidungsformen bzw. -rituale vorweisen kann, bedeutet FGM für die betroffenen Frauen kulturelle und soziale Identität. Daher kommt es auch vor, dass sich Frauen, die in andere Regionen übersiedeln, in Folge des sozialen Drucks, an die neue Beschneidungsform angleichen. Die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Volksgruppe ist bei der Art der Beschneidung entscheidender, als jene zu einer bestimmten Religion. Die Aufnahme in eine bestimmte Ethnie durch die weibliche Beschneidung kann daher als *Initiationsritus* angesehen werden (Asefaw 2008).

Traditionen sind nämlich nicht nur mit religiösen Ansichten fest verknüpft, auch Meinungen in Bezug auf Hygiene, Schönheitsideale oder Sexualität stehen mit ihnen in Verbindung. Tradition als Begründung für ein Ritual wird also mit bestimmten Überzeugungen verbunden, die man durchleuchten muss, um das Wort Tradition nur ansatzweise verstehen zu können. Daher ist „Tradition“ allein eine inexakte Begründung, die man immer bei der jeweiligen Gesellschaft weiter hinterfragen muss (Kölling 2008).

²² Der arabische Begriff „haram“ bezeichnet im islamischen Recht alle Taten, die im Islam verboten sind (Rosenke 2000).

5.4. Ökonomische Aspekte

Neben soziologischen und anderen nicht wirtschaftlichen Begründungen trägt das ökonomische Interesse maßgeblich dazu bei, dass sich das grausame Ritual der weiblichen Genitalverstümmelung über einen so langen Zeitraum aufrecht erhält.

Eine traditionelle Beschneiderin verfügt neben einem außergewöhnlich beachtlichen Einkommen auch über einen hohen sozialen Status. Ausgebildeten GeburtshelferInnen, Krankenschwestern und Hebammen bietet die Durchführung weiblicher Beschneidungen die Möglichkeit ihr Einkommen zu erhöhen. Außerdem besteht in den meisten praktizierenden Gesellschaften ein Zusammenhang zwischen der Praktik FGM und dem Brautpreis. Der Brautpreis wird in Form von Bargeld und Edelsteinen von den Brauteltern verlangt und ist am höchsten, wenn die Braut noch Jungfrau ist. Eine enge Infibulationsnarbe soll dies garantieren, so dass das betroffene Mädchen wie eine Ware verkauft werden kann. Auch zwischen der Radikalität der Genitalverstümmelung und der Höhe des Brautpreises besteht eine Korrelation (Rosenke 2000).

5.5. Weitere pseudowissenschaftliche Begründungen

Unwissenheit über den weiblichen Körper

Der Großteil der pseudowissenschaftlichen Gründe, welche von den praktizierenden Ethnien angegeben werden, beruht auf Unwissenheit über biologische Zusammenhänge. Bei der praktizierenden Bevölkerung ist meist der Glaube verbreitet, dass nicht beschnittene Frauen unfruchtbar seien und so wird die Klitoridektomie von Dorfheilkundigen sogar als Heilmittel gegen Unfruchtbarkeit empfohlen. Einige Bevölkerungsgruppen im Sudan gehen sogar davon aus, dass die Klitoris giftig sei und, dass die Berührung beim Geschlechtsakt den Mann impotent machen oder sogar töten könnte bzw. während der Geburt dem Kind Schaden zufügen könne (Rosenke 2000). Im Sudan vertreten praktizierende Ethnien außerdem die Meinung, dass bei intakten Frauen die Gebärmutter herausfallen könne bzw. Würmer in die Scheide kriechen könnten (Ligthfoot-Klein 2003).

Weibliche Genitalverstümmelung soll des Weiteren als Nachweis dienen, dass die betroffenen Frauen fähig sind akute Schmerzen zu bewältigen und daher die Torturen einer Geburt ertragen können. Außerdem kursiert das Gerücht, dass die Entfernung der Klitoris dazu führt, dass die Lustempfindungsfähigkeit an den übrigen erogenen Zonen zunimmt. Des Weiteren

soll FGM die betroffenen Mädchen und Frauen vor einer Vergewaltigung schützen (Rosenke 2000).

Die Unwissenheit über den weiblichen Körper reicht so weit, dass selbst Praktizierende, welche eine Schulbildung erfahren haben, glauben, dass die weiblichen Geschlechtsteile und speziell die Klitoris bis zu den Hüften wachsen, wenn man sie nicht entfernt (Rosenke 2000). Befürworter von FGM sind paradoxerweise sogar davon überzeugt, dass die Beschneidung eine Reihe von Gesundheitsvorteilen bewirkt. So soll FGM vor Krankheiten schützen (insbesondere vor Infektionskrankheiten), der Verunreinigung der Muttermilch vorbeugen, die Persönlichkeit verbessern (Ligthfoot-Klein 2003) und Frauen von Krankheiten wie Melancholie, Nymphomanie, Irrsinn, Epilepsie, Kleptomanie und Hysterie heilen (Lightfoot-Klein 1993).

FGM als Schönheitsideal bzw. hygienische Gründe

FGM praktizierende Gesellschaften empfinden den natürlichen Zustand der weiblichen Geschlechtsteile als unästhetisch und unrein (Gruenbaum 2001). Im Speziellen wird die Klitoris der Frau als hässlich und entstellend angesehen und sie soll unerträgliche Gerüche und Ausscheidungen absondern (Rosenke 2000). Daher gilt unter Bevölkerungsgruppen, welche infibulieren, die geglättete Scham sexuell gesehen als besonders begehrenswert (Ligthfoot-Klein 2003).

Natürlich bewirkt gerade die pharaonische Beschneidung das Gegenteil von größerer Reinheit. Der Rückstau von Menstruationsblut und Urin hinter der zugenähten Haut führt zur Entstehung von einem idealen Nährboden für Krankheitserreger (Ligthfoot-Klein 2003).

6. Lösungsansätze

„Zweifle niemals daran, dass eine kleine Gruppe engagierter Menschen die Welt verändern kann, tatsächlich ist das der einzige Weg, der je funktioniert hat.“
(Margaret Mead, Autorin und Anthropologin, in: Lightfoot-Klein 2003, pp. 91)

In den letzten 30 Jahren lässt sich vermehrt beobachten, dass sich immer mehr Menschen, darunter MedizinerInnen und politische AktivistInnen, dem Thema FGM widmen und sich für die Abschaffung der Praktik einsetzen (Lightfoot-Klein 2003). Aber auch diverse UN-

Organisationen²³ engagieren sich seit über zehn Jahren auf internationaler Ebene für die Bekämpfung von FGM. In Österreich ist FGM vor allem durch folgende Organisationen ins Bewusstsein der Bevölkerung gerückt: die Afrikanische Frauenorganisation, Orient Express, die Österreichische Plattform gegen weibliche Genitalverstümmelung und das eher junge Beratungszentrum FEM-Süd. Zu deren Aufgaben zählen nicht nur die Prävention und Beratung, sondern auch die Fortbildung und die Analyse des Ist-Status in Österreich (Preller 2008).

Bei der Bekämpfung sollte man jedoch bedenken, dass eine große Zahl von Menschen betroffen ist, eine Vielzahl von kulturellen Voraussetzungen bestehen und das Bildungsniveau in afrikanischen Gesellschaften generell niedriger ist. Daher sind schnelle Erfolge beim Versuch diese tief verankerte Tradition zu überwinden selten.

Beim Kampf gegen weibliche Genitalverstümmelung hat sich aufgrund der Komplexität der Thematik gezeigt, dass die Kombination mehrerer Ansätze und damit ganzheitliche Strategien die besten Resultate erzielen (Baumgarten & Finke 2003). „*Weibliche Genitalverstümmelung ist eine interkulturelle und interdisziplinäre Herausforderung.*“ (Asefaw 2008, pp. 97)

Um sichtbare Erfolge zu erlangen, ist die Vernetzung der Bereiche Gesundheit, Politik, Sozialwesen, Psychologie, Migration und Religion von zentraler Bedeutung (Preller 2008).

Auch wenn ganzheitliche Strategien die besten Erfolge bei der Bekämpfung von FGM zeigten, werden in den folgenden Kapiteln die wesentlichsten Ansätze zur Abschaffung dieser schädlichen Praxis einzeln vorgestellt, um eine strukturierte Übersicht vermitteln zu können.

6.1. Entwicklungsfördernde Maßnahmen

Festzuhalten ist, dass das Thema FGM für die betroffenen Länder keinesfalls das Hauptproblem darstellt. Daher können Bekämpfungsmaßnahmen nur dann wirken, wenn die essentiellen Bedürfnisse dieser Gesellschaften, wie sauberes Trinkwasser, ausreichend Nahrung sowie der Zugang zu medizinischer Versorgung, gewährleistet sind (Asefaw 2008). Dabei empfiehlt es sich, das Thema FGM in allgemeine, entwicklungsfördernde Maßnahmen, wie etwa Gesundheits- und Alphabetisierungsaktivitäten, einzubinden und weibliche Genitalverstümmelung dabei als ein Thema unter vielen aufzunehmen (Kölling 2008). Hand

²³ Im Kampf gegen FGM engagieren sich unter anderem der Bevölkerungsfond (UNFPA), der Kinderfond (UNICEF) sowie die Weltgesundheitsorganisation (WHO) der Vereinten Nationen.

in Hand mit der Bekämpfung von FGM kann dann die Geschlechtergleichberechtigung gefördert, die Gesundheit der Mütter verbessert und die Kindersterblichkeit reduziert werden (Preller 2008).

6.2. Menschenrechte und Gesetze

„Gesetze sind wichtig, aber das Wesentliche ist, Verhalten und Normen zu ändern.“
(Etenesh Hadis, Gründerin der Afrikanischen Frauenorganisation, in: Österreichische Gesellschaft für Familienplanung (Hrsg.) 2001, pp. 44)

Gesetze gegen weibliche Genitalverstümmelung finden sich bereits in vielen Ländern auf der ganzen Welt (siehe Kapitel 3. Gesetzgebung). Grundsätzlich muss man jedoch festhalten, dass strafrechtliche Regelungen allein kein Umdenken erzielen. Die Tradition der Genitalverstümmelung muss von den Beteiligten selbst als schädlich erkannt werden, damit sich diese aus möglichst eigener Überzeugung davon abwenden (Gruber et al. 2005). Gesetze sollen von der Bevölkerung als Schutzmaßnahmen und nicht als ein Mittel zur Bestrafung angesehen werden und Regierungen müssen dafür Sorge tragen, dass bestehende Gesetze auch durchgesetzt werden (Kölling 2008).

Doch es gibt ein Problem von Gesetzen und Strafen. Diese bewirken nämlich, dass FGM immer weiter in den Untergrund gedrängt wird und betroffene Frauen und Mädchen aus Angst vor strafrechtlicher Verfolgung keine medizinische Versorgung erhalten. Daher ist es viel wichtiger, dass betroffene Ethnien FGM als gefährlich und schädlich erkennen, um sich davon mit Überzeugung abzuwenden (Kalthegener 2003).

Trotzdem sind Gesetze wichtig, um sich als Regierung zu positionieren und dadurch eindeutig gegen die Praktik der weiblichen Genitalverstümmelung auszusprechen.

6.3. Empowerment von Frauen

Der Begriff „Empowerment“ stammt vom Verb „empower“ ab, was als „ermächtigen“ übersetzt werden kann. In der hier vorliegenden Arbeit steht der Begriff „Empowerment“ allgemein für die Stärkung von Menschen. Das Ziel von „Empowerment von Frauen“ ist die Beendigung der Benachteiligung von Frauen. Wichtig dabei ist, dass Frauen lernen für sich selbst zu denken und zu handeln, um dadurch ihre Situation eigenständig zu verbessern. Empowerment von Frauen in den betroffenen Ländern kann nämlich nur dann funktionieren,

wenn die Betroffenen bei der Erarbeitung von Entwicklungskonzepten miteinbezogen werden. Voraussetzung dafür ist ein interkultureller Austausch auf gleichberechtigter Basis aller Beteiligten (Hoffmann 2003).

Das Ziel von Empowerment in Bezug auf die Abschaffung von FGM ist also, dass betroffene Frauen die Ungerechtigkeit und die Gefahren der weiblichen Genitalverstümmelung selbst erkennen.

Dabei erscheint es wichtig, dass Frauen über ihre Rechte aufgeklärt sind. Daher ist Aufklärungsarbeit und Bildung der Frauen ein Schlüsselfaktor bei der Bekämpfung von FGM.

6.4. Aufklärung und Bildung

Nur wenn Menschen über die gesundheitlichen Folgen von FGM informiert sind, können sie bestehende Praktiken kritisch hinterfragen. Aufklärungsarbeit soll primär eine Änderung des Bewusstseins bei den FGM-praktizierenden Gesellschaften erzielen, um dadurch eine dauerhafte Verhaltensänderung zu bewirken. Jedoch muss diese mit effektiven Präventionsmaßnahmen zeitgleich stattfinden (Asefaw 2008).

Außerdem ist es an der Zeit, dass Aufklärungskampagnen die städtischen Bevölkerungsgruppen und auch gebildete Männer und Frauen einbeziehen. Wie wichtig es ist, Bekämpfungsstrategien auch an gebildete Menschen zu richten, zeigte eine Untersuchung die ergab, dass 61% der am höchsten gebildeten Frauen in Ägypten FGM befürworteten (Kölling 2008). Lightfoot-Klein wies bereits 1993 darauf hin, dass weibliche Genitalverstümmelung auf allen Ebenen der Gesellschaft praktiziert wird - von der Oberschicht, den hoch Gebildeten über die Mittelschicht bis hin zu archaischen Stämmen.

Im Idealfall sollte Beratung von Personen aus den gleichen Ursprungsländern, aus denen die betroffenen Frauen abstammen, kommen, damit möglichst gut auf den kulturellen aber auch sprachlichen Hintergrund der Frauen eingegangen werden kann (Preller 2008).

Wichtig bei der Bekämpfung von FGM ist, auch betroffene Migrantinnen selbst²⁴ und Menschen aus deren Kulturkreis einzubeziehen. Damit das gelingt, ist es wichtig, sich von der „Nulltoleranz-Haltung“ abzuwenden und dem „kultursensitiven Lösungsansatz“ zuzuwenden. Will man mit Betroffenen einen sinnvollen Austausch bewirken, wäre es von großer Bedeutung, die in der westlichen Welt boomenden Intimkorrekturen in die Abhandlung mit einzubeziehen (Asefaw 2008, pp. 89-91).

²⁴ Den Migrantinnen soll ein partizipativer Raum innerhalb der Organisationen gegeben werden (Preller 2008).

Folgende Inhalte empfiehlt die WHO (1999) allen an FGM beteiligten Stakeholdern zu vermitteln: FGM hat negative gesundheitliche Konsequenzen und ist schädlich; die Durchführung mit denselben Instrumenten an mehreren Frauen kann die Verbreitung von Infektionskrankheiten wie HIV fördern; FGM verletzt die Rechte von Frauen und Kindern; FGM wird nicht vom Islam vorgeschrieben und widerspricht den christlichen Lehren; unbeschnittene Frauen können heiraten; FGM reduziert die sexuelle Freude bei den betroffenen Frauen; FGM schränkt die Bildung der Mädchen ein;... (WHO 1999).

Aufklärungsarbeit durch religiöse Führer

Da viele Menschen, welche FGM praktizieren, glauben, dass die Beschneidung der weiblichen Genitalien ein Gebot ihrer Religion darstellt, empfiehlt es sich bei der Aufklärungsarbeit religiöse Führer, vor allem auf lokaler Ebene, einzubeziehen. Von großer Bedeutung dabei ist oftmals der Hinweis, dass in anderen muslimischen Teilen der Erde - wie etwa in Saudi-Arabien²⁵ - keine weiblichen Beschneidungen stattfinden. Jedoch sollte man bei diesem Ansatz der Bekämpfung bedenken, dass die Einbindung religiöser Darlegungen dazu führen kann, dass man die Mutmaßung FGM sei ein religiöses Problem, bestätigt. Viel wichtiger wäre es daher, betroffene Ethnien zu befähigen religiöse Texte selbst zu lesen, damit sich diese ihre eigene Meinung bilden können (Kölling 2008).

Schulung von Gesundheitspersonal und Aufklärung durch dieses

Eine passende Maßnahme zur Bekämpfung ist die Fortbildung und Sensibilisierung von Menschen, die mit Opfern von FGM in ihrem Beruf in Kontakt treten. Dies sind zum größten Teil ÄrztInnen, Pflegekräfte und Hebammen, aber natürlich auch Menschen mit sozialen Berufen. Diesen Menschen sollen in Fortbildungsworkshops nicht nur juristische Rahmenbedingungen vermittelt werden, sondern auch der kompetente Umgang mit betroffenen Frauen und deren Angehörigen sowie der Umgang mit Komplikationen beigebracht werden (Preller 2008). Aber auch Wissen zu allen anderen Belangen von FGM, wie Formen, Ursachen, gesundheitlichen und psychischen Komplikationen, die Behandlung dieser und vieles mehr, muss dem Gesundheitspersonal vermittelt werden (Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (Hrsg.) 2001).

Lightfoot-Klein (1993) betont in ihrem Buch *„Das grausame Ritual: Sexuelle Verstümmelung afrikanischer Frauen“*, dass gerade Hebammen einen großen Einfluss auf Frauen haben. Von

²⁵ Saudi-Arabien wird von vielen Muslimen als die Wiege des Islams angesehen (Kölling 2008).

großer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang vor allem die Sensibilisierung von Gesundheitspersonal vor Ort. Speziell Hebammen und ÄrztInnen, welche selbst Teil der Gemeinde sind, spielen eine tragende Rolle bei der Entscheidung ob ein Mädchen beschnitten werden soll oder nicht. Sie werden auch oft in die Entscheidung einbezogen, ob sich eine Frau nach der Geburt reifibulieren lassen soll oder nicht (Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (Hrsg.) 2001).

Umschulung von BeschneiderInnen

BeschneiderInnen müssen über die verschiedenen Auswirkungen von FGM informiert sowie motiviert werden ihr Wissen an die Familien weiterzugeben. Ihnen müssen alternative Einkommensmöglichkeiten aufgezeigt werden und Ressourcen, Ausrüstung sowie die Fähigkeiten diese ausüben zu können zur Verfügung gestellt werden. Die Gemeinde kann bei der Suche nach einer alternativen Rolle für BeschneiderInnen helfen (Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (Hrsg.) 2001). Neben religiösen Führern, BeschneiderInnen und medizinischen Fachkräften sollten natürlich auch alle anderen Stakeholder, wie zum Beispiel LehrerInnen, BeraterInnen in MigrantInnen-Organisationen und andere ExpertInnen der Bereiche Sozialwesen und Politik in Bezug auf FGM geschult werden (Preller 2008).

6.5. Sozialer Wandel

Nachhaltige Veränderungen können nur auf sozioökonomischer Ebene erreicht werden. Und zwar indem die Armut bekämpft, Mädchen der Zugang zu Schulen und damit zu Bildung sowie Frauen der Zugang zu medizinischer Betreuung, insbesondere während Schwangerschaft und Geburt, ermöglicht wird. Bei dieser Betrachtungsweise wird schnell klar, dass ein sozialer Wandel erst über einige Generationen hinweg greifen kann. Den ersten Ansatz sieht Asefaw Fana bei der jungen Bevölkerung und daher im Schulunterricht (Asefaw 2008). Jugendliche besitzen nämlich das größte Potential ihre Einstellungen zu verändern (Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (Hrsg.) 2001).

Alternative Rituale für Mädchen

Einen neuen Ansatz bei der Abschaffung von FGM stellen alternative Rituale dar. Diese sollen traditionelle Beschneidungszeremonien, welche oftmals Initiationsriten und Anlass für tagelange Zeremonien der ganzen Gemeinschaft darstellen, ersetzen. Solche alternativen Bräuche zielen darauf ab positive Gesichtspunkte eines Initiationsritus beizubehalten. Die

Beschneidung selbst wird jedoch durch alternative Riten unter dem Titel „Beschneidung durch Worte“ ausgetauscht. Sinnvoll ist dieser Ansatz allerdings nur bei Ethnien, bei denen weibliche Genitalverstümmelung im Zusammenhang mit der Initiation steht (Baumgarten & Finke 2003) und wenn diese in Zusammenarbeit mit der Gemeinde ausgearbeitet und von komplementierenden Elementen begleitet werden (Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (Hrsg.) 2001).

7. Empfehlungen für medizinisches Personal

„Unser Wissen bestimmt unsere Möglichkeiten.“ (Zielke-Nadkarni 2008, pp. 18)

Dass viele Mediziner im Umgang mit beschnittenen Frauen überfordert sind, zeigte sich in einer Befragung von Migrantinnen in Deutschland. Das Ergebnis dieser Untersuchung zeigte, dass 82,6% der 98 befragten beschnittenen Migrantinnen mit dem deutschen Gesundheitssystem negative Erfahrungen gemacht haben (Asefaw 2008). Dass von FGM betroffene Frauen medizinisch nicht immer entsprechend versorgt werden, bestätigen auch eine Informationsschrift des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (2008) sowie zahlreiche andere AutorInnen (z.B. Thierfelder 2003).

Das größte Problem im Umgang mit genital verstümmelten Frauen ergibt sich durch Unwissenheit und zeigt sich durch mangelnde Sensibilität und fehlendes Verständnis (Asefaw 2008). Außerdem fehlt es vielen medizinischen Berufsgruppen an Bewusstsein für das Thema FGM und den damit verbundenen physischen und psychischen Problemen (Zielke-Nadkarni 2008). Deshalb empfiehlt es sich, als Hebamme gut informiert und aufmerksam zu sein, um Beschwerden einer Schwangeren oder Gebärenden in Zusammenhang mit FGM bringen zu können (Richter 2001). So kommt es häufig vor, dass medizinisches Personal bei einer Frau beispielsweise immer wieder unterschiedliche Infektion behandelt, ohne sich der Ursache dafür bewusst zu sein (Hobsig 2001).

Ausgangspunkt bei der Betreuung von an ihren Genitalien verstümmelten Frauen soll eine möglichst vorurteilsfreie und neutrale Herangehensweise sein, mit dem obersten Ziel, eine Retraumatisierung zu vermeiden (Zielke-Nadkarni 2008). Medizinisches Personal soll den Frauen und ihren Angehörigen mit Respekt gegenübertreten und besonders den Frauen viel Einfühlungsvermögen zu Teil werden lassen (Richter 2001). Dabei ist es wichtig, dass auch

die Mimik bzw. die gesamte Körpersprache diesem Verhalten entspricht (Weskamm 2008). Wichtig ist es auch, sich Zeit für die Frauen zu nehmen, um eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen. Wünsche der betroffenen Frauen, wie etwa die Einbeziehung des Ehemanns, sollen erfragt und respektiert werden (Zielke-Nadkarni 2008). Um diesen Anforderungen entsprechen zu können, benötigt man umfangreiches Hintergrundwissen zum Thema. Auch über die kulturellen Hintergründe sowie spezielles Wissen über den Umgang mit betroffenen Personengruppen sollte eine Hebamme verfügen (Richter 2001). Dieses soll sowohl während der Ausbildung zur Hebamme oder zum/zur Arzt/Ärztin als auch in Fortbildungen sowie durch den Austausch untereinander vermittelt werden (Thierfelder 2003).

Aufgrund der oftmaligen sprachlichen Barrieren empfiehlt sich außerdem der Einsatz eines, im Idealfall weiblichen, Dolmetschers (Zielke-Nadkarni 2008). Auch Thierfelder (2003) bestätigt, dass die Sprache eine der Hauptbarrieren zwischen Betroffenen und MedizinerInnen darstellt sowie die Tatsache, dass es sich bei FGM um ein höchst intimes Thema handelt, welches von betroffenen Frauen nur ungern mit einem fremden Mann besprochen wird.

Eine ganzheitliche Pflegeanamnese muss außerdem die Frage nach Eingriffen an den Geschlechtsorganen beinhalten. Dadurch ergibt sich für die betroffenen Frauen die Möglichkeit Probleme anzusprechen und dem medizinischen Personal eröffnet sich die Chance der Informationsweitergabe²⁶ (Zielke-Nadkarni 2008). Richter formuliert in diesem Zusammenhang eine feinfühlige, aber dennoch zielgerichtete Frage:

„Ich habe gehört, dass in Ihrem Heimatland die weibliche Beschneidung üblich ist. Sind Sie auch beschnitten?“ (Richter 2011, pp. 4)

Im Zentrum muss jedoch immer die werdende Mutter oder die Patientin mit ihren Beschwerden stehen und nicht die Verstümmelung ihrer Genitalien (Richter 2001).

Körperliche Folgeerscheinungen, wie Infektionen, Blut- und Urinabflussbehinderungen, müssen behandelt bzw. behoben werden und je nach Beschneidungsgrad muss die Möglichkeit zum Geschlechtsverkehr durch Öffnung des Scheideneingangs hergestellt werden. Dabei ist die Wahl einer geeigneten Anästhesieform von großer Bedeutung, um die Erinnerung an den wahrscheinlich traumatischen Eingriff der Genitalverstümmelung zu vermeiden (Goesmann & Kentenich 2006).

Goesmann und Kentenich (2006) empfehlen genauso wie zahlreiche andere AutorInnen (z.B. Richter 2001) den Frauen und ihren Familien gegenüber unbedingt den Begriff „Beschneidung“ und nicht „weibliche Genitalverstümmelung“ zu verwenden. Letzterer ist

²⁶ Insbesondere empfiehlt Zielke-Nadkarni (2008) die Vorteile einer Defibulation hervorzuheben und Präventionsmaßnahmen für die Töchter der betroffenen Frauen zu ergreifen.

zwar aus feministischer Sicht korrekt, im Dialog mit betroffenen Frauen wird dieser Terminus jedoch meist als abwertend empfunden (Richter 2001) (siehe auch 1.2. Begriffserklärung). Laut WHO (2001) sind auch die Begriffe „Defibulation“ und „Reinfibulation“ für die breite Öffentlichkeit unangebracht, da so die Praktik leicht als von MedizinerInnen gebilligt ausgelegt werden kann. Die WHO empfiehlt daher die Begriffe „opening up“ („aufmachen“) und „repair“ („wiederherstellen“) oder „reconstruction“ („Rekonstruktion“) bei der Öffentlichkeitsarbeit zu verwenden (WHO (Hrsg.) 2001).

Empfehlungen für Schwangerschaft und Geburt

Damit der Verlauf der Geburt besonders bei infibulierten Frauen positiv ausfällt und das Risiko einer Sectio caesarea verringert werden kann²⁷, empfiehlt es sich in der Schwangerschaft oder während der Geburt eine Defibulation vorzunehmen (Sagawe & Weskamm 2008). Thierfelder (2003) betont in diesem Zusammenhang, dass eine Infibulation allein keine medizinische Indikation für einen Kaiserschnitt darstellt. Außerdem besteht die Möglichkeit, dass Frauen zurück in ihre Heimatländer kehren, wo dann ein vorangegangener Kaiserschnitt, vor allem aufgrund der schlechteren medizinischen Versorgung, ein Risiko darstellen könnte. Es ist gerade für beschnittene Frauen aufgrund ihres kulturellen Hintergrundes wichtig, ihnen die Möglichkeit zu erhalten, viele Kinder zu gebären (Thierfelder 2003), welche durch mehrmalige Sectiones caesareae zerstört wird.

Um der Frau einen Eingriff während der Schwangerschaft zu ersparen, soll die Defibulation im Idealfall gegen Ende der Geburt unter Lokal- bzw. Periduralanästhesie durchgeführt werden. Zu berücksichtigen ist, dass das neuerliche Aufschneiden sowie auch der vermehrte Blutverlust zu einer Retraumatisierung der betroffenen Frauen führen können (Sagawe & Weskamm 2008). Ist die Öffnung der Vulva besonders klein, empfiehlt sich die aufhebende Operation um die 20. Schwangerschaftswoche herum vorzunehmen, da sich so das Risiko einer Fehlgeburt minimiert, aber noch genug Zeit zur Genesung verbleibt (Richter 2001). Unbedingt soll vermieden werden, dass die betroffene Frau erst unter der Geburt mit dem Thema Defibulation konfrontiert wird. Ein Gespräch mit der Frau und ihrem Partner während der Schwangerschaft ist daher unumgänglich (Sagawe & Weskamm 2008).

Dass das eben beschriebene Management in einigen europäischen Ländern, die vermehrt mit beschnittenen Immigrantinnen konfrontiert sind, bereits umgesetzt wird, zeigt der

²⁷ Kaiserschnitte werden bei beschnittenen Frauen häufig aufgrund von Unkenntnis über das Defibulationsverfahren durchgeführt (Sagawe & Weskamm 2008).

Erfahrungsbericht einer Hebamme, welche zwei Jahre in einer großen Londoner Klinik als Hebamme arbeitete und im Rahmen dieser Forschungsarbeit befragt wurde:

„Frühzeitige Überweisung an spezielle Sprechstunden von Hebammen und Ärztinnen mit betroffenen Frauen und daher auch Pläne bezüglich Geburtsmodus, Reversion in Schwangerschaft, mit Wehenbeginn oder vor Geburt [sic]. FGM war ein Thema das ständig präsent war und von der Klinik wurden regelmäßig Fortbildungen und Updates organisiert.“ (Studienteilnehmerin)

Im Anschluss an die Geburt muss die entstandene Geburtsverletzung unter Einbeziehung der Wünsche der Frau und ihres Partners versorgt werden, um eine soziale Katastrophe zu vermeiden (Richter 2001). Dies stellt für Hebammen und ÄrztInnen einen ethischen Konflikt dar (Thierfelder 2003). Bei der Versorgung der Geburtsverletzung dürfen keine medizinischen Probleme wie etwa Abflussstörungen des Menstruationsblutes entstehen (Goesmann & Kentenich 2006). Physische Veränderungen, welche sich durch die größere Öffnung der Vulva ergeben²⁸, müssen ausreichend erklärt werden (Sagawe & Weskamm 2008). Fordern infibulierte Frauen nach der Geburt die Wiederherstellung des vorhergehenden Zustands, muss die Behandlung verweigert werden, wenn gesundheitliche Folgen zu erwarten sind, da dies eine Körperverletzung darstellen würde. Ziel der Wundversorgung muss die Wiederherstellung des seelischen und körperlichen Wohlbefindens der Frau sein. Um dies zu erreichen, muss neben der medizinischen Versorgung eine psychosoziale Beratung stattfinden (Goesmann & Kentenich 2006). Des Weiteren muss eine adäquate nachgeburtliche Betreuung sichergestellt werden (Richer 2011).

Nach der Geburt muss außerdem eine verlängerte Erholungsphase sowie der gesteigerte Bedarf an Schmerzmedikation bedacht werden (Sagawe & Weskamm 2008). Während der Wochenbettperiode sollen bei von FGM betroffenen Frauen Nachbetreuungskontrollen vermehrt durchgeführt werden, um Komplikationen ehestmöglich erkennen zu können (WHO 2001). Im Falle der Geburt eines Mädchens müssen im Anschluss an die Geburt unbedingt präventive Gespräche geführt werden, da dies oft die einzige Gelegenheit darstellt ein Weiterführen der Tradition zu vermeiden (Sagawe & Weskamm 2008). Eine qualitative Studie aus der Schweiz zeigte, dass lediglich 8% der 37 befragten ÄrztInnen und Hebammen mit den Müttern über die Möglichkeit ihre Töchter beschneiden zu lassen gesprochen haben (Thierfelder 2003).

²⁸ Eine Defibulation bewirkt eine vermehrte Absonderung vaginaler Sekrete, wie Schleim und Menstruationsblut, verändert die Optik der Geschlechtsorgane und bereitet weniger Schmerzen beim Wasserlassen sowie während der Menstruation und des Geschlechtsverkehrs (Zielke-Nadkarni 2008).

8. FGM-Studien mit medizinischem Personal innerhalb der EU

Das vorliegende Manual beinhaltet zwar die erste Befragung zahlreicher österreichischer Hebammen zum Thema FGM, jedoch ist dies nicht die einzige Studie, welche sich mit dem Thema weibliche Genitalverstümmelung und medizinischem Personal beschäftigte. Fünf dieser Studien, bei denen medizinisches Fachpersonal zum Thema genitale Verstümmelung befragt wurde, werden auf den nächsten Seiten vorgestellt.

In einer qualitativen norwegischen Studie zeigte sich, dass beschnittene somalische Frauen ihre Kinder in Norwegen häufiger mit Hilfe einer Sectio caesarea geboren haben, als dies bei unversehrten Frauen der Fall war. Als Ursache dafür nennen die Autoren die Unwissenheit der MedizinerInnen eine Defibulation durchzuführen. Des Weiteren war die Austreibungsperiode bei beschnittenen Frauen verlängert, wodurch sich der Apgar-Score²⁹ der Neugeborenen verminderte. Zurückführen lässt sich dies darauf, dass die betroffenen Frauen nicht rechtzeitig defibuliert wurden. Die Autoren der Studie empfehlen daher, die Frauen sorgfältig auf die Geburt vorzubereiten und beizeiten eine Defibulation unter lokaler Anästhesie vorzunehmen (Vangena, Johansen, Sundby, Traeen & Stray-Pedersen 2004).

Eine andere 2005/2006 durchgeführte Fragebogenstudie aus Österreich hatte zum Ziel, den Wissensstand von Wiener GynäkologInnen, KinderärztInnen und Hebammen über FGM in medizinischer und rechtlicher Hinsicht zu erfassen. Dies waren die wesentlichsten Ergebnisse:

- 95,2% der Befragten war FGM bekannt, jedoch erfuhren im Durchschnitt nur 17% der Befragten in ihrer Ausbildung von FGM. Unter den Befragungspersonen bestand ein großer Wunsch nach mehr Information zum Thema weibliche Genitalverstümmelung (bei 79,6%). 87,5% gaben an zumindest teilweise Detailwissen zum Thema zu besitzen.
- 80,8% war die Strafbarkeit von FGM in Österreich bekannt.
- Mehr als die Hälfte (54,4%) der befragten Personen wurde während ihrer beruflichen Praxis mit FGM konfrontiert. Wiener Hebammen waren in ihrem Berufsalltag am häufigsten von FGM betroffen. Jedoch waren dem Großteil aller Befragten nur wenige Fälle bekannt.

²⁹ Die Beurteilung der Vitalität des Neugeborenen erfolgt seit 1953 durch das Apgar-Punktesystem nach der Anästhesistin Virginia Apgar (1909-1974). Beurteilt werden dabei fünf Merkmale: Atmung, Hautfarbe, Herzfrequenz, Muskeltonus und Reflexe. Diese fünf Merkmale werden jeweils eine Minute, fünf und zehn Minuten postpartum mit 0 bis 2 Punkten bewertet (Kolmer-Hodapp 2003).

- 25,2% der ÄrztInnen und Hebammen hatten bei vorliegenden FGM-Fällen „nichts“ unternommen (oftmals aufgrund von sprachlichen Barrieren). Unter den Hebammen fand am häufigsten ein Austausch mit Kolleginnen statt.
- 36,6% der Befragten berichteten, dass FGM auch in Österreich durchgeführt wird.
- Bei 62% der betroffenen Frauen traten medizinische Komplikationen (30,8% Episiotomien, 30,8% Rissverletzungen, 11,5% erschwerte Austreibungsperiode, 3,8% Ableben des Kindes, 3,8% Blutungen) auf.

Des Weiteren sehen die AutorInnen in ÄrztInnen und Hebammen überzeugende Respektspersonen und damit einen wichtigen Ansatzpunkt in der Präventionsarbeit, um über die Nachteile von FGM zu informieren. Aber auch die Einbeziehung der Männer in die Beratung erweisen die AutorInnen als eine wichtige Strategie im Kampf gegen die Praktik (Österreichisches Institut für Kinderrechte & Elternbildung (Hrsg.) 2006).

Bei einer 2006 durchgeführten Umfrage in Österreich unter niedergelassenen GynäkologInnen und KinderärztInnen sowie in Krankenanstalten, stellte man fest, dass 14% der ÄrztInnen mindestens einmal ein genital verstümmeltes Mädchen oder eine genital verstümmelte Frau behandelt hatten. 16% der öffentlichen Krankenanstalten gaben an, in ihrem Krankenhaus betroffene Frauen und Mädchen behandelt zu haben. Insgesamt wurden in etwa 250 Frauen mit Genitalverstümmelung betreut. Positiv war, dass immerhin 9,5% der Kliniken von infibulierten Frauen um eine Defibulation gebeten wurden, dass keine Frau nach einer Geburt eine Reinfibulation wünschte und dass keine akuten oder sekundären Komplikationen festgestellt werden konnten³⁰. Negativ ist allerdings das Ergebnis, dass 81% der Krankenanstalten zu jener Zeit keine weiteren Schritte unternahmen, um weitere Information über FGM zu erhalten (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.) 2006).

Bei einer Umfrage unter GynäkologInnen in Deutschland war das bedeutendste Resultat der große Bedarf an Aufklärung und Weiterbildung (87,4% befürworteten eine Fortbildung zum Thema FGM). Die Befragung zeigte außerdem, dass die Behandlung beschnittener Frauen in deutschen Arztpraxen vermehrt stattfindet (43% der GynäkologInnen haben betroffene Frauen bereits betreut) und dass auch in Deutschland Genitalverstümmelungen vorgenommen werden

³⁰ Diese Tatsache lässt die Autoren vermuten, dass in Österreich wenige Genitalverstümmelungen durchgeführt werden, da es kaum denkbar ist, dass eine Genitalverstümmelung nicht zu Beschwerden und unmittelbaren Komplikationen führt (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.) 2006).

(9,7% der ÄrztInnen haben von Genitalverstümmelungen, welche in Deutschland durchgeführt wurden, gehört) (Deutsches Komitee für UNICEF (Hrsg.) 2005).

Bei einer Studie aus der Schweiz wurden alle leitenden ÄrztInnen gynäkologischer Abteilungen öffentlicher Spitäler, alle ÄrztInnen von Flüchtlingszentren im Kt. Bern und alle niedergelassenen GynäkologInnen im Kt. Bern über die Anzahl, Herkunft sowie Konsultationsgründe beschnittener Frauen befragt. Von den 130 öffentlichen Spitälern in der Schweiz haben 19% Frauen mit FGM betreut (unter den niedergelassenen GynäkologInnen und den ÄrztInnen von Flüchtlingszentren haben jeweils nur 2% beschnittene Frauen betreut). Ohne Gewähr auf Vollständigkeit wurde eine Gesamtzahl von 84 beschnittenen Patientinnen, welche hauptsächlich aus den Ländern Somalia, Äthiopien und Sudan abstammten, angegeben. Als Hauptgründe für eine medizinische Konsultation wurden Schwangerschaft und Geburt, sexuelle Probleme sowie Harnwegsinfekte und andere Infektionen genannt (Nyfeler & Stöckli 1993).

Hypothesen

1. Wissensstand und Einstellungen von Hebammen

1. Österreichischen Hebammen ist das Thema FGM aus ihrer Ausbildung bzw. durch Fachzeitschriften bekannt.
2. Hebammen wissen über die Strafbarkeit von FGM in Österreich Bescheid.
3. Hebammen wissen, dass die weibliche Beschneidung nicht mit der männlichen Beschneidung vergleichbar ist.
4. Hebammen mangelt es an Detailwissen zum Thema FGM (Verbreitung, Begründungen, Risiken).
5. Hebammen wünschen sich mehr Information zum Thema FGM, insbesondere zu Auswirkungen auf die Sexualität, Schwangerschaft und Geburt, vermittelt durch die Hebammenzeitung, die Hebammenausbildung sowie durch Fortbildungen.

2. Erfahrungen von Hebammen

6. Hebammen wissen über die Verbreitung von FGM in Österreich Bescheid, da ihnen aus ihrer beruflichen Praxis Fälle von FGM bekannt sind und da sie nach der Durchführung von Beschneidungen bzw. Reinfibulationen gefragt werden.
7. Betroffene Frauen entbinden in Österreich häufiger per Kaiserschnitt als nicht verstümmelte Frauen. Dies ist auf mangelndes Wissen im Umgang mit beschnittenen Frauen während der Schwangerschaft und Geburt zurückzuführen.
8. FGM erhöht das Risiko von Geburtsverletzungen mit starker Blutung bei der vaginalen Geburt.

9. FGM steht in Zusammenhang mit Komplikationen wie erschwerten Vorsorge- und vaginalen Untersuchungen, Inkontinenzproblemen, chronischen Harnwegsinfekten, anderen Infektionen, Fisteln, Keloiden, chronischen Schmerzen, Verzögerung der Austreibungsperiode, Dammriss III°, Partnerschaftskonflikten, Depressionen bzw. Angstzuständen.
10. Hebammen, welche mit betroffenen Frauen in ihrem Berufsalltag in Kontakt kommen, tauschen ihre Erfahrungen mit ihren KollegInnen aus und informieren sich zum Thema.
11. Den von FGM betroffenen Frauen und ihren Familien ist nicht bewusst, dass FGM schädlich ist und sie empfinden eine Beratung diesbezüglich als störende Einmischung.

Ob diese Thesen auf die zu untersuchende Stichprobe zutreffend waren, wird sich im Ergebnisteil dieser Arbeit zeigen. Hinterfragt werden die elf Hypothesen im Anschluss an den Ergebnisteil im Kapitel „Diskussion und Hypothesenprüfung“. Doch zuvor werden die Probandinnen sowie die Methode dieser Forschungsarbeit näher vorgestellt.

Empirischer Teil

1. Material und Methode

1.1. Die Datenerhebung

Die Erhebung der Daten erfolgte im Zeitraum Anfang September bis Ende Oktober 2011 mit Hilfe eines von der Verfasserin dieser Arbeit entworfenen Fragebogens (im Anhang angeführt). Zuerst wurde ein Pretest mit Hebammen des Landeskrankenhauses Baden durchgeführt. Im Anschluss daran wurde Anfang September der Fragebogen von den Landesgeschäftsstellen des Österreichischen Hebammengremiums an möglichst viele österreichische Hebammen, welche zu diesem Zeitpunkt mit ihrer E-Mail-Adresse beim Gremium erfasst waren, per Mail versendet.

Da Ende September die Rücklaufquote eher gering war, wurde der Fragebogen in einem zweiten Anlauf Anfang Oktober an alle freipraktizierenden Hebammen, welche in der Informationsbroschüre „*Hebammen. Kinder kommen durch Frauenkraft*“ (Österreichisches Hebammengremium (Hrsg.) 2011a) mit ihrer E-Mail-Adresse erfasst sind, versendet. Zusätzlich wurde der Fragebogen an 16 Hebammen übermittelt, welche im Zuge der Fortbildung „Hebammen und das Recht“ am 10.10.2011 in Tulln bzw. im Zuge der „Wiener Vollversammlung für Hebammen“ am 13.10.2011 in Wien ihre Mail-Adressen für diesen Zweck bekannt gaben. Der Fragebogen wurde teilweise auch mittels Schneeballprinzips von Hebamme zu Hebamme weitergeschickt. Daher lässt sich nicht mehr eindeutig feststellen, ob wirklich alle Studienteilnehmerinnen in Österreich als Hebammen tätig waren.

Da nicht jede Hebamme eine E-Mail-Adresse besitzt, muss davon ausgegangen werden, dass der Fragebogen nicht alle 1.907 (Stichtag: 1.1.2011) österreichischen Hebammen (Österreichisches Hebammengremium (Hrsg.) 2011b) erreicht hat. Wie viele der über 1.900 in Österreich tätigen Hebammen den Fragebogen per E-Mail tatsächlich erhalten haben, konnte daher nicht exakt bestimmt werden.

1.2. Der Fragebogen

Zur Erstellung des zehnsseitigen Fragebogens (siehe Anhang) wurde das von Rolf Porst 2008 verfasste Buch „*Fragebogen: Ein Arbeitsbuch*“ zur Hilfe genommen. Der im Microsoft Office Word 2003 angefertigte Fragebogen gliedert sich in drei Teile. Zu Beginn werden Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens gegeben, um den Befragungspersonen ihre Aufgabe zu verdeutlichen.

Der erste Teil des Fragebogens „Wissensstand und Einstellungen von Hebammen“ umfasst insgesamt neun Fragen. Mit Hilfe dieser Fragestellungen wurde erfasst, wie viel Wissen und welche Einstellungen österreichische Hebammen zum Thema weibliche Genitalverstümmelung haben.

Der zweite Teil des Fragebogens „Erfahrungen von Hebammen“, welcher insgesamt zehn Fragen beinhaltet, diente zur Erhebung der von österreichischen Hebammen gemachten Erfahrungen mit betroffenen Frauen und deren Angehörigen. Der Großteil dieser Fragen konnte daher nur von jenen Hebammen beantwortet werden, welche in ihrem Berufsleben mindestens einmal mit einer betroffenen Frau in Kontakt gekommen sind. Ob diese Begegnungen in Österreich stattgefunden haben, war dabei nicht zwingend von Nöten.

Der dritte Fragebogenteil „Allgemeines zu ihrer Person und ihrem Beruf“ umfasst zehn soziodemographische Fragen, um Informationen über die Hebammen selbst und ihre berufliche Tätigkeit zu erhalten.

Prinzipiell waren die Befragungspersonen dazu aufgefordert alle Fragen der Reihenfolge nach zu beantworten. Manche Fragen beinhalteten jedoch einen punktuellen Filter³¹, wodurch nicht jede Befragungsperson alle Fragen beantworten musste. Am Ende des Fragebogens folgte genügend Raum für die Hebammen, sich zur Befragung bzw. dem Thema FGM zu äußern.

Der Fragebogen beinhaltet vorwiegend geschlossene Fragen mit einer begrenzten und definierten Anzahl möglicher Antwortkategorien, in welche die Hebammen ihre Antworten einpassen sollten. Bei den so genannten Mehrfachantworten konnten die Hebammen mehrere der vorgegeben Kategorien wählen. Bei einem kleineren Teil der Fragen war nur eine Antwort erlaubt (Einfachnennung). Da sich Befragungspersonen manchmal nicht in den vorgegebenen Antwortmöglichkeiten wiederfinden, wurde bei einigen der an sich geschlossenen Fragen eine zusätzliche Kategorie (z.B. „anderes“) angefügt, die wie eine offene Frage beantwortet werden konnte. Diese Restkategorie in der nun halboffenen Frage

³¹ Bei einem punktuellen Filter werden diejenigen Befragungspersonen gefiltert, welche auf eine Frage eine bestimmte Antwort geben. Alle anderen ProbandInnen fahren mit der nächsten Frage fort (Porst 2008).

diente neben der Datengewinnung dem Zweck, die Motivation der zu befragenden Personen aufrecht zu erhalten. Ein Teil der Daten wurde mit Hilfe von Likert- bzw. Ordinal-Skalen³² erfasst (Porst 2008).

1.3. Die Probandinnen: Hebammen in Österreich

Laut Österreichischem Hebammengremium (2011b) übten zum Stichtag 1.1.2011 1.907 Frauen in Österreich den Beruf der Hebamme aus. In dieser Zahl eingeschlossen waren ebenfalls karenzierte, sowie teilzeitbeschäftigte Hebammen. 901 dieser Hebammen (47,2%) waren sowohl in der Freipraxis als auch in Krankenanstalten tätig. 721 Hebammen (37,8%) übten ihren Beruf ausschließlich in Krankenanstalten aus, 285 Hebammen (14,9%) zählten zu den rein Freipraktizierenden. Die meisten Hebammen waren in Wien, Oberösterreich und Niederösterreich tätig (382, 332, 323), die wenigsten im Burgenland und in Vorarlberg (54, 89) (Österreichisches Hebammengremium (Hrsg.) 2011b). Diese Daten decken sich mit der entsprechenden Einwohnerzahl der Bundesländer, so dass österreichweit im Mittel auf 100.000 Einwohner 22,2 Hebammen kommen (Statistik Austria (Hrsg.) 2010a).

Seit 2006 findet die Ausbildung zur Hebamme auf Hochschulebene statt. An den Fachhochschulen in Krems, Salzburg und in der Steiermark schlossen im Sommer 2009 die ersten Hebammen mit dem Bakkalaureat ab. Zudem werden in Österreich auch Masterstudien zur Vertiefung der beruflichen Qualifikation angeboten. Das Thema FGM ist in Österreich mittlerweile Bestandteil der Hebammenausbildung.

1.4. Statistische Auswertung

Die vorliegende Arbeit wurde von elf Hypothesen gelenkt. Diese Annahmen wurden mit Hilfe der Auswertung der Fragebögen bestätigt bzw. zurückgewiesen. Für die Auswertung der Daten kam das Statistikprogramm SPSS (Statistical Package for Social Science) Version 17.0 zum Einsatz. Mit dessen Hilfe wurden die von der Stichprobe erhobenen Daten graphisch oder durch Häufigkeitstabellen bzw. Maßzahlen dargestellt bzw. beschrieben (deskriptive Statistik). Diskrete Variablen wurden mittels Häufigkeitstabellen analysiert, während stetige Variablen mit Hilfe von Maßzahlen veranschaulicht wurden. Um diese Ergebnisse optisch ansprechender präsentieren zu können, wurden Tabellen und Graphiken mittels Microsoft

³² Bei so genannten Ordinal-Skalen stehen die Antwortkategorien der Frage in einer ranggeordneten Beziehung zueinander (Porst 2008).

Office Word 2003 und Microsoft Office Excel 2003 erstellt. Offene Fragen wurden inhaltlich, aber nicht immer wortwörtlich wiedergegeben.

Um Zusammenhänge zwischen den unterschiedlichen Variablen untersuchen zu können, wurden außerdem mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS Kreuztabellen angefertigt. Zur Überprüfung der Signifikanz diente dabei der Chi-Quadrat-Test nach Pearson. Dieser untersucht, ob beobachtete Werte signifikant von erwarteten Häufigkeiten abweichen. Ein Ergebnis kann dann als signifikant angesehen werden, wenn der p-Wert (= Vertrauenswahrscheinlichkeit in die Nullhypothese) das 5%-Niveau ($p < 0,05$) nicht überschreitet. In diesem Fall darf die Nullhypothese, welche besagt, dass es keinen signifikanten Zusammenhang zwischen den zu untersuchenden Variablen gibt, verworfen werden. Wenn also die Vertrauenswahrscheinlichkeit in die Nullhypothese unter fünf Prozent liegt, darf angenommen werden, dass zwischen den Variablen ein signifikanter Zusammenhang besteht.

Um die Stärke des Zusammenhangs zwischen ordinalen Variablen bzw. zwischen ordinalen und metrischen Variablen zu überprüfen, wurde der Spearman-Rangkorrelationstest angewandt. Dieser kam ebenfalls bei der Überprüfung der Stärke des Zusammenhangs zwischen metrischen Variablen zum Einsatz, wenn zuvor mittels Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest festgestellt wurde, dass es sich bei diesen zu untersuchenden metrischen Variablen um keine normal verteilten Variablen handelt.

Basis zur Berechnung der Rangkorrelation nach Spearman sind Rangplätze. Eine positive Korrelation zwischen den Variablen liegt dann vor, wenn der Spearman-Korrelationskoeffizient einen positiven Wert (zwischen 0 und 1) aufweist. Bei einem negativen Spearman-Korrelationskoeffizient (zwischen 0 und -1) wird ein negativer Zusammenhang zwischen den Variablen angenommen. Der Wertebereich liegt also zwischen -1 und +1. Dabei ist der positive bzw. negative Zusammenhang zwischen den Variablen umso größer, je größer (bei einer positiven Korrelation) bzw. kleiner (bei einer negativen Korrelation) der Korrelationskoeffizient ist.

2. Datenanalyse und Ergebnisse

Insgesamt haben 138 Hebammen den Fragebogen beantwortet. Dies entspricht 7,2% der 1.907 in Österreich tätigen Hebammen. Da in Österreich nur weibliche Hebammen tätig sind, handelt es sich bei dieser Stichprobe ausschließlich um Frauen.

Bevor in den nächsten Kapiteln Ergebnisse über den Wissensstand und die Erfahrungen von den befragten Hebammen berichtet werden, folgt zunächst eine Beschreibung der Studienteilnehmerinnen.

2.1. Beschreibung der Stichprobe

- Alter

137 der befragten Hebammen machten Angaben zu ihrem Alter. Zum Zeitpunkt der Befragung waren die Hebammen zwischen 22 und 66 Jahre alt. Das Durchschnittsalter der Probandinnen betrug 35,7 Jahre ($SD = 9,8$). Abbildung 2 lässt auf einen Blick erkennen, dass es sich bei den Werten der rationalskalierten Variable Alter um keine Normalverteilung handelt. Dies bestätigte auch der Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest ($p = 0,02$).

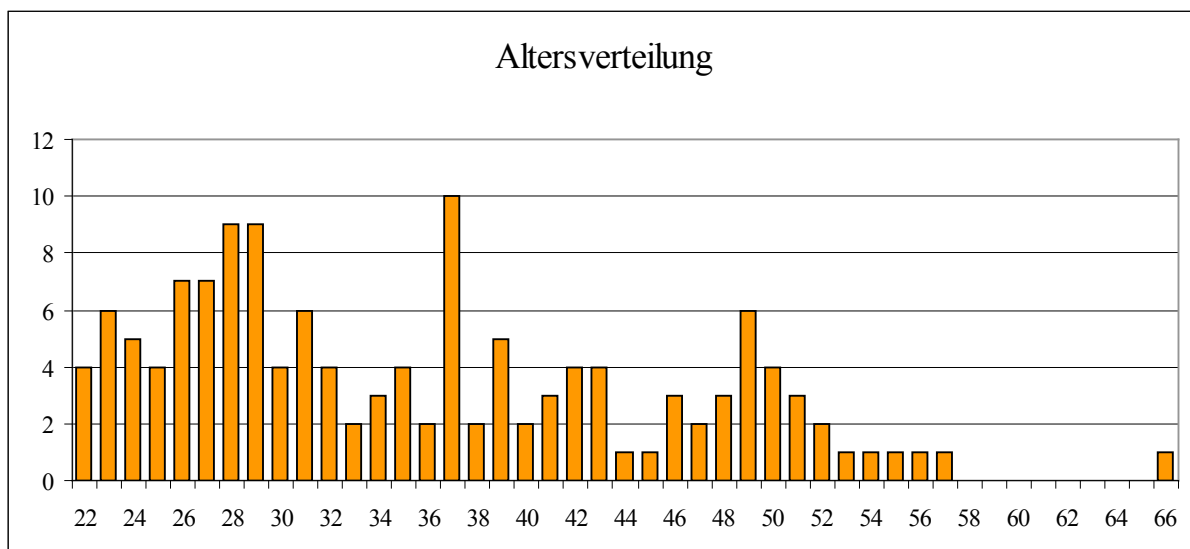


Abbildung 2: Häufigkeit der befragten Hebammen entsprechend dem Alter

- Abschlussjahr und -ort der Ausbildung

Die Mehrheit der in diesem Fall 135 antwortenden in Österreich tätigen Hebammen (123) hat die Ausbildung zur Hebamme in Österreich abgeschlossen (91,1%). 31 dieser 123 Probandinnen haben ihr Diplom in Wien (25,2%), je 15 Hebammen in Graz (Steiermark) (12,2%) bzw. in Innsbruck (Tirol) (12,2%), 13 Probandinnen in Klagenfurt (Kärnten) (10,6%), zwölf Probandinnen in Mistelbach oder Krems (Niederösterreich) (9,8%) und ebenfalls je zwölf Probandinnen haben ihr Diplom in Linz (Oberösterreich) (9,8%) sowie in Salzburg (9,8%) erhalten. 13 Hebammen machten keine Angaben über das Bundesland, in dem sie die Ausbildung absolviert haben.

Insgesamt zwölf Hebammen haben ihre Ausbildung im Ausland abgeschlossen (8,9%). Sechs dieser Probandinnen haben ihre Hebammenausbildung in Deutschland absolviert und je eine Probandin in Frankreich, in Südafrika, in den Niederlanden, in der Slowakei, in Italien und auf den Philippinen. Drei Hebammen machten keine Angaben über den Ort bzw. das Land ihrer Ausbildung.

136 der befragten Hebammen gaben an in welchem Jahr sie ihre Ausbildung zur Hebamme abgeschlossen haben. Zwischen 1968 und 2013 haben bzw. werden die Probandinnen ihr Diplom erhalten. Im Jahr 2010 haben die meisten der befragten Frauen (20) ihre Ausbildung abgeschlossen (14,7%), gefolgt vom Jahr 2007 mit 17 Frauen (12,5%). Im Durchschnitt haben die Hebammen ihre Ausbildung im Jahr 1999 absolviert ($SD = 10,7$). Wie man anhand Abbildung 3 erkennen kann, werden vier der Befragten ihre Ausbildung zur Hebamme erst in zwei Jahren (2013) abschließen. Sie waren demnach zum Zeitpunkt der Befragung noch Studentinnen. Generell haben an der Studie vermehrt Hebammen teilgenommen, die ihre Ausbildung erst vor wenigen Jahren abgeschlossen haben.

Logischerweise haben ältere Hebammen ihre Ausbildung eher in einem früheren Jahr abgeschlossen als jüngere Hebammen. Der Chiquadrattest bestätigte diesen hoch signifikanten Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Abschlussjahr der Ausbildung, $\chi^2 (1188, N = 136) = 1988,62, p < 0,001$.

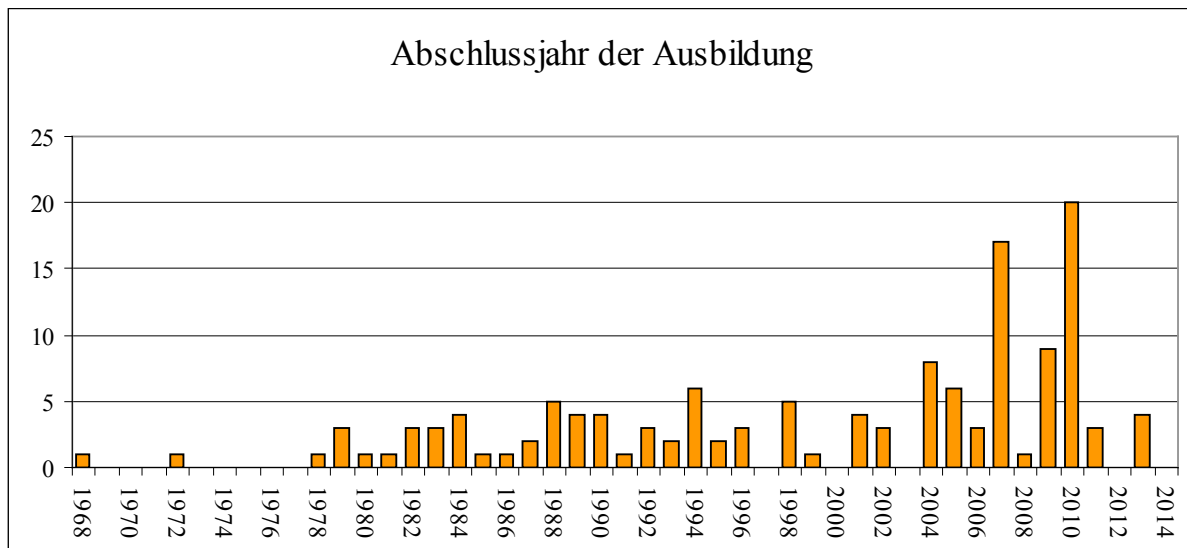


Abbildung 3: Anzahl der Hebammen entsprechend dem Abschlussjahr ihrer Ausbildung

- Berufserfahrung

Die offene Frage, welche sich mit der Dauer der Berufserfahrung beschäftigt, haben 137 Hebammen beantwortet. Die Befragungspersonen haben zum Zeitpunkt der Befragung zwischen Null und 43 Jahren Erfahrung im Beruf der Hebamme besessen. Im Durchschnitt hat eine an der Umfrage teilgenommene Hebamme 11,1 Jahre ($SD = 10,5$) als Hebamme gearbeitet. Zu bedenken ist allerdings, dass auch Hebammen mit Null Jahren Berufserfahrung bereits während ihrer dreijährigen Hebammenausbildung in diversen Praktika mit den Aufgabenbereichen einer Hebamme konfrontiert werden, wodurch es ihnen möglich wird Frauen mit FGM zu begegnen.

Bei den Daten über die Dauer der beruflichen Erfahrung der Probandinnen handelt es sich um keine Normalverteilung. Der Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest ergab eine asymptotische Signifikanz (2-seitig) von $< 0,001$, weshalb bei der Berechnung von Korrelationen mit der Variable „Jahre Berufserfahrung“ auf den Spearman-Korrelationstest zurückgegriffen wurde.

Interessanterweise haben sich sehr viele berufs junge Hebammen an der Befragung beteiligt. So hatte ein Fünftel der befragten Hebammen (19,7%) maximal ein Jahr Berufserfahrung. 59,1% der befragten Hebammen übten den Beruf der Hebamme maximal seit zehn Jahren aus. Um zu überprüfen, ob es einen Zusammenhang zwischen dem Alter und der Berufserfahrung gab, wurde ein Chiquadrattest durchgeführt, $\chi^2 (1224, N = 136) = 1908,12, p < 0,001$. Demnach hatten jüngere Hebammen weniger Berufserfahrung als ältere Hebammen.

- Hebammenausbildung

Bei der halboffenen Frage über den Ausbildungsweg der Hebammen durften Mehrfachantworten gegeben werden. 52 (38,0%) der 137 Studienteilnehmerinnen, welche diese Frage beantwortet haben, besuchten die zweijährige Hebammenschule, welche bis zur Gesetzesänderung im Jahre 1994 die Ausbildung zur diplomierten Hebamme in Österreich darstellte. Ebenfalls 52 (38,0%) der befragten Hebammen absolvierten die dreijährige Hebammenakademie. 33 Probandinnen (24,1%) besuchten bereits eine der in Österreich seit 2006 bestehenden Fachhochschulen und absolvierten bzw. absolvieren dort ein dreijähriges Bakkalaureatsstudium für Hebammen. Acht der Befragten (5,8%) haben zusätzlich zum Hebammendiplom einen Masterstudienlehrgang für Hebammen abgeschlossen. Sieben Prozent der Studienteilnehmerinnen (10) haben andere Ausbildungen, wie zum Beispiel die Gesundheits- und Krankenpflegeschule (3) oder eine Hochschule für akademisch geprüfte Lehrpersonen (2) absolviert.

- Dienstverhältnis

136 Hebammen machten Angaben über ihr Dienstverhältnis. 80 dieser 136 Hebammen (58,8%) waren in der Freipraxis tätig, während 99 Hebammen (72,8%) angestellt arbeiteten. Demnach waren 43 Frauen (31,6%) sowohl freiberuflich als auch in einer festen Anstellung beschäftigt und 27,2% (37 Hebammen) ausschließlich in der Freipraxis bzw. 41,2% (56 Hebammen) ausschließlich angestellt tätig (siehe Abbildung 4).

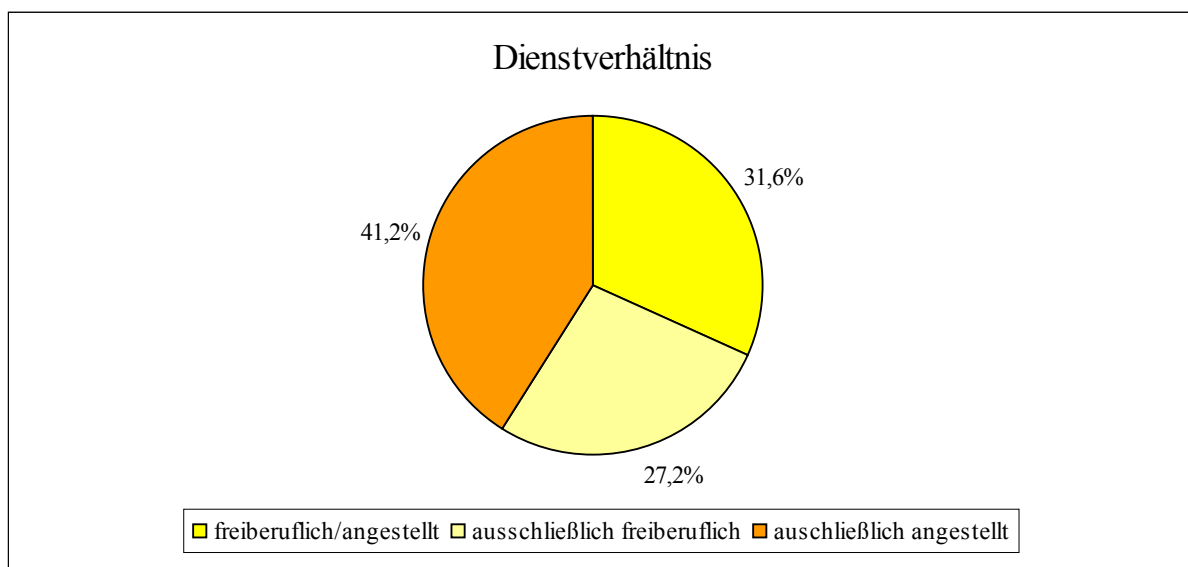


Abbildung 4: Dienstverhältnis der befragten Hebammen in Prozent

- Arbeitsplatz

Die Mehrheit (67,4%) der 138 Befragungspersonen (93) übte ihre Tätigkeit als Hebamme zumindest teilweise in einem Krankenhaus aus. 54 von den in Krankenanstalten beschäftigten Hebammen (39,1%) arbeiteten in einem Krankenhaus mit mehr als 900 Geburten pro Jahr. 39 Hebammen (28,3%) waren in einem Krankenhaus mit einer kleineren Geburtenstation (weniger als 900 Geburten/Jahr) tätig. 38 Frauen (27,5%) übten ihre Tätigkeit als Hebamme ausschließlich bzw. teilweise in einer Hebammenpraxis oder einer Hebammenordination aus. In der Hausgeburtsilfe waren 19 Hebammen (13,8%) beschäftigt. Keine der 138 befragten Personen arbeitete in einem Geburtshaus. 37 Hebammen (26,8%) gaben an, in anderen als den im Fragebogen angeführten Arbeitsstätten aktiv zu sein (siehe Abbildung 5). Am häufigsten genannt wurde die häusliche Vor- und Nachsorge (zehn Hebammen), sowie die Beschäftigung als Lehrperson oder Studentin an einer Fachhochschule (jeweils vier Lehrpersonen bzw. Hebammenstudentinnen).

Mittels Spearman-Korrelationstest konnte eine zwar geringe aber signifikante positive Korrelation zwischen der Wahrscheinlichkeit in einem Krankenhaus mit mehr als 900 Geburten pro Jahr zu arbeiten und der Dauer der Berufserfahrung abgeleitet werden, $r(137) = 0,25$, $p = 0,005$. Je länger die Berufsdauer der befragten Hebamme war, desto unwahrscheinlicher war es, dass diese in einer Klinik mit einer großen Geburtenstation arbeitete.

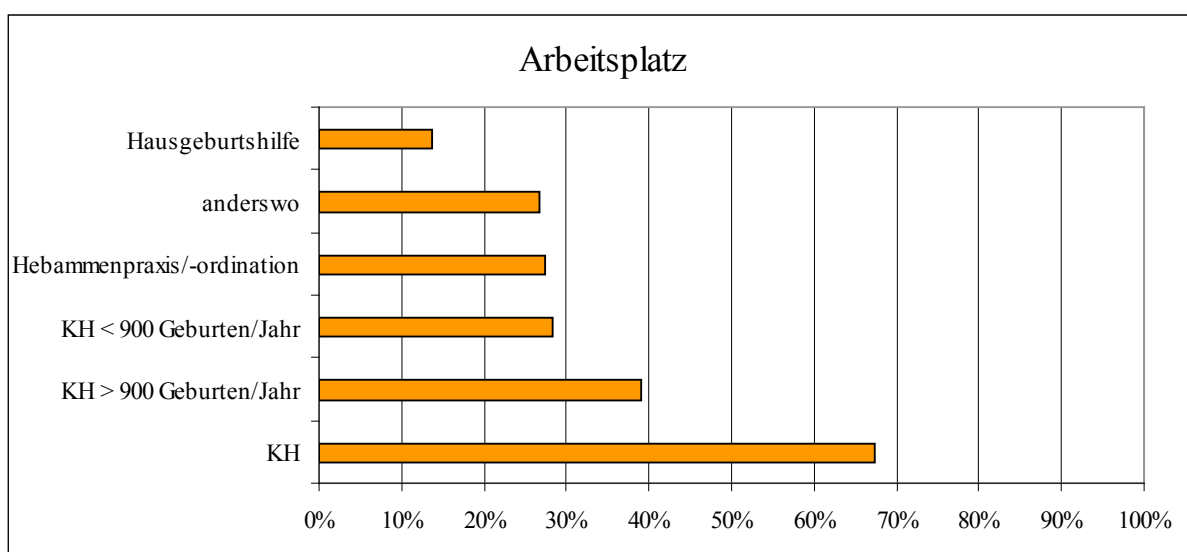


Abbildung 5: Tätigkeitsbereiche der Hebammen in Prozent

- Arbeitsumgebung

130 der Studienteilnehmerinnen gaben Auskunft über die Umgebung, in welcher sie überwiegend ihrer Tätigkeit als Hebamme nachgingen. Ein Drittel der Hebammen (35,4%) übte ihren Beruf überwiegend in einer Großstadt (> 100.000 Einwohner) aus. Daher müssen diese 46 Hebammen in Wien, Graz, Linz, Salzburg oder in Innsbruck tätig gewesen sein. 26,2% der Hebammen (34) arbeiteten in einer Kleinstadt mit 5.000 – 20.000 Einwohnern. Jeweils 19,2% der Befragten (25) waren vorwiegend am Land bzw. in einer Stadt mittlerer Größe (20.000 – 100.000 Einwohner) tätig.

Mittels Spearman-Korrelationstest konnte eine geringe signifikante negative Korrelation zwischen der Variable Umgebung und der Dauer der Berufserfahrung festgestellt werden, $r(129) = -0,39, p < 0,001$. Je weniger Berufserfahrung eine Hebamme vorweisen konnte, desto wahrscheinlicher war es, dass sie vorwiegend in einer größeren Stadt arbeitete.

- Anzahl der betreuten Frauen/Geburten pro Jahr

Auf die Frage wie viele Geburten bzw. Frauen pro Jahr von den befragten Hebammen betreut werden, machten 122 Hebammen Angaben. Im Durchschnitt begleiteten die befragten österreichischen Hebammen jedes Jahr 120 Frauen ($SD = 171$) während ihrer Schwangerschaft, der Geburt und/oder im Wochenbett. Die Anzahl der von den 122 Hebammen betreuten Frauen pro Jahr lag zwischen Null und 1300, wobei 92,6% der befragten Hebammen (113) zwischen Null und 200 Frauen betreuten. Der Großteil der Studienteilnehmerinnen (40,2%) begleitete jedes Jahr zwischen 91 und 150 Frauen durch Schwangerschaft, Geburt und/oder Wochenbett (Abbildung 6).

Die Durchführung des Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstests zeigte, dass die Variable „Anzahl, der von Hebammen betreuten Frauen/Geburten pro Jahr“ nicht normal verteilt ist ($p(2\text{-seitig}) < 0,001$), weswegen auch für die Berechnung von Korrelationen mit dieser Variable der Spearman-Korrelationstest herangezogen wurde.

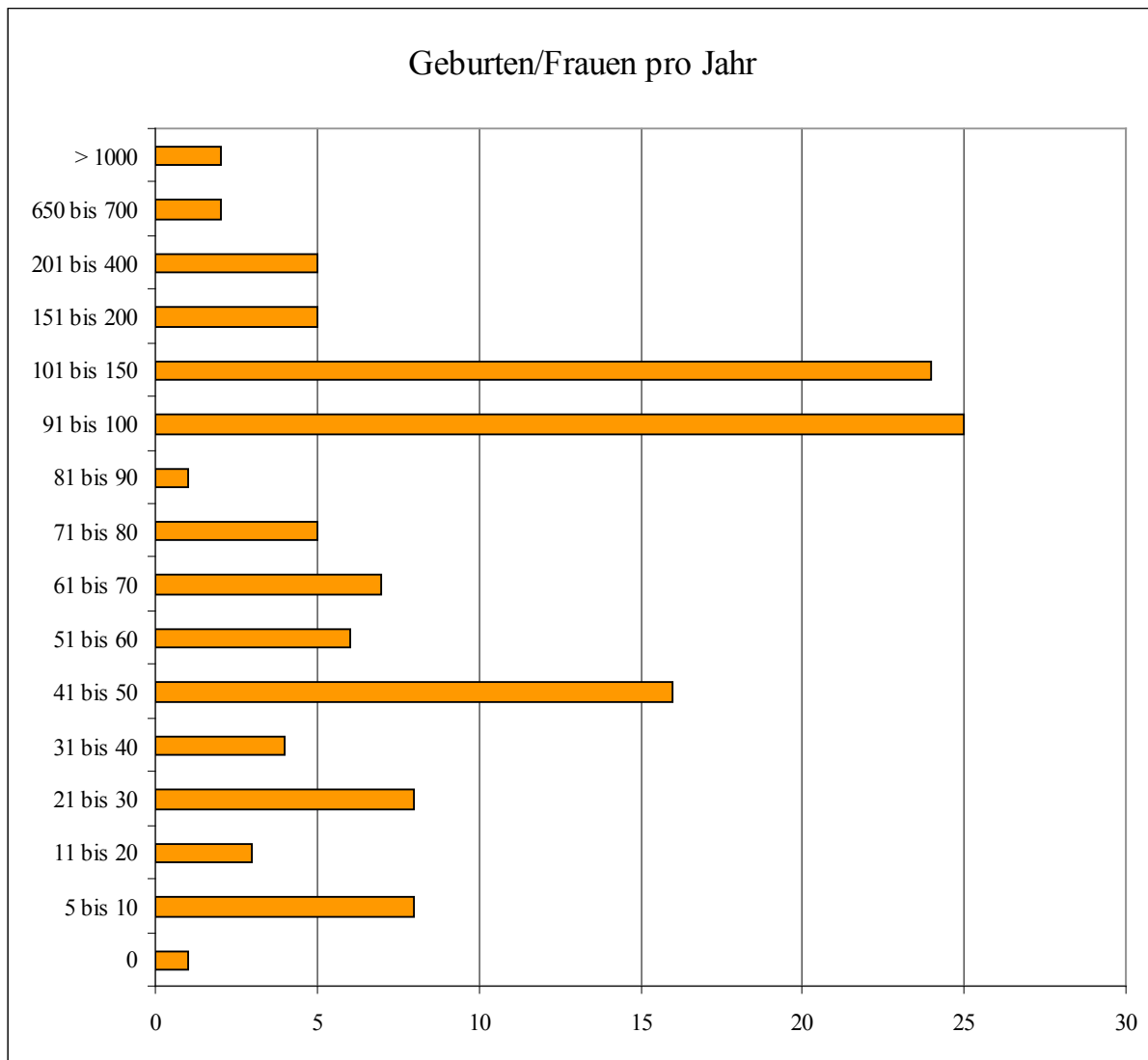


Abbildung 6: Häufigkeit der von Hebammen genannten Zahlen betreuter Geburten/Frauen pro Jahr

Der Spearman-Korrelationstest wurde durchgeführt, um die Korrelation zwischen der Anzahl der von Hebammen betreuten Geburten/Frauen pro Jahr und der Umgebung zu überprüfen. Zwischen den beiden Variablen lag eine signifikante positive Korrelation vor, $r(116) = 0,25$, $p = 0,008$. Je größer die Zahl der von der Hebamme betreuten Geburten/Frauen pro Jahr war, desto wahrscheinlicher war es auch, dass diese Hebamme überwiegend in einer Stadt arbeitete.

Um zu hinterfragen, ob es einen Zusammenhang zwischen der Anzahl der von Hebammen betreuten Geburten/Frauen pro Jahr und dem Arbeitsplatz gab, wurden Chiquadrattests durchgeführt. Ein signifikanter Zusammenhang konnte zwischen der Anzahl von

Geburten/Frauen pro Jahr und der Variable Krankenhaus (> 900 Geburten/Jahr), χ^2 (34, N = 122) = 50,36, $p = 0,035$ bzw. der Variable Hausgeburtsilfe bestimmt werden, χ^2 (34, N = 122) = 62,35, $p = 0,002$. Hebammen mit weniger Geburten/Frauen pro Jahr gaben häufiger an, zumindest teilweise in der Hausgeburtsilfe tätig zu sein. Befragungspersonen mit vielen Geburten/Frauen pro Jahr gaben häufiger an, in einem Krankenhaus mit mehr als 900 Geburten im Jahr zu arbeiten.

Von den Hebammen mit mindestens 100 Geburten/Frauen pro Jahr (63 Hebammen) arbeiteten nur drei Hebammen (4,8%) in der Hausgeburtsilfe, während 36 dieser Hebammen (57,1%) in einem Krankenhaus mit großer Geburtenstation beschäftigt waren.

- Herkunftsland der Hebammen

Um zu überprüfen, ob sich das Wissen bzw. die Einstellung einer Hebamme zum Thema FGM verändert, wenn diese selbst oder ihre Eltern ursprünglich aus einem Land kommen, in dem FGM vermehrt praktiziert wird, wurden die Teilnehmerinnen nach ihrem Herkunftsland befragt. Jedoch haben 98,6% (136 Hebammen) die Frage, ob sie oder ihre Eltern aus einem FGM-Land kommen, mit nein beantwortet. Die übrigen 1,4% machten zu dieser Frage keine Angaben, wodurch nicht beleuchtet werden konnte, ob der kulturelle Hintergrund einer in Österreich tätigen Hebamme ihr Wissen und ihre Einstellungen zum Thema FGM verändert.

2.2. Wissensstand und Einstellungen von Hebammen

- War den befragten Hebammen FGM bekannt?

Das Thema weibliche Genitalverstümmelung war allen 138 befragten Probandinnen bekannt (100%). 22 Hebammen (15,9%) gaben jedoch an, über das Thema nicht gut informiert zu sein.

- Woher bezogen die Befragten ihr Wissen?

Bei der halboffenen Frage, woher die Probandinnen ihr Wissen zum Thema bezogen, durften Mehrfachantworten gegeben werden. Die Mehrheit der befragten Hebammen (76 Hebammen) brachte ihr Wissen zum Thema FGM unter anderem mit der Hebammenausbildung (55,1%) in Zusammenhang. Die Hälfte der Befragten (69 Hebammen) informierte sich mit Hilfe diverser Fachzeitschriften (50,0%). 120 der befragten Hebammen (87,0%) verknüpften ihr Wissen mit mindestens einer dieser beiden Informationsquellen.

48 Hebammen (34,8%) erwarben zumindest einen Teil ihres Wissens aus anderen als den im Fragebogen angeführten Informationsquellen, welche sich überwiegend aus Literatur (15,2%), Medien (7,3%) sowie aus Lehrinhalten der Schule bzw. dem Masterstudium für Hebammen (7,3%) zusammensetzten. Bücher von Waris Dirie wurden von sechs Hebammen genannt. Zwei Hebammen gaben an sich ihr Wissen aus beruflichen Erfahrungen in London bzw. in einem nicht näher definierten afrikanischen Land angeeignet zu haben.

40 Hebammen (29,0%) haben durch Fortbildungen Inhalte zur Thematik FGM vermittelt bekommen. Ein Viertel der Probandinnen (35 Hebammen) bezog zumindest einen Teil ihres Wissens zum Thema FGM von KollegInnen (25,4%). Über das Internet informierte sich ebenfalls ein Viertel (34 Hebammen) der Befragten (24,6%). 32 der 138 Probandinnen (23,2%) kamen während ihrer beruflichen Tätigkeit mit dem Thema in Kontakt (siehe Abbildung 7).

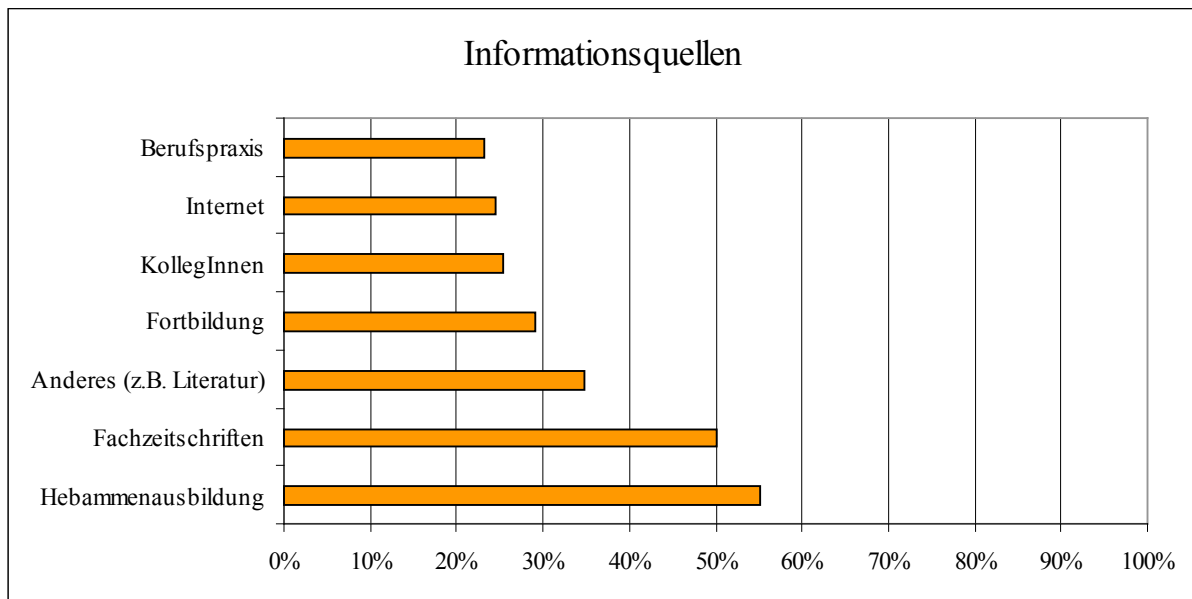


Abbildung 7: Informationsquellen von Hebammen zum Thema FGM in Prozent

Von den 32 Befragungspersonen, welche ihr Wissen zumindest teilweise aus der Berufspraxis bezogen, gaben 30 (93,8%) an, dass ihnen aus ihrer beruflichen Tätigkeit Fälle von FGM bekannt sind. Zwischen den Aussagen Wissen aus der Berufspraxis zu beziehen und FGM-Fälle aus der beruflichen Tätigkeit zu kennen bestand demnach ein hochsignifikanter Zusammenhang, $\chi^2(2, N = 138) = 58,42, p < 0,001$.

Ein Chiquadrattest wurde außerdem durchgeführt, um den Zusammenhang zwischen der Art der Hebammenausbildung und der Informationsquelle Hebammenausbildung zu überprüfen. Der Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen war hoch signifikant, $\chi^2(1, N = 136) = 22,18, p < 0,001$. Hebammen, welche die Fachhochschule bzw. die Hebammenakademie besuchten, bezogen ihr Wissen zum Thema FGM eher aus ihrer Ausbildung als Hebammen, welche eine Hebammenschule absolvierten.

Probandinnen, die eine Fachhochschule durchlaufen haben, gaben zu 90,6% an, dass ihr Wissen zum Thema FGM mit ihrer Ausbildung in Zusammenhang steht. Studienteilnehmerinnen, welche die Hebammenakademie absolviert haben, bezogen ihr Wissen zu 57,7% aus ihrer Ausbildungszeit. Von den Hebammen, die eine Hebammenschule besucht haben, gaben nur noch 28,8% an, Kenntnisse zum Thema Genitalverstümmelung aus der Ausbildung erworben zu haben (siehe Abbildung 8).

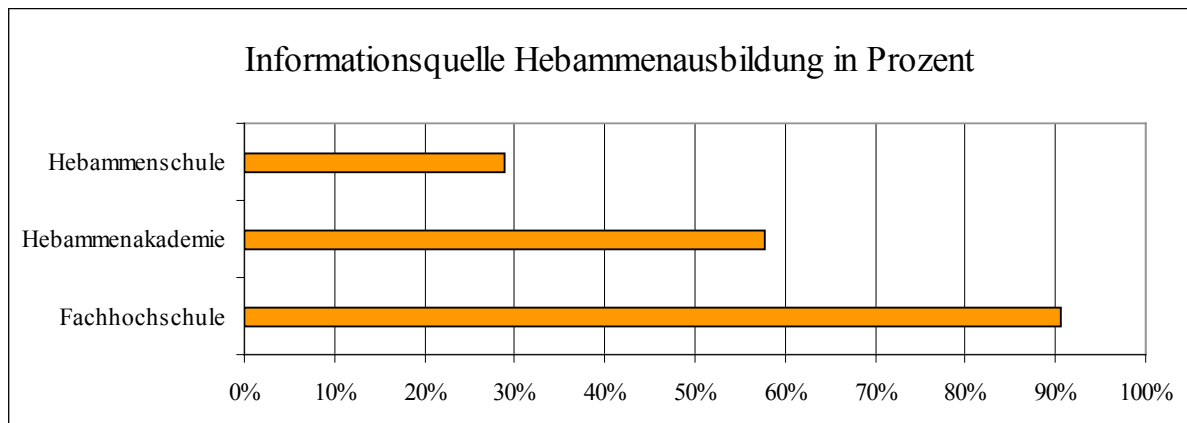


Abbildung 8: Graphische Darstellung des signifikanten Zusammenhangs der Variable „Art der Hebammenausbildung“ und der Informationsquelle Hebammenausbildung

- Wussten die Befragten über die Verbreitung von FGM?

Bei der geschlossenen Frage, welche(r) Kontinent(e) vorwiegend von FGM betroffen ist/sind, haben alle 138 der befragten Hebammen zumindest den Kontinent Afrika angegeben (100%). 37 Hebammen (26,8%) waren der Meinung, dass auch Asien von FGM vermehrt betroffen sei. Elf der Befragten (8,0%) gaben weiters Amerika, zehn Hebammen (7,2%) Europa und fünf Hebammen (3,6%) Australien als einen von FGM vorwiegend betroffenen Kontinent an. Nur drei der Befragungspersonen (2,2%) vermerkten, über die Verbreitung von FGM nicht Bescheid zu wissen (siehe Abbildung 9). Zwei von diesen drei Hebammen identifizierten Afrika als einzigen Kontinent, der überwiegend von weiblicher Genitalverstümmelung betroffen ist, die dritte dieser Probandinnen glaubte, dass alle fünf Kontinente vermehrt betroffen seien.

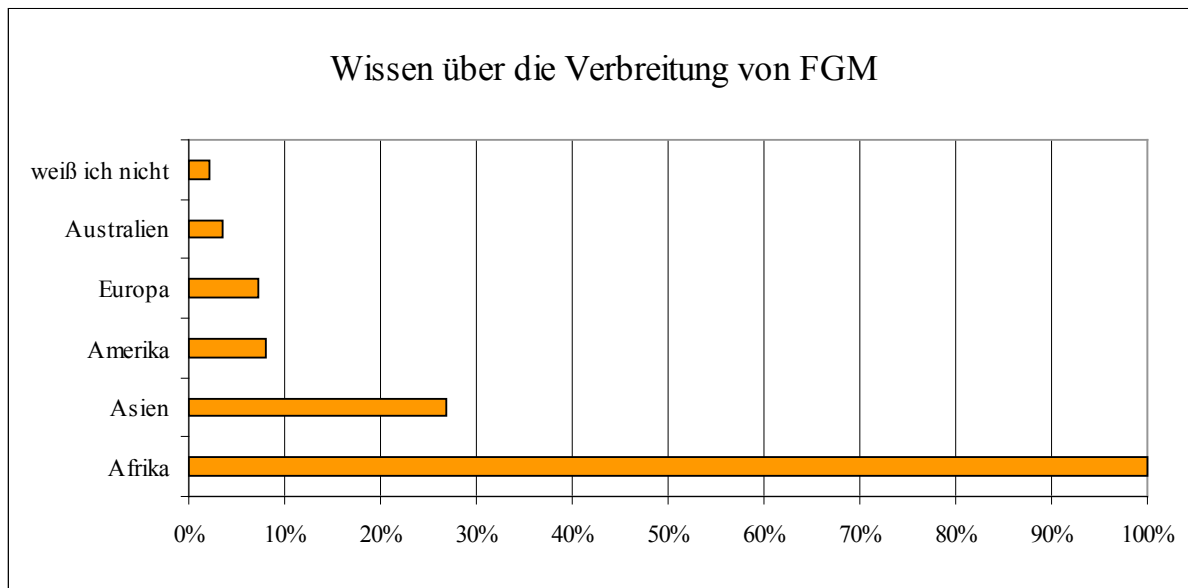


Abbildung 9: Angaben der Hebammen über die vorwiegende Verbreitung von FGM entsprechend der Kontinente in Prozent

- Wissensstand und Einstellungen zu verschiedenen Aussagen

Der Fragebogen beinhaltete eine Reihe von Aussagen, welche das Thema FGM betreffen. Mit Hilfe dieser wurde das Wissen der Hebammen über die Verbreitung von FGM in Österreich, strafrechtliche Regelungen in Österreich sowie geburtshilfliche Komplikationen verursacht durch FGM untersucht. Weiters machten die Teilnehmerinnen Angaben über ihre persönlichen Einstellungen zum Thema FGM und Asylrecht sowie zur Relevanz der Thematik für den Hebammenberuf.

Anhand einer Likert-Skala wurden die Hebammen gebeten, den in Tabelle 3 angeführten Aussagen zuzustimmen oder diese abzulehnen. Die fünfstufige Skala beinhaltete die Kategorien „Stimme überhaupt nicht zu“, „Stimme eher nicht zu“, „Stimme eher zu“, „Stimme voll und ganz zu“ und „Habe keine Meinung dazu“.

94,9% der Befragungspersonen waren zumindest eher der Meinung, dass das Problem FGM für den Hebammenberuf relevant sei. Dass weibliche Genitalverstümmelung bei vaginalen Geburten zu vermehrten Geburtsverletzungen mit starker Blutung führen kann, dachten 94,2% der Studienteilnehmerinnen. Während 89,8% der Hebammen glaubten, dass FGM das Mortalitätsrisiko der Mutter bei der Geburt erhöhe, gingen nur 71,5% von einem erhöhten Geburtsrisiko für die Kinder von betroffenen Frauen aus. 87,7% der Befragungspersonen befürworteten zumindest eher die Anerkennung von FGM als Asylgrund. Dass die Beschneidung der weiblichen Geschlechtsorgane mit der der männlichen Genitalien

verglichen werden kann, glaubten 16,7%. Über die Strafbarkeit von FGM wissen 94,1% der Hebammen Bescheid. 63,0% der Probandinnen gingen davon aus, dass FGM auch in Österreich stattfindet.

Tabelle 3 zeigt wie viele Hebammen jeweils den einzelnen Kategorien zugestimmt haben. In Abbildung 10 wird dasselbe Ergebnis zum leichteren Verständnis graphisch dargestellt.

Tabelle 3: Wissensstand und Einstellungen von Hebammen zu verschiedenen Aussagen in Prozent

Wissensstand und Einstellungen zu verschiedenen Aussagen					
Aussagen	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Habe keine Meinung dazu
FGM findet auch in Österreich statt.	8,7%	27,5%	29,7%	33,3%	0,7%
FGM gilt in Österreich als Körperverletzung und ist strafbar.	2,2%	0,7%	8,1%	86,0%	2,9%
Eine drohende Verstümmelung der weiblichen Genitalien sollte als Asylgrund in Österreich gültig sein.	7,2%	3,6%	14,5%	73,2%	1,4%
Die Beschneidung der weiblichen Geschlechtsorgane kann mit der Beschneidung der männlichen Genitalien verglichen werden.	68,8%	14,5%	5,8%	10,9%	0%
Die Verstümmelung der weiblichen Genitalien erhöht das Mortalitätsrisiko bei der Geburt für die betroffenen Frauen.	1,5%	5,1%	24,1%	65,7%	3,6%
Die Verstümmelung der weiblichen Genitalien erhöht das Mortalitätsrisiko bei der Geburt für die betroffenen Kinder.	2,2%	20,4%	31,4%	40,1%	5,8%
FGM führt bei vaginalen Geburten vermehrt zu Rissverletzungen mit starker Blutung.	1,4%	1,4%	11,6%	82,6%	2,9%
Das Thema FGM ist für meinen Beruf als Hebamme relevant.	1,5%	3,7%	18,4%	76,5%	0%

Wissensstand und Einstellungen zu verschiedenen Aussagen

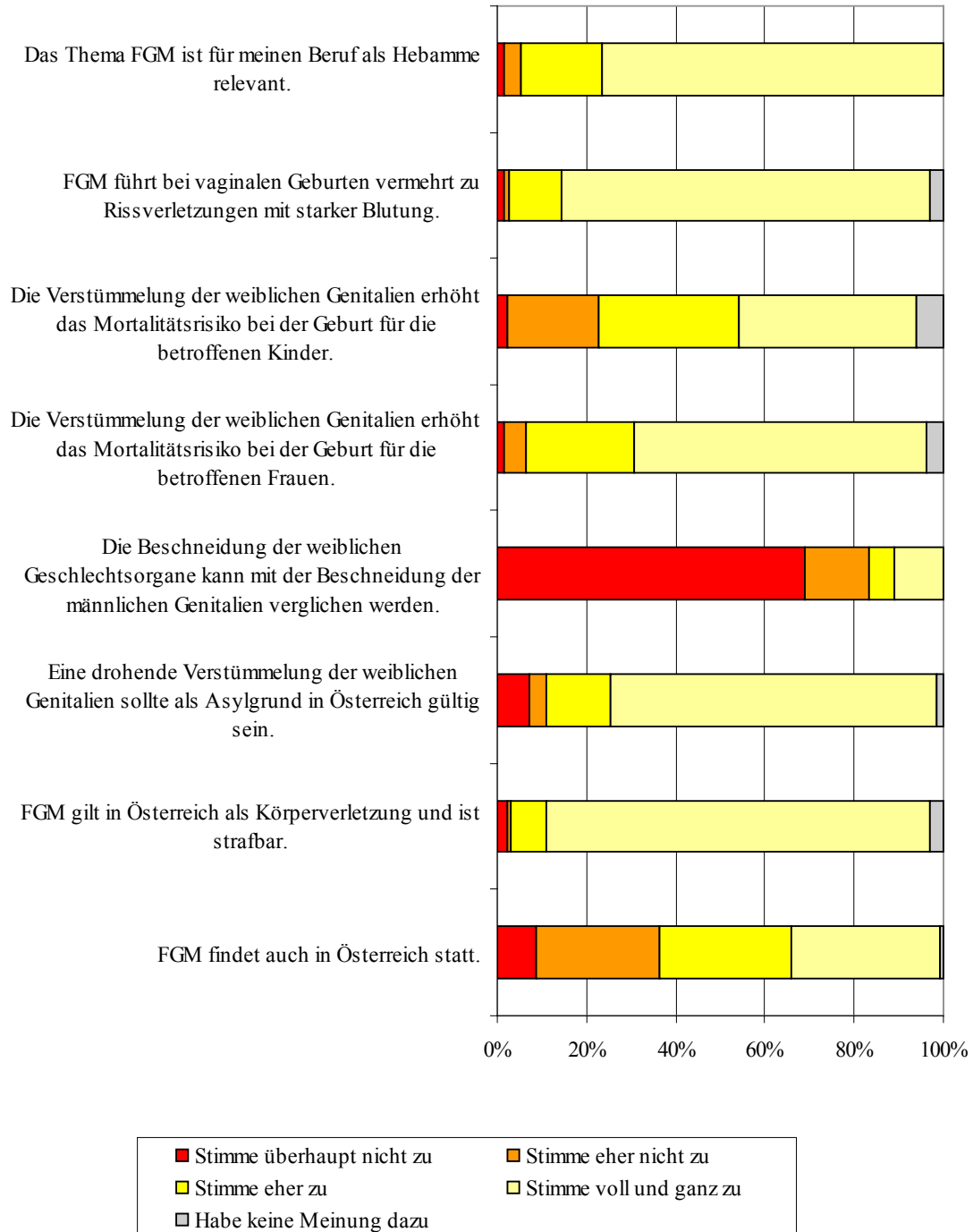


Abbildung 10: Wissensstand und Einstellungen von Hebammen zu verschiedenen Aussagen in Prozent

- Wussten die Befragten über mögliche Ursachen von FGM Bescheid?

Im Fragebogen fanden sich sieben häufige Begründungen (darunter auch pseudowissenschaftliche), die in den Augen der Befürworter von FGM das Fortbestehen der grausamen Tradition rechtfertigen sollen. Um herauszufinden, wie sehr Hebammen mit diesen möglichen Begründungen vertraut sind, wurden diese gebeten mit Hilfe einer Likert-Skala anzugeben, wie sehr ihrer Meinung nach die angeführten Gründe für die Durchführung von FGM zutreffen. Wählen konnten die Studienteilnehmerinnen aus fünf möglichen Antwort-Kategorien. Die Ergebnisse sind in Tabelle 4 sowie zur leichteren Übersicht graphisch in Abbildung 11 angeführt.

Tabelle 4: Wissen über mögliche Ursachen von FGM in Prozent

Wie sehr glaubten die befragten Hebammen, dass die unten angeführten Ursachen als Begründung für die Durchführung von FGM zutreffen?					
Begründungen	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu	Habe keine Meinung dazu
religiöse Gründe	1,4%	5,8%	21,0%	71,7%	0%
sexuelle Unterdrückung der Frauen	0,7%	8,1%	25,2%	65,2%	0,7%
Schönheitsideal	17,4%	32,6%	22,0%	25,8%	2,3%
Tradition	0%	0%	5,8%	94,2%	0%
fehlende Sexual- und Gesundheitsaufklärung	1,4%	10,1%	24,6%	63,0%	0,7%
hygienische Gründe	31,3%	32,1%	18,7%	16,4%	1,5%
Initiationsritual	4,4%	9,6%	31,6%	52,9%	1,5%

Wie man in Tabelle 4 bzw. Abbildung 11 erkennen kann, wurde von allen Hebammen (100%) richtig erkannt, dass es sich bei der weiblichen Genitalverstümmelung um eine Jahrhundert alte Tradition handelt. Der Großteil der befragten Hebammen war der Meinung, dass die Religion (92,7%), die sexuelle Unterdrückung der Frau (90,4%), die fehlende Sexual- und Gesundheitsaufklärung (87,6%) sowie das Initiationsritual (84,5%) als mögliche Begründungen für FGM zumindest eher zutreffen. Hingegen wurde die Begründung FGM sei

für die betroffenen Ethnien ein Schönheitsideal von nur 47,8% der Hebammen und die Begründung FGM hätte hygienische Vorteile von nur 35,1% der Hebammen erkannt.

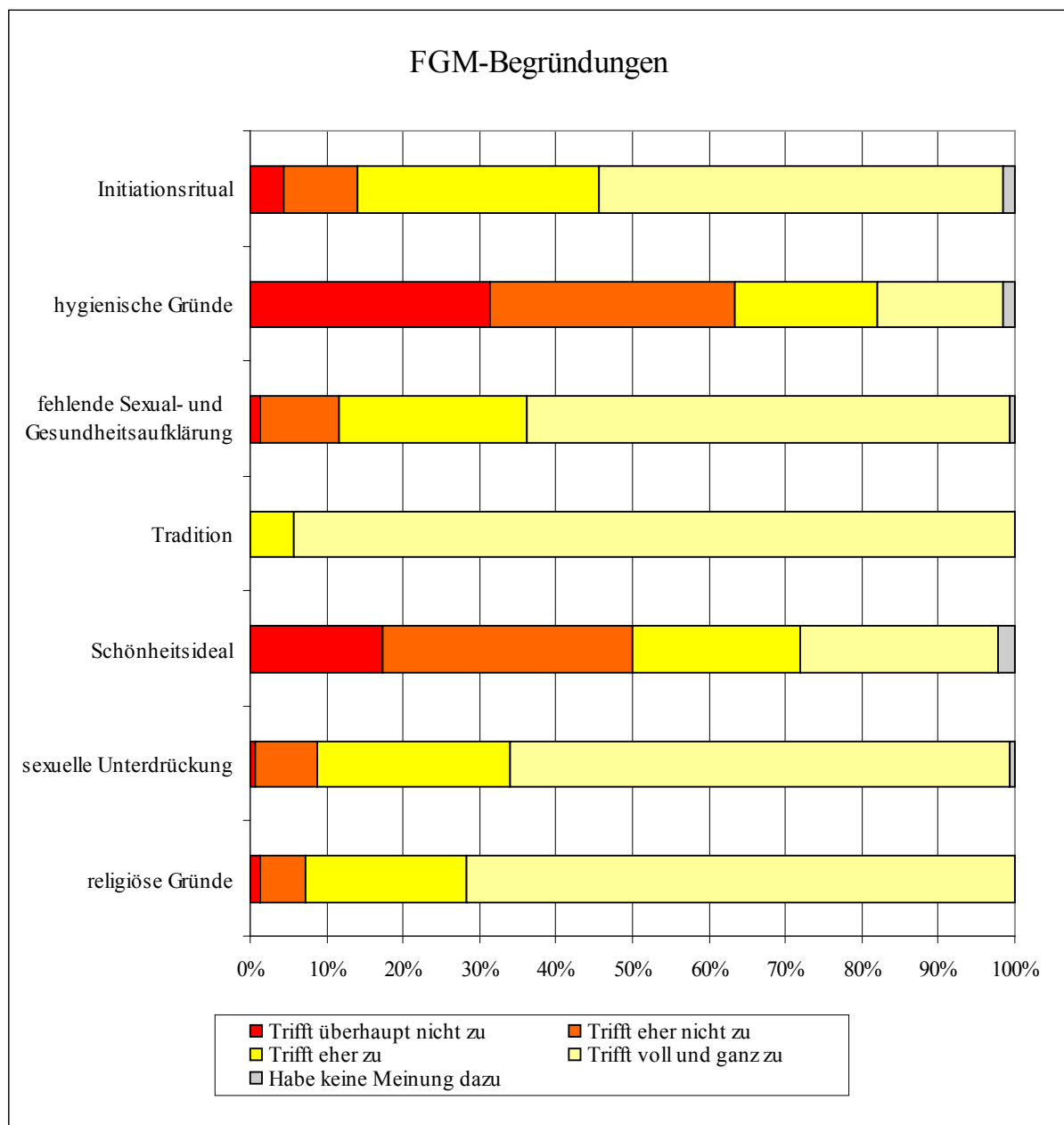


Abbildung 11: Wissen über mögliche Begründungen für die Durchführung von FGM in Prozent

Des Weiteren wurden die Hebammen gefragt, ob ihnen andere Ursachen für die Durchführung der weiblichen Genitalverstümmelung geläufig seien. Dies war bei 20 der befragten Hebammen (14,5%) der Fall. Dabei zeigte sich, dass die Gesamtheit der 138 befragten Hebammen ein breites Spektrum an möglichen Gründen aufzählen konnte. Folgende andere Ursachen wurden von den Hebammen mehrmalig genannt: Konformität

(Angst vor sozialer Ausgrenzung) (4x), Unwissenheit/fehlende Bildung/medizinische Mythen (4x), ökonomische Gründe (3x), Status/Ansehen in der Gesellschaft (2x), Voraussetzung für Heiratsfähigkeit (2x), generelle Unterdrückung der Frau/Macht (2x).

Des Weiteren wurden mehrmalig die im Fragebogen bereits angeführten Begründungen mit anderen Worten beschrieben. So zum Beispiel die Begründung der Kontrolle der weiblichen Sexualität (4x). Paradoxe Weise vermerkten zwei der Befragten, dass eine unbeschnittene Frau als unrein gilt (hygienische Begründung), obwohl diese Begründung von der Mehrheit der Hebammen (63,4%) als solche nicht erkannt wurde.

- Wünschten sich die Befragten mehr Detailwissen?

Der Wunsch mehr Information zum Thema weibliche Genitalverstümmelung zu erhalten war bei der Mehrheit der Befragungspersonen groß. So ersehnten sich 96 Hebammen (69,6%) mehr Detailwissen. 16 Hebammen (11,6%) wünschten sich hingegen keine weiteren Informationen zum Thema. 26 der Befragten (18,8%) haben über die Frage, ob sie sich mehr Detailwissen wünschen, noch nicht nachgedacht. Jedoch gaben diese 26 Befragungspersonen ausnahmslos bei der darauf folgenden Frage mindestens einen Bereich der Thematik FGM an, über den sie sich mehr Information wünschen würden. Daher konnte zusammenfassend festgestellt werden, dass der Wunsch nach mehr Detailwissen bei 122 Hebammen (88,4%) bestand.

Hinsichtlich dem Wunsch nach mehr Detailwissen und der Antwort über das Thema FGM nicht gut informiert zu sein, konnte kein signifikanter Zusammenhang mittels Chi-Quadrat-Test festgestellt werden ($p = 0,35$). Jedoch wünschten sich 21 der 22 Hebammen, welche angaben über das Thema nicht gut informiert zu sein, mehr Detailwissen.

Um zu überprüfen, ob die 16 Hebammen, welche vermerkten sich kein weiteres Detailwissen zum Thema FGM zu wünschen, bereits mehr zum Thema wussten als die anderen Befragungspersonen oder ob diese 16 Hebammen einfach nur weniger Interesse an der Materie hatten, wurden mehrere Chi-Quadrat-Tests durchgeführt.

Dabei konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Wunsch nach mehr Detailwissen und den Angaben über die Verbreitung von FGM in Asien ($p = 0,59$) bzw. dem Wissen über die Strafbarkeit von FGM in Österreich ($p = 0,17$) bzw. dem Wissen über die Erhöhung des Mortalitätsrisikos bei der Geburt für die betroffenen Frauen ($p = 0,50$) bzw. für

die betroffenen Kinder ($p = 0,43$) bzw. der Meinung, ob das Thema FGM für den Beruf der Hebammen relevant sei ($p = 0,46$), festgestellt werden.

Jedoch war der Zusammenhang zwischen dem Wunsch nach mehr Detailwissen und der Frage, ob die Probandinnen glauben, dass FGM auch in Österreich stattfinden würde, signifikant, $X^2(8, N = 138) = 18,74, p = 0,016$. Von den Studienteilnehmerinnen, welche sich nicht mehr Detailwissen wünschten, waren mehr Hebammen (25,0%) der Meinung, dass FGM in Österreich überhaupt nicht stattfindet, als dies bei der Gruppe der Befragten, welche sich mehr Detailwissen wünschten, der Fall war (6,3%).

- Zu welchen Bereichen und woher wünschten sich Hebammen mehr Information?

120 Hebammen machten Angaben über welche(n) Bereich(e) der Thematik FGM sie sich mehr Information wünschten. Der größte Informationswunsch bestand bei 97 dieser 120 Hebammen (80,8%) nach Strategien zur Abschaffung. 89 Hebammen (74,2%) ersehnten sich mehr Wissen über Auswirkungen auf die Sexualität, Schwangerschaft (SS) und Geburt. 79 der 120 Frauen (65,8%) verlangten mehr Information im Bereich Gesetzgebung. 74 Hebammen (61,7%) wünschten sich mehr Kenntnisse über Auswirkungen auf die Psyche und 72 Hebammen (60,0%) über Auswirkungen auf die körperliche Gesundheit. 70 der Befragungspersonen (58,3%) wollten gerne mehr über die Häufigkeit und Verbreitung von FGM und 67 Hebammen (55,8%) über Formen von FGM erfahren. Nur 51 der 120 Befragten (42,5%) waren daran interessiert, mehr über mögliche Ursachen der weiblichen Genitalverstümmelung zu erfahren (siehe Abbildung 12).

Elf Hebammen wünschten sich mehr Detailwissen zu mindestens einem anderen, nicht im Fragebogen aufgelisteten Themenbereich von FGM. Fünf dieser Hebammen ersehnten sich Richtlinien für den Umgang mit Betroffenen während der Schwangerschaft, der Geburt und im Wochenbett. Drei Hebammen wünschten sich Information zur Situation bzw. Relevanz in/für Österreich. Zwei der Befragten wollten Auskunft über interdisziplinäre Zugänge und jeweils eine Hebamme ersehnte sich Information zur Prävention bei Töchtern der betroffenen Frauen bzw. zur Grundhaltung der Betroffenen zu den Bereichen Schwangerschaft und Geburt.

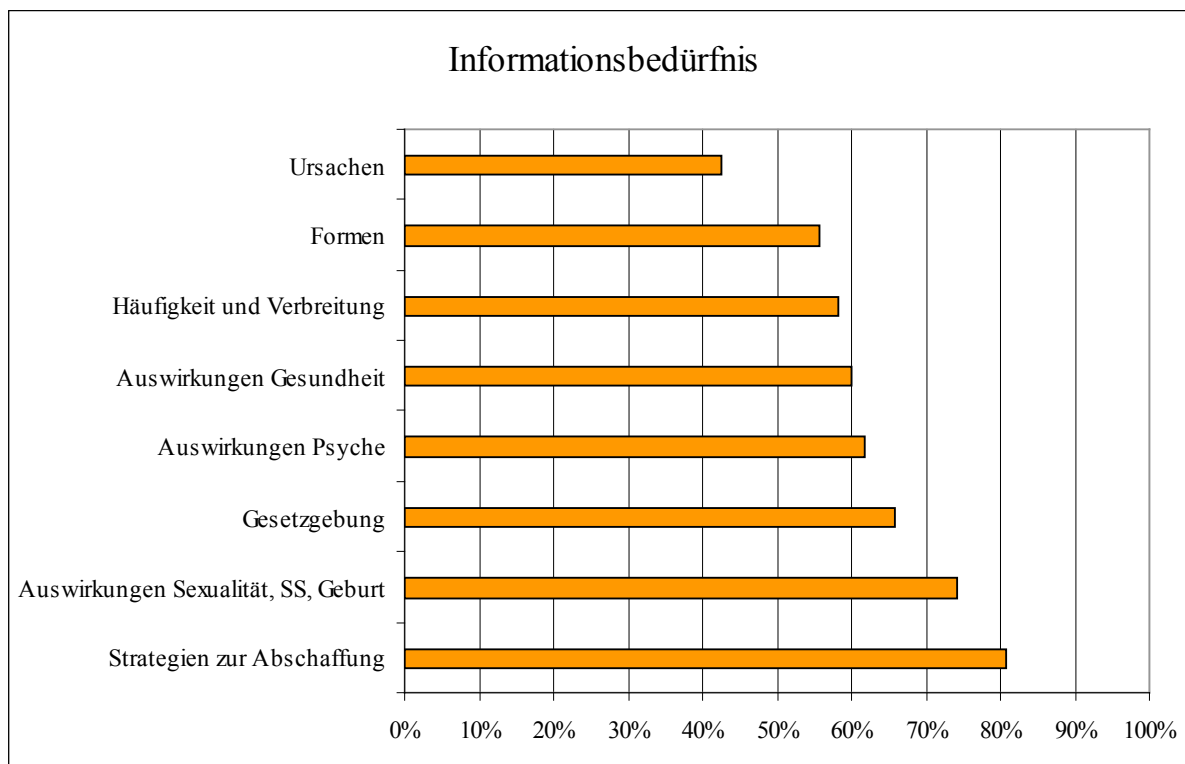


Abbildung 12: Informationsbedürfnis der Hebammen nach verschiedenen Teilbereichen der Thematik FGM in Prozent

Die Hebammenausbildung sahen 108 (88,5%) von 122 Hebammen (darunter 121 Hebammen, welche sich mehr und eine Hebamme, welche sich kein weiteres Detailwissen wünschte) als geeignete Zeitspanne, um Informationen über FGM zu vermitteln. Da die Stichprobe, abgesehen von vier Hebammenstudentinnen, die Ausbildung bereits absolviert hatte, äußerten 101 dieser 122 Hebammen (82,8%), dass Fortbildungen bzw. die Hebammenzeitung geeignete Medien zur Informationsübertragung darstellen.

Da es sich bei der Frage nach der gewünschten Informationsquelle um eine halboffene Frage handelt, konnten die Befragungspersonen weitere Quellen, aus denen man als Hebamme mehr Information erhalten sollte, anführen. Zwölf Hebammen kamen dieser Aufforderung nach und machten unter anderem folgende Aussagen: Erfahrungsaustausch unter Hebammen/Fachpersonal, Internet, per E-Mail, interdisziplinäre Teambesprechungen, FGM-Initiative mit Prof. Dr. Elisabeth Cencig, (laufend) durch Fachzeitschriften, Tageszeitung, Kontakt mit Betroffenen bzw. mit betroffenen Community Leaders sowie Richtlinien/Leitlinien in Spitälern.

2.3. Erfahrungen von Hebammen

- Waren den Befragten FGM-Fälle aus ihrer beruflichen Tätigkeit bekannt?

Mehr als einem Drittel der befragten Hebammen (51 Hebammen, 37,0%) war FGM aus ihrer beruflichen Praxis bekannt. Weitere sechs Hebammen (4,3%) waren sich nicht sicher, ob sie während ihrer Tätigkeit als Hebamme bereits mit verstümmelten Frauen in Kontakt gekommen waren.

Mittels Chiquadrattest konnte ein hoch signifikanter Zusammenhang zwischen der Wahrscheinlichkeit FGM-Fälle aus der beruflichen Tätigkeit zu kennen und dem Dienstverhältnis abgeleitet werden, $X^2(2, N = 136) = 10,46, p = 0,005$. Hebammen, welche zumindest teilweise angestellt arbeiteten, waren häufiger Fälle von weiblicher Genitalverstümmelung bekannt, als Hebammen, die ausschließlich freiberuflich tätig waren.

44,4% der angestellten Hebammen waren sich sicher, mit FGM-Frauen in ihrem Beruf in Kontakt gekommen zu sein, während dies nur 16,2% der rein freipraktizierenden Hebammen behaupteten (siehe Abbildung 13).

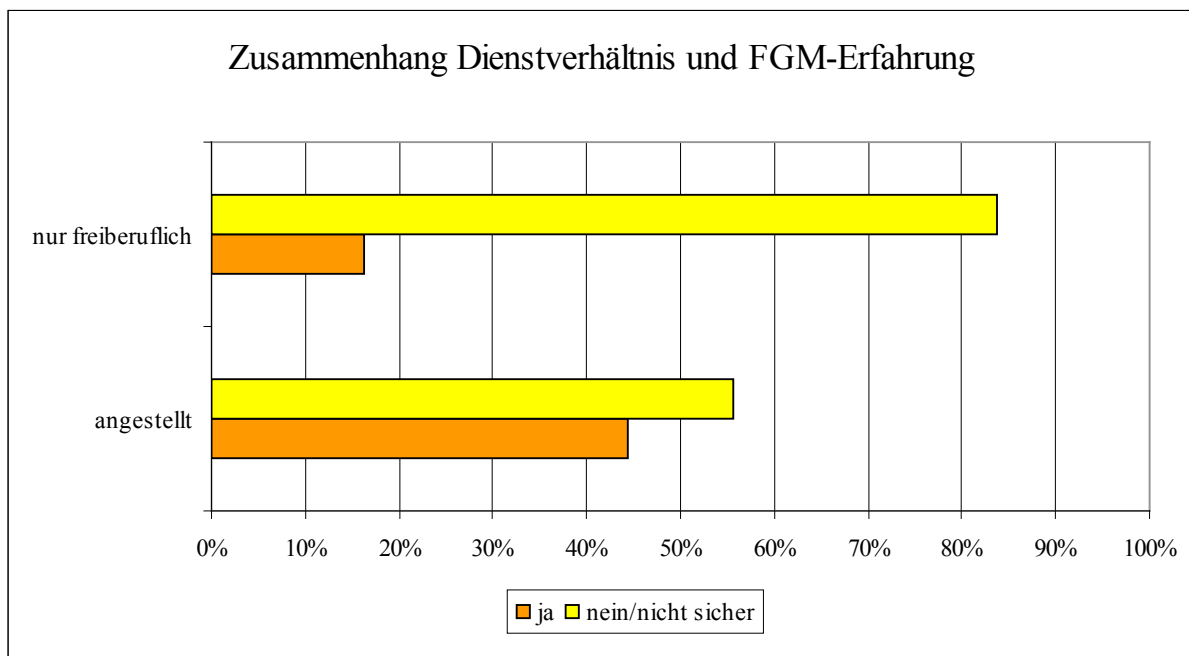


Abbildung 13: Anzahl der Hebammen mit sicherer bzw. keiner/nicht sicherer beruflicher FGM-Erfahrung in Prozent in Bezug auf das Dienstverhältnis

Weiters konnte ein hoch signifikanter Zusammenhang zwischen der Variable „FGM-Erfahrung“ und Hebammen, welche vorwiegend in einem Krankenhaus mit großer Geburtenstation arbeiteten, festgestellt werden, $\chi^2 (2, N = 138) = 12,11, p = 0,002$. Hebammen, die zum Zeitpunkt der Befragung in einem Krankenhaus mit mehr als 900 Geburten pro Jahr tätig waren, waren häufiger Fälle von FGM aus ihrer beruflichen Tätigkeit bekannt. Mehr als die Hälfte der befragten Hebammen (51,9%), die in einer Klinik mit großer Geburtenstation arbeiteten, hatte mit Sicherheit berufliche FGM-Erfahrung gemacht, während nur 27,4% der Hebammen, die anderswo tätig waren, mit Fällen von FGM in Kontakt kamen (siehe Abbildung 14).

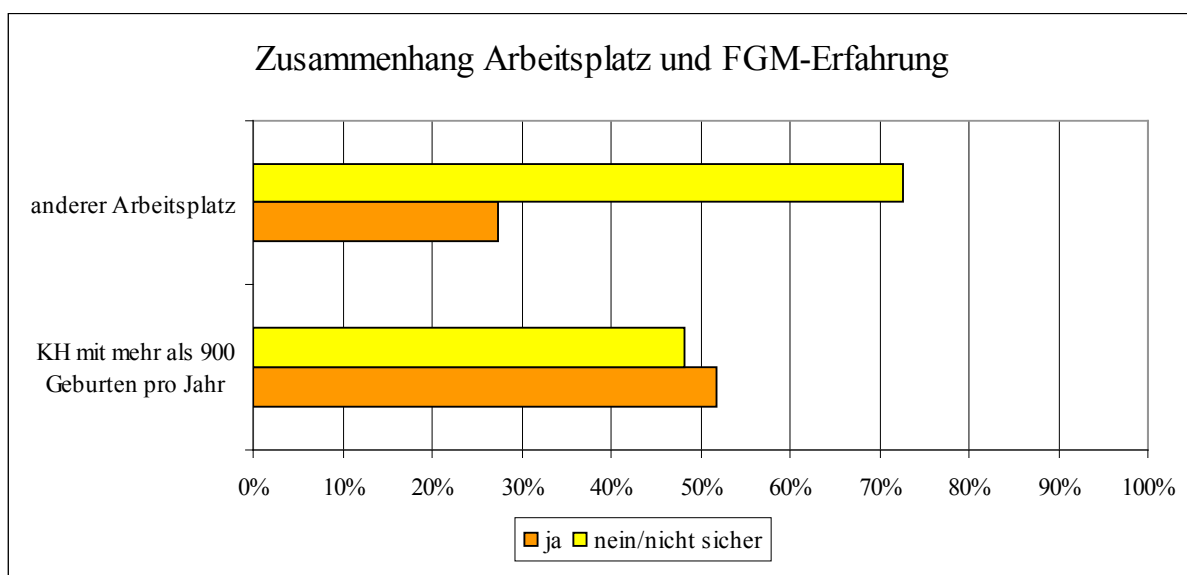


Abbildung 14: Anzahl der Hebammen mit sicherer bzw. keiner/nicht sicherer beruflicher FGM-Erfahrung in Prozent in Bezug auf den Arbeitsplatz

Hinsichtlich der Dauer der Berufserfahrung und der Erfahrung mit FGM konnte kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden, $\chi^2 (68, N = 137) = 69,82, p = 0,42$. Interessant erscheint es trotzdem, dass neun von 51 Hebammen mit beruflicher FGM-Erfahrung nur ein Jahr Berufserfahrung vorweisen konnten.

Auch zwischen dem Alter der Hebammen und der FGM-Erfahrung bestand kein signifikanter Zusammenhang, $\chi^2 (72, N = 137) = 65,66, p = 0,69$. Es waren jedoch 12 der 51 Hebammen mit FGM-Erfahrung zwischen 28 und 29 Jahre alt und damit relativ jung.

Auch mittels Spearman-Korrelationstest konnte keine signifikante Korrelation zwischen der FGM-Erfahrung und dem Alter bzw. der Berufserfahrung festgestellt werden.

In Bezug auf die Arbeitsumgebung wurde mittels Chiquadrattest ebenfalls kein signifikantes Ergebnis gefunden, $\chi^2 (6, N = 130) = 6,43, p = 0,38$. Nicht signifikante Unterschiede ließen sich zwischen Hebammen, welche vorwiegend in ländlicher bzw. städtischer Umgebung arbeiteten, hinsichtlich der beruflichen FGM-Erfahrung dennoch erkennen (siehe Abbildung 15).

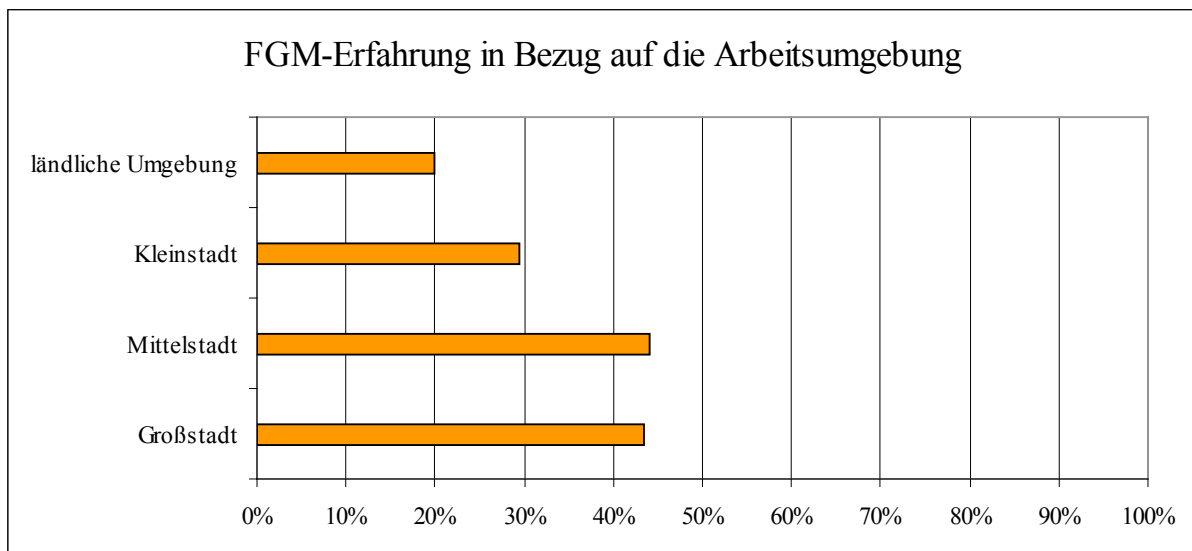


Abbildung 15: Anzahl der Hebammen mit sicherer FGM-Erfahrung in Prozent in Bezug auf die Arbeitsumgebung

Fünf von 25 Hebammen (20%) mit FGM-Erfahrung arbeiteten vorwiegend in ländlicher Umgebung. Von den 34 der Befragungspersonen, welche in einer Kleinstadt arbeiteten, haben zehn Hebammen (29,4%) FGM-Erfahrung. Elf der 25 (44%) vorwiegend in einer Stadt mittlerer Größe und 20 der 46 (43,5%) vorwiegend in einer Großstadt beschäftigten Hebammen, begegneten während ihrer beruflichen Tätigkeit bereits Fällen von FGM.

- Wie viele Fälle von FGM waren den befragten Hebammen bekannt?

Von den 51 Hebammen, welche bereits von FGM betroffene Frauen betreut hatten, konnten 49 Hebammen die Anzahl der von ihnen betreuten Fälle angeben. Im Mittel hatten die befragten Hebammen zehn an ihren Genitalien verstümmelte Frauen ($SD = 88$) betreut. Jedoch muss an dieser Stelle auf einige Ausreißer verwiesen werden. So gaben zum Beispiel zwei Hebammen an, 100 bzw. 1000 Frauen mit FGM betreut zu haben. Schließt man diese beiden Ausreißer aus der Berechnung aus, da man annehmen kann, dass diese beiden

Hebammen eine derart große Anzahl an verstümmelten Frauen nicht in Österreich betreut haben konnten, ergibt sich bei den verbleibenden 47 Hebammen, welche die Zahl der von ihnen betreuten FGM-Fälle angaben, ein Mittelwert von 1,8 ($SD = 5,5$).

Mehr Sinn macht daher folgende Einteilung:

20 von den 49 Befragungspersonen (40,8%), welche die Anzahl der FGM-Fälle angeben konnten, haben nur eine beschnittene Frau betreut. Acht Hebammen (16,3%) kamen während ihrer beruflichen Tätigkeit mit zwei Betroffenen in Kontakt. Sieben der Befragten (14,3%) haben drei betroffene Frauen durch Schwangerschaft, Geburt und/oder Wochenbett begleitet. Eine einzige Hebamme (2,0%) hat vier verstümmelte Frauen betreut und fünf Hebammen (10,2%) kamen mit fünf Betroffenen in Kontakt. Mehr als fünf Frauen mit FGM wurden von acht Hebammen (16,3%) begleitet (siehe Abbildung 16). Insgesamt haben die befragten Hebammen 1324 von weiblicher Genitalverstümmelung betroffene Frauen betreut.

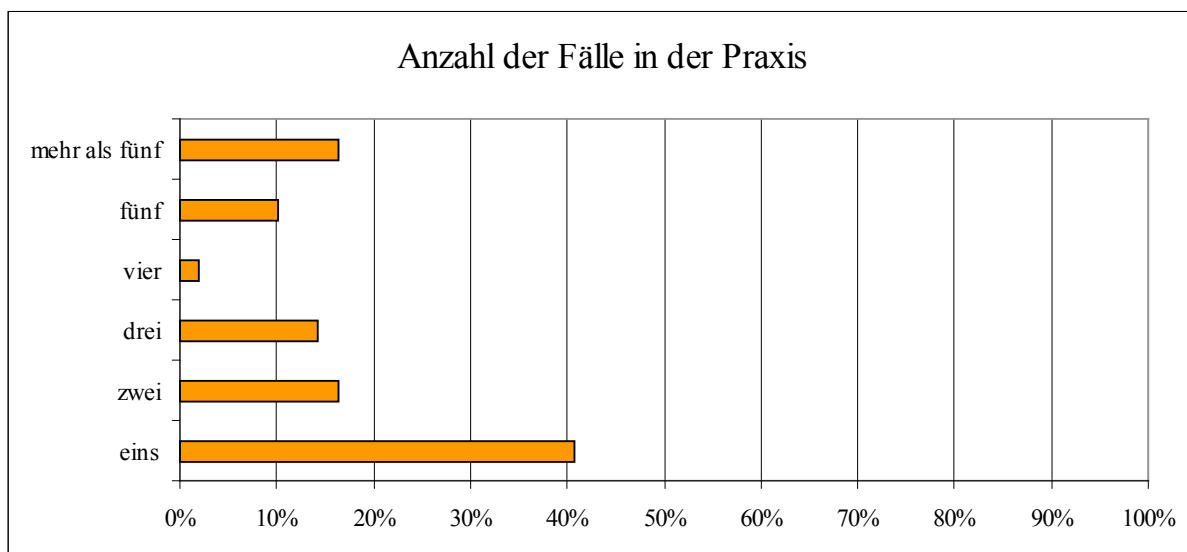


Abbildung 16: Anzahl der von Hebammen betreuten FGM-Fälle in Prozent, wenn Bekanntheit in der Praxis

Bei der Überprüfung der Variable „Anzahl, der von Hebammen betreuten FGM-Fälle“ mittels Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest auf Normalverteilung, stellte man abermals fest, dass auch diese Variable nicht normal verteilt war (p (2-seitig) $< 0,001$). Daher wurde bei der Berechnung von Korrelationen mit dieser Variable ebenfalls auf den Spearman-Korrelationstest zurückgegriffen.

Zwischen der Umgebung, in welcher die befragten Hebammen arbeiteten und der Anzahl, der FGM-Fälle, fand sich eine geringe aber signifikante positive Korrelation, $r(118) = 0,22$, $p = 0,017$. Je mehr Fälle von FGM eine Hebamme in ihrem beruflichen Leben betreut hatte, desto wahrscheinlicher war es, dass sie vorwiegend in einer größeren Stadt arbeitete.

Um eine mögliche Korrelation zwischen der Anzahl der von den Hebammen betreuten Frauen/Geburten pro Jahr, und der Anzahl der von Hebammen betreuten FGM-Fälle, zu überprüfen, wurde ebenso der Spearman-Korrelationstest angewandt. Dabei konnte eine signifikante positive Korrelation zwischen den beiden Variablen festgestellt werden, $r(112) = 0,30$, $p = 0,001$. Je mehr Frauen/Geburten eine Hebamme pro Jahr betreut hatte, desto eher begegnete sie mehr Fällen von FGM während ihrer beruflichen Tätigkeit.

- Herkunftsländer der betroffenen Frauen

36 von den 51 Hebammen, welche bereits von FGM betroffene Frauen betreut hatten, konnten Auskunft über das Ursprungsland bzw. den Ursprungskontinent der betroffenen Frau(en) geben. Alle 36 Hebammen gaben mindestens ein afrikanisches Land bzw. den Kontinent Afrika als Herkunftsländ der betroffenen Frau(en) an. Dabei wurde Afrika 18 Mal genannt, Somalia neun Mal, der Sudan viermal, Ägypten und Äthiopien jeweils dreimal, der Senegal zweimal, Eritrea, Nigeria, Sierra Leone, Südafrika, Tschad und Kenia jeweils einmal. Des Weiteren gaben zwei dieser 36 Befragungspersonen zusätzlich Asien bzw. Saudi-Arabien als ursprüngliches Land mindestens einer betroffenen Frau an (siehe Abbildung 17).

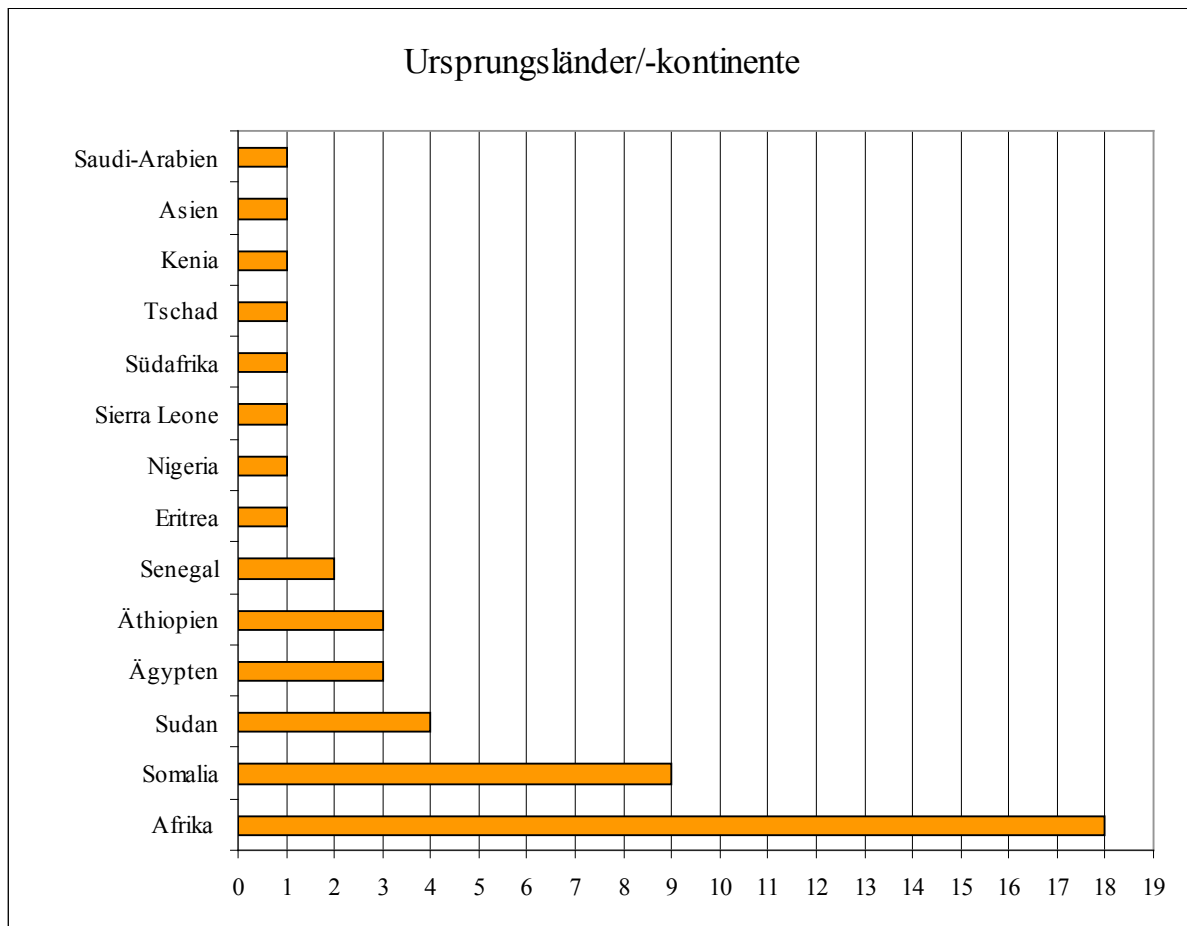


Abbildung 17: Anzahl der von Hebammen genannten Ursprungsländer bzw. Ursprungskontinente betroffener Frauen

- Geburtsmodus betroffener Frauen

47 der 51 Hebammen mit beruflicher Erfahrung mit FGM-Frauen beantworteten folgende Frage: „Wie viele an ihren Genitalien verstümmelten Frauen haben ihre Kinder auf welchem Wege geboren?“. Zu sieben verschiedenen Geburtsmodi sollten die Befragungspersonen die Anzahl der Frauen eintragen. Insgesamt konnten so 282 Geburten beschnittener Frauen erfasst werden.

85 Frauen mit FGM (30,1%) haben ihre Kinder durch eine Spontangeburt zur Welt gebracht. 74 der betroffenen Frauen (26,2%) hatten eine Spontangeburt mit Episiotomie. Eine der Hebammen beschrieb dabei die Durchführung von zwei mediolateralen Episiotomien. 20 Betroffene (7,1%) hatten ebenfalls eine Spontangeburt, jedoch ging dieser eine Rückoperation voraus. Demnach waren 179 der 282 Geburten spontan (63,5%).

23 Geburten (8,2%) endeten mittels Vacuum oder Forceps. Die Kaiserschnitttrate der betroffenen Frauen lag bei 28,0% (79 Geburten), wobei 16,3% der Geburten Kaiserschnitte

(46 Geburten) aufgrund von FGM darstellten. Eine Geburt konnte keiner der Kategorien zugeordnet werden (siehe Abbildung 18).

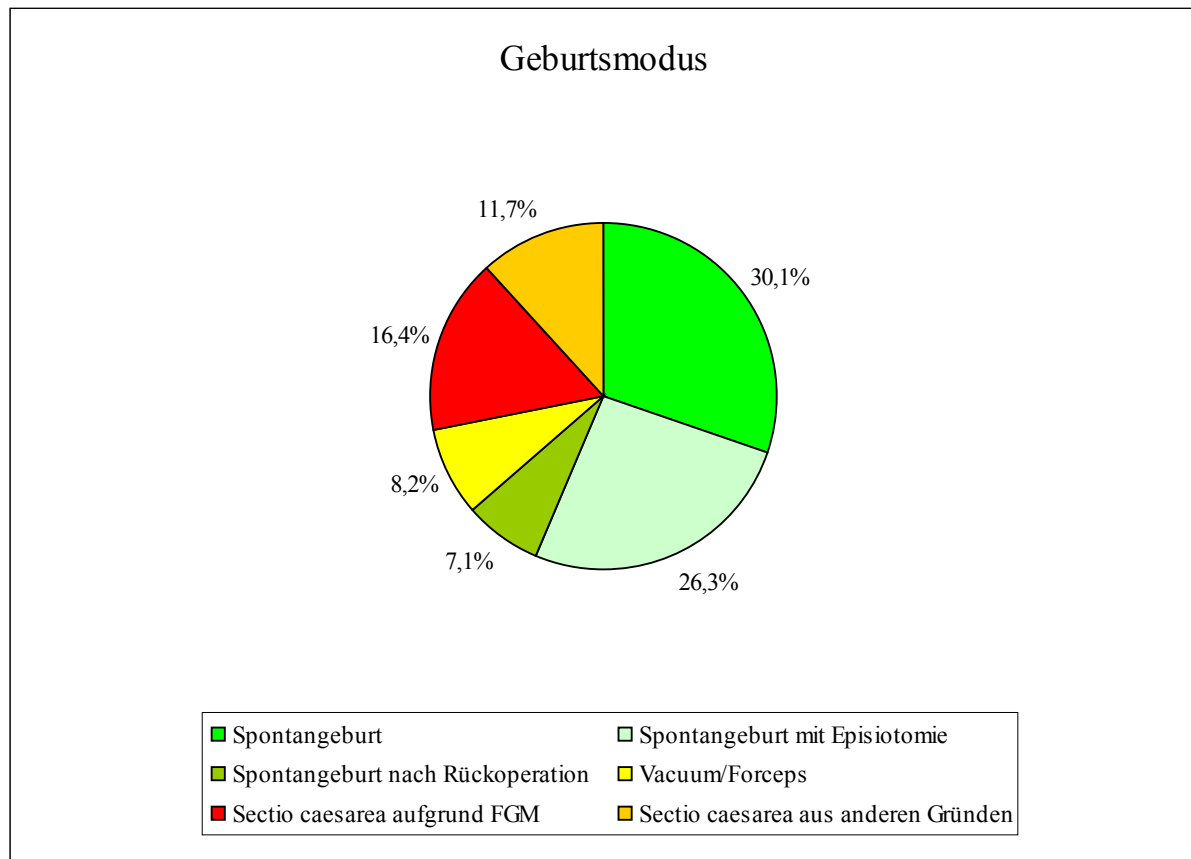


Abbildung 18: Geburtsmodus der betroffenen Frauen in Prozent

- Erhöhte FGM das Risiko von Geburtsverletzungen mit starker Blutung?

38 der befragten Hebammen mit FGM-Erfahrung gaben ihre Meinung zum Risiko von Geburtsverletzungen mit starker Blutung bei Frauen mit FGM mit Hilfe einer Likert-Skala an. Angaben wurden nur von denjenigen Befragungspersonen gemacht, welche bereits betroffene Frauen während vaginalen Entbindungen begleiten durften.

Eine Hebamme (2,6%) war der Meinung, dass es überhaupt nicht zutrifft, dass FGM das Risiko von Geburtsverletzungen und Blutungen erhöhe. 13 Befragungspersonen glaubten, dass dies eher nicht zutrifft (34,2%). 17 Hebammen (44,7%) waren hingegen der Meinung, dass es eher zutrifft, dass bei vaginalen Geburten beschnittener Frauen das Risiko von Geburtsverletzungen und starken Blutungen erhöht wäre. 7 Hebammen (18,4%) stimmten dem voll und ganz zu. Demnach war die Mehrheit der 38 Befragungspersonen (63,2%)

zumindest eher der Meinung, dass FGM das Risiko für Geburtsverletzungen mit starker Blutung vergrößern würde.

- Medizinische und psychische Komplikationen aufgrund von FGM

49 der 51 Hebammen, welche bereits in Kontakt mit FGM während ihrer beruflichen Tätigkeit gekommen waren, beantworteten die halboffene Frage zum Thema Komplikationen während Schwangerschaft, Geburt und/oder Wochenbett bei betroffenen Frauen. 44 Hebammen (89,8%) konnten mindestens eine der in Tabelle 5 angeführten medizinischen bzw. psychischen Komplikation bei mindestens einer beschnittenen Frau beobachten.

Tabelle 5: Anzahl und Prozent der von Hebammen beobachteten Komplikationen bei mindestens einer betroffenen Frau

Komplikation	Anzahl der Nennungen	Prozent
erschwerte Vorsorgeuntersuchungen/ Vaginaluntersuchungen	33	67,3%
Angstzustände	27	55,1%
Keloide	21	42,9%
chronische Schmerzen	18	36,7%
Verzögerung der Austreibungsperiode	13	26,5%
chronische Harnwegsinfekte	12	24,5%
Partnerschaftskonflikte	8	16,3%
Fisteln	8	16,3%
Depressionen	7	14,3%
Inkontinenzprobleme	6	12,2%
andere Infektionen	5	10,2%
Dammriss III°	5	10,2%
andere Komplikationen	5	10,2%
keine Komplikationen	5	10,2%

Die von Hebammen am häufigsten beobachteten Komplikationen im Zusammenhang mit FGM und Geburt waren erschwerte Vorsorge- und Vaginaluntersuchungen aufgrund von Narbengewebe (67,3%), Angstzustände (55,1%) und Keloide (42,9%).

Im Durchschnitt konnten die befragten Hebammen 3,4 ($SD = 2,7$) der oben in Tabelle 5 angeführten Komplikationen bei mindestens einer betroffenen Frau beobachten. Fünf dieser 49 Hebammen (10,2%) konnten keine einzige Komplikation feststellen, eine Hebamme beobachtete alle der aufgelisteten Komplikationen.

Mittels Chiquadrattest wurde ein hoch signifikanter Zusammenhang zwischen der von Hebammen beobachteten Zahl an Komplikationen und der Anzahl der von ihnen betreuten beschnittenen Frauen herausgefiltert, $X^2 (99, N = 48) = 136,29, p = 0,008$. Um die Stärke des Zusammenhangs zwischen diesen beiden metrischen, jedoch nicht normal verteilten Variablen, zu bestimmen, wurde ein Spearman-Korrelationstest vorgenommen. Zwischen den beiden Variablen konnte eine signifikante positive Korrelation bestimmt werden, $r (46) = 0,58, p < 0,001$. Hebammen, die bereits eine größere Zahl an beschnittenen Frauen betreut haben, konnten eher eine größere Zahl an Komplikationen während der Schwangerschaft, der Geburt und/oder im Wochenbett bei mindestens einer betroffenen Frau beobachten.

- Was haben die Hebammen im Fall von FGM getan?

Um zu erfahren, wie sich Hebammen im Umgang mit genital verstümmelten Frauen verhalten, wurden sowohl jene 51 Hebammen, welchen aus ihrer beruflichen Tätigkeit Fälle von FGM bekannt waren, als auch jene sechs Hebammen, die sich im Bezug darauf nicht sicher waren, mit Hilfe einer halboffenen Frage über ihre Handlungen befragt. 55 der Befragten gaben Auskunft über ihren Umgang mit den betroffenen Frauen bzw. über ihre weitere Vorgehensweise. Mehrfachantworten konnten dabei gegeben werden.

Am häufigsten tauschten sich die Befragungspersonen mit KollegInnen über die Problematik FGM aus (48 Hebammen, 87,3%). An zweiter Stelle stand die Informationseinholung (36 Hebammen, 65,5%), gefolgt vom „Nichtstun“ (27 Hebammen, 49,1%). 25 der 55 Hebammen (45,5%) überließen die weitere Vorgehensweise dem Arzt. Ein Gespräch mit der/den betroffenen Frau(en) über die Verstümmelung ihrer Genitalien führten 20 Hebammen (36,4%). An sechster Stelle stand die Informationsweitergabe über gesundheitliche Risiken an die betroffene(n) Frau(en) (16 Hebammen, 29,1%). Immerhin machte fast jede vierte

Hebamme (13 Hebammen, 23,6%) die Frau(en) auf Konsequenzen für ihre Tochter/Töchter aufmerksam. Jede fünfte Hebamme (20,0%) vermittelte die betroffene(n) Frau(en) an eine Beratungsstelle. Acht der Studienteilnehmerinnen (14,5%) bezogen den Partner/die Familie der betroffenen Frau(en) mit ein. Nur fünf Hebammen (9,1%) rieten der/den Frau(en) zur Rückoperation (siehe Abbildung 19). Eine Hebamme organisierte ein Gespräch mit einer Psychologin für den Tag nach der Geburt. Dies sei ihr nach eigenen Angaben sehr wichtig gewesen, da die Frau ein Mädchen geboren hatte.

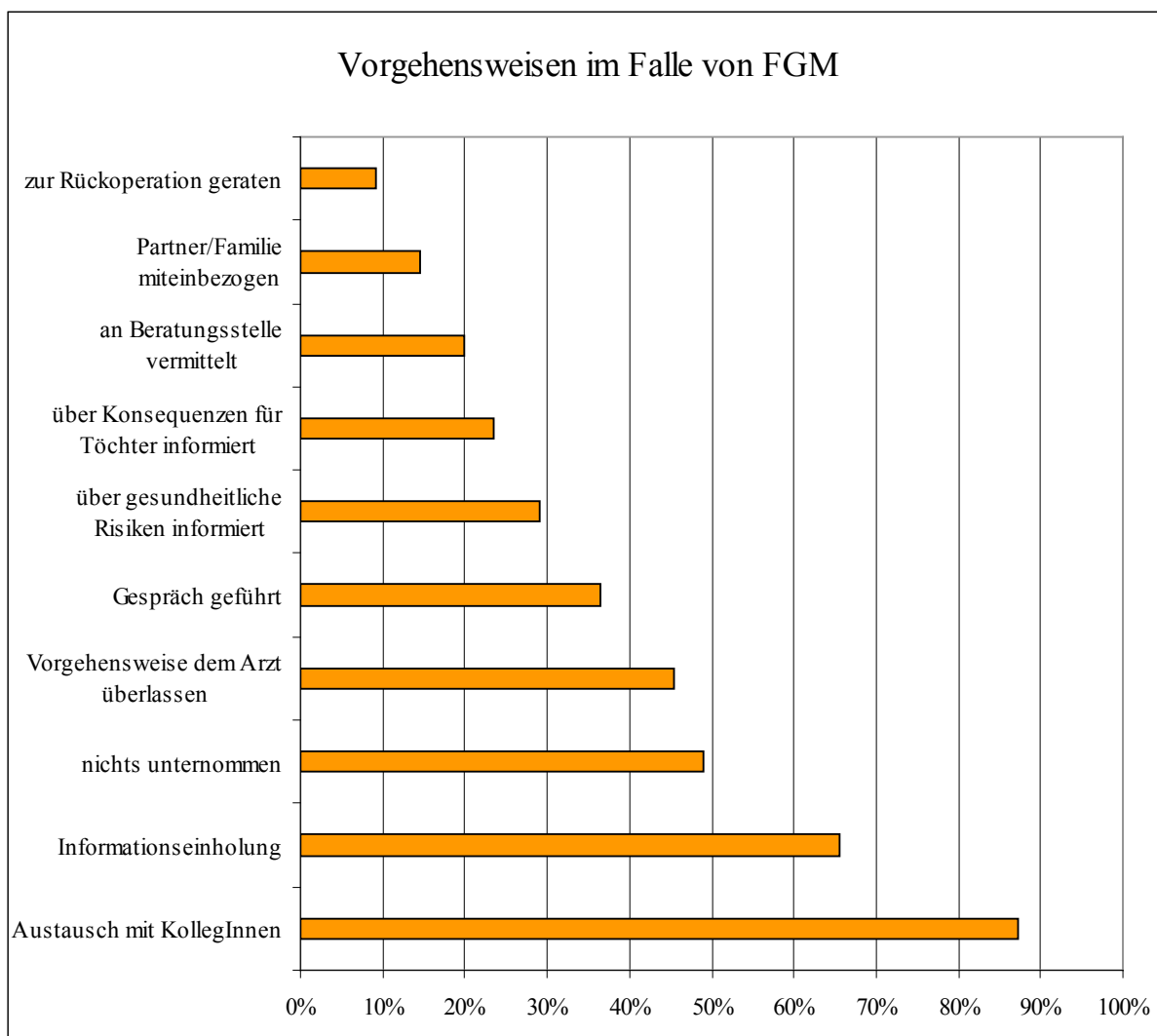


Abbildung 19: Vorgehensweisen bzw. Handlungen von Hebammen im Falle von weiblicher Genitalverstümmelung in Prozent

Folgende Gründe wurden von den 27 Hebammen, welche angegeben haben „nichts“ unternommen zu haben, mitgeteilt. Dabei führten einige Hebammen sogar mehrere Begründungen an, weshalb sie nichts unternehmen konnten:

Acht der 27 Geburtshelferinnen unternahmen nichts, da sie sich nicht sicher waren, ob die Frau(en) an ihren Genitalien verstümmelt war(en). Unter diesen acht Hebammen befanden sich drei der Hebammen, welche schon zu Beginn der Erfahrungsbefragung angaben, dass sie sich nicht sicher sein, ob ihnen FGM aus ihrem beruflichen Umfeld bekannt sei. Sieben Befragungspersonen führten sprachliche Barrieren als Handlungshindernis an. Sechs Probandinnen waren zum damaligen Zeitpunkt noch in Ausbildung und gaben diesen Umstand als Grund an. Drei Hebammen unternahmen nichts, da in ihrem damaligen Arbeitsumfeld (außerhalb Österreichs) FGM den Normalzustand darstellte. Ebenfalls drei der Geburtshelferinnen glaubten, dass eine Einmischung in die Thematik FGM aufgrund eines dominanten Partners oder einer unnahbaren Frau nicht erwünscht gewesen wäre. Dass die Frau(en) bereits gut betreut bzw. aufgeklärt gewesen ware(n), war für drei Hebammen der Grund nichts zu unternehmen. Für jeweils eine Hebamme waren folgende Gründe für das Nichthandeln ausschlaggebend: Zeitmangel, Geburtsvorgang stand im Vordergrund, keine Beratungsstelle im Bundesland, keine Möglichkeit des Eingreifens.

Von den 48 Hebammen, welche berichteten sich mit Kolleginnen ausgetauscht zu haben, glaubte jede Dritte (35,4%) auch Wissen zum Thema FGM über KollegInnen bezogen zu haben. Ein Chiquadrattest wurde durchgeführt, um den Zusammenhang zwischen der Informationsquelle KollegInnen und der Angabe, sich im Falle von FGM mit KollegInnen ausgetauscht zu haben, zu testen. Der Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen erwies sich jedoch nicht eindeutig als signifikant, $\chi^2(1, N = 55) = 3,59, p = 0,058$.

Außerdem wurde ein Chiquadrattest durchgeführt, um den Zusammenhang zwischen der Umgebung, in welcher die Hebammen tätig waren, und der Angabe, betroffene Frauen an eine Beratungsstelle vermittelt zu haben, zu überprüfen. Der Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen war nicht signifikant ($p = 0,12$). Jedoch hat keine der fünf am Land tätigen Hebammen mit FGM-Erfahrung betroffene Frauen an eine Beratungsstelle vermittelt, während dies bei sieben der 20 in einer Großstadt tätigen Hebammen (35,0%), welche FGM-Frauen betreut haben, der Fall war.

- Reaktionen der Betroffenen auf ein beratendes Gespräch

Die Stichprobe wurde mittels Fragebogen auch nach Reaktionen der Frau(en) auf eine Beratung befragt. 39 Hebammen konnten Auskunft über Reaktionen auf beratende Gespräche

zwischen ihnen und der/den Frau(en) oder zwischen ihren KollegInnen und der/den Frau(en) geben. Knapp die Hälfte der Hebammen (19 Hebammen, 48,7%) gab an, dass die Frau(en) aufgrund einer Begleitperson in ihrer Reaktion beeinflusst wirkte(n). Erfreulicherweise war(en) sich nach Meinung von 18 Hebammen (46,2%) die Frau(en) des Problems FGM bereits bewusst. Allerdings berichtete auch über ein Drittel der Befragten (14 Hebammen, 35,9%), dass die Frau(en) die Beratung als unerwünschte Einmischung empfand(en). Nur fünf Hebammen (12,8%) konnten die Patientin(nen) von der Schädlichkeit des Eingriffs überzeugen (siehe Abbildung 20).

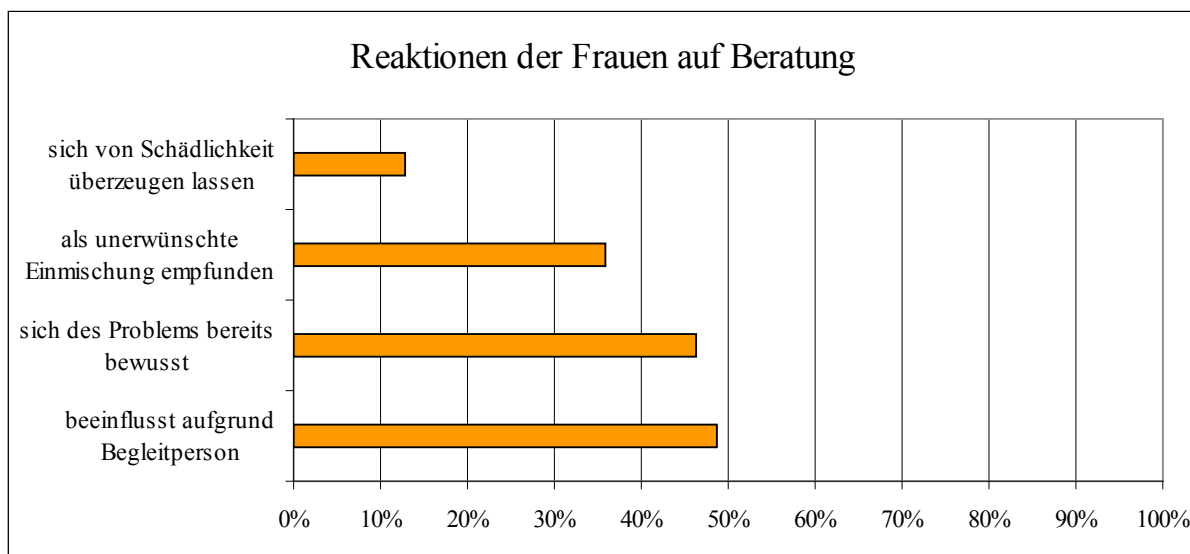


Abbildung 20: Häufigkeit der von Hebammen angegebenen Reaktionen betroffener Frauen auf ein beratendes Gespräch in Prozent

Folgende andere Reaktionen wurden von elf Hebammen notiert: Annehmen der Information (2x), Erleichterung, Angst, Unverständnis, Freude darüber, nach der Geburt nicht refibuliert zu werden. Vier weitere Hebammen nutzten die offene Frage nach „anderen Reaktionen der Frau(en) auf Beratung“, um auf sprachliche Barrieren aufmerksam zu machen. Damit haben zusammen mit den sieben Hebammen, welche Sprachprobleme als Handlungshindernisse angaben, insgesamt elf Hebammen auf sprachliche Barrieren verwiesen.

Um einen möglichen Zusammenhang zwischen der Antwort „Die Frau(en) wirkte(n) aufgrund einer Begleitperson in ihrer Reaktion beeinflusst“ und der von Hebammen beobachteten Komplikation „Angstzustände“ zu überprüfen, wurde eine Kreuztabelle angefertigt. Der Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen erwies sich als signifikant, χ^2 (1, N = 34)

= 9,80, $p = 0,003$. Hebammen, die angaben, dass die Frau(en) in ihrer Reaktion von einer Begleitperson beeinflusst wurde(n), beobachteten signifikant häufiger Angstzustände bei betroffenen Frauen (88,9%), als Hebammen, die keine Reaktionsbeeinflussung aufgrund einer Begleitperson feststellten (37,5%).

- Wurde an die Hebammen der Wunsch nach Durchführung von FGM oder Reinfibulation herangetragen?

Von 136 Individuen der Stichprobe gaben sechs Hebammen (4,4%) an, dass sie oder jemand den sie kennen bereits gefragt wurde, ob sie/er eine Beschneidung weiblicher Geschlechtsorgane durchführe. Alle diese sechs Personen stammten aus der Gruppe der Hebammen, welche bereits Frauen mit FGM betreut hatten. Von 50 Befragungspersonen der Gruppe mit beruflicher FGM-Erfahrung wurden demnach 12% nach der Durchführung von FGM gefragt. Daher wurde ein Chiquadrattest durchgeführt, um den Zusammenhang zwischen der beruflichen FGM-Erfahrung und der Antwort auf die Frage, ob man schon einmal gefragt wurde, ob man selbst oder jemand, den man kennt eine weibliche Beschneidung durchführen würde, zu überprüfen. Der Zusammenhang dieser beiden Variablen war signifikant, $X^2 (2, N = 136) = 10,80, p = 0,005$. Hebammen, denen aus ihrer beruflichen Tätigkeit Fälle von FGM bekannt waren, wurden häufiger nach der Durchführung von FGM gefragt als Hebammen ohne berufliche FGM-Erfahrung.

Von 135 Hebammen wurden elf Probandinnen (8,1%) schon mindestens einmal gefragt, ob sie oder jemand, den sie kennen eine Reinfibulation durchführen würden. Wenn man bedenkt, dass eine Reinfibulation vordergründig im Anschluss an eine Geburt durchgeführt wird, erscheint es einleuchtend, dass zehn dieser elf Hebammen ebenfalls zur Gruppe der Hebammen mit FGM-Erfahrung zählten. So wurde bereits jede fünfte Hebamme (20,0%) mit beruflicher FGM-Erfahrung nach der Durchführung einer Reinfibulation gefragt (siehe Abbildung 21).

Um den Zusammenhang dieser beiden Variablen zu überprüfen, wurde ebenfalls ein Chiquadrattest durchgeführt, $X^2 (2, N = 135) = 14,92, p = 0,001$. Demnach bestand ein hochsignifikanter Zusammenhang zwischen der beruflichen FGM-Erfahrung und der Wahrscheinlichkeit nach der Durchführung einer Reinfibulation gefragt zu werden.

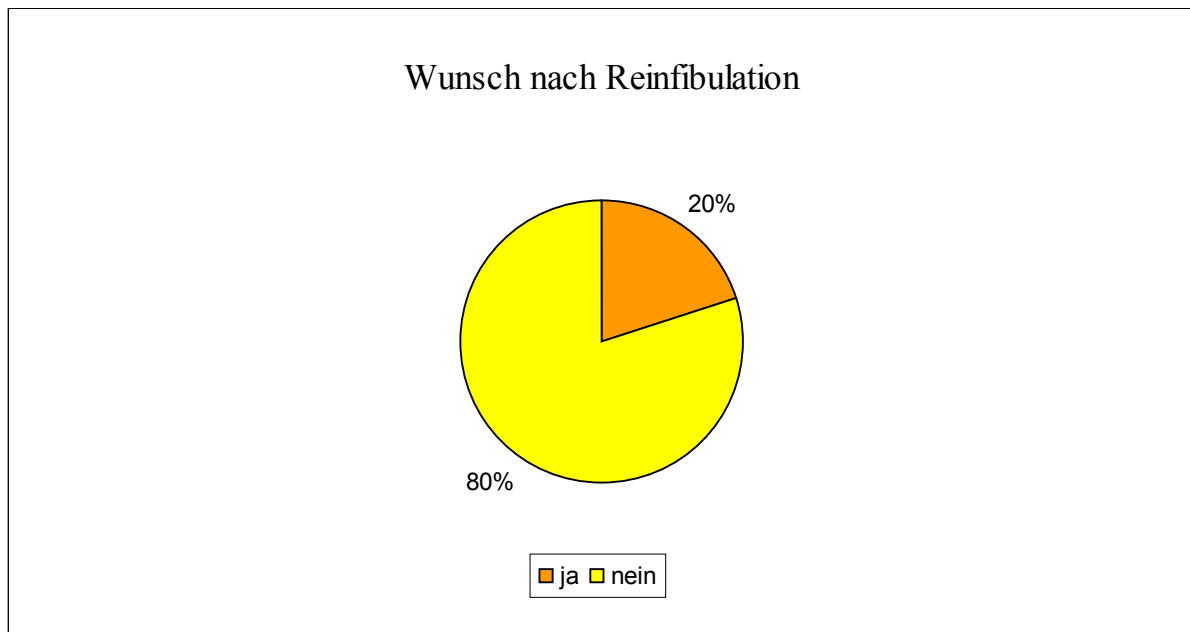


Abbildung 21: Nachfrage nach Durchführung einer Reinfibulation bei Hebammen mit beruflicher FGM-Erfahrung in Prozent

2.4. Anmerkungen der Hebammen

Am Ende des Fragebogens hatten die Studienteilnehmerinnen die Möglichkeit Kommentare und Anregungen in beliebiger Länge zu verfassen. Diesem Angebot kamen 22 der befragten Hebammen (15,9%) nach. Da der Fragebogen per E-Mail versendet wurde, nutzten einige Hebammen aber auch dieses Medium, um ein persönliches Kommentar zu übermitteln. Es folgen einige Auszüge der eingelangten Anmerkungen.

Vordergründig wurde von den anonymen Studienteilnehmerinnen verzeichnet, dass es erfreulich sei, dass sich in Österreich jemand mit dem wichtigen Thema weibliche Genitalverstümmelung beschäftigt:

„Ich finde es toll, dass sich in Österreich jemand speziell mit dem Thema beschäftigt!!!“ (Studienteilnehmerin)

„[...Ich bin Ihrer Bitte um Mitwirkung an dieser Studie gerne nachgekommen, weil ich es wichtig finde, dass dieses furchtbare Thema zum Thema gemacht wird und Frauen ALLER Länder sich zusammenschließen und etwas dagegen unternehmen...]“
(Studienteilnehmerin)

„ich [sic] finde es toll, dass Sie dieses wichtige Thema zu Ihrer Masterarbeit gemacht haben.“ (Studienteilnehmerin)

Viele Hebammen sprachen ihre Dankbarkeit sowohl für die Beforschung der Thematik FGM als auch für die Enttabuisierung und die Bewusstseinsbildung aus:

„Danke für die Beforschung dieses so wichtigen Themas!“ (Studienteilnehmerin)

„Vielen Dank für diese sehr wichtige Aufklärungsarbeit und Bewusstseinsbildung! Sollte jede Hebamme und vor allem JEDE Frau interessieren.“ (Studienteilnehmerin)

„Ich finde dieses Thema sollte mehr aufgegriffen und enttabuisiert werden. Es ist notwendig in FH's dieses Thema zu unterrichten und es sollte jede Hebamme und jeder Gynäkologe darüber bescheid [sic] wissen und vorallem mit betroffenen Frauen den richtigen Umgang finden.“ (Studienteilnehmerin)

„Bis zur Beantwortung dieses Fragebogens habe ich mich mit diesem Thema in der Geburtshilfe nicht auseinandergesetzt...!“ (Studienteilnehmerin)

„[...Es ist sehr wichtig, dass alle Welt davon erfährt, nicht nur die damit in Berührung kommenden Berufsgruppen, gut, dass Sie daran arbeiten!“ (Studienteilnehmerin)

Des Weiteren wurde die Relevanz des Themas für den Hebammenberuf angesprochen:

„Ich habe meine Bakkarbeit zu diesem Thema geschrieben und in diesem Zusammenhang gemerkt, wie uninformiert wir Hebammen eigentlich sind und wie dieses Thema aus jeglicher Fachliteratur ausgeschlossen wird...!“ (Studienteilnehmerin)

Auch das in vielen Fällen enorm große Sprachproblem wurde erneut aufgegriffen:

„Das Sprachproblem bei den meisten Frauen, die von FMG betroffen sind, ist leider massiv. Daher ist es in den mir bekannten Fällen nie möglich gewesen, die Frauen in irgendeiner Form zu beraten...! Es fehlt uns an Fachpersonal, welches auch die jeweiligen Landessprachen beherrscht, wobei ich denke, dass dies der falsche Ansatz ist. Wichtiger wäre es, dass es keine Frau in Österreich gibt, die weder Deutsch noch Englisch noch Französisch o.ä. versteht, damit man zumindest das nötigste kommunizieren kann...!“ (Studienteilnehmerin)

Ebenfalls wurde der freie Raum am Ende des Fragebogens für die Formulierung von Wünschen, Überlegungen und Gefühlen zu diversen Belangen der Thematik genutzt:

„Ich wünsche mir, dass auch Hebammen schon früher Kontakt mit Frauen z.B. vor der Schwangerschaft (Familienplanung, Kinderwunsch, Gyn. Probleme) haben...! So hätten [...die Hebammen eine Gelegenheit mit Frauen über das Thema FGM zu sprechen (Präventionsmaßnahme). Während der Geburt ist es etwas spät, und oft zeitmäßig geht es...] sich [...nicht aus über das Thema zu sprechen. Community Partizipation zusammen mit Gesundheitspersonal (Hebammen, ÄrztInnen) spielt eine große Rolle.“ (Studienteilnehmerin)

„Ich habe einmal gehört, dass es das Argument gibt, FGM lieber in einem europäischen Land unter modernen hygienischen Bedingungen durchzuführen, weil dann die Komplikations- bzw. Todesrate viel geringer ist und die so behandelten

Frauen doch dem Ideal der jeweiligen Kultur entsprächen. Diese Vorstellung löst in mir ein Gefühl von Hilflosigkeit aus, es scheint mir keine echte Alternative zu sein.“
(Studienteilnehmerin)

Die Bereitschaft sich mit dem Thema FGM auseinanderzusetzen bzw. sogar aktiv zu werden, war bei einigen Hebammen sehr groß:

„[...Würde mich freuen, über einen Bericht von ihnen in der Hebammenzeitung...]“
(Studienteilnehmerin)

„Ich wünsche Ihnen viel Erfolg mit ihrer Arbeit, vielleicht halten sie ja mal einen Vortrag auf einer Hebammenfortbildung.“ (Studienteilnehmerin)

„[...Ich hätte auch Interesse daran, die Arbeit mal zu lesen...]“ (Studienteilnehmerin)

„Wären Sie ev. bereit, nach Abschluss der Arbeit Ihre Erkenntnisse in der Österreichischen Hebammenzeitung zusammenzufassen?“ (Studienteilnehmerin)

„Gibt es eine Organisation, die sich gegen Genitalverstümmelung einsetzt, die Sie als vertrauenswürdig einstufen und finanziell unterstützen würden? Können Sie mir da eine Empfehlung geben, damit mein Beitrag auch wirklich dort hilft, wo etwas bewegt werden kann?“ (Studienteilnehmerin)

„Ich habe einige TV-Dokumentationen zu dem Thema gesehen und es hat mich so aufgeregt, dass ich nicht mehr schlafen konnte. Ich habe selber vier Töchter und sehr stark das Gefühl, dass ich helfen sollte.“ (Studienteilnehmerin)

Auch die Problematik von FGM in der modernen westlichen Welt wurde aufgegriffen:

„Es gibt auch hier Frauen, die sich im Genitalbereich piercen lassen, das geht in eine ähnliche Richtung, aber da ist es hoffentlich eine freiwillige Entscheidung ohne gesellschaftlichen oder sonstigen Gruppendruck!“ (Studienteilnehmerin)

Einen Einblick in die Arbeitsweise von „Ärzte ohne Grenzen“ gewährte eine Hebamme, welche selbst im Rahmen der Hilfsorganisation einige Auslandseinsätze begleitete:

„[...Ärzte ohne Grenzen bezieht zu diesem Thema sehr klar Position und sämtliche Mitarbeiter (nationale wie international) müssen die internen internationalen Richtlinien befolgen (de-infibulation rechtzeitig vor Geburt, Wundversorgung nach der Geburt aber absolutes re-infibulations Verbot [sic]), einzelne Projekte haben konkret FGM als Thematik wo versucht wird einerseits über die Dorfgemeinschaften/Männer/religiöse Führer/traditionelle Hebammen Aufklärung und Prävention zu leisten und andererseits konkret eine Geburtenstation zu betreiben um geburtshilfliche Komplikationen verhindern zu können...]“ (Studienteilnehmerin)

Eine andere Hebamme berichtete von ihrem Auslandseinsatz in Kamerun, wo sie in einem Buschkrankenhaus tätig war, jedoch niemals einer Frau mit Genitalverstümmelung begegnet sei. Dies erklärt sich einerseits durch die Tatsache, dass FGM nur im Südwesten und äußerstem Norden des Landes betrieben wird und andererseits durch die geringe Verbreitung (ca. 1%) (Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit 2007).

Des Weiteren wurden Probleme bei der Beantwortung einzelner Fragen angesprochen. Diese traten einerseits aufgrund von ungenügender Antwortmöglichkeiten bzw. unverständlich formulierter Fragen auf Seiten der Fragebogenverfasserin auf, andererseits aufgrund von mangelnder Erfahrung mit dem Thema FGM, sowie aufgrund von Gedächtnislücken seitens der Befragungspersonen.

Diskussion und Hypothesenprüfung

Dieser Abschnitt der Arbeit beschäftigt sich mit der Überprüfung der am Beginn der Forschungstätigkeit aufgestellten elf Hypothesen. Des Weiteren werden die im empirischen Teil „2. Datenanalyse und Ergebnisse“ präsentierten Resultate sowohl zusammengefasst als auch kritisch hinterfragt.

Diese Fragebogenstudie stellt einen ersten Versuch dar, den Wissensstand der in die Problematik FGM involvierten österreichischen Hebammen in Erkenntnis zu bringen. Darüber hinaus wurden Einstellungen der Hebammen zur Materie sowie die Bereitschaft dieser, sich damit zu befassen, ermittelt. Auch Erfahrungen, die Hebammen mit betroffenen Frauen gemacht haben, waren Gegenstand der Befragung.

Die Daten, welche über die betroffenen Frauen durch Auskunft der Hebammen erhoben wurden, stellen nur eine Annäherung an ein Tabuthema dar und können natürlich die direkte Kontaktaufnahme mit betroffenen Frauen nicht ersetzen. Im Vordergrund dieser Befragung standen jedoch die in Österreich tätigen Hebammen mit ihrem Wissen und ihren Einstellungen zum Thema.

Freilich wäre ein größerer Rücklauf der Fragebögen durchaus wünschenswert gewesen, die Erfahrung zeigt jedoch, dass die Rücklaufquote mit mindestens 7,2% im üblichen Bereich liegt. Außerdem kann nicht genau evaluiert werden, wie viele der 1.907 österreichischen Hebammen der Fragebogen überhaupt erreicht hat. Vielleicht erklärt sich die nicht ganz so große Rücklaufzahl aber auch durch den Tabustatus der Thematik.

1. Stichprobe

Da der Fragebogen zum Teil auch mittels Schneeballprinzip von Hebamme zu Hebamme verschickt wurde, kann nicht hundertprozentig davon ausgegangen werden, dass sich unter den Studienteilnehmerinnen ausschließlich in Österreich tätige Hebammen befanden. Jedoch erscheint dies wahrscheinlich, vor allem auch deshalb, weil der Fragebogen mit der Bitte um Weiterleitung an österreichische Hebammen versendet wurde.

In Bezug auf das Alter der Stichprobe sind die Probandinnen relativ gut durchmischt, wobei sich ein kleiner Überschuss an jüngeren Probandinnen erkennen lässt. Dies könnte dadurch erklärt werden, dass jüngere Hebammen vermehrt über E-Mail erreichbar sind und daher leichter für Online-Umfragen gewonnen werden können.

Die Altersspanne der an der Studie teilgenommenen Hebammen (22 bis 57 Jahre sowie eine 66-jährige Hebamme) spiegelt sehr gut den Lebensabschnitt, in welchem Hebammen in Österreich diesen Beruf ausüben, wieder. Es ist eher unwahrscheinlich, dass Frauen unter 22 Jahren den Beruf der Hebamme ausüben, da man zunächst die Reifeprüfung sowie eine dreijährige Fachhochschule absolvieren muss. Aufgrund der österreichischen Pensionsregelung ist das Alter der befragten Hebammen auch nach oben hin begrenzt. Da der Fragebogen größtenteils über das Österreichische Hebammengremium versendet wurde, ist die Stichprobe vornehmlich auf aktive Hebammen beschränkt.

Da die Datenaufnahme mit in Österreich tätigen Hebammen durchgeführt wurde, ist es nicht verwunderlich, dass der Großteil der Probandinnen (91,1%) ihre Ausbildung in Österreich absolviert hatte. Unter den Studienteilnehmerinnen fanden sich Vertreterinnen jeder der sieben in Österreich angebotenen Ausbildungsstätten für Hebammen. Daher erscheint die Stichprobe auch in Bezug auf dieses Merkmal relativ repräsentativ für die Gesamtheit der österreichischen Hebammen.

An der Studie nahmen sowohl Hebammen mit langjähriger (bis zu 43 Jahren), als auch Hebammen mit kurzjähriger bzw. gar keiner, Berufserfahrung teil. Jedoch gehen der Berufserfahrung, welche eine diplomierte Hebamme besitzt, immer auch diverse Praktika während der Hebammenausbildung voraus. Während dieser können Hebammenstudentinnen bereits praktische Erfahrungen sammeln bzw. mit von FGM betroffenen Frauen in Kontakt kommen. Dass an der Studie vermehrt „frische“ Hebammen, die ihre Ausbildung erst vor wenigen Jahren abgeschlossen hatten, teilnahmen (19,7% der Probandinnen hatten maximal ein Jahr Berufserfahrung), lässt sich eventuell durch die größere Motivation berufsjunger Hebammen erklären. Vielleicht haben sich aber auch vermehrt berufs junge Hebammen mit dem Thema FGM assoziiert und daher den Fragebogen in größerer Zahl beantwortet, da ihnen dieses Thema öfter aus der Hebammenausbildung bekannt war (90,6% der FH-Hebammen), als den befragten Hebammen, welche ihre Ausbildung bereits früher abgeschlossen hatten (28,8% der Hebammen nach zweijähriger Hebammenschule). Außerdem besteht die Vermutung, dass aufgrund der elektronischen Datenaufnahme über die E-Mailadressen der

Hebammen, vermehrt junge Hebammen den Fragebogen erhalten haben, da diese häufiger eine E-Mailadresse besitzen und mit dem Medium Internet besser vertraut sind. Wie im Rahmen dieser Untersuchung bereits festgestellt werden konnte, handelt es sich bei jungen Hebammen eher um Hebammen mit kürzerer Berufserfahrung.

Dass in manchen Jahren keine der Probandinnen die Hebammenausbildung abgeschlossen hatte (z.B. im Jahre 2003), erklärt sich dadurch, dass in Österreich nicht jedes Jahr Hebammenlehrgänge beginnen bzw. enden. Dies war zum Beispiel in den Jahren 1997, 2000 oder 2003 der Fall. Daher erscheint die Stichprobe auch in Bezug auf dieses Merkmal korrekt und relativ ausgewogen durchmischt.

Auch in Bezug auf die Art der Hebammenausbildung wirkt die Stichprobe gut vermischt zu sein. Erfreulicherweise hat bereits jede vierte Studienteilnehmerin eine der erst seit 2006 bestehenden Fachhochschulen für Hebammen besucht. Immerhin absolvierten knapp sechs Prozent der Studienteilnehmerinnen bereits Masterstudienlehrgänge für Hebammen, wodurch selbst dieser noch kleine Kreis an österreichischen Hebammen in der Stichprobe relativ zahlreich vertreten war.

Leider liegen zu den eben beschriebenen Merkmalen der Stichprobe keine Daten über die Gesamtheit der österreichischen Hebammen vor, weshalb nicht überprüft werden konnte, ob die Stichprobe statistisch repräsentativ ist. Allerdings erweckt sie den Eindruck in Bezug auf die eben beschriebenen Merkmale relativ gut durchmischt zu sein.

Bezüglich des Dienstverhältnisses liegen jedoch Daten über die Grundgesamtheit der in Österreich tätigen Hebammen vor (Österreichisches Hebammengremium (Hrsg.) 2011b), weshalb das Dienstverhältnis mit Hilfe des Chiquadrattests auf Repräsentativität für Österreich überprüft werden konnte. Die Stichprobe war demnach in Bezug auf das Dienstverhältnis für österreichische Hebammen repräsentativ, da der Chiquadrat-Wert, entsprechend dem Freiheitsgrad nicht die Schranke um unter eine fünfprozentige Vertrauenswahrscheinlichkeit (p) zu gelangen, erreicht hat, $X^2(4, N = 3) = 6,0, p = 0,20$.

Zusammenfassend kann man in Bezug auf das Dienstverhältnis sagen, dass der Großteil der Probandinnen (72,8%) zumindest teilweise als Angestellte den Beruf der Hebamme ausübte.

Die Mehrheit der Befragten (94,9%) war zumindest teilweise in einer Krankenanstalt und/oder einer Hebammenpraxis bzw. -ordination tätig. Jede dritte Hebamme übte ihren Beruf

an mehreren Arbeitsplätzen aus. Dabei arbeiteten jüngere Hebammen häufiger in Krankenhäusern mit mehr als 900 Geburten pro Jahr. Grund dafür könnte der oftmalige Wunsch vieler junger Hebammen sein, möglichst viele Geburten/Frauen zu begleiten, um rasch viel Erfahrung im Beruf zu sammeln.

Auch in Bezug auf die Arbeitsumgebung erscheint die Stichprobe ausreichend durchmischt. Unter den Studienteilnehmerinnen fanden sich sowohl Hebammen, welche überwiegend in einer Großstadt (35,4%) arbeiteten, als auch Hebammen mit den Arbeitsumfeldern Kleinstadt (26,2%), mittelgroßer Stadt und Land (jeweils 19,2%).

In welcher Umgebung eine Hebamme ihre Tätigkeit ausübt, scheint einen großen Einfluss auf die Anzahl der Geburten/Frauen, die sie pro Jahr betreut sowie auf die Anzahl der FGM-Fälle, welchen sie während ihrer Tätigkeit als Hebamme begegnet, zu haben. Die Dauer der Berufserfahrung beeinflusste dabei die Wahl der Arbeitsumgebung. Hebammen mit geringer Berufserfahrung arbeiteten eher in einer größeren Stadt. Da in größeren Städten häufiger Spitäler mit großen Geburtshilfen vertreten sind, könnte dieses Ergebnis auch von dem Resultat beeinflusst sein, dass jüngere Hebammen eher in größeren Spitälern arbeiten. Ob die Kausalität jedoch nicht umgekehrt wirkt, konnte dabei nicht festgestellt werden.

Bei der Anzahl der von österreichischen Hebammen betreuten Frauen/Geburten pro Jahr, ließ sich eine große Spannweite (0 bis 1300) erkennen. Diese ergab sich dadurch, dass sich unter den befragten Hebammen sowohl teil- als auch vollzeitbeschäftigte Hebammen befanden. Außerdem halten manche Hebammen wöchentliche Kurse vor mehreren Frauen ab oder leiten eine Geburtenstation, wodurch sich die enorm hohen Zahlen an betreuten Frauen/Geburten einer einzigen Hebamme pro Jahr erklären lassen.

Zwischen der Anzahl der von Hebammen betreuten Frauen/Geburten pro Jahr und der Umgebung sowie zwischen der Anzahl von Frauen/Geburten und dem Arbeitsplatz fanden sich signifikante Unterschiede ($p < 0,05$), wodurch sich die große Standardabweichung von 171 ($M = 120$) erklären lässt.

Nicht ausgeschlossen werden kann außerdem, dass einige Hebammen aufgrund der ungenauen Formulierung der Fragestellung lediglich die Anzahl der von ihnen übers Jahr begleiteten Geburten anführten und nicht die eigentlich gewünschte Anzahl an betreuten Frauen während Schwangerschaft, Geburt und/oder Wochenbett pro Jahr.

2. Wissensstand und Einstellungen

In diesem Kapitel der Arbeit werden die im empirischen Teil „2.2. Wissensstand und Einstellungen von Hebammen“ formulierten Ergebnisse kritisch hinterfragt und im Kontext der bereits publizierten Literatur interpretiert. Des Weiteren werden die ersten fünf der elf am Beginn der Forschungstätigkeit aufgestellten Hypothesen hinterfragt.

- **Hypothese 1:** Österreichischen Hebammen ist das Thema FGM aus ihrer Ausbildung bzw. durch Fachzeitschriften bekannt.

Folgender Teil der Annahme konnte zu 100 Prozent bestätigt werden: Österreichischen Hebammen ist das Thema FGM bekannt. Die Tatsache, dass wirklich allen 138 Befragungspersonen das Thema FGM bekannt war, erklärt sich aber vielleicht auch dadurch, dass sich durch den Fragebogen vermehrt diejenigen Hebammen angesprochen fühlten, die mit dem Begriff „weibliche Genitalverstümmelung“ von vornherein etwas anfangen konnten. Es ist daher sicher nicht sinnvoll, die Ergebnisse der Befragung als Stichprobe für eine Hochrechnung zu verwenden, da die Gründe für die Retournierung bzw. Nicht-Retournierung des Fragebogens nicht bekannt sind. Es ist durchaus möglich, dass Hebammen, welche mit dem Thema beruflich bereits in Kontakt gekommen waren, den Fragebogen vermehrt beantworteten und dass sich Hebammen, die noch nie eine Frau mit FGM betreut hatten oder die mit dem Begriff „weibliche Genitalverstümmelung“ nichts anfangen konnten, selbst aus der Befragung ausgeschlossen hatten.

Die beiden am häufigsten genannten Informationsquellen, über welche die befragten Hebammen ihr Wissen zum Thema FGM bezogen, waren die Hebammenausbildung (55,1%), sowie diverse Fachzeitschriften (50,0%). 120 der Befragungspersonen (87,0%) verknüpften ihr Wissen mindestens mit einer dieser beiden Informationsquellen. Demnach gilt Hypothese 1 eindeutig als bestätigt, vor allem wenn man dieses Resultat mit den Ergebnissen einer ähnlichen, vom Österreichischen Institut für Kinderrechte & Elternbildung (Hrsg.) 2006 durchgeführten Befragung, mit 51 wiener Hebammen zum Thema FGM vergleicht. Damals gaben nur knapp 19% bzw. knapp 15% der Befragten an, über ihr Studium bzw. durch Fachmagazine von FGM erfahren zu haben. Berücksichtigt werden muss dabei allerdings, dass bei dieser 2006 organisierten Umfrage keine Mehrfachantworten gegeben werden

konnten, weshalb man die Prozentsätze mit der vorliegenden Untersuchung nur begrenzt vergleichen kann.

Ein hochsignifikanter Zusammenhang konnte zwischen der Art der Hebammenausbildung und der Hebammenausbildung als Informationsquelle festgestellt werden ($p < 0,001$). Hebammen, welche die Fachhochschule bzw. die Hebammenakademie absolviert hatten, bezogen ihr Wissen zum Thema FGM häufiger aus ihrer Ausbildung (90,6% bzw. 57,7%) als Hebammen, welche eine Hebammenschule besucht hatten (28,8%). Dieses Ergebnis zeigt, dass sich durch die Aufwertung der Hebammenausbildung von der zweijährigen Schule hin zum dreijährigen Studium an einer Akademie bzw. an einer Fachhochschule der Lehrplan in Bezug auf das Thema FGM positiv verändert hat, so dass an den seit 2006 bestehenden Fachhochschulen nahezu alle Hebammen Wissen zum Thema weibliche Genitalverstümmelung vermittelt bekommen haben. Natürlich sollte man aber auch berücksichtigen, dass die Ausbildung von Hebammen, die eine zweijährige Schule besucht haben, durchaus viele Jahre (mindestens 15) zurückliegt, weshalb sich manche Hebammen vielleicht nicht mehr an alle theoretischen Lehrinhalte (darunter vielleicht auch FGM) erinnern konnten.

Dass nur 29% der Probandinnen durch Fortbildung Informationen über FGM erhielten, ist jedoch desillusionierend und zeigt das in Österreich noch spärliche Angebot an Fortbildungsmöglichkeiten zur Thematik Genitalverstümmelung auf. 82,8% der Hebammen äußerten nämlich den Wunsch nach Informationsübermittlung zum Thema FGM über Weiterbildungen. Aufgrund des großen Interesses an Fortbildungen wundert dieses doch eher geringe Ergebnis an tatsächlich übermittelten FGM-Inhalten mittels Fortbildungen und zeigt dringenden Handlungsbedarf.

Wie bei einer vom Deutschen Komitee für UNICEF (Hrsg.) 2005 durchgeführten Umfrage unter GynäkologInnen in Deutschland auch ermittelt, war der Wunsch nach mehr Detailwissen unter den Befragungspersonen generell sehr groß. 88,4% der Hebammen wünschten sich mehr Informationen zu mindestens einem Themenbereich der Thematik Female Genital Mutilation. Immerhin 74,2% der Hebammen wünschten sich dabei mehr Wissen über Auswirkungen auf die Sexualität, Schwangerschaft und Geburt. Daher konnte auch der erste Teil der fünften Vorhersage bestätigt werden.

- **Hypothese 5:** Hebammen wünschen sich mehr Information zum Thema FGM, insbesondere zu Auswirkungen auf die Sexualität, Schwangerschaft und Geburt, vermittelt durch die Hebammenzeitung, die Hebammenausbildung sowie durch Fortbildungen.

Am häufigsten wünschten sich die Studienteilnehmerinnen jedoch mehr Informationen über Strategien zur Abschaffung der grausamen Praktik (80,8%). Dies zeigt die enorm große Bereitschaft der Befragungspersonen sich der Problematik FGM zu widmen und im Kampf gegen Genitalverstümmelung selbst aktiv zu werden. Untermuert wurde diese Annahme auch durch die vielen Kommentare am Ende der Fragebögen. Des Weiteren fanden 94,9% der befragten Hebammen, dass das Thema FGM zumindest eher für den Hebammenberuf relevant sei. Die im Theorieteil der Arbeit beschriebenen Lösungsansätze sowie die beschriebenen Empfehlungen für medizinisches Personal müssen daher möglichst flächendeckend und effizient an die Hebammen übermittelt werden. Die Aufnahmebereitschaft für diese Inhalte konnte als gegeben bestätigt werden.

Die geeigneten Zeitpunkte diese und andere Belange in Bezug auf FGM zu vermitteln, sahen die Befragten sowohl während der Hebammenausbildung (88,5%) als auch im späteren Berufsleben in Form von Fortbildungen (82,8%). Aber auch die Hebammenzeitung befanden 82,8% der Befragungspersonen als mögliches Medium der Informationsübertragung. Verglichen mit der vom Österreichischen Institut für Kinderrechte & Elternbildung (Hrsg.) 2006 durchgeführten Befragung von GynäkologInnen, KinderärztInnen und Hebammen in Wien, bei welcher die StudienteilnehmerInnen vor allem die Fortbildung als den geeigneten Zeitpunkt der Informationsübermittlung ansahen, wünschten sich die Probandinnen der vorliegenden Befragung mehr Informationen zum Thema Genitalverstümmelung gleichermaßen vermittelt durch die Hebammenzeitung, die Hebammenausbildung, sowie durch Weiterbildungen. Damit gilt auch der zweite Teil der fünften Hypothese als eindeutig bestätigt.

Woran es lag, dass sich 11,6% der Befragungspersonen kein weiteres Detailwissen wünschten, konnte nicht eindeutig ausgemacht werden. Vermuten lässt sich allerdings, dass ein Teil dieser Gruppe von Hebammen der Meinung war, bereits genügend Wissen zum Thema zu besitzen beziehungsweise, dass sie das Thema FGM für den Beruf der Hebamme als nicht relevant genug empfinden. Diese beiden Annahmen konnten jedoch statistisch nicht

bewiesen werden ($p > 0,05$). Allerdings konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Wunsch nach mehr Detailwissen und dem Bewusstsein über das Vorkommen von FGM in Österreich aufgezeigt werden ($p < 0,02$). Daher kann das fehlende Interesse an mehr Detailwissen dadurch erklärt werden, dass jene Hebammen, die sich kein weiteres Wissen wünschten, eher davon ausgingen, dass FGM in Ländern wie Österreich nicht stattfindet. Insgesamt waren 36,2% der Hebammen der Meinung, dass FGM in einem europäischen Land wie Österreich zumindest eher nicht stattfindet. Dieses Ergebnis steht im Gegensatz zur Studie „*Schnitte in Körper und Seele: Eine Umfrage zur Situation beschnittener Mädchen und Frauen in Deutschland*“, welche besagt, dass FGM auch in Deutschland stattfindet (Deutsches Komitee für UNICEF (Hrsg.) 2005). Auch bei einer in Österreich durchgeführten Untersuchung berichten mehr als ein Drittel der befragten Wiener ÄrztInnen und Hebammen, dass FGM auch in Österreich durchgeführt wird (Österreichisches Institut für Kinderrechte & Elternbildung (Hrsg.) 2006).

Ziel der vorliegenden Studie sollte es auch sein, den Wissensstand der Hebammen in Österreich über die Verbreitung, mögliche Risiken und Ursachen von FGM sowie über die Gesetzgebung zu überprüfen. Nachdem festgestellt werden konnte, dass sich die Befragungspersonen mehr Detailwissen zum Thema wünschten, sollte untersucht werden wie sehr es ihnen tatsächlich an Wissen zu den diversen Belangen der Thematik mangelt. In diesem Zusammenhang wurden folgende drei Hypothesen formuliert:

- **Hypothese 2:** Hebammen wissen über die Strafbarkeit von FGM in Österreich Bescheid.
- **Hypothese 3:** Hebammen wissen, dass die weibliche Beschneidung nicht mit der männlichen Beschneidung vergleichbar ist.
- **Hypothese 4:** Hebammen mangelt es an Detailwissen zum Thema FGM (Verbreitung, Begründungen, Risiken).

In Bezug auf die Verbreitung von FGM zeigte sich ein erfreuliches Resultat, denn alle Studienteilnehmerinnen (100%) identifizierten Afrika als einen von FGM vorwiegend betroffenen Kontinent. Am zweithäufigsten und damit richtig gereiht, wurde von 26,8% der Hebammen Asien als vermehrt betroffener Kontinent genannt. Die mehrmaligen Nennungen

der drei anderen Kontinente Amerika (8,0%), Europa (7,2%) und Australien (3,6%) können keinesfalls als falsch angesehen werden, betrifft das Problem FGM aufgrund von Migration ja immer mehr die ganze Welt. Nur gut zwei Prozent der Befragungspersonen gaben an, über die Verbreitung von FGM nicht Bescheid zu wissen. Zusammen mit den eben beschriebenen Ergebnissen kann man festhalten, dass Hebammen über die Verbreitung von FGM grobe Kenntnisse besitzen. Hypothese 4 gilt in Bezug auf die Verbreitung daher vorerst als widerlegt. Der Wunsch nach mehr Information über Häufigkeit und Verbreitung besteht trotz der guten Ergebnisse bei 55,8% der befragten Hebammen.

Aber auch in Bezug auf die Kenntnisse über mögliche geburtshilfliche Risiken wurde Hypothese 4 zweifelsohne entkräftet. Denn die Mehrheit der befragten Hebammen wusste über den Zusammenhang von FGM und dem erhöhten Risiko von Geburtsverletzungen mit starker Blutung (94,2%) sowie dem größerem Mortalitätsrisiko der Mutter (89,8%) bzw. des Kindes (71,5%) bei der Geburt Bescheid. Die vorhandenen Wissenslücken müssen nichtsdestoweniger schnellstmöglich über ein geeignetes Medium gefüllt werden.

Getestet wurde weiters, wie sehr Hebammen mit häufigen, zum Teil auch pseudowissenschaftlichen, Begründungen von FGM vertraut sind. Dabei wurden folgende Begründungen von allen bzw. vielen der befragten Hebammen richtig erkannt: Tradition (zu 100%), religiöse Gründe (92,7%), die sexuelle Unterdrückung der Frau (90,4%), die fehlende Sexual- und Gesundheitsaufklärung (87,6%) sowie die Begründung FGM sei ein Initiationsritual (84,5%). Größere Wissenslücken konnten hingegen bei den zwei möglichen Ursachen hygienische Gründe (35,1%) und Schönheitsideal (47,8%) aufgezeigt werden. Bei diesen beiden Begründungen handelt es sich um pseudowissenschaftliche Gründe. Das heißt, dass die Begründungen im Gegensatz zur Wissenschaft stehen bzw. oftmals durch fehlendes Wissen über Körperfunktionen zustande kommen. Da Hebammen sehr gut über die Anatomie und Physiologie der Frau informiert sind, können sie Begründungen, die in Wirklichkeit das Gegenteil vom gewünschten Effekt bewirken (z.B. weniger statt mehr Hygiene), nur schwer nachvollziehen. Umso wichtiger erscheint es, österreichische Hebammen für die betroffenen Kulturen zu sensibilisieren, damit sie in Zukunft auch das Zustandekommen von pseudowissenschaftlichen Gründen verstehen können. In Bezug auf die Begründungen muss daher Hypothese 4 auf jeden Fall beibehalten werden.

Leider hat die Befragung aber auch gezeigt, dass Hebammen an den Ursachen der Genitalverstümmelung am wenigsten interessiert waren (42,5%). Dies liegt jedoch sicher

nicht nur am mangelnden Interesse am Themenbereich an sich, sondern auch daran, dass von vielen Menschen nicht erkannt wird, dass man ein „Problem“ am besten lösen kann, wenn man dessen zugrunde liegenden Ursachen und Motive kennt.

- **Hypothese 2:** Hebammen wissen über die Strafbarkeit von FGM in Österreich Bescheid.

Betrachtet man den Ergebnisteil dieser Arbeit, kann Hypothese 2 als bestätigt angesehen werden, denn 94,1% der Hebammen waren zumindest eher der Meinung, dass FGM in Österreich als Körperverletzung gilt und strafbar ist. Im Vergleich mit einer 2006 durchgeführten Befragung von GynäkologInnenen, KinderärztInnen und Hebammen in Wien ist dieses Ergebnis äußerst zufriedenstellend, da bei besagter Studie nur 80,8% der Studienteilnehmer angaben, über die Strafbarkeit von FGM Bescheid zu wissen und dies obwohl die Frage wie folgt formuliert wurde: „*Wussten Sie, dass FGM in Österreich unter den Tatbestand der Körperverletzung fällt und damit strafbar ist?*“ (Österreichisches Institut für Kinderrechte & Elternbildung (Hrsg.) 2006, pp.6). Dennoch besteht hinsichtlich der Gesetzgebung bei 65,8% der Befragten ein großer Bildungswunsch.

Die dritte Annahme besagt, dass Hebammen über die Unvergleichbarkeit der weiblichen mit der männlichen Beschneidung der Geschlechtsorgane Bescheid wissen. Diese These konnte zu 83,3% bestätigt und damit bekräftigt werden. Aber auch hier gilt es eine verbleibende Wissenslücke von 16,7% zu schließen.

Da es sich bei dem Beruf der Hebamme um ein sehr soziales Arbeitsfeld handelt, überrascht es nicht, dass die Mehrheit der Befragten (87,7%) die Anerkennung von FGM als Asylgrund befürwortete.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass bei einem Großteil der befragten Hebammen Wissen über die Verbreitung, über mögliche geburtshilfliche Risiken, über die Strafbarkeit und zum Teil auch über Ursachen von FGM vorhanden war. Wissenslücken wurden vor allem bei zwei pseudowissenschaftlichen Begründungen für die Durchführung von FGM gefunden und, wie man im Ergebnisteil über die Erfahrungen von Hebammen sehen konnte, im Umgang mit betroffenen Frauen. Betrachtet man die gesamte Stichprobe finden sich kleinere Wissenslücken jedoch in fast allen Bereichen der Thematik FGM.

3. Erfahrungen

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit der Interpretation der im empirischen Teil „2.3. Erfahrungen von Hebammen“ beschriebenen Resultate. Des Weiteren werden die restlichen sechs Hypothesen hinterfragt.

Studien zeigten, dass auch in Österreich lebende Migrantinnen und deren Töchter von FGM betroffen sind (z.B. Afrikanische Frauenorganisation in Wien (Hrsg.) 2000), weshalb die Vermutung nahe lag, dass auch in Österreich Hebammen mit dem Thema konfrontiert werden (siehe Hypothese 6).

Wie auch zwei andere österreichische Studien zeigen (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.) 2006; Österreichisches Institut für Kinderrechte & Elternbildung (Hrsg.) 2006) sind auch in Österreich einem erschreckend hohen Prozentsatz des medizinischen Personals Fälle von weiblicher Genitalverstümmelung bekannt. Während in Wien etwa 70% der befragten Hebammen bereits berufliche Erfahrung mit FGM machten (Österreichisches Institut für Kinderrechte & Elternbildung (Hrsg.) 2006), ergab die vorliegende Fragebogenstudie, dass Österreichweit immerhin bereits mehr als jede dritte Hebamme (37%) mit verstümmelten Frauen konfrontiert wurde. Diese Zahlen sind jedoch mit Vorsicht zu betrachten, da es durchaus im Bereich des Möglichen liegt, dass sich Hebammen mit beruflicher FGM-Erfahrung häufiger an derartigen Umfragen beteiligen, als Hebammen ohne FGM-Erfahrung. Trotzdem erscheinen diese Zahlen erschreckend hoch. Ob diese Erfahrungen von den zum Zeitpunkt der Umfrage in Österreich tätigen Hebammen auch in Österreich gemacht wurden, war dabei nicht von Bedeutung und wurde daher nicht konkret hinterfragt.

Wenn man bedenkt, dass sich 87,3% der Hebammen mit beruflicher FGM-Erfahrung mit KollegInnen über das Thema FGM austauschten, kann man davon ausgehen, dass ein Großteil der österreichischen Hebammen über die Verbreitung von FGM in Österreich durch den beruflichen Austausch oder den direkten Kontakt Bescheid wissen sollte. Diese Vermutung wird des Weiteren durch die Tatsache, dass allen 138 Befragungspersonen der Begriff FGM bekannt war, bestätigt. Der erste Teil der sechsten Hypothese konnte daher mit Hilfe der gesammelten Daten untermauert werden.

- **Hypothese 6:** Hebammen wissen über die Verbreitung von FGM in Österreich Bescheid, da ihnen aus ihrer beruflichen Praxis Fälle von FGM bekannt sind und da

sie nach der Durchführung von Beschneidungen bzw. Reinfibulationen gefragt werden.

Einen kleineren Beitrag zur Bewusstseinsbildung von Hebammen über die Verbreitung von Genitalverstümmelung in Österreich trägt die Nachfrage nach Beschneidungen bzw. Reinfibulationen bei. Im Gegensatz zu einer Studie des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (2006), bei der keine einzige beschnittene Frau eine Reinfibulation nach der Geburt wünschte, wurden 4,4% bzw. 8,1% der Probandinnen im Laufe ihrer beruflichen Tätigkeit nach der Durchführung von FGM bzw. einer Reinfibulation gefragt. Dabei wurden Hebammen, denen aus ihrer beruflichen Beschäftigung Fälle von FGM bekannt waren, signifikant häufiger nach der Durchführung von FGM (12%) bzw. nach der Verrichtung einer Reinfibulation (20%) gefragt, als Hebammen ohne FGM-Erfahrung ($p < 0,01$).

Dass jede fünfte Hebamme mit FGM-Erfahrung nach einer erneuten Infibulation, meist im Anschluss an die Geburt, gefragt wurde, erscheint alarmierend hoch, denn eine Reinfibulation steht in Zusammenhang mit dem Typ III, der schwerwiegendsten FGM-Form, welche laut Amnesty International Österreich (2006) „nur“ bei 15% aller betroffenen Frauen vorkommt. Daher liegt die Vermutung nahe, dass sich unter den von den Befragungspersonen betreuten beschnittenen Frauen vermehrt infibulierte Frauen befanden. Betrachtet man die von den befragten Hebammen am häufigsten genannten Herkunftsländer betroffener Frauen (Somalia, Sudan) kann die unter den betroffenen Frauen hohe Rate an Typ III-Verstümmelungen erklärt werden. Denn in Ländern wie Somalia oder dem Sudan liegt die Infibulationsrate bei über 80% (Amnesty International Österreich (Hrsg.) 2006). Auf die Erhebung des Grades der Verstümmelung wurde bei der Datenaufnahme jedoch verzichtet, da sich die Beurteilung und Einteilung entsprechend der internationalen WHO-Klassifizierung (WHO 2008) für ungeübte Personen als extrem schwierig gestaltet.

Dass sich unter den von der Stichprobe angegebenen betroffenen Frauen wahrscheinlich vermehrt Frauen mit schwerwiegenderen FGM-Formen befanden, erklärt sich aber auch dadurch, dass diese leichter und daher häufiger von den Hebammen erkannt wurden.

Des Weiteren wurden auch Ergebnisse gefunden, die Rückschlüsse auf die betroffenen Frauen selbst zulassen. So waren angestellten Hebammen häufiger FGM-Fälle bekannt (44,4%) als ausschließlich freiberuflichen Hebammen (16,2%) ($p < 0,01$). Außerdem hatten Hebammen, die in einem Krankenhaus mit über 900 Geburten im Jahr arbeiteten, mehr FGM-Erfahrung (51,9%) als Hebammen, die anderswo tätig waren (27,4%) ($p < 0,01$). Hinsichtlich der

Arbeitsumgebung und der FGM-Erfahrung konnte mittels Chiquadratstest kein signifikanter Zusammenhang gefunden werden ($p > 0,05$), jedoch zeigten die Daten, dass nur 20% der am Land tätigen Hebammen FGM-Erfahrung vorweisen konnten, während um die 44% der in einer Mittel- oder Großstadt beschäftigten Hebammen bereits mit FGM-Fällen in Kontakt gekommen waren. Daher kann man davon ausgehen, dass von FGM betroffene Frauen eher in einer größeren Stadt leben, häufiger in Kliniken mit großer Geburtsstation entbinden und weniger die Angebote einer freipraktizierenden Hebamme in Anspruch nehmen. Um diese Vermutungen zu bestätigen, müssten jedoch weitere Studien mit den Betroffenen selbst durchgeführt werden.

In Bezug auf die Anzahl der Fälle konnte, wie auch beim Österreichischen Institut für Kinderrechte & Elternbildung (2006) gefunden, festgestellt werden, dass die meisten Befragungspersonen nur wenige Fälle von FGM betreut hatten. Die Mehrheit (83,6%) der Studienteilnehmerinnen betreute maximal fünf verstümmelte Frauen. Nur 16,3% der befragten österreichischen Hebammen begleitete mehr als fünf Frauen durch Schwangerschaft, Geburt und/oder Wochenbett. Die Vermutung, dass jene acht Hebammen zumindest einem Teil der FGM-Fälle im Ausland begegnet waren, liegt dabei nahe und wurde auch von einigen dieser Hebammen vermerkt. So trafen eine Handvoll der Befragungspersonen auf betroffene Frauen bei Auslandseinsätzen im Sudan, anderen afrikanischen Ländern oder in London.

Die Wahrscheinlichkeit mehreren Fällen von FGM zu begegnen, wächst dabei mit steigender Geburten/Frauenzahl, die eine Hebamme pro Jahr betreut ($p = 0,001$), sowie mit einer städtischen Arbeitsumgebung ($p < 0,05$).

Insgesamt haben die Probandinnen 1324 von weiblicher Genitalverstümmelung betroffene Frauen betreut. Möglich ist allerdings, dass einige FGM-Fälle doppelt angegeben wurden, da manche Erfahrungen bereits während der zwei- bzw. dreijährigen Hebammenausbildung gemacht wurden. Während dieser Ausbildungszeit betreuen die in Ausbildung stehenden Hebammen die werdenden bzw. frischgebackenen Mütter immer im Beisein einer ausgebildeten Hebamme. Außerdem wird manchmal ein und dieselbe Frau aufgrund von Teamarbeit bzw. aufgrund von Dienstübergaben von mehreren Hebammen betreut.

Andererseits wurden sicherlich zahlreiche FGM-Fälle von den Befragungspersonen schlichtweg nicht erkannt. Dies trifft wahrscheinlich vor allem auf die „milderen“ Formen von FGM zu.

Hinsichtlich der Angaben über das Herkunftsland der betroffenen Frauen wurden überwiegend Länder genannt, die auch in der Fachliteratur (z.B. WHO 2011) als solche gelten, welche hohe FGM-Raten aufweisen.

Hypothese 7 beschäftigte sich genau wie die dreizehnte Frage des Erhebungsbogens, mit dem Geburtsmodus betroffener Frauen.

- **Hypothese 7:** Betroffene Frauen entbinden in Österreich häufiger per Kaiserschnitt als nicht verstümmelte Frauen. Dies ist auf mangelndes Wissen im Umgang mit beschnittenen Frauen während der Schwangerschaft und Geburt zurückzuführen.

Diese Hypothese stützt sich sowohl auf eine qualitative Studie aus Norwegen, die besagt, dass infibulierte somalische Frauen aufgrund von Unkenntnis von medizinischer Seite häufiger per Kaiserschnitt entbinden als unversehrte Frauen (Vangena et al. 2004), als auch auf eine Studie der WHO (2006), die ebenfalls eine höhere Kaiserschnitttrate verstümelter Frauen beobachtete. Leider konnte diese siebente Behauptung durch die vorliegenden Daten nur eingeschränkt untersucht werden, da aufgrund des Studiendesigns nicht zwischen in Österreich bzw. im Ausland begleiteten Geburten verstümelter Frauen unterschieden wurde. Jedoch konnten insgesamt 282 von den Befragungspersonen betreute Geburten beschnittener Frauen erfasst werden. Dies ist sehr erfreulich, da es für die Studienteilnehmerinnen (besonders für jene, die viele beschnittene Frauen entbunden haben) relativ schwierig war, sich an den Ausgang aller Geburten zu erinnern.

Die Auswertung der Daten ergab eine Sectionrate von 28% der 282 erfassten Geburten. Diese Zahl alleine erschreckt nicht, lag die Kaiserschnitttrate 2009 laut Statistik Austria bei 28,8%. Jedoch hat sich in Österreich die Kaiserschnitttrate erst in den letzten zehn Jahren von 16,4% auf knapp 29% verdoppelt (Statistik Austria (Hrsg.) 2010b). Berücksichtigt man, dass die von den befragten Hebammen angegebenen Geburtsmodalitäten betroffener Frauen unter anderem viele Jahre (bis zu 43 Jahre) zurückliegen und dass auch Geburten aus Ländern mit viel niedrigerer Kaiserschnitttrate erfasst wurden, erscheint eine Kaiserschnitttrate von 28% relativ hoch. Dass beschnittene Frauen häufiger und vor allem aus dem falschen Grund, mittels Sectio caesarea gebären, bestätigten die zusätzlichen Angaben der befragten Hebammen. Denn die Sectionrate von 28% setzt sich aus 16,3% Kaiserschnitten aufgrund von FGM und nur aus 11,7% Kaiserschnitten aus anderen Gründen zusammen. Dieses Ergebnis bestätigt daher die Vermutung, dass FGM das Risiko mittels Kaiserschnitt zu entbinden erhöht und

steht im Gegensatz zu den Empfehlungen der Fachliteratur (siehe Unterkapitel 7. Empfehlungen für Schwangerschaft und Geburt; Thierfelder 2003). Die von den Autoren Vangena et al. (2004) empfohlene rechtzeitige Defibulation (Rückoperation während der Schwangerschaft) infibulierter Frauen (Typ III) wurde bei 7,1% der erfassten 282 Geburten vorgenommen. Jedoch ist, wie bereits erwähnt, unklar wie viele der beschnittenen Frauen von welcher FGM-Form betroffen waren. Daher können keine Aussagen darüber gemacht werden, ob dieser Prozentsatz zu niedrig ist. Bei 26,2% der beschnittenen Frauen erfolgte die Eröffnung des Narbengewebes kurz vor Geburt des Kindes mittels Episiotomie. Dieses Vorgehen deckt sich mit den Empfehlungen der Fachliteratur und wird im Fall von infibulierten Frauen als Defibulation bezeichnet (Sagawe & Weskamm 2008).

Ob es den Befragungspersonen an Wissen im Umgang mit Betroffenen während der Schwangerschaft und Geburt mangelte, wurde nicht ausreichend erfasst um Hypothese 7 zu bestätigen. Jedoch forderten fünf Hebammen Richtlinien über den Umgang mit betroffenen Frauen während der Schwangerschaft, der Geburt und im Wochenbett.

Hypothese 7 konnte demnach nicht ausreichend untersucht werden, dennoch wurde eine, vor allem aus dem falschen Grund, zu hohe Kaiserschnitttrate der erfassten Geburten aufgezeigt.

Zahlreiche Adaptationsvorgänge während der Evolution des Menschen machten die Geburt zu einem riskanten, lebensgefährlichen Vorgang mit diversen möglichen Komplikationen (Rosenberg & Trevathan 1996). Hypothese 8 und 9 beleuchten speziell Komplikationen beschnittener Frauen rund um den Geburtsvorgang.

- **Hypothese 8:** FGM erhöht das Risiko von Geburtsverletzungen mit starker Blutung bei der vaginalen Geburt.

Wie auch von der WHO 2000 publiziert, gingen 63,2% der befragten Hebammen, welche betroffene Frauen bereits vaginal entbunden hatten, zumindest eher davon aus, dass FGM das Risiko für Dammrissverletzungen sowie das daraus resultierende erhöhte Risiko für postpartale Blutungen erhöhe. Annahme 8 konnte daher gefestigt werden.

Des Weiteren sollte untersucht werden, ob andere, in der Literatur gefundene mit FGM in Zusammenhang stehende Komplikationen von den in Österreich tätigen Hebammen bei verstümmelten Frauen beobachtet werden konnten. Die dazu aufgestellte Behauptung wurde wie folgt formuliert.

- **Hypothese 9:** FGM steht in Zusammenhang mit Komplikationen wie erschwerten Vorsorge- und Vaginaluntersuchungen, Inkontinenzproblemen, chronischen Harnwegsinfekten, anderen Infektionen, Fisteln, Keloiden, chronischen Schmerzen, Verzögerung der Austreibungsperiode, Dammriss III°, Partnerschaftskonflikten, Depressionen bzw. Angstzuständen.

89,8% der Befragungspersonen mit beruflicher FGM-Erfahrung konnten mindestens eine dieser in Tabelle 5 bzw. im Fragebogen aufgelisteten Komplikationen feststellen. Dieses Ergebnis übertrifft die von Wiener Hebammen und ÄrztInnen angeführten 62% an medizinischen Komplikationen aufgrund von FGM (Österreichisches Institut für Kinderrechte & Elternbildung (Hrsg.) 2006). Im Gegensatz zu Nyfeler und Stöckli (1993), welche als Hauptprobleme betroffener Frauen sexuelle Schwierigkeiten, chronische Harnwegsinfekte sowie andere Infektionen beobachteten, fanden sich unter den von den Probandinnen dieser Studie am häufigsten genannten Komplikationen die erschwerte Vaginaluntersuchung (67,3%), Angstzustände (55,1%) und Keloide (42,9%). Doch gerade Angstzustände und Sorge können bei der Geburt zahlreiche Probleme, wie Tachykardie, Hypertonie, Muskelverspannungen und andere Stresssymptome hervorrufen (Mansfield 2007) und müssen daher unbedingt bei Vorhandensein von geschulten Hebammen durch entsprechende Maßnahmen, wie Bewegung, Atemanleitung, eine entspannte Atmosphäre, etc. vermindert werden.

Während bei der vom Österreichischen Institut für Kinderrechte & Elternbildung (2006) durchgeführten Studie 23,9% der befragten ÄrztInnen und Hebammen von permanenten körperlichen Problemen aufgrund von FGM ausgingen, gaben bei der vorliegenden Erhebung sogar 36,7% der befragten österreichischen Hebammen an, dass sie chronische Schmerzen bei Frauen mit FGM beobachten konnten. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass das Österreichische Institut für Kinderrechte & Elternbildung (2006) auch feststellte, dass Hebammen häufiger als GynäkologInnen davon ausgingen, dass die Patientinnen unter dauerhaften physischen sowie psychischen Problemen litten.

Während die Verzögerung der Austreibungsperiode sowie chronische Harnwegsinfekte immerhin von jeder vierten Befragungsperson (26,5% bzw. 24,5%) beobachtet wurden, scheinen Komplikationen wie Partnerschaftskonflikte, Fisteln, Depressionen, Inkontinenzprobleme, andere Infektionen sowie der Dammriss dritten Grades weitaus seltener zu sein (16,3% – 10,2%).

Zusammenfassend konnte jedoch bestätigt werden, dass die in Hypothese 9 aufgelisteten Komplikationen von den befragten Hebammen bei verstümmelten Frauen beobachtet wurden und damit mit FGM in Zusammenhang stehen. Hebammen, die bereits eine größere Zahl an von FGM betroffenen Frauen betreut hatten, konnten auch vermehrt Komplikationen beobachten ($p < 0,01$).

Hinsichtlich der Handlungen, sowie der Reaktionen von Hebammen auf die betroffenen Frauen und deren Familien zeigten sich nicht nur große Wissenslücken, sondern es offenbarte sich auch, dass eine kompetente Beratung aus diversen Gründen sehr schwierig war. Ein großes Hindernis stellten die von elf Befragungspersonen angeführten und auch in vielen anderen Studien beschriebenen sprachlichen Barrieren dar (z.B. Österreichisches Institut für Kinderrechte & Elternbildung (Hrsg.) 2006).

Unsicherheiten im Umgang mit betroffenen Familien entstanden aber sicherlich auch aufgrund von fehlendem Wissen über anatomische Veränderungen beschnittener Frauen, so dass acht der Befragungspersonen nichts zu unternehmen wagten, da sie sich nicht sicher waren, ob tatsächlich eine genitale Verstümmelung vorliege.

Insgesamt hatte knapp die Hälfte der Studienteilnehmerinnen (49,1%) in Bezug auf die Genitalverstümmelung keine weiteren Schritte unternommen. Mit Sicherheit sind die, vor allem in Spitälern, oftmals knappen, zeitlichen Ressourcen und die im Vordergrund stehende Geburt bzw. Behandlung eine mögliche Erklärung dafür.

Erfreulich ist allerdings, dass sich die Befragungspersonen zu 87,3% mit KollegInnen über ihre Erfahrungen austauschten und zu 65,5% Informationen zum Thema einholten. Verglichen mit anderen Studien, wie zum Beispiel jener des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (2006), welche ergab, dass 81% der Krankenanstalten keine weiteren Schritte bei Kontakt mit FGM-Patientinnen unternommen hatten, um Information über die Thematik FGM zu erlangen, sind diese Ergebnisse positiv. Gleichzeitig zeigen sie jedoch auch den noch großen Wissensbedarf von österreichischen Hebammen auf.

Damit kann auch die zehnte Hypothese als bestätigt gewertet werden:

- **Hypothese 10:** Hebammen, welche mit betroffenen Frauen in ihrem Berufsalltag in Kontakt kommen, tauschen ihre Erfahrungen mit ihren KollegInnen aus und informieren sich zum Thema.

Dass der Erfahrungsaustausch zwischen Hebammen und ihren KollegInnen in Bezug auf das Thema FGM sehr groß war, bestätigte auch das Resultat, dass ein Informationsaustausch unter Hebammen sowie zwischen Hebammen und anderen in das Thema FGM verwickelten Berufsgruppen zu 25,4% stattfand und das, obwohl nur eineinhalbmal so viele Hebammen (37,0%) Erfahrung mit betroffenen Frauen vorweisen konnten.

Eher beunruhigend ist allerdings das Ergebnis, dass 45,5% der befragten Hebammen im Falle von FGM das weitere Vorgehen den GynäkologInnen überlassen hatten. Stand doch bei einer Untersuchung des Österreichischen Instituts für Kinderrechte & Elternbildung (2006) das Nichthandeln bei GynäkologInnen an erster Stelle. Die Betreuung von beschnittenen Frauen bei der Geburt, in der Schwangerschaft, sowie im Wochenbett durch die Hebamme bzw. den/die Gynäkologen/in sollte im Idealfall parallel und in Absprache ablaufen.

Nur 9,1% der befragten Hebammen hatten den Frauen zur Rückoperation geraten. Grund für diese geringe Rate war, neben dem mangelnden Wissen zum Geburtsmanagement betroffener Frauen, sicher auch der oftmals fehlende Kontakt von Hebammen zu Frauen während der Schwangerschaft. Erst wenn Hebammen durch die Einbeziehung in die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen einen leichteren Zugang zu Frauen während ihrer Schwangerschaft bekommen, wird es ihnen möglich sein, verstümmelte Frauen frühzeitig und damit rechtzeitig (bereits in der Schwangerschaft) über gesundheitliche Risiken bzw. Konsequenzen für ihre Töchter zu informieren, diese an Beratungsstellen zu vermitteln und ihnen eine Rückoperation zu empfehlen. Dabei reicht es allerdings nicht aus lediglich die betroffenen Frauen zu beraten, sondern es müssen auch die Partner bzw. die Familien der Frauen in das Gespräch miteinbezogen werden. Diesem Appell, die Partner/Familien einzubeziehen, kamen bei der vorliegenden Untersuchung jedoch lediglich 14,5% der Studienteilnehmerinnen nach.

Um den Wissensstand und das relativ häufige Nichthandeln von Hebammen zu verbessern, sind Schritte wie Fortbildungskampagnen und das Hinzuziehen von Dolmetscherinnen, aber auch ein flächendeckendes Angebot an Deutschkursen und Beratungsstellen für die Betroffenen wünschenswert. Jedoch müssen vor allem auch zeitliche Ressourcen vorhanden sein, damit ein derartiges Tabuthema sensibel und im entsprechenden Rahmen besprochen werden kann. Eine enge Zusammenarbeit zwischen Hebammen und GynäkologInnen, sowie die Vernetzung dieser beiden Berufsgruppen mit Beratungsstellen und anderen Stakeholdern wäre sinnvoll.

In der Annahme, dass Menschen an einer derart schädlichen Praxis nur dann festhalten können, wenn ihnen die nachteiligen Folgen nicht bewusst sind, wurde die elfte These formuliert.

- **Hypothese 11:** Den von FGM betroffenen Frauen und ihren Familien ist nicht bewusst, dass FGM schädlich ist und sie empfinden eine Beratung diesbezüglich als störende Einmischung.

Um diese Behauptung zu überprüfen, wurden die Hebammen nach Reaktionen der betroffenen Frauen und deren Familien bezüglich beratender Gespräche befragt. Dabei war das Problembewusstsein mit 46,2% doch recht hoch, weshalb der erste Teil der elften Hypothese zurückgewiesen werden muss. Dieses Ergebnis wirft die Vermutung auf, dass das Problembewusstsein durch die Migration und damit durch den vermehrten Kontakt zu unversehrten Frauen und den besseren Zugang zu Bildungseinrichtungen entstanden sein könnte.

Jedoch gaben auch 48,7% der Befragungspersonen an, dass die Frauen aufgrund einer Begleitperson in ihrer Reaktion beeinträchtigt wirkten. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein von Angstzuständen und der Reaktionsbeeinflussung durch eine Begleitperson konnte außerdem festgestellt werden ($p < 0,01$).

Glaubt man den Einschätzungen der befragten Hebammen, müssen Gespräche mit betroffenen Frauen und deren Partnern zumindest teilweise getrennt voneinander geführt werden. So könnte gleichzeitig die Gleichberechtigung der Frau, zumindest in sozialer Hinsicht, gefördert werden. Leider übernehmen aber oftmals Familienangehörige das Dolmetschen. Der Einsatz von außenstehenden weiblichen Übersetzerinnen wäre, vorliegenden und anderen Studienergebnissen zufolge, jedoch dringend von Nöten. Denn eine österreichische Studie zeigte, dass die Anwesenheit des Mannes die Scham- und Tabureaktionen der betroffenen Frauen verstärkte (Österreichisches Institut für Kinderrechte & Elternbildung (Hrsg.) 2006). Männer müssen jedoch unbedingt, wenn auch getrennt von den Frauen, in die Beratung miteinbezogen werden.

Leider vermochten nur 12,8% der Probandinnen die Frauen von der Schädlichkeit der Tradition zu überzeugen und 35,9% der befragten Hebammen gaben an zu glauben, dass die Frauen die Beratung als unerwünschte Einmischung empfanden. Dies bestätigt die von anderen Autoren (z.B. Asefaw 2008) beschriebene Überforderung des medizinischen

Personals im Umgang mit Betroffenen. Abwehrreaktionen der betroffenen Menschen können, laut Österreichischem Institut für Kinderrechte & Elternbildung (2006), am besten durch kultur- und geschlechtssensible Gespräche vermindert werden. Der Schlüssel für eine wirkungsvolle Beratung und dem damit verbundenen erwünschten Wertewandel ist, nach Meinung der Autoren, der Respekt vor Kultur und Tradition.

4. Ausblick und Empfehlungen

Die Ergebnisse der Befragung liefern aufschlussreiche Anhaltspunkte für weitere Schritte, die in Österreich verwirklicht werden sollten:

- Hebammen müssen für das Thema FGM umfassender als bisher sensibilisiert werden. Die durch die Befragung gewonnene Erkenntnis über den Wissensstand von Hebammen, muss dazu genutzt werden, um Wissenslücken zu schließen, damit Hebammen in Zukunft professioneller agieren können. Hebammen müssen mit allen Begründungen von FGM, seien es wissenschaftliche oder aber auch pseudowissenschaftliche, vertraut sein. Denn nur wenn man die Ursachen einer Problematik kennt, kann man diese von ihrer Basis ausgehend, nachhaltig lösen. Hebammen und MedizinerInnen müssen über konkrete Handlungsmöglichkeiten informiert werden.

Ein wertvolles Medium, um Hebammen in Österreich über das Thema FGM zu informieren und sie im Umgang mit verstümmelten Frauen zu schulen, stellt die „Österreichische Hebammenzeitung“ dar. Diese erscheint alle zwei Monate und jede Hebamme österreichweit erhält ein Exemplar per Post an ihre Privatadresse nach Hause. Daher habe ich es mir zur Aufgabe gemacht, in diesem Bereich tätig zu werden und Beiträge zu verfassen. Dabei möchte ich unbedingt auch auf die von einigen Hebammen gewünschten Empfehlungen für den Umgang mit betroffenen Frauen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett eingehen. Außerdem muss das Angebot an Fortbildungsmöglichkeiten ausgebaut werden. Dass der Wunsch danach besteht, konnte gezeigt werden.

- Bestehende Beratungseinrichtungen müssen vermehrt genutzt und der Kontakt zu diesen muss betroffenen Frauen durch Hebammen vermittelt werden. Aber nicht nur ein Mehr an Beratung wäre wünschenswert, sondern auch ein Mehr an kompetenter kultur- und geschlechtssensibler Behandlung der gesundheitlichen Folgeerkrankungen und der seelischen Traumata wäre nötig.

Eine detaillierte Liste zahlreicher allgemeiner Gewaltschutz-Zentren sowie spezifischer Einrichtungen in Österreich finden sich in einer Arbeit von Camilla C. Preller (2008) auf den Seiten 92 bis 100, welche unter folgendem Link online zur Verfügung steht:

<http://www.frauen.bka.gv.at/studien/tgf2008/studieTGF2008.pdf> [23.12.2011]

- Der flächendeckende Einsatz von, im Idealfall weiblichen, nicht zur Familie gehörenden, Dolmetscherinnen sollte ausgebaut und von Hebammen für die betroffenen Frauen und deren Familien in Anspruch genommen werden. Wünschenswert wäre es auch, dass MigrantInnen der deutschen Sprache schnellstmöglich durch flächendeckende und kostenlose Deutschkurse ermächtigt werden. Es sollte vermieden werden, Familienangehörige als Übersetzer einzusetzen, um den betroffenen Frauen unbeeinflusste Gespräche zu ermöglichen.
- Außerdem müssen sich Hebammen ihrer Rolle in der Prävention bewusst werden, um die traditionsbedingte Weitergabe von FGM auf die Töchter betroffener Frauen zu verhindern. Hebammen und ÄrztInnen sind nämlich als medizinische Autoritäten nicht nur glaubwürdig, sondern sie haben durch den Beistand bei der Geburt einer Tochter die Möglichkeit, die Eltern beratend zu unterstützen, um so die Verstümmelung der neugeborenen Mädchen zu verhindern und ihnen das Schicksal ihrer Mütter zu ersparen. Mit geschulten Kenntnissen wird es Hebammen leichter fallen nachzufragen und die Problematik anzusprechen.
- Ein Erfahrungsaustausch unter Hebammen sowie vor allem zwischen Hebammen und anderen in das Thema FGM verwickelten Berufsgruppen muss vermehrt stattfinden, um dem Mangel an Kommunikation und Transparenz entgegen zu wirken. Möglichkeiten der Vernetzung, vor allem auch mit Beratungsstellen und Betroffenenorganisationen, müssen geschaffen werden. Dabei sind interdisziplinäre Zugänge Voraussetzung.

- Richtlinien für den medizinischen Umgang mit betroffenen Frauen in Österreich sollten erarbeitet werden bzw. vorhandene Richtlinien (siehe Broschüre des Institutes für Frauen- und Männergesundheit/FEM Süd (Hrsg.) 2009) müssen allen in Österreich tätigen Hebammen bekannt sein und im Fall von FGM angewendet werden.

5. Abschließende Überlegungen

All die eben beschriebenen Empfehlungen für Österreich können nur dann eine dauerhafte Veränderung herbeiführen, wenn auch in den Herkunftsländern ein Umdenken entsteht. Erst wenn in den Ursprungsländern der MigrantInnen die Genitalverstümmelung nicht mehr angewendet wird, wird diese traditionelle Praxis auch in Ländern wie Österreich nicht mehr ausgeübt werden. Im Jahre 2000 waren allerdings noch immer 76% der in Österreich lebenden MigrantInnen gegen die völlige Abschaffung von FGM. Viele Befürworter sahen in der medizinischen Kontrolle eine Lösung (Afrikanische Frauenorganisation in Wien (Hrsg.) 2000). FGM stellt jedoch eine Menschenrechtsverletzung dar und ist demnach keine technische Frage.

Daher können die in den westlichen Ländern gesetzten Maßnahmen und die gerade formulierten Empfehlungen für österreichische Hebammen allein schwer ein Umdenken bei den Betroffenen bewirken und müssen von Kampagnen und Aktivitäten vor Ort - am Ursprung des Problems - begleitet werden.

Empfehlungen für weitere Studien

Um die vielen spannenden Fragen und Vermutungen zu klären, die rund um die in Österreich lebenden betroffenen Frauen aufgeworfen wurden, sollten unbedingt vermehrt Studien mit diesen selbst durchgeführt werden. Um das Problem an der Wurzel bekämpfen zu können, wäre es auch ratsam Menschen betroffener Ethnien sowohl nach ihren Gründen und Motiven für die Durchführung als auch nach möglichen Lösungsansätzen zu befragen.

Hindernde bzw. befürwortende Faktoren in Bezug auf Veränderungen in den Herkunftsländern sowie auch in Österreich müssen ausfindig gemacht, beurteilt und im Anschluss bekämpft bzw. gefördert werden. Hebammen und GeburtshelferInnen stellen im Zusammenhang mit einer Änderung von Werten und Normen eine tragende Rolle dar. Damit

diese in Zukunft professioneller und wirksamer agieren können, war und wird es auch in Zukunft wichtig sein, zu erfassen, welche Wissenslücken bei ihnen bestehen. Als mögliche Schaltstellen zur Wissensvermittlung von Hebammen konnten die Hebammenausbildung, Fortbildungen sowie die Hebammenzeitung ermittelt werden. Die Weichen für einen besseren Umgang mit betroffenen Frauen und eine nachhaltigere Prävention deren in Österreich lebenden Töchter wurden bereits gestellt. Es liegt an uns Hebammen, gemeinsam mit allen anderen in das Thema weibliche Genitalverstümmelung involvierten Stakeholdern, den richtigen Weg zu gehen, damit die Bewusstseinsbildung und Sensibilisierung der Öffentlichkeit in den nächsten Jahren so rasant weiter geht wie es in den letzten Jahren bereits geschehen ist. Denn dann könnte weibliche Genitalverstümmelung vielleicht schon in absehbarer Zeit kein Problem mehr darstellen.

Danksagung

Hiermit möchte ich die Gelegenheit gerne nutzen, um mich bei allen Menschen zu bedanken, die mich bei meiner Masterarbeit und vor allem auch während meines Biologiestudiums unterstützt und begleitet haben. Ein herzliches Dankeschön an...

...meine Uni-Mädels Mag.^a Ursula Binder, Marlene Chladek BSc, Mag.^a Veronika Svoboda, Evelyn Maria Stöttner BSc sowie Karin Taus BSc, mit denen ich mir nicht nur (Sezier)-Tisch und -Besteck teilte, sondern die mir eine unvergesslich schöne Zeit bescherten.

...meinen Freund Elias Jandl, der mir die Studienzeit zusätzlich versüßte, mich vor allem bei computertechnischen Anliegen unterstützte und immer ein offenes Ohr für meine ausführlichen Erzählungen hatte.

...meine Betreuerin, Frau Prof.ⁱⁿ MMag.^a Dr.ⁱⁿ Sylvia Kirchengast, die zu jeder Zeit unverzüglich all meine Fragen beantwortete, meine Bedenken beseitigte und mich dadurch bestmöglich unterstützte.

...die 138 Hebammen, die meinen Fragebogen beantworteten und mir dadurch Einblick in ihr wertvolles Wissen, ihren Berufsalltag und ihr Gespür gaben. Vielen Dank für ihr Vertrauen und die Zeit, die sie sich dafür nahmen sowie für die vielen guten Wünsche in Bezug auf die Ausarbeitung meiner Masterarbeit.

...das Österreichische Hebammengremium sowie an alle anderen Hebammen, die bei der Verteilung des Fragebogens mitgeholfen hatten.

... meine Korrekturleserinnen Mag.^a Ursula Binder, Wencke Kienast-Doppler BA, Raphaela Mikura sowie Mag.^a Veronika Svoboda für euer großes Engagement und die vielen Anregungen, Tipps und Verbesserungsvorschläge.

... meine liebe Hebammenkollegin Bettina Maderner BEd, ohne deren Zuspruch und Motivation ich dieses Studium, rein aus Interesse neben meinem Job als Hebamme, erst gar nicht begonnen hätte.

Literaturverzeichnis

- Afrikanische Frauenorganisation in Wien (Hrsg.). (2000). *Die Anwendung der Female Genital Mutilation (FGM) bei MigrantInnen in Österreich* [elektronische Version]. Wien: Eigenverlag.
- Amnesty International Österreich (Hrsg.). (2006). *Schnitt ins Leben: amnesty international Report 2006 über Weibliche Genitalverstümmelung (Female Genital Mutilation, FGM)*. Wien: NÖ Pressehaus Express Druck.
- Anthuber, C., Wissner, J., Dannecker, C. & Stosius, P. (2004). Geburt und Beckenboden. In H. Schneider, P. Husslein & K.T.M. Schneider (Hrsg.), *Die Geburtshilfe*, 2. Auflage (S. 747-764). Berlin: Springer-Verlag.
- Asefaw, F. (2008). *Weibliche Genitalbeschneidung: Hintergründe, gesundheitliche Folgen und nachhaltige Prävention*. Königstein: Ulrike Helmer Verlag.
- Bauer, C. & Hulverscheidt, M. (2003). Gesundheitliche Folgen der weiblichen Genitalverstümmelung. In Terre Des Femmes (Hrsg.), *Schnitt in die Seele: Weibliche Genitalverstümmelung - eine fundamentale Menschenrechtsverletzung* (S. 65-81). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH.
- Baumgarten, I. & Finke, E. (2003). Ansätze zur Überwindung weiblicher Genitalverstümmelung. In Terre Des Femmes (Hrsg.), *Schnitt in die Seele: Weibliche Genitalverstümmelung - eine fundamentale Menschenrechtsverletzung* (S. 125-132). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH.
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) (Hrsg.). (2006). *Genitalverstümmelung in Österreich – eine Umfrage unter niedergelassenen Gynäkolog/inn/en und Kinderärzt/inn/en sowie unter Krankenanstalten* [elektronische Version]. Wien: Kopierstelle des BMGF.
- Chalubinski, K.M. & Husslein, P. (2004). Normale Geburt. In H. Schneider, P. Husslein & K.T.M. Schneider, *Die Geburtshilfe*, 2. Auflage (S. 573-593). Berlin: Springer-Verlag.
- Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ). (o.J.). *Wo ist Genitalverstümmelung besonders verbreitet?*. Verfügbar unter <http://www.gtz.de/de/weltweit/afrika/regionale-themen/23491.htm> [7.8.2011]

- Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ). (Hrsg.). (2001). *Addressing Female Genital Mutilation: Challenges and Perspectives for Health Programmes: Part I: Select approaches* [elektronische Version]. Eschborn: Universum Verlagsanstalt.
- Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ). (Hrsg.). (2007). *Weibliche Genitalverstümmelung in Kamerun*. Verfügbar unter <http://www.gtz.de/en/dokumente/de-fgm-laender-kamerun.pdf> [19.11.2011]
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK). e. V. (Hrsg.). (2008). *Genitalverstümmelung an Mädchen und Frauen - Hintergründe und Hilfestellung für professionell Pflegenden* [elektronische Version]. Berlin: V.i.S.d.P. DBfK. Bundesverband e.V.
- Deutsches Komitee für UNICEF (Hrsg.). (2005). *Schnitte in Körper und Seele: Eine Umfrage zur Situation beschnittener Mädchen und Frauen in Deutschland* [elektronische Version]. Köln: agence.
- Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (2010a). Müttersterblichkeit nach Regionen. Erstellt nach Daten der WHO, UNICEF, UNFPA & Weltbank, *Maternal Mortality 1990 – 2008*. Verfügbar unter http://www.weltbevoelkerung.de/uploads/tx_tspagefilesshortcut/muettersterblichkeit_regionen_01.pdf [5.10.2011]
- Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (2010b). Betreute Geburten und Müttersterblichkeit in ausgewählten Ländern. Erstellt nach Daten der WHO, UNICEF, UNFPA & Weltbank, *Maternal Mortality 1990 – 2008*. Verfügbar unter http://www.weltbevoelkerung.de/uploads/tx_tspagefilesshortcut/muettersterblichkeit.pdf [5.10.2011]
- Dirie, W. & D'Haem, J. (2002). *Nomadentochter* (5. Auflage). München: Blanvalet Verlag.
- Dirie, W. & Milborn, C. (2006). *Schmerzenskinder* (2. Auflage). Berlin: Ullstein Buchverlage GmbH.
- Dirie, W. & Miller, C. (2006). *Wüstenblume* (19. Auflage). München: Schneekluth Verlag GmbH.
- Ettenhuber, H. (2000). Weibliche Genitalverstümmelung - Ursprung und Gegenwart. In C. Hermann (Hrsg.), *Das Recht auf Weiblichkeit: Hoffnung im Kampf gegen die Genitalverstümmelung* (S. 16-30). Bonn: Verlag J.H.W. Dietz Nachf. GmbH.

- Euler, M. (2002). Genitale Verstümmelung von Mädchen und Frauen: Situationsbericht aus dem Sudan. In O. Oehrling (Hrsg.), *missio: Menschenrechte*, Heft 8 (S. 3-21). Aachen: Internationales Katholisches Missionswerk.
- Goesmann, C. & Kentenich, H. (2006). Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung (female genital mutilation) [elektronische Version]. *Deutsches Ärzteblatt*, 5, 285-287.
- Grassivaro Gallo, P. & Viviani, F. (1999). Weibliche Genitalverstümmelung in Italien und die FGM-Arbeitsgruppe Padua. In P. Schnüll & Terre Des Femmes (Hrsg.), *Weibliche Genitalverstümmelung: Eine fundamentale Menschenrechtsverletzung: Textsammlung* (S. 121-130). Göttingen: Pachnicke-Druck.
- Greer, G. (1999). *The Whole Woman*. London: Doubleday.
- Gruber, F., Kulik, K. & Binder, U. (2005). *Studie zu weiblicher Genitalverstümmelung (FGM = Female Genital Mutilation)*. Verfügbar unter <http://frauenrechte.de/online/images/downloads/fgm/EU-StudieFGM.pdf> [18.8.2011]
- Gruenbaum, E. (2001). *The Female Circumcision Controversy: An Anthropological Perspective*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Hadis, E. (2001). Die österreichische FGM Studie. In Österreichische Gesellschaft für Familienplanung (Hrsg.), *Female Genital Mutilation (FGM), Weibliche Genitalverstümmelung: ein "harmloser" Brauch oder ein tiefgehender Schaden für Frauen?* (S. 37-39). Verfügbar unter http://www.plan-s.ch/IMG/pdf/FGM_OGF_de-3.pdf [18.8.2011]
- Hanslmaier, L. M. (2008). *Die Problematik der weiblichen Genitalverstümmelung in Europa*. Diplomarbeit, Universität Wien, Wien.
- Hermann, C. (2000). „Wir wollten nur das Beste“ (Oureye Sall). In C. Hermann (Hrsg.), *Das Recht auf Weiblichkeit: Hoffnung im Kampf gegen die Genitalverstümmelung* (S. 75-90). Bonn: Verlag J.H.W. Dietz Nachf. GmbH.

- Hobsig, E. (2001). Problemfelder in der Beratungssituation. In Österreichische Gesellschaft für Familienplanung (Hrsg.), *Female Genital Mutilation (FGM), Weibliche Genitalverstümmelung: ein "harmloser" Brauch oder ein tiefgehender Schaden für Frauen?* (S. 40-41). Verfügbar unter http://www.plan-s.ch/IMG/pdf/FGM_OGF_de-3.pdf [18.8.2011]
- Hoffmann, E. (2003). *Empowerment als Strategie der Entwicklungshilfe* [elektronische Version]. Hamburg: GNN-Verlag.
- Hulverscheidt, M. (2002). *Weibliche Genitalverstümmelung: Diskussion und Praxis in der Medizin während des 19. Jahrhunderts im deutschsprachigen Raum*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH.
- Institut für Frauen- und Männergesundheit/FEM Süd (Hrsg.). (2009). *Female Genital Mutilation (FGM) – Weibliche Genitalverstümmelung. Leitfaden zum Umgang mit betroffenen Mädchen und Frauen*. Verfügbar unter <http://www.frauengesundheit-wien.at/bilder/Broschueren/FGM-Broschuere-Web.pdf> [9.12.2011]
- KaltheGener, R. (2000). Genitale Verstümmelung ist (k)ein Asylgrund?. In C. Hermann (Hrsg.), *Das Recht auf Weiblichkeit: Hoffnung im Kampf gegen die Genitalverstümmelung* (S. 115-128). Bonn: Verlag J.H.W. Dietz Nachf. GmbH.
- KaltheGener, R. (2003). Strafrechtliche Regelungen in europäischen Staaten. In Terre Des Femmes (Hrsg.), *Schnitt in die Seele: Weibliche Genitalverstümmelung - eine fundamentale Menschenrechtsverletzung* (S. 187-194). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH.
- Kölling A. (2008). Weibliche Genitalverstümmelung im Diskurs: Exemplarische Analysen zu Erscheinungsformen, Begründungsmustern und Bekämpfungsstrategien. In E. Zwick (Hrsg.), *Reform und Innovation: Beiträge pädagogischer Forschung*, Band 10. Berlin: Lit Verlag Dr. W. Hopf.
- Kolmer-Hodapp, B. (2003). Erstversorgung des Neugeborenen im Kreißsaal. In C. Mändle, S. Opitz-Kreuter & A. Wehling (Hrsg.), *Das Hebammenbuch*, 4. Auflage (S. 435-444). Stuttgart: Schattauer GmbH.

- Kuckert, A. & Sagawe, A. (2008). Hintergründe der Genitalverstümmelung [elektronische Version]. In Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK). (Hrsg.), *Genitalverstümmelung an Mädchen und Frauen - Hintergründe und Hilfestellung für professionell Pflegenden* (S. 11-13). Berlin: V.i.S.d.P. DBfK.Bundesverband e.V.
- Laupichler, K. (2003). Besondere Untersuchungsmethoden in der Schwangerschaft und unter der Geburt. In C. Mändle, S. Opitz- Kreuter & A. Wehling (Hrsg.), *Das Hebammenbuch*, 4. Auflage (S. 179-210). Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Lighthfoot-Klein, H. (1993). *Das grausame Ritual: Sexuelle Verstümmelung afrikanischer Frauen* (2. Auflage). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag GmbH.
- Lighthfoot-Klein, H. (2003). *Der Beschneidungsskandal* (1. Auflage). Berlin: Orlanda Frauenverlag GmbH.
- Lünsmann, G. (2003). (K)ein Asyl für Frauen - Genitalverstümmelung im Spiegel verwaltungsgerichtlicher Rechtsprechung. In Terre Des Femmes (Hrsg.), *Schnitt in die Seele: Weibliche Genitalverstümmelung - eine fundamentale Menschenrechtsverletzung* (S. 215-222). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH.
- Mändle, C., Opitz- Kreuter, S. & Wehling A. (Hrsg.). (2003). *Das Hebammenbuch* (4. Auflage). Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Malon, A. & Rübsaamen, C. (2003). Geburtshilfliche Operationen. In C. Mändle, S. Opitz- Kreuter & A. Wehling (Hrsg.), *Das Hebammenbuch*, 4. Auflage (S. 689-698). Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Mansfield, B. (2007). The social nature of natural childbirth [elektronische Version]. *Social Science & Medicine*, 66(5), 1084-1094.
- Nyfeler, D. & Stöckli, D. B. (1993). Genitale Verstümmelung Afrikanischer Migrantinnen in der schweizerischen Gesundheitsversorgung. In D. B. Stöckli (Hrsg.), *Genitale Verstümmelung von Frauen: Eine Bibliographie*, Arbeitsblätter Nr. 8. Universität Bern.
- Obermeyer, C. M. (2005). The Consequences of Female Circumcision for Health and Sexuality: An Update on the Evidence [elektronische Version]. In Tayler & Francis (Hrsg.), *Culture, Health and Sexuality*, Vol. 7 (S. 443-461). USA: Tayler & Francis Group.

- Österreichische Gesellschaft für Familienplanung (Hrsg.). (2001). *Female Genital Mutilation (FGM), Weibliche Genitalverstümmelung: ein "harmloser" Brauch oder ein tiefgehender Schaden für Frauen?*. Verfügbar unter http://www.plan-s.ch/IMG/pdf/FGM_OGF_de-3.pdf [18.8.2011]
- Österreichische Plattform gegen weibliche Genitalverstümmelung (Hrsg.). (2006). *Informationsblatt zur rechtlichen Situation in Österreich zu FGM*. Verfügbar unter <http://www.stopfgm.net/dox/Infoblatt%20Recht%20u%20FGM.pdf> [1.10.2011]
- Österreichisches Hebammengremium (Hrsg.). (2011a). *Hebammen. Kinder kommen durch Frauenkraft*. Wiener Neustadt: Gutenberg.
- Österreichisches Hebammengremium (Hrsg.). (2011b). Stand der Hebammen mit 1.1.2011. *Österreichische Hebammenzeitung. Thema: Freiberuflichkeit, 05, 38*.
- Österreichisches Institut für Kinderrechte & Elternbildung (Hrsg.). (2006). *Weibliche Genitalverstümmelung: Was weiß die Medizin?*. Verfügbar unter http://www.stopfgm.net/dox/060203_pu_stopFGM_pbayr.pdf [18.8.2011]
- Oswald-Vormdohre, G. (2003). Faktoren der Geburt. In C. Mändle, S. Opitz- Kreuter & A. Wehling (Hrsg.), *Das Hebammenbuch*, 4. Auflage (S. 211-233). Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Porst, R. (2008). *Fragebogen: Ein Arbeitsbuch*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften GVV Fachverlage GmbH.
- Preller, C. C. (2008). *So fern und doch so nah? - Traditionsbedingte Gewalt an Frauen*. Verfügbar unter <http://www.frauen.bka.gv.at/studien/tgf2008/studieTGF2008.pdf> [18.8.2011]
- Pschyrembel W. (Hrsg.). (2002). *Pschyrembel: Klinisches Wörterbuch* (259. Auflage). Berlin: Walter de Gruyter.
- Rahman, A. & Toubia, N. (Hrsg.). (2001). *Female Genital Mutilation: A Guide to Laws and Policies Worldwide* (2. Auflage). London: Zed Books Ltd.
- Richter, G. (2000). Terre des Femmes. In C. Hermann (Hrsg.), *Das Recht auf Weiblichkeit: Hoffnung im Kampf gegen die Genitalverstümmelung* (S. 194-196). Bonn: Verlag J.H.W. Dietz Nachf. GmbH.

- Richter, G. (2001). Weibliche Genitalverstümmelung - ein Thema für Hebammen?. In Bund Deutscher Hebammen e.V. (Hrsg.), *Gebären zwischen Selbstbestimmung und gesellschaftlicher Kontrolle. Kongressband IX. Hebammenkongress 21.-23. Mai 2001* (S. 193-198). Dresden.
- Richter, G. & Schnüll, P. (2003). Einleitung. In Terre Des Femmes (Hrsg.), *Schnitt in die Seele: Weibliche Genitalverstümmelung - eine fundamentale Menschenrechtsverletzung* (S. 15-20). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH.
- Rosenberg, K. & Trevathan, W. (1996). Bipedalism and Human Birth: The Obstetrical Dilemma Revisited [elektronische Version]. *Evolutionary Anthropology*, 4, 161-168.
- Rosenberg, K. & Trevathan, W. (2001). The Evolution of Human Birth [elektronische Version]. *Scientific American*, 285 (5), 72-77.
- Rosenke, M. (2000). *Die rechtlichen Probleme im Zusammenhang mit der weiblichen Genitalverstümmelung* (Band 8). Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH.
- Roy, R. P. (2003). A Darwinian View of Obstructed Labor [elektronische Version]. *Obstetrics & Gynecology*, 101(2), 397-401.
- Sagawe, A. & Weskamm, A. (2008). Schwangerschaft und Geburt [elektronische Version]. In Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK). e. V. (Hrsg.), *Genitalverstümmelung an Mädchen und Frauen - Hintergründe und Hilfestellung für professionell Pflegende* (S. 25-28). Berlin: V.i.S.d.P. DBfK. Bundesverband e.V.
- Schneider, H., Husslein, P. & Schneider, K.T.M. (2004). *Die Geburtshilfe* (2. Auflage). Berlin: Springer-Verlag.
- Schnüll, P. (1999). Weibliche Genitalverstümmelung in Afrika - eine Einführung. In P. Schnüll, & Terre Des Femmes (Hrsg.), *Weibliche Genitalverstümmelung: Eine fundamentale Menschenrechtsverletzung: Textsammlung* (S. 20-51). Göttingen: Pachnicke-Druck.
- Schnüll, P. & Terre Des Femmes (Hrsg.). (1999). *Weibliche Genitalverstümmelung: Eine fundamentale Menschenrechtsverletzung: Textsammlung*. Göttingen: Pachnicke-Druck.

Schnüll, P. (2003). Weibliche Genitalverstümmelung in Afrika. In Terre Des Femmes (Hrsg.), *Schnitt in die Seele: Weibliche Genitalverstümmelung - eine fundamentale Menschenrechtsverletzung* (S. 23-64). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH.

Statistik Austria (Hrsg.). (2010a). *Hebammen in Berufsausübung 2009*. Erstellt nach Daten des Österreichischen Hebammengremiums. Verfügbar unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/022356.html [4.10.2011]

Statistik Austria (Hrsg.). (2010b). *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik*. Wien: Verlag Österreich GmbH.

Terre Des Femmes (Hrsg.). (2003). *Schnitt in die Seele: Weibliche Genitalverstümmelung- eine fundamentale Menschenrechtsverletzung*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH.

Thierfelder, C. (2003). *Female Genital Mutilation and the swiss health care system*. Dissertation, Medizinische Fakultät der Universität Basel, Bonn.

Unicef (Hrsg.). (2005). *Zur Situation der Kinder in der Welt 2005. Bedrohte Kindheit* (1. Auflage). Frankfurt am Main: Fischer-Verlag.

Vangena, S., Johansen, R. E. B., Sundby, J., Traeen, B. & Stray-Pedersen, B. (2004). *Qualitative Study of perinatal care experiences among Somali woman and local health care professionals in Norway*. Verfügbar unter <http://195.159.218.27/nyenordmenn/nettustillinger/livetbegynnnelse/PDF/qualitative.pdf> [5.9.2011]

Wermke, M., Kunkel-Razum, K. & Scholze-Stubenrecht, W. (Hrsg.). (2000). *Duden Band 1: Die deutsche Rechtschreibung* (22. Auflage). Mannheim: Bibliographisches Institut & F. A. Brockhaus AG.

Weskamm, A. (2008). Umgang mit den eigenen Gefühlen [elektronische Version]. In Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK). e. V. (Hrsg.), *Genitalverstümmelung an Mädchen und Frauen - Hintergründe und Hilfestellung für professionell Pflegende* (S. 28-30). Berlin: V.i.S.d.P. DBfK. Bundesverband e.V.

- World Health Organisation (WHO). (1999). *Female Genital Mutilation: Programmes to Date: What Works and What Doesn't*. Verfügbar unter http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_CHS_WMH_99.5.pdf [2.10.2011]
- World Health Organisation (WHO). (2000). *A Systematic Review of the Health Complications of Female Genital Mutilation including Sequelae in Childbirth* [elektronische Version]. Genf: Department of Women's Health, Family and Community Health.
- World Health Organisation (WHO). (Hrsg.) (2001). *Management of pregnancy, childbirth and the postpartum period in the presence of female genital mutilation*. Verfügbar unter http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_FCH_GWH_01.2.pdf [1.10.2011]
- World Health Organisation (WHO). (Hrsg.). (2006). Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries [elektronische Version]. *The Lancet*, 367, 1835-1841.
- World Health Organisation (WHO). (2008). *Classification of female genital mutilation*. Verfügbar unter <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/overview/en/index.html> [2.8.2011]
- World Health Organisation (WHO). (2011). *Female genital mutilation and other harmful practices: Prevalence of FGM*. Verfügbar unter <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/prevalence/en/index.html> [7.8.2011]
- Zielke-Nadkarni, A. (2008). Umgang mit betroffenen Frauen im pflegerischen Alltag [elektronische Version]. In Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK). e. V. (Hrsg.), *Genitalverstümmelung an Mädchen und Frauen - Hintergründe und Hilfestellung für professionell Pflegende* (S. 18-25). Berlin: V.i.S.d.P. DBfK. Bundesverband e.V.

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1: Überblick über den prozentualen Anteil von FGM in Ländern Afrikas und dem Jemen (Health Organisation 2011)	21
Tabelle 2: Anzahl weiblicher Immigranten aus afrikanischen Ländern in den verschiedenen Ländern Europas, Amerikas und in Australien (Rahman & Toubia (Hrsg.) 2001)	23
Tabelle 3: Wissensstand und Einstellungen von Hebammen zu verschiedenen Aussagen in Prozent.....	78
Tabelle 4: Wissen über mögliche Ursachen von FGM in Prozent	80
Tabelle 5: Anzahl und Prozent der von Hebammen beobachteten Komplikationen bei mindestens einer betroffenen Frau	92
Abbildung 1: Graphischer Überblick über den prozentualen Anteil von FGM in Ländern Afrikas und dem Jemen (Deutsche Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit o.J.).....	22
Abbildung 2: Häufigkeit der befragten Hebammen entsprechend dem Alter	66
Abbildung 3: Anzahl der Hebammen entsprechend dem Abschlussjahr ihrer Ausbildung	68
Abbildung 4: Dienstverhältnis der befragten Hebammen in Prozent.....	69
Abbildung 5: Tätigkeitsbereiche der Hebammen in Prozent	70
Abbildung 6: Häufigkeit der von Hebammen genannten Zahlen betreuter Geburten/Frauen pro Jahr	72
Abbildung 7: Informationsquellen von Hebammen zum Thema FGM in Prozent.....	75
Abbildung 8: Graphische Darstellung des signifikanten Zusammenhangs der Variable Art der Hebammenausbildung und Informationsquelle Hebammenausbildung.....	76
Abbildung 9: Angaben der Hebammen über die vorwiegende Verbreitung von FGM entsprechend der Kontinente in Prozent.....	77
Abbildung 10: Wissensstand und Einstellungen von Hebammen zu verschiedenen Aussagen in Prozent.....	79
Abbildung 11: Wissen über mögliche Begründungen für die Durchführung von FGM in Prozent.....	81
Abbildung 12: Informationsbedürfnis der Hebammen nach verschiedenen Teilbereichen der Thematik FGM in Prozent	84

Abbildung 13: Anzahl der Hebammen mit sicherer bzw. keiner/nicht sicherer beruflicher FGM-Erfahrung in Prozent in Bezug auf das Dienstverhältnis	85
Abbildung 14: Anzahl der Hebammen mit sicherer bzw. keiner/nicht sicherer beruflicher FGM-Erfahrung in Prozent in Bezug auf den Arbeitsplatz	86
Abbildung 15: Anzahl der Hebammen mit sicherer FGM-Erfahrung in Prozent in Bezug auf die Arbeitsumgebung	87
Abbildung 16: Anzahl der von Hebammen betreuten FGM-Fälle in Prozent, wenn Bekanntheit in der Praxis	88
Abbildung 17: Anzahl der von Hebammen genannten Ursprungsländer bzw. Ursprungskontinente betroffener Frauen	90
Abbildung 18: Geburtsmodus der betroffenen Frauen in Prozent.....	91
Abbildung 19: Vorgehensweisen bzw. Handlungen von Hebammen im Falle von weiblicher Genitalverstümmelung in Prozent	94
Abbildung 20: Häufigkeit der von Hebammen angegebenen Reaktionen betroffener Frauen auf ein beratendes Gespräch in Prozent.....	96
Abbildung 21: Nachfrage nach Durchführung einer Reinfibulation bei Hebammen mit beruflicher FGM-Erfahrung in Prozent	98

Fragebogen für Hebammen zum Thema Weibliche Genitalverstümmelung

Sehr geehrte Hebammen:

Im Rahmen meines Humanbiologiestudiums (Anthropologie) an der Universität Wien beschäftige ich mich in meiner Masterarbeit mit dem Thema „Weibliche Genitalverstümmelung (Female Genital Mutilation, FGM)“. Da ich selbst als Hebamme tätig bin und daher weiß, dass dieses Thema auch in Österreich für unsere Berufsgruppe relevant sein könnte, würde ich Sie als Hebamme sehr gerne zu Ihrem Wissensstand und Ihren Erfahrungen zu diesem interessanten und auch heiklen Thema befragen.

Selbstverständlich werden Ihre Antworten anonym und streng vertraulich behandelt. Rückschlüsse auf Ihre Person sind damit ausgeschlossen. Für die Beantwortung des Fragebogens brauchen Sie je nach Erfahrungsstand in etwa fünf bis fünfzehn Minuten. Ich bitte Sie alle Fragen frei aus Ihrem Gedächtnis zu beantworten und keine Hilfsmittel wie zum Beispiel das Internet zu verwenden.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe bei meiner Masterarbeit!

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens:

→ Bei dem Großteil der Fragen brauchen Sie lediglich eines der vorgegeben Kästchen anzukreuzen (durch anklicken). In diesem Fall finden Sie bei der entsprechenden Frage den Zusatz: *nur eine Nennung möglich*

Beispiel: Ich arbeite sehr gerne als Hebamme?

nur eine Nennung möglich

☒ ja

☐ manchmal

☐ nein

→ Manchmal sieht das auch so aus:

Beispiel: Wie sehr stimmen Sie folgender Aussage zu?

Zutreffendes bitte ankreuzen

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Habe keine Meinung dazu
Mein Beruf als Hebamme erfüllt mich.	☐	☐	☐	☒	☐

→ Bei einigen Fragen können Sie mehrere Kästchen gleichzeitig ankreuzen. In diesem Fall finden Sie bei der entsprechenden Frage den Zusatz: *Mehrfachantworten möglich*

Beispiel: Ich beziehe mein Hebammenwissen aus folgenden Quellen? <i>Mehrfachantworten möglich</i>
☒ Ausbildung
☒ Fortbildung
☐ Fachmagazin

→ Bei einigen Fragen haben Sie die Möglichkeit eine eigene Antwort zu formulieren. Dies ist im grauen Textfeld in beliebiger Länge möglich (graues Textfeld anklicken und Antwort eintippen):

Beispiel: Wo wurden Sie geboren? <i>nur eine Nennung möglich</i>
☐ Österreich
☒ anderes Land: eigene Antwort (auch Zahlen können hier eingegeben werden)

→ Bitte beantworten Sie alle Fragen in der vorgegebenen Reihenfolge und überspringen Sie Fragen nur dann, wenn Sie darauf hingewiesen werden:

Beispiel: ☒ nein ► **bitte weiter mit Frage 5**

→ Im Anschluss würde ich Sie bitten, das vorliegende Word-Dokument mit Ihren Antworten zu speichern und dieses als Anhang per E-Mail an die E-Mail-Adresse a0305794@unet.univie.ac.at zu senden.

Vielen herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit und viel Spaß beim Beantworten der Fragen!

Wissensstand und Einstellungen von Hebammen

Zu Beginn folgen einige Fragen, um zu erfassen wie viel Wissen und welche Einstellungen Sie als Hebamme zum Thema FGM haben. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte beantworten Sie daher alle Fragen frei aus Ihrem Gedächtnis.

1) Ist Ihnen das Thema weibliche Genitalverstümmelung (FGM) bekannt?

nur eine Nennung möglich

☐ ja

☐ nein ► bitte weiter mit Frage 20 (Seite 9)

☐ bin mir nicht sicher

2) Woher beziehen Sie ihr Wissen zu diesem Thema?

Mehrfachantworten möglich

☐ Hebammenausbildung

☐ Fortbildung

☐ Berufspraxis

☐ Fachzeitschrift

☐ KollegInnen

☐ Internet

☐ bin nicht gut informiert

☐ anderes:

3) Welche(r) Kontinent(e) ist/sind vorwiegend von FGM betroffen?

Mehrfachantworten möglich

☐ Afrika

☐ Amerika

☐ Asien

☐ Australien

☐ Europa

☐ weiß ich nicht

4) Wie sehr stimmen Sie folgenden Aussagen zu? <i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz</i>					
	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Habe keine Meinung dazu
FGM findet auch in Österreich statt.	☐	☐	☐	☐	☐
FGM gilt in Österreich als Körperverletzung und ist strafbar.	☐	☐	☐	☐	☐
Eine drohende Verstümmelung der weiblichen Genitalien sollte als Asylgrund in Österreich gültig sein.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Beschneidung der weiblichen Geschlechtsorgane kann mit der Beschneidung der männlichen Genitalien verglichen werden.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Verstümmelung der weiblichen Genitalien erhöht das Mortalitätsrisiko bei der Geburt für die betroffenen Frauen.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Verstümmelung der weiblichen Genitalien erhöht das Mortalitätsrisiko bei der Geburt für die betroffenen Kinder.	☐	☐	☐	☐	☐
FGM führt bei vaginalen Geburten vermehrt zu Rissverletzungen mit starker Blutung.	☐	☐	☐	☐	☐
Das Thema FGM ist für meinen Beruf als Hebamme relevant.	☐	☐	☐	☐	☐

5) In der folgenden Tabelle finden Sie mögliche Ursachen für FGM. Was glauben Sie, wie sehr treffen die unten angeführten Ursachen als Begründung für die Durchführung von FGM zu? <i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz</i>					
	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu	Habe keine Meinung dazu
religiöse Gründe	☐	☐	☐	☐	☐
sexuelle Unterdrückung der Frauen	☐	☐	☐	☐	☐
Schönheitsideal	☐	☐	☐	☐	☐

Tradition	☐	☐	☐	☐	☐
fehlende Sexual-u.Gesundheitsaufklärung	☐	☐	☐	☐	☐
hygienische Gründe	☐	☐	☐	☐	☐
Initiationsritual (z. B. Übergang von der Kindheit ins Erwachsenenalter)	☐	☐	☐	☐	☐

6) Welche anderen Begründungen für die Durchführung der weiblichen Genitalverstümmelung sind Ihnen bekannt?

Begründung(en):

☐ keine

7) Wünschen Sie sich mehr Detailwissen zum Thema Genitalverstümmelung?

nur eine Nennung möglich

☐ ja

☐ nein ► bitte weiter mit Frage 10 (Seite 6)

☐ habe noch nicht darüber nachgedacht

8) Zu welchen Bereichen der Thematik FGM wünschen Sie sich mehr Information?

Mehrfachantworten möglich

☐ Formen der weiblichen Genitalverstümmelung (Sunna, Klitoridektomie, Exzision, ...)

☐ Häufigkeit und Verbreitung

☐ Auswirkungen auf die Psyche

☐ Auswirkungen auf die Gesundheit

☐ Auswirkungen auf die Sexualität, Schwangerschaft und Geburt

☐ Ursachen der Genitalverstümmelung

☐ Strategien zur Abschaffung von FGM

☐ Gesetzgebung

☐ anderes:

9) Woher sollte man als Hebamme Informationen zum Thema FGM erhalten?

Mehrfachantworten möglich

☐ Hebammenausbildung

☐ Hebammenzeitung

☐ Fortbildung

☐ anderswo:

Erfahrungen von Hebammen

Die nächsten Fragen beziehen sich auf Erfahrungen, welche Sie als Hebamme mit betroffenen Frauen gemacht haben könnten.

10) Sind Ihnen aus ihrer beruflichen Tätigkeit Fälle von weiblicher Genitalverstümmelung bekannt?

nur eine Nennung möglich

☐ ja

☐ bin mir nicht sicher ► bitte weiter mit Frage 16 (Seite 7)

☐ nein ► bitte weiter mit Frage 18 (Seite 8)

11) Wie viele Frauen, die an ihren Genitalien verstümmelt wurden, haben Sie in etwa betreut?

Bitte nennen Sie eine genaue Anzahl

Frau(en)

12) Aus welchem Land/welchen Ländern kam(en) die betroffene(n) Frau(en) ursprünglich?

Land/ Länder:

☐ weiß ich nicht

13) Wie viele an ihren Genitalien verstümmelten Frauen haben ihre Kinder auf welchem Wege geboren?

Bitte nennen Sie für jede Zeile eine genaue Anzahl

Frau(en): Spontangeburt

Frau(en): Spontangeburt mit Episiotomie

Frau(en): Spontangeburt nach vorhergehender Rückoperation

Frau(en): Vacuum/Forceps

Frau(en): Sectio caesarea aufgrund FGM

Frau(en): Sectio caesarea aus anderen Gründen

Frau(en) anders:

14) Wenn Sie beschnittene Frauen bei vaginalen Geburten betreut haben, hatten Sie das Gefühl, dass bei diesen Frauen vermehrt Geburtsverletzungen mit starker Blutung auftraten?

Zutreffendes bitte ankreuzen

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu	Habe keine Meinung dazu
☐	☐	☐	☐	☐

15) Welche der folgenden Komplikationen konnten Sie während der Schwangerschaft, der Geburt oder im Wochenbett bei mindestens einer betroffenen Frau beobachten?

Mehrfachantworten möglich

☐ erschwerte Vorsorgeuntersuchungen/Vaginaluntersuchungen aufgrund Narbengewebe
☐ Inkontinenzprobleme
☐ chronische Harnwegsinfekte
☐ andere Infektionen
☐ Fisteln
☐ Keloide (wulstartige Narbenbildungen)
☐ chronische Schmerzen
☐ Verzögerung der Austreibungsperiode
☐ Dammriss III°
☐ Partnerschaftskonflikte
☐ Depressionen
☐ Angstzustände
☐ andere:
☐ keine

16) Welche der unten angeführten Handlungen treffen auf Ihren Umgang mit mindestens einer betroffenen Frau zu?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz

	Trifft zu	Trifft nicht zu
Ich habe ein Gespräch mit der/den Frau(en) über die Verstümmelung ihrer Genitalien gesucht.	☐	☐
Ich habe Informationen zum Thema FGM eingeholt.	☐	☐
Ich habe mich mit KollegInnen ausgetauscht.	☐	☐
Ich habe der/den Frau(en) zur Rückoperation geraten.	☐	☐

Ich habe die Frau(en) an eine Beratungsstelle vermittelt.	☐	☐
Ich habe die Frau(en) über gesundheitliche Risiken informiert.	☐	☐
Ich habe den Partner/ die Familie der Frau(en) miteinbezogen.	☐	☐
Ich habe die Frau(en) auf Konsequenzen für ihre Tochter/ Töchter aufmerksam gemacht.	☐	☐
Ich habe die weitere Vorgehensweise dem Arzt/ der Ärztin überlassen.	☐	☐
Ich habe nichts unternommen, da ich mir nicht sicher war, ob die Frau(en) an ihren Genitalien verstümmelt wurde(n).	☐	☐
☐ Ich habe nichts unternommen, weil:		

17) Wenn Sie oder jemand Ihrer KollegInnen ein Gespräch mit der/den Frau(en) geführt haben, wie hat/ haben diese auf Ihre/deren Beratung bezüglich FGM reagiert? <i>Mehrfachantworten möglich</i>
☐ Die Frau(en) war(en) sich des Problems bereits bewusst.
☐ Die Frau(en) hat/haben sich überzeugen lassen, dass FGM schädlich ist.
☐ Die Frau(en) empfand(en) die Beratung als nicht erwünschte Einmischung.
☐ Die Frau(en) wirkte(n) aufgrund einer Begleitperson in ihrer Reaktion beeinflusst.
☐ andere Reaktion(en):

18) Wurden Sie schon einmal gefragt, ob Sie oder jemand den Sie kennen eine Beschneidung weiblicher Geschlechtsorgane durchführen?
☐ ja
☐ nein

19) Wurden Sie schon einmal gefragt, ob Sie oder jemand den Sie kennen eine Reinfibulation (erneuter Verschluss der äußeren Genitalien zum Beispiel nach der Geburt) durchführen?
☐ ja
☐ nein

Allgemeines zu Ihrer Person und Ihrem Beruf

20) Wie alt sind Sie?

Jahre

21) Wann und wo haben Sie ihre Ausbildung zur Hebamme abgeschlossen?

Jahr:

Ort/Land:

22) Welche Hebammenausbildung(en) haben Sie absolviert?

Mehrfachantworten möglich

☐ Hebammenschule

☐ Hebammenakademie

☐ Fachhochschule für Hebammen

☐ Masterstudium

☐ andere Ausbildung:

23) In welchem Dienstverhältnis sind Sie tätig?

Mehrfachantworten möglich

☐ angestellt

☐ freiberuflich

24) Wo üben Sie ihre Tätigkeit als Hebamme aus?

Mehrfachantworten möglich

☐ Krankenhaus mit < 900 Geburten/Jahr

☐ Krankenhaus mit > 900 Geburten/Jahr

☐ Geburtshaus

☐ Hebammenpraxis/Hebammenordination

☐ Hausgeburtsilfe

☐ anderswo:

25) Wie viele Jahre Berufserfahrung als Hebamme haben Sie?*Bitte nennen Sie eine genaue Zahl*

Jahre

26) In welcher Umgebung arbeiten Sie überwiegend?*nur eine Nennung möglich**Zur Beantwortung können gerne Hilfsmittel wie z. B. das Internet benutzt werden.*

☐ ländliche Umgebung

☐ Kleinstadt (5.000 - 20.000 Einwohner)
--

☐ Mittelstadt (20.000 - 100.000 Einwohner)

☐ Großstadt (> 100.000 Einwohner)
--

27) Wie viele Frauen/Geburten betreuen Sie pro Jahr?*Bitte nennen Sie eine genaue Anzahl*

Frauen/Geburten pro Jahr

28) Wurden Sie oder Ihre Eltern in einem Land geboren, in dem FGM vermehrt praktiziert wird?*nur eine Nennung möglich*

☐ ja

☐ weiß ich nicht

☐ nein ► Sie brauchen Frage 29 nicht zu beantworten
--

29) Aus welchem Land kommen Sie oder Ihre Eltern ursprünglich?

Wenn Sie mir noch irgendetwas zum Thema FGM oder zum Fragebogen mitteilen möchten, haben Sie hier in beliebiger Länge Platz für Kommentare. Ich bin Ihnen für jede Anregung dankbar!

Bitte speichern Sie jetzt das vorliegende Word-Dokument ab (mit Hilfe der Funktion *Datei* → *Speichern unter...*) und senden Sie dieses bitte als Anhang per E-Mail an die E-Mail-Adresse a0305794@unet.univie.ac.at. Vielen herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung an dieser Studie und viel Freude bei Ihrer Arbeit als Hebamme!!!

Freundliche Grüße Verena Hofstätter, BSc

Lebenslauf

Name Verena Hofstätter, BSc
Geburtsdatum/-ort 1. Jänner 1985/Wien
Staatsbürgerschaft Österreich
Wohnort 1140 Wien

Ausbildungsweg seit Oktober 2010 Masterstudium Anthropologie, Universität Wien (Schwerpunkt Humanökologie, Sozial- und Reproduktionsbiologie)

2007 - 2010 Bakkalaureatsstudium Biologie, Universität Wien
(Schwerpunkt Anthropologie)
Juli 2010 Abschluss

2004 - 2007 Hebammenakademie Mistelbach
September 2007 Diplom

2003 - 2004 Diplomstudium Ernährungswissenschaften,
Universität Wien

1995 - 2003 Bundesrealgymnasium, 1120 Wien
Juni 2003 Matura

Berufliche Tätigkeit seit November 2007 Tätigkeit als Hebamme, Landesklinikum Thermenregion Baden