

Leitfaden für Hebammen im Umgang mit FGM_C

in Berlin-Brandenburg
2. Auflage 2025

Leitfaden für Hebammen im Umgang mit FGM_C

1. Auflage, Berlin, September 2021
2. Auflage, Berlin, September 2025

Herausgeber

Berliner Koordinierungsstelle gegen FGM_C
c/o Familienplanungszentrum Berlin e.V. BALANCE

ehemalige Projektleitung

Jutta Reippainen, Sozial- und Kulturanthropologin M.A. mit Fokus auf psychologische und medizinische Anthropologie, ehemalige Mitarbeiterin/Migrations- und Öffentlichkeitsbeauftragte des Familienplanungszentrum BALANCE

Redaktion

Annabelle Ahrens, Hebamme, Berliner Hebammenverband e.V.

Anna Grewe, ehemalige Projektkoordinatorin der Berliner Koordinierungsstelle gegen FGM_C
Dr. med. Constanze Hach, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe des Familienplanungszentrum BALANCE, Ärztliche Leitung der Sprechstunde für Überlebende von FGM_C der Berliner Koordinierungsstelle gegen FGM_C
Janine Hildenbeutel, ehemalige Projektmitarbeiterin zu FGM_C bei TERRE DES FEMMES
Swantje Lüthge, ehemalige Hebamme des Familienplanungszentrum BALANCE
Kristin Nachtsheim, ehemalige Studentische Hilfskraft des Familienplanungszentrum BALANCE
Johanna Pohl, ehemalige Projektkoordinatorin der Berliner Koordinierungsstelle gegen FGM_C
Joana Streffing, Hebamme und Dozentin, ehemals bei Evangelische Hochschule Berlin
Claudia Sprengel, Referentin der Landesgleichstellungsbeauftragten, Land Brandenburg

Grafik & Illustration

Elena Galuppo
E-Mail: ciao@elenagaluppo.de

Kontakt & Bestellung

E-Mail: info@koordinierungsstelle-fgmc.de
Telefon: +49 30 236 236 46

Vorwort

Liebe Geburtshelfer*innen, liebe Leser*innen,

seit der Veröffentlichung der ersten Ausgabe des **Leitfadens für Hebammen zum Thema weibliche Genitalverstümmelung_beschneidung** (Female Genital Mutilation_Cutting, FGM_C) hat sich viel bewegt. Was einst als Runder Tisch „Stopp FGM_C in Berlin/Brandenburg“ begann, hat sich zum Projekt der Berliner Koordinierungsstelle gegen FGM_C entwickelt. Demnach hat sich strukturell einiges getan: Die ehemalige Redaktion des Leitfadens ist heute in anderen Funktionen tätig und die Zuständigkeiten haben sich neu organisiert. Die Berliner Koordinierungsstelle gegen FGM_C wurde in den letzten Jahren unter Leitung des Familienplanungszentrums BALANCE aufgebaut und übernimmt nun zentrale Aufgaben in der Beratung sowie Aufklärungs- und Präventionsarbeit, die das Netzwerk fortführt und den Runden Tisch ausrichtet. Der Runde Tisch bleibt eine wichtige Plattform für Austausch, fachliche Zusammenarbeit und gemeinsame Strategien verschiedener Organisationen und Einrichtungen.

Die Koordinierungsstelle erhält nach wie vor zahlreiche Anfragen von Fachpersonal, das sich im beruflichen Alltag mit dem Thema FGM_C konfrontiert sieht – sei es durch betroffene Frauen oder gefährdete Mädchen. Das zeigt den hohen Bedarf an fundierter Information und praktischer Orientierung. Zugleich steigt die Anzahl der betroffenen und gefährdeten Personen in Deutschland durch Flucht und Migration. Dies stellt alle, die mit dem Thema in Berührung kommen vor besondere Herausforderungen, in der Betreuung und Versorgung von Schwangeren vor und nach der Geburt sowie auch in der Aufklärungs- und Präventionsarbeit.

Umso erfreulicher ist es, Ihnen hiermit eine überarbeitete Neuauflage des Hebammenleitfadens vorlegen zu können. Sie enthält aktualisierte Zahlen und Statistiken, neue Anlaufstellen sowie überarbeitete Informationen zu spezialisierten Einrichtungen und Beratungsangeboten in Berlin und Brandenburg.

Und bereits jetzt freuen wir uns, ankündigen zu können, dass wir im **Sommer 2026** eine umfassend **neue multiperspektivische Ausgabe in Zusammenarbeit mit dem Projekt STRONG*** veröffentlichen werden. Der Leitfaden wird dann nicht nur Geburtshelfer*innen, sondern auch Fachpersonal aus der Medizin, Psychotherapie, Soziales und Bildung mit Informationen, Erfahrungen aus der Praxis und konkreten Handlungstipps zur Verfügung stehen. Der Leitfaden bleibt somit ein praxisnahes Instrument, das die Handlungskompetenz von Fachpersonal im Umgang mit FGM_C stärkt, Retraumatisierungen Betroffener vermeidet und wertvolle Hilfestellungen für eine kompetente sowie sensible fachliche Begleitung und Versorgung betroffener und gefährdeter Personen bietet.

Die Berliner Koordinierungsstelle gegen FGM_C

Berlin, September 2025



(kurz FPZ) ist eine integrative Beratungs- und Versorgungseinrichtung zu Fragen der Familienplanung, Beziehung und Sexualität. Ein interdisziplinäres Team erbringt ein komplexes Angebot von psychologischen, sozialen, pädagogischen und medizinischen Beratungs- und Versorgungsleistungen. Darüber hinaus fungiert das Familienplanungszentrum BALANCE seit vielen Jahren auf unterschiedlichsten Ebenen als Vernetzungs- und Weiterbildungsinstitution im Bereich Frauen*gesundheit. Das FPZ erfüllt wichtige Aufgaben im Gesundheitsbereich der Stadt und wird als überbezirkliches Projekt durch den Berliner Senat gefördert. Seit 2020 ist die Berliner Koordinierungsstelle gegen FGM_C im Familienplanungszentrum angesiedelt.



Berliner Koordinierungsstelle gegen FGM_C

berät, begleitet und bestärkt bei allen Fragen rund um weibliche Genitalverstümmelung_beschneidung (FGM_C). Die Koordinierungsstelle ist ein interdisziplinärer Zusammenschluss von Expert*innen aus den Communities, der Medizin und Psychologie sowie Aufklärungs- und Präventionsarbeit. Gemeinsam engagieren sie sich für das Recht auf körperliche Unversehrtheit und eine nachhaltige Stärkung der Unterstützungsstrukturen.



Runder Tisch: Stopp FGM_C in Berlin-Brandenburg

ist eine offene Plattform, in der Organisationen, Projekte, Einrichtungen und Einzelpersonen ihre Themen und Fragen niedrigschwellig einbringen und ihre thematischen Projekte vorstellen können. Der Runde Tisch wurde 2009 gegründet und wird seitdem vom Familienplanungszentrum BALANCE, unter dessen Federführung auch die Berliner Koordinierungsstelle gegen FGM_C als Fachteam eingegliedert ist, koordiniert.



Hinweis zu Gender & Schreibweise im Text

Dem Redaktionsteam ist bewusst, dass FGM_C nicht ausschließlich Frauen und Mädchen betrifft. Betroffen sind vielmehr alle Personen mit Vulva – dazu können neben Frauen und Mädchen auch trans Männer, nicht-binäre Personen und Menschen mit vielfältigen Geschlechtsidentitäten gehören. Die Begriffe „Frau“ und „Mädchen“ werden in diesem Leitfaden dennoch verwendet, um sowohl auf patriarchale Machtstrukturen aufmerksam zu machen als auch zu verdeutlichen, dass es sich um die Beschneidung/Verstümmelung von Vulven handelt. Zudem knüpfen diese Begriffe an die Arbeitsrealität von medizinischen Fachpersonal an.

In diesem Zusammenhang verwenden wir in unseren Texten die Bezeichnung »Geburtshelfer*innen«, um alle in der Geburtshilfe tätigen Fachpersonen anzusprechen – dazu gehören sowohl Hebammen als auch Fachärzte*innen für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Darüber hinaus wird im Leitfaden durchgängig mit Gendersternchen gearbeitet und auf geschlechtliche Vielfalt verwiesen.



* Das Projekt STRONG

will die Situation in der Krankenhausversorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte verbessern, insbesondere von Frauen* und Mädchen. Dafür erarbeitet es spezifische Handlungsempfehlungen für Fachkräfte im Gesundheitswesen. Ausgangspunkt aller Veränderungen sind die beteiligten und betroffenen Menschen selbst. In einer Fallstudie in Berlin erfassen die Forschenden daher die unterschiedlichen Perspektiven von Patientinnen, Krankenhauspersonal sowie weiteren Expert*innen. Ergänzend analysieren sie Dokumente, führen Interviews und Gruppendiskussionen und beobachten die alltäglichen Abläufe im Krankenhaus. Auf Grundlage dieser Informationen entwickeln sie konkrete Handlungsoptionen und identifizieren die dafür erforderlichen Ressourcen.

Ziel ist es, das Gesundheitspersonal zu befähigen, zukünftigen kultursensiblen Herausforderungen kompetent und professionell zu begegnen.

Mehr Informationen finden Sie unter <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/strong.531>

1. Grundlagenwissen zu FGM_C	3
Definition	4
Vorkommen weltweit und in Deutschland	6
Gesundheitliche Folgen von FGM_C	8
Rechtliche Situation	10
2. Sprache	16
Verschiedene Begriffe je nach Situation anwenden	17
3. Handlungsempfehlungen	20
Allgemeines zur Betreuung	21
Betreuung während der Schwangerschaft	25
Betreuung während der Geburt	28
Betreuung nach der Geburt	34
Zusammenfassung: Dos and Don'ts	36
4. Re-Traumatisierung und Trigger vermeiden	38
Traumata besser verstehen	39
Sensibilisierung für mögliche Trigger	41
Empfehlungen zum traumasensiblen Umgang	42
5. Prävention	44
Warnsignale erkennen	45
Wirksamer Schutz vor FGM_C mit Schutzbrief	46
6. Ansprechpersonen und Adressen	48
Berlin	49
Brandenburg	52
Quellenverzeichnis	53

1. Grundlagenwissen zu FGM_C

Definition

Weibliche Genitalverstümmelung_Beschneidung (Female Genital Mutilation_Cutting, FGM_C) »umfasst alle Eingriffe, die eine teilweise oder vollständige Entfernung der äußeren weiblichen Genitalien oder eine andere Verletzung der weiblichen Genitalorgane aus nicht-medizinischen Gründen beinhalten« (WHO, 2020).

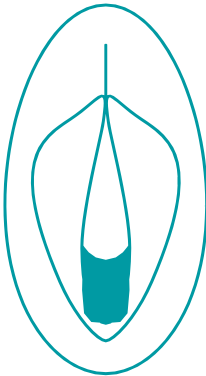
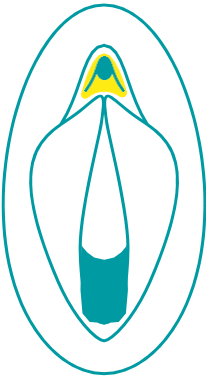
Vier Haupttypen von FGM_C nach der Weltgesundheitsorganisation

- 1 **Typ I:** Klitoridektomie oder »Sunna-Beschneidung«
Teilweise oder vollständige Entfernung der Klitorisglans (der äußere und sichtbare Teil der Klitoris) und/oder der Klitorisvorhaut (die Hautfalte, die die Klitoris umgibt).
- 2 **Typ II:** Exzision
Teilweise oder vollständige Entfernung der Klitorisglans und der inneren Labien, mit oder ohne Entfernung der äußeren Labien.
- 3 **Typ III:** Infibulation oder »pharaonische Beschneidung«
Entfernung der inneren und/oder äußeren Labien und Verengung der Vaginalöffnung mit der Herstellung eines bedeckenden, narbigen Hautverschlusses durch Zusammenheften oder -nähen der Wundränder, mit oder ohne Entfernung der Klitorisglans und der Klitorisvorhaut.

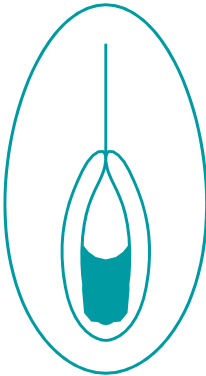
Typ IV: Divers

Alle anderen Eingriffe an den Genitalien aus nicht medizinischen Gründen, wie z.B. Einritzen, Einstechen, Durchbohren, Einschneiden, Ausbrennen, Verätzen oder Dehnen.

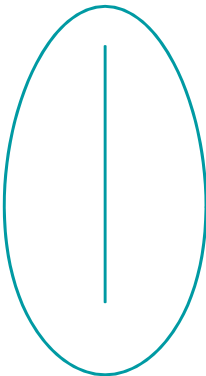
1



2

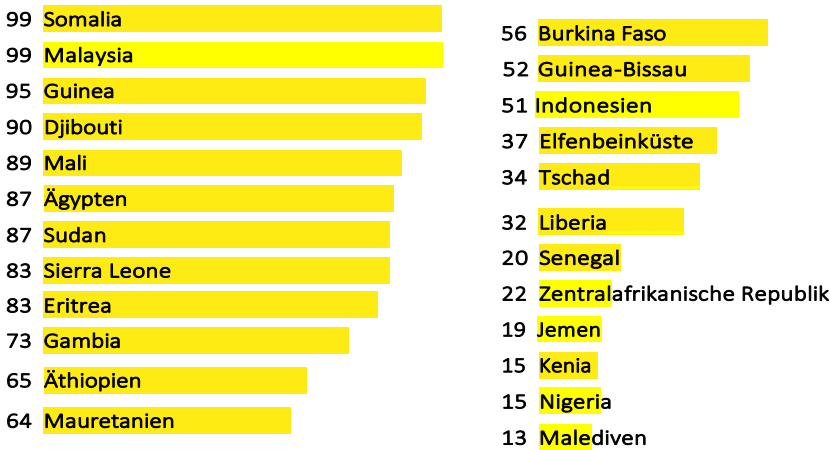


3



1. Grundlagenwissen

Länderprävalenz über 10% bei Mädchen und Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren in Prozent



Quelle: UNICEF, 2025

Vorkommen weltweit und in Deutschland

FGM_C ist ein globales Phänomen. UNICEF (2025) zufolge sind aktuell mindestens 230 Millionen Mädchen und Frauen weltweit betroffen. Zudem gelten weitere vier Millionen Mädchen jedes Jahr als gefährdet. Wegen der Tabuisierung und Schambesetzung des Themas, dürfte die Dunkelziffer deutlich höher liegen.

Insgesamt sind weltweit 90 Länder gelistet, in denen FGM_C nachweislich praktiziert wird (End FGM EU, U.S. End FGM/C Network & Equality Now, 2020). Demnach ist FGM_C nicht ausschließlich auf dem afrikanischen Kontinent verbreitet, sondern auch in Regionen des Nahen Ostens, Asiens und Südamerikas.

Weltweit – auch in Europa und Deutschland – leben Mädchen und Frauen, die von FGM_C betroffen sind oder Gefahr laufen, beschnitten zu werden. In Deutschland wird die Zahl der betroffenen auf etwa 104.000 geschätzt, rund 18.000 gelten als akut gefährdet.

(TDF, 2022)

1. Grundlagenwissen

Geschätzte Anzahl Betroffener Frauen und Mädchen und Gefährdeter Mädchen unter 18 Jahren in Deutschland

Somalia	20.602	4.749	Äthiopien	6.617	1.214
Malaysia	3.341	49	Mauretanien	134	9
Guinea	4.741	838	Guinea-Bissau	210	30
Dschibuti	85	8	Burkina Faso	547	72
Mali	489	64	Indonesien	6.537	102
Ägypten	11.988	1.081	Elfenbeinküste	1.032	165
Sudan	2.445	251	Senegal	444	36
Sierra Leone	1.162	220	Jemen	603	60
Eritrea	23.141	5.244	Kenia	1.823	107
Gambia	1.756	240	Nigeria	6.871	1.668
Insgesamt			94.568	16.207	

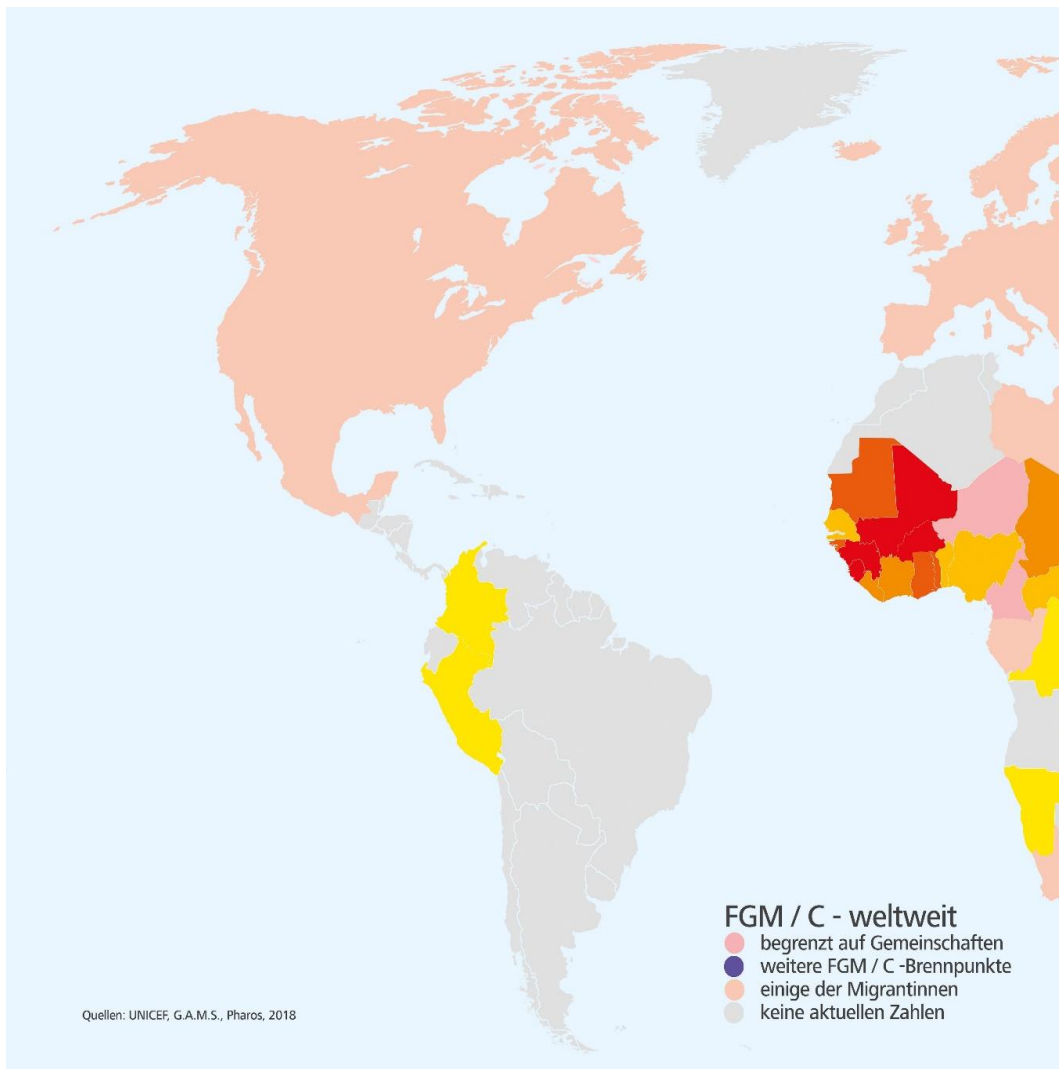
Geschätzte Anzahl Betroffener Frauen und Mädchen und Gefährdeter Mädchen unter 18 Jahren in Berlin

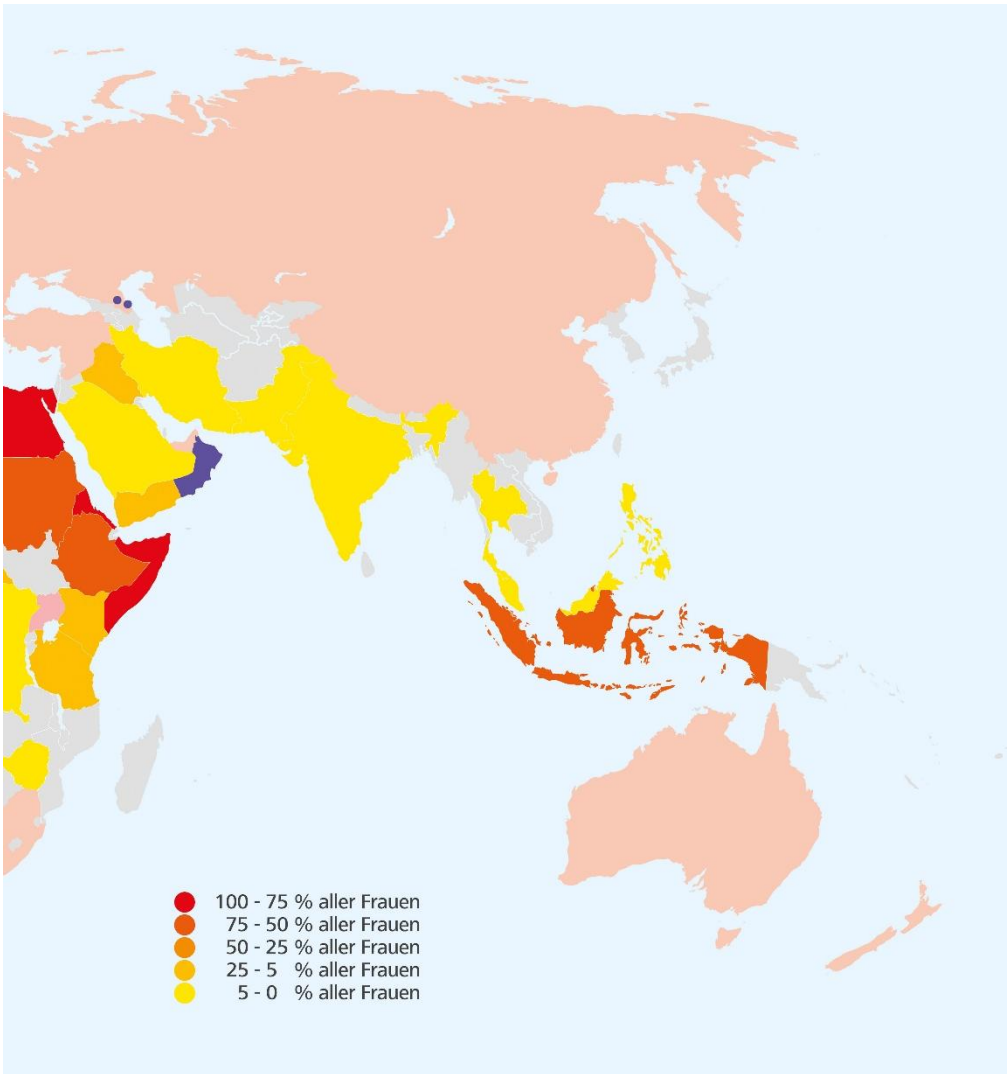
Somalia	387	71	Äthiopien	208	12
Malaysia	253	0	Mauretanien	10	0
Guinea	437	56	Guinea-Bissau	21	2
Dschibuti	14	0	Burkina Faso	64	7
Mali	31	4	Indonesien	607	9
Ägypten	1.683	117	Elfenbeinküste	36	3
Sudan	200	12	Senegal	37	3
Sierra Leone	92	11	Jemen	108	9
Eritrea	431	93	Kenia	194	17
Gambia	84	10	Nigeria	320	52
Insgesamt			5.217	488	

Geschätzte Anzahl Betroffener Frauen und Mädchen und Gefährdeter Mädchen unter 18 Jahren in Brandenburg

Somalia	345	129	Äthiopien	39	6
Malaysia	30	0	Mauretanien	0	0
Guinea	24	0	Guinea-Bissau	0	0
Dschibuti	0	0	Burkina Faso	4	0
Mali	4	0	Indonesien	86	0
Ägypten	126	8	Elfenbeinküste	6	0
Sudan	57	0	Senegal	3	0
Sierra Leone	8	0	Jemen	14	3
Eritrea	348	90	Kenia	198	30
Gambia	11	3	Nigeria	70	17
Insgesamt			1.373	286	

Prävalenz von FGM_C weltweit





Gesundheitliche Folgen von FGM_C

Für medizinische Fachkräfte ist es wichtig, die ganzheitlichen Folgen und möglichen Komplikationen von FGM_C zu kennen, um betroffene Personen kompetent beraten und betreuen zu können. **Die Bundesärztekammer (2016)** listet die kurz- und langfristigen Folgen von FGM_C wie folgt auf:

Akute Komplikationen

- Psychisches Akut-Trauma
- Infektion
- Lokalinfection
- Abszessbildung
- Allgemeininfektion
- Septischer Schock
- HIV-Infektion
- Tetanus
- Gangrän
- Probleme beim Wasserlassen
- Urinretention
- Ödem der Urethra
- Dysurie
- Verletzung benachbarter Organe
- Frakturen (Femur, Clavicula, Humerus)
- Blutung
- Hämorrhagie
- Schock
- Anämie
- Tod

1. Grundlagenwissen

Um ein differenziertes Bild über die Folgen je nach Typ zu vermitteln, sind die gesundheitlichen Folgen, die vorwiegend bei Typ III vorkommen, mit * gekennzeichnet worden.

Chronische somatische Komplikationen

- Menstruationsstörungen
- Dyspareunie, Apareunie
- Vaginalstenose
- Infertilität/Sterilität*
- Dysmenorrhoe
- Menorrhagie
- Chronische Vaginitis, Endometritis, Adnexitis*
- Probleme beim Wasserlassen*
- Rezidivierende Harnwegsinfektionen*
- Prolongiertes Wasserlassen*
- Inkontinenz*
- Vaginalkristalle*
- Komplikationen des Narbengewebes
- Abszessbildung
- Perinatale Mortalität erhöht*
- Hämatokolpos*
- Keloidbildung/ Dermoidzysten/ Neurinome
- Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt*
- Vaginaluntersuchung erschwert
- Katheterapplikation nicht möglich*
- Messung des vaginalen pH und des fetalen Skalp-pH unmöglich*
- Austreibungsphase verlängert*
- Geburtsstillstand*
- Verletzungen und Risse an Vulva, Vagina und Cervix
- Perinealrisse
- Postpartale Hämorrhagie
- Perineale Wundinfektion
- Vesico-/rektovaginale Fistelbildung*
- dauerhafte Hypersensibilität/ chronische Vulvodynie

Psychische, psychosomatische Folgen

- schwerwiegendes körperliches und seelisches Trauma
- mögliche Ursache für Verhaltensstörungen
- Vertrauensverlust zu Bezugspersonen
- Gefühl des Unvollständig-Seins
- Angst und Depressionen
- sexuelle Unlust
- Sexualstörungen
- chronische Reizbarkeit
- Gefühle und Ängste können nur schwer zum Ausdruck gebracht werden
- psychosomatische Störungen

Rechtliche Situation

Auf europäischer Ebene ist FGM_C gesetzlich verboten. Dies ergibt sich u.A. aus der **Charta der Grundrechte der Europäischen Union (GRCh)**, die besagt:

Art. 3 GRCh

Jeder Mensch hat das Recht auf körperliche und geistige Unversehrtheit.

Seit 2011 wird FGM_C zudem explizit als Form geschlechtsspezifischer Gewalt im Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen, bekannt **als Istanbul-Konvention**, anerkannt (**Artikel 38**). Dies stellt ein rechtsverbindliches Instrument für die Mitgliedsstaaten dar.

Auch das **deutsche Grundrecht (GG)** schreibt das Recht auf körperliche Unversehrtheit fest:

Art. 2

Abs. 2 GG

Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden.

Darüber hinaus gilt FGM_C im Strafrecht als **Verbrechen (i.d.S. § 12 Abs. 1 StGB)**. In Deutschland ist die »Verstümmelung weiblicher Genitalien« gemäß Strafgesetzbuch (**StGB**) seit 2013 als Körperverletzung mit 1–15 Jahren Freiheitsentzug strafbar:

§ 226a StGB

(1) Wer die äußeren Genitalien einer weiblichen Person verstümmelt, wird mit Freiheitsstrafe nicht unter einem Jahr bestraft.

(2) In minder schweren Fällen ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu erkennen.

Mit der Einführung des **§ 226a StGB** sind auch in der Strafprozessordnung Änderungen vorgenommen worden, die es nun der verletzten Person erlauben, als Nebenklägerin am Prozess teilzunehmen und ein Recht auf Verfahrensbeistand geltend zu machen. Wenn FGM_C zum Tode führt, greift **§ 227 StGB** »Körperverletzung mit Todesfolge«.

Die Einwilligung zu einer Genitalverstümmelung ist nach **§ 228 StGB** »Einwilligung« ausgeschlossen, d.h. selbst wenn die Betroffene dem Eingriff zustimmt, verstößt die Tat im juristischen Sinne immer noch gegen die guten Sitten und bleibt daher verboten.

Die Verjährungsfrist beginnt erst mit der Vollendung des 30. Lebensjahres der Betroffenen (**§ 78b StGB**). Im Falle einer festgestellten Genitalverstümmelung können insbesondere die Eltern der Betroffenen strafrechtlich belangt werden. Zum einen kann **§ 225 StGB** »Misshandlung von Schutzbefohlenen« zum Tragen kommen. Außerdem können Erziehungsberechtigte gemäß **§ 171 StGB** »Verletzung der Fürsorge- oder Erziehungspflicht« für schuldig befunden werden. Im Falle der Mitwirkung, Veranlassung oder Unterstützung des Eingriffs kommt vor allem eine Strafbarkeit nach **§ 25 Abs. 2 StGB** (»Mittäterschaft«), **§ 26 StGB** (»Anstiftung«) oder **§ 27 StGB** (»Beihilfe«) in Betracht. Elternteile, die von einer geplanten Genitalverstümmelung wissen, aber nichts unternehmen, um sie zu verhindern, können sowohl wegen Unterlassens gem. **§ 226a i.V.m. § 13 StGB** (»Unterlassung«) als auch wegen Verletzung der Fürsorgepflicht nach **§ 171 StGB** für schuldig befunden werden.

Darüber hinaus führt FGM_C zu einer **Kindeswohlgefährdung**. Die Jugendämter und Familiengerichte müssen alle Maßnahmen treffen, die zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung erforderlich sind. Es kann zu Pflichtuntersuchungen des Kindes kommen, bis hin zum Entzug des Sorgerechts der Eltern (**§ 1666 BGB**) oder des Aufenthaltsbestimmungsrechts für die Tochter.

Seit 2015 ist eine **im Ausland begangene FGM_C** im deutschen Strafgesetzbuch als »Auslandstat mit besonderem Inlandsbezug« aufgenommen (**§ 5 Abs. 9a–b StGB**). Strafbar ist, wenn Personen, die ihren Wohnsitz oder ihren »gewöhnlichen Aufenthalt« in Deutschland haben, im Ausland beschnitten werden oder wenn Täter*innen die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen.

Im Jahr 2017 wurde außerdem das deutsche **Passgesetz (PassG)** dahingehend geändert, dass Pässe bei einem vermuteten Verstoß gegen **§ 226a StGB** eingezogen werden können:

§7(1) Nr.11
PassG

Der Pass ist zu versagen, wenn bestimmte Tatsachen die Annahme begründen, dass der Passbewerber eine in §226a StGB beschriebene Handlung vornehmen oder die Vornahme dieser Handlung durch Dritte veranlassen wird.



Relevante Gesetze im Kontext von FGM_C

§ 5 Abs. 9 a–b StGBinkl. § 7 StGB	Auslandstaten mit besonderem Inlandsbezug, sog. »Ferienbeschneidungen« Geltung für Auslandstaten
§ 25 StGB	Mittäterschaft
§ 26 StGB	Anstiftung
§ 27 StGB	Beihilfe
§ 171 StGB	Verletzung der Fürsorge- oder Erziehungspflicht
§ 223 StGB	Körperverletzung
§ 224 StGB	gefährliche Körperverletzung
§ 225 StGB	Misshandlung von Schutzbefohlenen
§ 226 StGB	schwere Körperverletzung
§ 226a StGB	Verstümmelung weiblicher Genitalien
§ 227 StGB	Körperverletzung mit Todesfolge
§ 228 StGB	Verbrechenstatbestand auch bei Einwilligung
§ 7 Ö-Recht	Entzug des deutschen Passes

2. Sprache

Verschiedene Begriffe je nach Situation anwenden

Das professionelle Sprechen über FGM_C erfordert Mut, Sensibilität und Gefühl für die Situation:

- Oftmals fühlen sich Betroffene nicht als Opfer, sondern als **Überlebende von FGM_C**, was von dem Gegenüber in dessen Sprachgebrauch adaptiert werden sollte. Darüber hinaus gibt es auch einige Mädchen und Frauen, denen es nicht bewusst ist, dass sie beschnitten sind.
- Mit dem Wort **Beschneidung** oder dem jeweiligen Wort in der Herkunftssprache können sich die Betroffenen oft besser identifizieren.
- Mit den Wörtern **Opfer und Verstümmelung** sollten Sie vorsichtig umgehen. Diese Ausdrucksweise verdeutlicht zwar die gewaltsame Grenzüberschreitung, verurteilt die Praxis aufs Schärfste und kann somit in politischer Kommunikation angebracht sein, andererseits sehen sich viele Frauen nicht als »verstümmelt« und möchten nicht so bezeichnet werden.

Grundsätzlich gilt: Keine Bezeichnung ist vollkommen neutral. Deswegen ist es von besonderer Bedeutung, in jeder Situation auf die Wortwahl zu achten.

Im Beratungssetting: Versuchen Sie, die Wünsche und Bedürfnisse von Betroffenen und Angehörigen von Gruppen, wo FGM_C verbreitet ist, zu respektieren.

- Wenn möglich, nutzen Sie die von der Person verwendeten Begriffe.
- Sie können auch fragen, welchen Begriff die Person selbst bevorzugt.
- So zeigen Sie Respekt und Sensibilität der Person gegenüber und können kompetent begleiten und Vertrauen gewinnen und tragen zum Schutz von gefährdeten Mädchen und Frauen bei.

Begriffe in der Herkunftssprache: Indem Sie das jeweilige, muttersprachliche Wort für FGM_C verwenden, zeigen Sie Kultursensibilität. Z.B.: Thara oder Khitan (Ägypten), Khifad (Sudan), Gudniin (Somalia), Sunat (Indonesien), Khatna (Indien/Pakistan), Mekhnishab (Eritrea), Ibi oder Ugwu (Nigeria).



Warum wird mal von FGM und mal von FGM_C gesprochen?

Weibliche Genitalverstümmelung (FGM)

Durch die Bezeichnung »weibliche Genitalverstümmelung« (engl. Female Genital Mutilation, FGM) wird der Unterschied zur Jungenbeschneidung sprachlich deutlich gemacht und der Fokus auf die Schwere des Eingriffs und die damit verbundene Menschenrechtsverletzung gelegt.

Weibliche Genitalverstümmelung_beschneidung (FGM_C)

Der Begriff »weibliche Genitalverstümmelung_beschneidung« (engl. Female Genital Mutilation_Cutting, FGM_C) kann sowohl in der politischen Lobbyarbeit als auch im Kontakt mit betroffenen Bevölkerungsgruppen verwendet werden, denn dieser verdeutlicht die Schwere der Praktik und geht auf die Bedürfnisse von Betroffenen ein.

Aufgrund der beschriebenen Kontroversen wird empfohlen, je nach Zielgruppe und Art der Kommunikation sorgsam abzuwägen, welchen Begriff Sie verwenden. (TDF, 2021)



Checkliste

- Das Wort **Überlebende** oder **Beschnittene** im Beratungskontext mit Personen, die von FGM_C betroffen sind, verwenden.
- Das Wort **Beschneidung** oder das jeweilige **Wort in der Herkunftssprache** im Beratungskontext mit Menschen, die von FGM_C betroffen sind, nutzen.
- Die Wörter **Opfer** und **Verstümmelung** *ausschließlich* im Kontext von **politischer Kommunikation** einsetzen, um auf die Schwere der Menschenrechtsverletzung aufmerksam zu machen.
- **Empfehlung für die Praxis**
Im besten Fall bevorzugen Sie die von der Person selbst verwendeten Begriffe in der Beratungs- und Betreuungssituation.



3. Praktische Handlungsempfehlungen

Allgemeines zur Betreuung

FGM_C besprechen

siehe
Länderlisten
ab S. 6

Routinefrage

Bei Frauen aus Regionen, in denen FGM_C vorkommt, sollte die Frage, ob sie beschnitten sind, routinemäßig zur Anamnese gehören. Dabei sollte erklärt werden, dass diese Frage allen Frauen gestellt wird, die aus Ländern mit hoher FGM_C-Prävalenz kommen. Ein passender Moment während der Anamnese kann bei der Frage nach chirurgischen Eingriffen sein (WHO, 2018).

siehe Kap. 2.
Sprache

Nicht Tabuisieren

Dabei sollten Hebammen und medizinisches Fachpersonal das Thema einfühlsam, aber direkt ansprechen – Schweigen aus Scham oder falsch verstandenem Mitgefühl hilft niemandem weiter.

Frage begründen

FGM_C kann weitreichende Folgen für Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett haben. Um eine betroffene Frau gut betreuen und beraten zu können, ist diese Information sehr wichtig. Für die betroffenen Personen wiederum ist es wichtig, den Grund für das Ansprechen des Themas zu kennen, damit sie nicht befürchten müssen, dies geschehe aus Voyeurismus, Vorurteilen o.Ä. Mögliche Folgen von FGM_C auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sollen verständlich und dosiert erklärt werden.

Setting

Die Frage nach der Beschneidung sollte immer im Rahmen eines (Zweier-)Gesprächs erfolgen – keinesfalls während einer körperlichen Untersuchung. D. h. die Person ist angekleidet und sitzt der medizinischen Fachkraft »auf Augenhöhe« gegenüber.

Die Gesprächssituation sollte außerdem möglichst sicher und intim sein, d.h. hinter verschlossener Tür und ohne unnötige Anwesende stattfinden. Ob die Anwesenheit von Partner*innen und/oder Dolmetscher*innen hilfreich bzw. notwendig ist, kann individuell und situationsbedingt sehr verschieden sein.



FGM_C kompetent und sensibel thematisieren

- Das Thema Libido und Sexualität nicht in den Vordergrund stellen – damit spielen wir nur den Menschen in die Karten, die damit die Sexualität der Frau unterdrücken wollen!
 - Die Mutter, Tante, usw. nicht als »Täterin« bezeichnen und ihr Vorwürfe machen!
 - Nicht Vermutungen äußern, sondern bei der Frau nachfragen!
 - Auf Hautfarben und Diversität achten, wenn mit Modellen oder Bildern gearbeitet wird!
-

Grundhaltung des Fachpersonals gegenüber von FGM_C betroffenen Frauen

Betreuung wie bei jeder anderen Frau

Die betroffenen Frauen leben mit ihrer FGM_C, für sie ist das ganz normal. Wie bei anderen Frauen, deren Lebensgeschichte Fachpersonal manchmal betroffen macht, wie z.B. bei HIV, Fetus mit infauster Prognose o.Ä., sollten auch beschnittene Frauen eine professionelle Betreuung und Versorgung erhalten, die nicht von Mitleid, Entsetzen oder gar Abscheu geprägt ist. Solche Erfahrungen lösen Verunsicherung, Scham und Schuldgefühle aus. Im Zweifel sollte die medizinische Fachkraft ihre Überforderung offen ansprechen und ggf. die Betreuung abgeben – so muss die Frau den »Fehler« nicht bei sich suchen.

Von Expert*in zu Expert*in

Im Sinne einer professionellen Arbeitsbeziehung und dem Prinzip der partizipativen Entscheidungsfindung (shared decision making, SDM) sollten sich Geburtshelfer*innen und Klient*innen immer auf Augenhöhe begegnen. Expert*innen für Schwangerschaft, Geburt und Säuglingszeit treffen dabei auf Personen, die selbst Expert*innen für ihr eigenes Leben, ihre Biografie, ihre Bedürfnisse und Ängste sowie ihre eigene – beschnittenen – Körper sind.

Traumahasensible Betreuung

Wir müssen davon ausgehen, dass viele von FGM_C betroffene Mädchen und Frauen traumatisiert sind – durch den Akt der Genitalverstümmelung selbst sowie durch Schmerzen und gewaltvolle Interventionen in der Folge davon (z.B. beim Geschlechtsakt, bei vorhergegangenen Geburten oder durch medizinische Komplikationen). Da viele betroffene Personen außerdem auch eine Fluchterfahrung mitbringen, ist davon auszugehen, dass die Rate an Überlebenden von sexualisierter Gewalt in dieser Gruppe besonders hoch ist. Es gilt also diese Mädchen und Frauen besonders achtsam im Sinne der »traumasensiblen Betreuung« zu begleiten. Sie sollten jederzeit das Gefühl haben, selbst über das Geschehen entscheiden zu können und jede Intervention ablehnen oder unterbrechen zu dürfen. Worte und Handlungen, die als sogenannte »Trigger« eine Re-Traumatisierung auslösen könnten, sollten vermieden werden.

siehe Kap. 4.
Re-Trauma-
tisierung und
Trigger ver-
meiden

Physiologie fördern

Meistens steht einer vaginalen Geburt trotz FGM_C nichts entgegen. Ein häufiger Irrglaube beim Gesundheitspersonal ist weiterhin, dass der Kaiserschnitt der zu empfehlende Geburtsmodus bei von FGM_C betroffenen Gebärenden ist (Wuest et al., 2009; Wacker & Momoh, 2020). Im Mittelpunkt sollte aber stets der Wunsch der Schwangeren stehen.



Schweigepflicht und achtsame Dokumentation

Das Prinzip der **Schweigepflicht** soll unbedingt erläutert werden, wenn die sprachliche und zeitliche Situation es zulässt. Die Schweigepflicht betrifft neben Hebammen und Ärzt*innen auch Dolmetscher*innen, die ggf. hinzugezogen werden.

Für die Frau kann es sehr empowernd sein, von ihrem Recht zu erfahren, selbst zu entscheiden, mit wem sie die Informationen über eine vorliegende FGM_C teilen möchte.

Die Information über eine FGM_C darf nur mit dem ausdrücklichen Einverständnis der Frau weitergegeben oder in für andere einsehbaren Dokumenten (z.B. Mutterpass, Geburtenkleber, Kinderuntersuchungsheft, Entlassungsbrief, usw.) aufgeführt werden. Die Frau entbindet in diesem Fall das medizinische Fachpersonal von der Schweigepflicht (Schweigepflichtentbindung).

Wir empfehlen aktiv anzusprechen, ob FGM_C im Mutterpass notiert werden darf, und zu erklären, warum es wichtig sein könnte.



Checkliste

- Sie spielen eine Schlüsselrolle bei der (frühzeitigen) Identifikation von FGM_C und können wesentlich dazu beitragen, dass die Frauen und Familien gut betreut werden (Wacker & Momoh 2020, 184).
- Eine Beschneidung wird häufig zufällig festgestellt. Schulen Sie sich regelmäßig zu FGM_C, sodass Sie die Wirkungen von FGM_C auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kennen und kompetent handeln können.
- Geben Sie die Betreuung ggf. an erfahrene Kolleg*innen ab oder vermitteln Sie die Person an spezialisierte Ansprechpersonen bzw. Beratungsstellen weiter.

siehe Kap. 6.
Ansprech-
personen und
Adressen



Betreuung während der Schwangerschaft

Besonderheiten bei den Vorsorgeuntersuchungen

- Besonderes Augenmerk auf Harnwegsinfekte (HWI): routinemäßiges Erfragen in der Vorsorge nach Miktionsverhalten vor allem in Bezug auf Frequenz und Dauer (Clarke et al., 2016).
- Nach Möglichkeit auf vaginale Untersuchungen verzichten, bei Infibulation sind diese gar nicht möglich.

siehe Vaginale Untersuchungen ab S. 31

Vorbereitung auf die Geburt

Beratung zum Geburtsort: Klinik oder Geburtshaus? Gibt es eine spezialisierte/erfahrene Klinik in der Nähe? Perinatalzentrum bei erhöhtem Risiko für Frühgeburtlichkeit?

Beratung zu Begleitperson/en während der Geburt: Wer dolmetscht? Wen möchte die Schwangere während der Geburt bei sich haben?

Hilfestellungen anbieten, damit die Gebärende gut betreut wird:

z.B. mit Klient*in abgestimmten Geburtsplan erstellen, kompetente Dolmetscher*innen für die Geburtsanmeldung bzw. Hebammensprechstunde vermitteln, selbst mitgehen oder in der Klinik anrufen.

Ängste in Bezug auf Geburt bearbeiten: z.B. über Geburtsvorbereitungskurse sowie Atem- und Entspannungsübungen informieren, ggf. bei der Krankenkasse der Schwangeren nachfragen, ob die Kosten für eine Einzelgeburtsvorbereitung übernommen werden können, oder psychologische Hilfe bei Traumatisierung vermitteln.

Bei Infibulation

- Aufklärung und partizipative Entscheidungsfindung, ob die Person eine Spontangeburt oder einen geplanten Kaiserschnitt bevorzugt.
- Auf folgende Indikationen für eine Defibulation hinweisen (Wacker & Momoh, 2020):
 - Miktionsstörungen, Beschwerden während der Menstruation und Schmerzen beim Geschlechtsverkehr
 - Keloidbildung des Narbengewebes und Einschlusssysteme
 - rezidivierende Infektionen
 - erschwerte Diagnostik
- Ob eine Defibulation in der Schwangerschaft oder unter der Geburt geschehen soll.
- Eine Defibulation wird zwischen der 20. und 30. Schwangerschaftswoche empfohlen (Wacker & Momoh, 2020).
- Aufklärung, dass rechtlich keine Reinfibulation in Deutschland möglich ist.



Checkliste

In Abhängigkeit von der Ausprägung der FGM_C, der individuellen Situation und Erfahrung der Frau (z.B. erstes oder weiteres Kind, Grad der Traumatisierung, Deutschkenntnisse, ist sie alleine oder hat sie Familie vor Ort, usw.) und der Verfügbarkeit von spezialisierten Ansprechpersonen in der Umgebung sollte die Person über weitere Angebote beraten werden, wie z.B.:

- spezialisierte gynäkologische Praxis
- spezialisierter Geburtsort
- evtl. Defibulation vor der Geburt
- evtl. Betreuung an spezialisierte und erfahrene Geburtshelfer*innen abtreten
- evtl. psychologische Unterstützung bei ausgeprägter Angst vor der Geburt vermitteln
- bei Wunsch der Schwangeren über Möglichkeiten der Re-Konstruktion postpartum informieren
- Kontakt herstellen zu anderen Betroffenen durch Hinweis auf Selbsthilfe- oder Community-Aktivitäten

siehe Kap. 6.
Ansprech-
personen und
Adressen



Betreuung während der Geburt

Für Geburtshelfer*innen, die die Gebärenden nicht aus der Schwangerschaft kennen, ist es wichtig, ein Hintergrundwissen mitzubringen und sich fortzubilden, sodass sie auch spontan in der Lage sind, beschnittene Frauen geburtshilflich kompetent und sensibel zu begleiten.

Die Komplexität der Situation sowie die verschiedenen Erfordernisse (Schmerzbehandlung etc.) erfordern eine multidisziplinäre Betreuung intrapartal durch Geburtshelfer*innen, Anästhesist*innen und Pflegekräfte (Kuckert et al., 2008).



Allgemein gilt jedoch: Häufig gibt es trotz Vorliegen einer FGM_C unter der Geburt gar nichts Besonderes zu beachten!

Wie sonst auch kann eine Geburtsverletzung entstehen, die nach der Geburt versorgt werden muss.

Ausnahme: Beim Typ III, der Infibulation, ist der Scheideneingang bis auf eine kleine Öffnung zugenäht, sodass dieser für eine vaginale Geburt auf jeden Fall eröffnet werden muss (Defibulation).

»Normale« und respektvolle Geburtsbetreuung

siehe All-
gemeines zur
Betreuung
ab S.21

Wie bei jeder anderen Geburt auch, kommt es als Hebamme vor allem darauf an, eine geborgene Atmosphäre herzustellen und eine gute Beziehung zu der Frau aufzubauen, sodass sie sich sicher fühlt und sich vertrauensvoll dem Gebärprozess hingeben kann. Dazu gehört, dass sie sich angenommen und respektiert fühlt, so wie sie ist – beschnitten oder nicht. Dementsprechend sollten Geburtshelfer*innen Frauen mit FGM_C im Kreißaal gemäß den Grundhaltungen »Betreuung wie bei jeder anderen Frau« und »von Expert*in zu Expert*in« begegnen – auf Augenhöhe.

Das an der Geburtsbetreuung beteiligte Personal sollte auf möglichst wenige Personen reduziert sein, damit die Frau nicht das Gefühl bekommt, als »exotischer Fall« vorgeführt zu werden. Holen Sie die Zustimmung der Gebärenden ein, wenn Sie weitere Personen in die Betreuung einbeziehen möchten.

Konsequenzen der FGM_C für die Geburt besprechen

- Zunächst sollte die Frau gefragt werden, was es aus ihrer Sicht bzgl. ihrer FGM_C unter der Geburt zu beachten gilt. Insbesondere wenn die Frau bereits ein Kind bzw. Kinder geboren hat, weiß sie genau, worauf es (ihr) ankommt. Aber auch wenn sie noch keine eigenen Geburtserfahrungen gemacht hat, kann sie vielleicht über das in ihrer Community oder Familie übliche Geburtsprozedere berichten. In jedem Fall sollte die Gebärende die Gelegenheit bekommen, ihre Vorstellungen und Bedürfnisse zu äußern.
- Mögliche auftretende Komplikationen sind u.a. prolongierte Geburt, Geburtsverletzungen (wie z.B. Perinealrisse, perineale Wundinfektionen oder Fistelbildung), Kaiserschnitt, Episiotomie, vaginal-operative Geburten, postpartale Blutungen (PPH) und erschwerte Geburt/ Dystokien (Berg, 2013; Wacker & Momoh, 2020).

3. Praktische Handlungsempfehlungen

- Bei Infibulation sind zudem vaginale Untersuchung, Katheterapplikation und Messung des fetalen Skalp-pH unmöglich bzw. **erschwert** (Wacker & Momoh, 2020).
- Anschließend sollte im Sinne einer gemeinsamen Entscheidungsfindung mit der Frau und der zuständigen Ärzt*in besprochen werden, ob und welche Interventionen wann nötig bzw. gewünscht sind, z.B.:
 - Gewebe reißen lassen oder Episiotomie (z.B. um ein Reißen nach vorne zur Klitoris zu verhindern)
 - günstige Gebärlpositionen für geringere Geburtsverletzungen
 - prophylaktische Antibiose bei erwarteter größerer Geburtsverletzung



Traumatasensible Betreuung

- Die Betreuungs- und Untersuchungsräume sollen sicher und privat sein (Refek & Campion, 2017).
- Mündliches Einverständnis muss vorliegen. Die Gebärende kann auch nur zu Teilen der Untersuchung zustimmen, z.B. »gucken, nicht anfassen«.
- Die Kontrolle muss bei der behandelten Person bleiben. Jeder Schritt der Untersuchung muss sensibel erläutert werden. Ihr sollte erklärt werden, dass sie ihre Einwilligung zur Untersuchung jederzeit zurückziehen kann.
- Die Frau wünscht sich vielleicht aktive Einbeziehung während der Untersuchung.

- Vermeiden Sie jede Unterbrechung: Bereiten Sie alles vor und sorgen Sie dafür, dass Unterstützung anwesend ist.
- Hören Sie der Frau zu jeder Zeit zu. Vergewissern Sie sich, dass es für Sie in Ordnung ist, speziell dann, wenn Sie nichts sagt bzw. schweigt.
- Untersuchungen können zu Flashbacks des traumatischen Erlebnisses führen (Kelly and Bird, 2014). Gleichzeitig kann eine Geburt auch einen heilenden und therapeutischen Einfluss haben, wenn die Gebärende dem medizinischen Personal vertrauen und Kontrolle über die Situation haben kann (Montgomery et al., 2015).

Vaginale Untersuchungen (VU)

Erhöhtes Risiko der Re-Traumatisierung durch VU

Aufgrund ihres besonders intimen und invasiven Charakters stellen vaginale Untersuchungen für von FGM_C betroffene Frauen eine sehr große Belastung dar, die von Scham zu starken Schmerzen bis hin zum Auslösen von Flashbacks und Dissoziationen führen können.

Minimierung / Verzicht von VU

Deshalb sollten VU weitestgehend vermieden oder zumindest minimiert werden. Es sollte in Erwägung gezogen werden, bei einem physiologischen Geburtsverlauf ganz auf VU zu verzichten.

Alternative Methoden zum Feststellen des Geburtsfortschritts

- Beobachtung mit allen Sinnen: Gebärende verändert sich (Rhythmus, Laute, Stimme, Reaktionen, Geruch)
- Zentralisierung: Gesichtsröte, weißes Munddreieck, kühle Extremitäten (durch Oxytocin)
- Pupillen weiten sich (durch Endorphin)
- Äußerliche Handgriffe: Leopold, Schwarzenbach (a), de Lee (b)
- Äußerliche Zeichen: »Wandern« der Herztöne, Zeichnungsblutung, Dehnung des Anus, »purple line«



Wenn eine VU dringend indiziert ist, sollten folgende Bedingungen erfüllt sein

- Die Frau hat der VU explizit zugestimmt (jedes Mal erneut fragen!)
- Einverständnis ist Ergebnis einer Aufklärung nach dem Prinzip einer gemeinsamen Entscheidungsfindung (shared decision making, SDM), d.h. die Frau kennt die Chancen, Risiken und Alternativen
- Ausreichend Zeit
- Die Frau vertraut der Person, die sie vaginal untersucht
- Schutz der Intimsphäre
- Die Kontrolle über die Situation liegt bei der Frau: auf Wunsch jederzeit sofort Abbruch, Frau bestimmt ihre Position und das Tempo
- Gebärende und Hebamme bleiben im Kontakt: Erläuterung was passiert vorher, währenddessen und danach, sachliche Sprache, ruhiger Redefluss, Augenkontakt, Nachfrage: »Immer noch ok?«, »Darf ich weiter untersuchen?«, Abbruch bei Anzeichen von Panik oder Dissoziation
- Bestmögliches vermeiden von Triggern: Falls möglich vorher besprechen, hinterher Änderungswünsche für das nächste Mal erfragen
- **Bei Infibulation:** Nach der Defibulation ist der Scheideneingang eine offene Wunde – nur im äußersten Notfall untersuchen!

siehe Kap. 4.
Re-Traumatisierung
und Trigger
vermeiden

Defibulation während der Geburt

- Zeitpunkt der Defibulation sollte sich nach folgenden Faktoren richten (Berg, 2014; Lancet, 2006):
 - Wünsche der Frau,
 - Zugang zu Gesundheitseinrichtungen
 - Ort der Geburt
 - Kompetenzen des Gesundheitspersonals
- Defibulation kann in der Schwangerschaft oder während der Geburt stattfinden (RCOG, 2009).

- Eine Defibulation erst während der Geburt führt dennoch zu einem höheren Risiko für eine Episiotomie, einem höheren Blutverlust und einem verlängerten Krankenhausaufenthalt (Albert et al., 2015).
- Eine Defibulation in der Schwangerschaft senkt nicht das Risiko für einen Kaiserschnitt, im Vergleich zur Defibulation während der Geburt (Taraldsen et al., 2021).
- Falls eine Defibulation erst während der Geburt möglich ist, sollte dieser »nicht in zu großem Abstand vor Durchtreten des kindlichen Kopfes erfolgen« (Wacker & Momoh, 2020).
- Lagerung in Steinschnittlage (Low-Beer & Creighton, 2015)
- Während der Geburt sollte der Frau als Analgesie eine PDA empfohlen werden. Sonst sollte der Bereich mit einem Lokalanästhetikum infiltriert werden.
- Die anschließende Wundversorgung »hat zum Ziel, die geöffneten Narben sowie den Dammriss oder den Dammschnitt zu versorgen« (Wacker & Momoh, 2020; siehe auch die Empfehlung der Bundesärztekammer, 2016).
- Eine Reinfibulation ist in Deutschland immer strafbar und stellt eine schwere Körperverletzung dar (§226a StGB)!

Betreuung nach der Geburt

Besonderheiten in der Wochenbettbetreuung

siehe Kap. 4.
Re-Traumatisierung
und Trigger
vermeiden

- Achtsamkeit und Vermeidung von Re-Traumatisierung, z.B. kann das Thematisieren des weiblichen Geschlecht des Neugeborenen triggernd wirken
- Bei Wunsch Beratungsthemen: FGM_C-Prävention / Schutz von Töchtern, chirurgische Re-Konstruktion
- Vorgehen wenn Frau nach Reinfibulation fragt
(Abdulcadir et al., 2016):
 - Dolmetscher*in hinzuziehen
 - Zeit nehmen für die Beratung
 - über Gefühle bezüglich des (neuen) Aussehens und der Physiologie der Genitalien sprechen
 - Mythen und falsche Überzeugungen entkräften
 - Beckenbodentraining vorschlagen und dessen Vorteile erläutern, wie z.B. Stärkung des Perinealtonus und der Selbstwahrnehmung des eigenen Genitals
- Allgemeinen Gesundheitszustand überwachen: Stillen, Empfängnisverhütung, sexuelle Gesundheit, postpartale Gesundheit
(Abdulcadir et al., 2016)



Prävention im Umfeld

»Bei der Betreuung von Frauen [...] sollte geklärt werden, ob sie in Gefahr für weitere Gewalt schweben und daher selbst Schutz und Unterstützung benötigen. Ebenso ob sie weitere Kinder haben oder Kinder in ihrer Betreuung, in ihrer erweiterten Familie oder Netzwerk, die möglicherweise ebenfalls Schutz bedürfen.« (Wacker & Momoh, 2020, S.185)

siehe Kap. 5.
Prävention



Anbindung an Expert*innen-Netzwerk

- gynäkologische Praxis für die Nachsorge der Geburtsverletzungen
- evtl. Betreuung an spezialisierte Kolleg*innen abtreten
- auf Wunsch chirurgisches Zentrum für Re-Konstruktion postpartum
- Kontakt zu anderen Betroffenen durch Hinweis auf Selbsthilfe- oder Community-Aktivitäten herstellen

siehe Kap. 6.
Ansprech-
personen und
Adressen



Zusammenfassung: Dos and Don'ts

DO

Bei Frauen aus Regionen, in denen FGM_C vorkommt, sollte die Frage, ob sie beschnitten sind, routinemäßig zur Anamnese gehören

(siehe Länderlisten ab S.8).

Geburtshelfer*innen sollten das Thema einfühlsam, aber direkt ansprechen.

Begründen, warum die Info über das Vorliegen einer FGM_C für das medizinische Fachpersonal wichtig ist.

Die Frage nach der Beschneidung sollte immer im Rahmen eines Gesprächs erfolgen. D.h. die Frau ist angekleidet und sitzt der medizinischen Fachkraft auf Augenhöhe gegenüber.

DON'T

Jede Frau mit Kopftuch fragen, ob sie beschnitten ist: FGM_C ist keine muslimische Praktik.

Das Thema aus Scham oder »Mitgefühl« nicht ansprechen: FGM_C kann weitreichende Folgen für Schwangerschaft und Geburt haben. Um eine betroffene Frau gut betreuen und beraten zu können, ist diese Information sehr wichtig.

Die Frau im Unklaren darüber lassen, warum die Frage nach der Beschneidung gestellt wurde und schweigend eine Notiz in den Unterlagen machen: Das führt zur Verunsicherung der Frau.

Die Frage nach der Beschneidung beim Anblick des Genitals stellen, wenn die Frau entblößt auf einer Untersuchungs- liege liegt, während die Geburtshelfer*in davorsteht und auf die Frau herabblickt.

DO

Offen in die Beratungssituation gehen und in Ruhe ein Bild von der Frau machen.

Die Frage nach der Beschneidung sollte immer in Ruhe, hinter verschlossener Tür und ohne unnötige Anwesende stattfinden. Achten Sie auch auf non-verbale Kommunikation.

Die Schweigepflichtentbindung detailliert mit der Frau besprechen und dokumentieren. Die Information über die vorliegende FGM_C darf nur in den Dokumenten erwähnt werden, für die die Frau dies ausdrücklich gestattet hat.

DON'T

Annehmen, dass die Frau automatisch aufgrund der Beschneidung traumatisiert ist oder Beschwerden hat. Und »selbstverständliche« Fragen nach Sexualstörungen und Unlust stellen.

Die Frage nach der Beschneidung wird im Beisein weiteren Personen wie beispielsweise des Schwagers der Frau gestellt, der als Dolmetscher fungiert. Oder es sind noch weitere Kolleg*innen im Raum wie Praktikant*innen oder jemand stört das Gespräch, um etwas aus dem Raum zu holen.

Da die Frau den Behandlungsvertrag mit dem Krankenhaus unterschrieben hat, wird davon ausgegangen, dass sie der Schweigepflichtentbindung ggü. den mitbehandelnden Ärzt*innen zugestimmt hat.

Die vorliegende FGM_C wird per Geburtenkleber im Mutterpass, dem Kinderuntersuchungsheft und dem Entlassungsbrief dokumentiert.

4. Re-Traumatisierung und Trigger vermeiden



Traumata besser verstehen

FGM_C kann als **potentiell traumatisches Ereignis** eingestuft werden. Die überwiegende Mehrheit der beschnittenen Mädchen und Frauen kann sich an ihre Beschneidung erinnern und verbindet diese häufig mit Angst, Hilflosigkeit und Schmerzen. Dabei geht eine Infibulation mit einer besonders hohen Belastung einher, aufgrund des schwerwiegenden Eingriffs und dessen Folgen. Ein Teil der beschnittenen Personen hat auch andere Formen von geschlechtsspezifischer und sexualisierter Gewalt in ihren Herkunftsländern und/oder auf der Flucht erfahren (Kröger, 2020). Auch das Schwangersein als geflüchteter Mensch mit unsicherem Aufenthaltsstatus im fremden Umfeld kann psychisch belastend wirken. Es ist dennoch wichtig zu erinnern, dass nicht alle Überlebende von FGM_C traumatisiert sind (Krause, 2020).

Schwangerschaft und Geburt können **Erinnerungen an das Erlebte oder Flashbacks auslösen** (Wacker & Momoh, 2020). Der im Körper gespeicherte Stress verursacht eine Art Alarmbereitschaft, welche immer wieder einfach aktiviert werden kann.

Eine Traumatisierung durch FGM_C kann sich auf mehreren Ebenen auswirken:

Verhältnis zum eigenen Körper

Schmerzen oder Wehen können ausgeblendet oder dissoziiert werden, was z.B. das Erkennen von Geburtsbeginn oder Komplikationen erschweren kann. Schwangerschaft kann verdrängt oder der Fötus als »Feind« erlebt werden.

Verhältnis zu anderen Menschen

Durch den erfahrenen Vertrauensverlust durch die FGM_C kann es zum erhöhten Erleben von Misstrauen kommen, welches sich z.B. durch Terminabsagen, Schuldzuweisungen, Weigerung zur Zusammenarbeit oder sogar durch Abbruch der Betreuung ausdrücken kann.

Aufbau der Beziehung zum Kind

Die Betreuung des Neugeborenen kann überfordernd wirken. Der Stress der Mutter kann auch auf das Kind übertragen werden, welches wiederum die Mutter noch mehr stressen kann. Zudem können bei Müttern dem Baby gegenüber ambivalente Gefühle und Verhaltensmuster aufkommen, insbesondere in Bezug auf Töchter, wenn in der Familie die Erwartungshaltung einer Beschneidung besteht.



Das Bewusstsein über Auswirkungen einer Traumatisierung kann eine Hebamme darin unterstützen, ungewöhnliche Reaktionen einzuordnen und Verständnis zu entwickeln. Bei den Stressreaktionen handelt es sich durchaus um normale Reaktionen auf traumatisierende Erfahrungen (»Überlebensstrategien«).

»Im Rahmen der geburtshilflichen Betreuung gibt es viele mögliche Faktoren, die das Stressgedächtnis der Frauen triggern können: das Geburtsgeschehen als solches kann an die Hilflosigkeit erinnern, invasive Untersuchungen, Schmerzen, Blutungen, festgehalten werden, Nacktheit oder die Anwesenheit von fremden Personen sind nur einige der Möglichkeiten.« – Martina Kruse, Hebamme

Sensibilisierung für mögliche Trigger

Ein unsensibler Umgang vonseiten des geburtshilflichen Personals kann daher unter Umständen Erinnerungen an das Trauma wiederbeleben. Beispiele für solche Trigger können sein:

Reaktionen: Bemitleidend, erschrocken oder verurteilend auf FGM_C reagieren und die Person in eine Opferrolle drängen.

Grenzverletzungen: Persönliche Grenzen bzw. Intimität der Person oder mögliche Trigger nicht wahren (u.a. Festhalten, Spreizen von Beinen oder auf den Bauch drücken, Offenlassen von Türen oder Hinzuziehen von unnötigen Fachkräften).

Reduzierung: Die Person nicht in ihrer Ganzheit wahrnehmen und sie auf ihre Beschneidung reduzieren.

Sprache: Die Person als »verstümmelt« bezeichnen oder Phrasen wie »Es ist gleich vorbei.« oder »Tut nicht weh.« nutzen.

Nicht-Wissen: Die Person unnötigen Fragen aussetzen, um eigene Wissenslücken zu füllen oder Neugier zu befriedigen.

Ein physiologischer Geburtsprozess kann nur im Zustand der Sicherheit und Ruhe vorangehen – bei gewaltbetroffenen Gebärenden muss dies besonders berücksichtigt werden. Daher ist es äußerst wichtig, die besonderen sozialen und psychologischen Anforderungen zu beachten und eine vertrauensvolle und traumasensible Atmosphäre zu schaffen, um einer möglichen Re-Traumatisierung entgegenzuwirken

(Graf, 2020; Strunz, 2020).



Achtung! So vermeiden Sie Trigger in der Betreuung:

* Diese Handlungen sollten generell NICHT gemacht werden! Insbesondere bei Frauen, die mit diesen Taten ein potentiell traumatisches Erlebnis verbinden, können diese besonders triggernd wirken (vgl. Vergewaltigung, sexueller Missbrauch).

- Beine der Frau nicht auseinander drücken*
- Beine der Frau nicht festhalten*
- Um Erlaubnis bitten, die Frau anfassen zu dürfen*

4. Re-Traumatisierung und Trigger vermeiden

- NUR mit Einwilligung und Erklärung der Frau vaginale Untersuchungen durchführen, katheterisieren, Damm halten oder Anus untersuchen*
- Auch wenn Sprache ein Hindernis sein sollte, muss die Frau wissen, was die Geburtshelfer*in machen wird – Bilder und Anschauungsmaterialien sind hilfreich bei der Verständigung!
- Nicht-Sprechen, Nicht-Erklären und Körperkontakt ohne Konsens stellen auch Grenzverletzungen dar
- Keine Kolleg*innen, Ärzt*innen, Schüler*innen, usw. ins Zimmer rufen, die sich »auch mal eine beschnittene Frau anschauen sollen«

Empfehlungen zum traumasensiblen Umgang

Empowerment

Positive Erfahrungen und Handlungsfähigkeit fördern, indem die Person in die Entscheidungsfindung einbezogen wird, ihre Wünsche ernstgenommen und z.B. in Form eines Geburtsplanes festgehalten werden.

Erklärung und Begleitung von Interventionen

Im besten Fall im Vorfeld erklären, warum eine Intervention wichtig ist und wie sie abläuft. Dabei können Wünsche der Person im Vorfeld abgefragt werden. Es soll zudem vermittelt werden, dass die Frau die Intervention jederzeit abbrechen kann. Diese soll langsam und im engen Kontakt zur Frau durchgeführt werden, z.B. durch Blickkontakt oder Hand halten, Erklären der nächsten Schritte oder Abfragen, ob die Untersuchung weiterhin in Ordnung ist. Dies erleichtert auch das frühe Erkennen von Stressreaktionen und ist besonders wichtig bei vaginalen Untersuchungen.

In intensiven Geburtsphasen kann das ausführliche Erklären und Einholen vom Einverständnis phasenweise erschwert sein. Hier sollten Geburtshelfer*innen im Nachklang das Gespräch suchen und erklären, warum sie so gehandelt haben.

Wahl der Dolmetscher*in

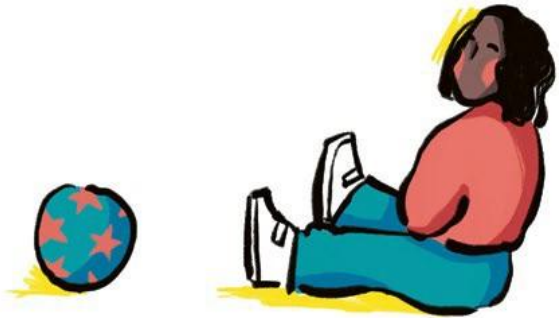
Wenn eine Dolmetschung benötigt wird, sollten weibliche, nicht-familiäre Dolmetscher*innen bevorzugt werden, um dem Druck und das Stigma um das Thema herum zu mildern. Es soll zudem durch Blickkontakt darauf geachtet werden, mit der Frau zu kommunizieren – NICHT mit der Dolmetscher*in.

Die eigene Selbstfürsorge nicht vergessen

Geburtshelfer*innen müssen auch für sich sorgen und mit sich selbst achtsam umgehen, wenn sie intensive Begegnungen durch ihren Berufsalltag haben. Es ist wichtig, Pausen einzuhalten, Reflexions- und Austauschmöglichkeiten zu schaffen sowie für einen Ausgleich zu sorgen. Sie können ggf. auch Fachberatungen oder Supervisionen in Anspruch nehmen.



5. Prävention



Warnsignale erkennen

Ein Mädchen könnte eventuell gefährdet sein, wenn:

- sie bzw. ein Elternteil aus einem Land kommt, in dem FGM_C verbreitet ist
- weibliche Familienmitglieder (Mutter, Schwestern) bereits beschnitten sind
- ihre Eltern FGM_C befürworten bzw. sich nicht dagegen aussprechen
- ihre Familienmitglieder sehr traditionell eingestellt sind und die Community eine sehr große Bedeutung hat
- sie von einem Fest erzählt, dass für sie z.B. während der Heimatreise ausgerichtet werden soll (sog. »Ferienbeschneidung«)
- sie selbst den Wunsch nach einer Beschneidung äußert, z.B. um innerhalb der Community »anerkannt« zu werden
- sie heiraten soll und einer kulturellen Identität angehört, die FGM_C praktiziert (bei manchen Ethnien wird FGM_C im Vorfeld einer Verheiratung durchgeführt)

Ein Mädchen bzw. eine Frau könnte eventuell bereits von FGM betroffen sein, wenn:

- sie Schmerzen im Genitalbereich hat
- sie sich nicht (gynäkologisch) untersuchen lassen möchte
- ihre Eltern die ärztliche oder psychologische Versorgung ihrer Tochter verhindern wollen
- eine Frau ungewöhnlich starke Angst vor der Geburt ihres Kindes hat

Wirksamer Schutz vor FGM_C mit Schutzbrief

Um Mädchen und Frauen vor einer Beschneidung zu schützen, kann ein **Schutzbrief gegen weibliche Genitalverstümmelung_beschneidung** genutzt werden. Neben dem Schutzbrief der Bundesregierung (BMFSFJ, 2021) hat auch die Stadt Hamburg (FHH, 2019) einen Schutzbrief gegen FGM_C herausgegeben. Die Schutzbriefe:

- können gefährdeten Mädchen und Frauen, Eltern oder anderen Personen mitgegeben werden, die ins Heimatland bzw. ins Ausland reisen – Beschneidungen können auch in benachbarten, europäischen Ländern organisiert werden.
- dienen dem Schutz der Frau, des Kindes bzw. der Eltern, falls Familienangehörige oder andere Menschen sie mit einer Beschneidung unter Druck setzen, drohen bzw. planen, dies durchzuführen.
- informieren u.a. über die Folgen von FGM_C und darüber, dass FGM_C gegen deutsches und internationales Recht verstößt und in Deutschland bestraft wird, auch wenn der Tatort im Ausland liegt.
- sind in mehrere Sprachen übersetzt und sowohl digital als auch in Print erhältlich – so können Sie den Schutzbrief selbst ausdrucken oder für Ihre Arbeitsmaterialien bzw. zum Auslegen in Ihrer Einrichtung bestellen.



©BMFSFJ, 2021



©FHH, 2019

Schutzbrief der Bundesregierung

- erhältlich auf Amharisch, Arabisch, Dari, Deutsch, Englisch, Farsi, Französisch, Indonesisch, Kurmandschi, Mandinka, Portugiesisch, Somali, Sorani, Swahili, Tigrinya und Urdu
- Download und Bestellung:

↓ tinyurl.com/schutzbrief-bundesregierung

Hamburger Schutzbrief

- auf Amharisch, Arabisch, Deutsch, Englisch, Dari, Farsi, Französisch, Kurmandschi, Portugiesisch, Russisch, Somali, Tigrinya und Zaza erhältlich
- Download:

↓ tinyurl.com/schutzbrief-hamburg



Weitere Informationen

- **Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e. V.:** *FGM - Weibliche Genitalverstümmelung / Beschneidung (FGM/C) - Ein Beratungsprojekt von Caritas und Sozialdienst katholischer Frauen in Köln*, <https://www.caritasnet.de/fgm/>.
- **FIM – Frauenrecht ist Menschenrecht:** *Weibliche Genitalverstümmelung FGM/C*, <https://fim-frauenrecht.de/unsere-themen/genitalbeschneidung>.
- **Plan International, 2022:** *Gemeinsam gegen weibliche Genitalverstümmelung*, <https://www.plan.de/weibliche-genitalverstuemmung.html?sc=IDQ26100>.
- **WHO, 2018:** *Care of women and girls living with female genital mutilation: A clinical handbook*.
2022: *Integrating female genital mutilation content into nursing and midwifery curricula – a practical guide*.

6. Ansprechpersonen und Adressen

Berlin Medizinische Ansprechpersonen

Dr. med. Constanze Hach, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe Ärztliche Leitung der Sprechstunde für Überlebende von FGM_C	Ganzheitliche, gynäkologische Beratung und Versorgung, Erstellung von Gutachten im Rahmen von Asylverfahren	Familienplanungszentrum BALANCE Konrad-Wolf-Str. 12/12A 13055 Berlin 030 236 236 80 info@koordinierungsstelle-fgmc.de www.koordinierungsstelle-fgmc.de
Maria Schneider, Hebamme und Gesundheitsberaterin	Begleitung in der Schwangerschaft und nach der Geburt, Geburtsvorbereitung, Beckenbodentraining	Familienplanungszentrum BALANCE Konrad-Wolf-Str. 12/12A 13055 Berlin 0176 4443 0852 Schneider@fpz-berlin.de www.fpz-berlin.de
Dr. med. Charlotte von Saldern, Assistenzärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe	Beratung bei Beschwerden und Vorbereitung medizinischer Atteste und Gutachten für das BAMF-Asylverfahren, Defibulationen	Martin-Luther-Krankenhaus Caspar-Theyß-Straße 27-31 14193 Berlin +49 176 20059751 info@fgm-sprechstunde.de www.johannesstift-diakonie.de/medizinische-versorgung/martin-luther-krankenhaus/behandlung/gynaekologie
Dr. med. Cornelia Strunz, Oberärztin Desert Flower Center, Fachärztin für Chirurgie und Gefäßchirurgie Dr. med. Roland Scherer Leitung DFC Waldfriede, Chefarzt „Zentrum für Darm- und Beckenbodenchirurgie“ Dr. med Katharina Drebingen, Oberärztin, Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Ärztliche Sprechstunde, Fortbildungen für medizinisches Personal, Rekonstruktions-OPs, Selbsthilfegruppe, Physiotherapie	Desert Flower Center/ Krankenhaus Waldfriede Argentinische Allee 40 14163 Berlin 030 81810 8582 desertflower@waldfriede.de www.dfc-waldfriede.de
Dr. med. Uwe von Fritschen, Chefarzt der Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie, Handchirurgie	Durchführung von Rekonstruktions-OPs im Desert Flower Center (Kooperationspartner des Desert Flower Center)	HELIOS Klinikum Emil von Behring Walterhöferstraße 11 14165 Berlin 030 8102 1445 plastische-chirurgie.berlin@helios-kliniken.de www.helios-gesundheit.de/berlin-plastische-chirurgie

Dr. med. univ. Dr. med. Irena Rohr, Oberärztin für Gynäkologie und Ge- burtsmedizin	Personalisierte Geburtsplanung, ganzheitliche, interdisziplinäre Betreuung durch ein erfahrenes, geburts- medizinisches Team, anonyme Erstberatung, psychosoziale Beratung, erfahrene und geschulte Hebammen, Erfahrung und Kompetenz in der Diagnose und Geburt von betroffenen Frauen	Charité Universitätsmedizin Berlin Campus Virchow-Klinikum Augustenburger Platz 1 13353 Berlin 030 450 664529 irena.rohr@charite.de geburtsmedizin.charite.de
-------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Zentrum für sexuelle Gesundheit und Familienplanung Gesundheitsamt Friedrichshain-Kreuzberg Weitere Zentren in <ul style="list-style-type: none"> • Charlottenburg-Wilmersdorf • Marzahn-Hellersdorf • Mitte • Steglitz-Zehlendorf 	Versorgung von nicht- versicherten Frauen, Gruppenangebot für Frauen mit belastenden Geburtserfahrungen, Sprechstunde für psychische Gesundheit rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	Gesundheitsamt Friedrichshain- Kreuzberg Urbanstraße 24 10967 Berlin 030 90298 8363 zentrum@ba-fk.berlin.de www.berlin.de/zentrum-urbans- trasse-fk
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Theresia Reinmann	Osteopath*in, Erfahrung mit FGM_C Klient*innen	Manoah – Zentrum Urbanstasse 118 10967 Berlin-Kreuzberg 0178 1887520 mail@reimann-osteopathie.de www.reimann-osteopathie.de
-------------------	---------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Berlin psychologische Anlaufstellen

Katrin Summa, Psychologin	Psychologische Beratung für Überlebende von FGM_C, Sexualberatung für Einzelpersonen und Paare	Familienplanungszentrum BALANCE/ Konrad-Wolf-Str. 12/12a 13055 Berlin 030 236 236 846 info@koordinierungsstelle-fgmc.de www.koordinierungsstelle- fgmc.de
Aissata Cissé-Kultus, Sexualtherapeutische Beratung & Betreuung	Sexualtherapeutische Beratung & Betreuung, autogenes Training, Einzel- und Gruppengespräche, Paartherapie	Desert Flower Center/ Krankenhaus Waldfriede Argentinische Allee 40 14163 Berlin 030 81 810 8582 desertflower@waldfriede.de
Gesundheitszentrum für Flüchtlinge (GZF)/ Interkulturelle Gesundheitszentrum (IGZ)	Psychotherapie, psychiatrische Behandlung	gzf gGmbH Prenzlauer Allee 187 10405 Berlin Terminvergabe: www.gzf-berlin.org/termin.php
Zentrum Überleben	Psychotherapie und psychosoziale Beratung	Turmstraße 21 10559 Berlin Terminvergabe: www.gzf-berlin.org/termin.php

Berlin Soziale- und Beratungseinrichtungen

Berliner Koordinierungs- stelle gegen FGM_C	Community-Arbeit, Fort- bildung, Fachberatung, psychologische und medizinische Versorgung, Vernetzung	Familienplanungszentrum BALANCE Konrad-Wolf-Str. 12/12A 13055 Berlin 030 236 236 846 info@koordinierungsstelle-fgmc.de www.koordinierungsstelle-fgmc.de
Asylverfahrensberatung der AWO Kreisverband Berlin-Mitte e.V./ AWO Beratungszentrum Mitte	Rechtsberatung für asylsuchende Menschen	Exerzierstraße 16 13357 Berlin Kontakt: Nicolas Chevreux, Rechtsberater 030 403 949 283 chevreux@awo-mitte.de www.awo-mitte.de/gefluechtete-und- asyl
Desert Flower Center/ Krankenhaus Waldfriede	Beratung	Argentinische Allee 40 14163 Berlin Kontakt: Evelyn Brenda, Beraterin 030 81 810 8582 desertflower@waldfriede.de www.dfc-waldfriede.de
JOLIBA e.V.	Sozialberatung/ Psychosoziale Beratung	Görlitzer Straße 70 10997 Berlin 030 61076 802 beratung@joliba.de www.joliba.de
Kontakt- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migrant*innen e.V. (KUB)	Beratung zu Asyl und Aufenthalt, Psychosoziale Beratung, Beratung für geflüchtete Frauen	Oranienstr. 159 10969 Berlin 030 61 494 00 kontakt@kub-berlin.org www.kub-berlin.org/de
Mama Afrika e.V.	Community-Arbeit, Kulturvermittlung	Residenzstr. 156 13409 Berlin 0176 82 144 369 info@mama-afrika.org https://mama-afrika.org
Oromo Horn von Afrika Zentrum e.V.	Sozialberatung auf Oromo, Somalisch, Amharisch	Prinzenallee 81 13357 Berlin 030 49 410 36 oromocenter@oromo-deutsch.de www.oromo-deutsch.de/
pro familia Beratungsstelle Berlin	Soziale Beratung, Schwangerschaftskonflikt, Verhütung und frauenärztliche Untersuchungen, Psychologische Beratungen und Selbsthilfegruppen	Kalkkreuthstr. 4 10777 Berlin 030 39849898 www.profamilia.de/angebote-vor- ort/berlin/beratungszentrum berlin@profamilia.de
Refugee Law Clinic Berlin e.V.	Rechtsberatung für Geflüchtete und Migrant*innen zum Asyl- und Aufenthaltsrecht	www.rlc-berlin.org/beratung online und an vielen Standorten
SOLWODI Berlin e. V.	Psychosoziale Beratung und Betreuung für geflüchtete Frauen aus afrikanischen Ländern, Betroffene von Menschenhandel und anderen Formen frauenspezifischer Gewalt	Kranoldstraße 24 12051 Berlin 030 81 00 11 70 info@solwodi-berlin.de www.solwodi-berlin.de

Space2groW	Beratung, Begleitung und Empowerment in Unterkünften	Frauenkreise Berlin Chorinerstr. 10 10119 Berlin 030 280 61 85 space2groW@frauenkreise-berlin.de www.frauenkreise-berlin.de
TERRE DES FEMMES – Menschenrechte für die Frau e.V.	Community-Arbeit, Fachkräftefortbildung	Brunnenstraße 128 13355 Berlin 030 4050 469 90 www.frauenrechte.de/unsere-arbeit/weibliche-genitalverstueummelung
XENION – Psychosoziale Hilfen für politisch Verfolgte e.V.	Psychotherapeutische & psychosoziale Betreuung, Vermittlung zu spezialisierten Rechtsstellen	Dudenstraße 78 10965 Berlin 030 880 667 361 kontakt@xenion.org www.xenion.org

Berlin Kinderschutz

Wildwasser	Beratung, Begleitung und Empowerment	Wildwasser Arbeitsgemeinschaft gegen sexuellen Missbrauch an Mädchen e.V. Friesenstr. 6 10965 Berlin 030 693 91 92 selbsthilfe@wildwasser-berlin.de www.wildwasser-berlin.de
------------	--------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Brandenburg Soziale- und Beratungseinrichtungen

FMI-Fachzentrum für soziale Arbeit in den Bereichen Migration und Integration	Fachberatung	ISA e.V. Am Bürohochhaus 2-4 14478 Potsdam Kontakt: Silvia Halpap, Referentin für vulnerable Gruppen 0157 56004816 s.halpap@isa-brb.de
PAWLO – Pan African Women’s Empowerment and Liberation Organisation e.V.	Fachberatung, Fort- und Weiterbildungen für Fachkräfte, Begutachtung für BAMF (FGM_C und Asyl), Community-Arbeit, Dialoge und Workshops, Projektentwicklung und Beratung	Postfach 601054 14410 Potsdam +49 176 25742654 info@pawlo.org www.pawlo.org
Vereinte Aktion Frauen und Mädchen e.V.	Fachberatung, Community-Arbeit, Empowerment, Dialoge und Workshops	Luisenstr. 16 14542 Werder (Havel) 030 263 74 746 info@united-action.de www.united-action.de/en/
pro familia Landesverband Brandenburg e.V.	Schwangerschaftsberatung, Schwangerschaftskonfliktberatung, Beratung zur vertraulichen Geburt, Unterstützung durch Stiftungen für werdende Eltern und Familien, Sozialrechtliche Beratung, Verhütungsberatung, Paar- und Sexualberatung	Charlottenstraße 30 14467 Potsdam 0331 740 83 97 lv.brandenburg@profamilia.de www.profamilia.de/angebote-vorort/brandenburg Beratungsstellen auch in Bad Freienwalde, Eisenhüttestadt, Finsterwalde, Frankfurt-Oder, Schwedt, Senftenberg, Templin

Quellenverzeichnis

Abdulcadir, Jasmine; McLaren, Sophie; Boulvain, Michel & Irion, Oliver, 2016: *Health education and clinical care of immigrant women with female genital mutilation/cutting who request postpartum reinfibulation*. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 135(1), 69-72.

Albert, Juliet; Bailey, Elizabeth & Duaso, Maria, 2015: *Does the timing of deinfibulation for women with type 3 female genital mutilation affect labour outcomes?* *British Journal of Midwifery* 23(6), 430-437.

Asefaw, Fana, 2014: *Sachlich und vorurteilsfrei. Begleitung beschnittener Frauen*. *Hebammenforum* 15, 851-853

Berg, Rigmor C. & Underland, Vigdis, 2013: *The Obstetric Consequences of Female Genital Mutilation/Cutting: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *Obstetrics and Gynecology International* 2013, 1-15.

Berg, Rigmor C.; Underland, Vigdis; Odgaard-Jensen, Jan; Fretheim, Atle & Vist, Gunn E., 2014: *Effects of female genital cutting on physical health outcomes: A systematic review and meta-analysis*. *BMJ Open* 2014(4).

Bundesärztekammer, 2016: *Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung*, Zugriff am 09.09.2025 unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Empfehlungen/2016-04_Empfehlungen-zum-Umgang-mit-Patientinnen-nach-weiblicher-Genitalverstuemmung.pdf

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), 2024: *Schutzbrief gegen weibliche Genitalverstümmelung*. Zugriff am 09.09.2025 unter <https://www.bmbfsfj.bund.de/bmbfsfj/service/publikationen/schutzbrief-gegen-weibliche-genitalverstuemmung-179280>

Deutscher Hebammenverband e.V., 2014: *Empfehlungen für traumasensible Begleitung durch Hebammen*, 2. Auflage, Karlsruhe.

End FGM European Network, U.S End FGM/C Network & Equality Now, 2020: *Weibliche Genitalverstümmelung-/Beschneidung: Ein Aufruf zu globalem Handeln*, Zugriff am 09.09.2025 unter www.endfgm.eu/editor/files/2020/07/FGMC_GlobalReport_DE.pdf

Freie und Hansestadt Hamburg (FHH), 2024: *Schutzbrief gegen weibliche Genitalverstümmelung*, Zugriff am 09.09.2025 unter <https://www.hamburg.de/politik-und-verwaltung/behoerden/sozialbehoerde/themen/soziales/opferschutz/schutzbrief-gegen-genitalverstuemmung-37066>

Quellenverzeichnis

Gabor, Susanne, 2016: *Zivilcourage, um Mädchen zu schützen*. Hebammenforum 17, 154-155.

Graf, Jana, 2020: *Verwenden Sie den richtigen Ton*. In: Uwe von Fritschen; Cornelia Strunz und Roland Scherer (Hrsg.) *Female Genital Mutilation: Medizinische Beratung und Therapie genitalverstümmelter Mädchen und Frauen*, 77-79.

INTEGRA, 2017: *Eine empirische Studie zu weiblicher Genitalverstümmelung in Deutschland. Daten - Zusammenhänge - Perspektiven*. Zugriff am 09.09.2025 unter www.netzwerk-integra.de/wp-content/uploads/2021/07/Eine-empirische-Studie-zu-Genitalverstuemmeling-in-Deutschland.pdf.

Kelly, Sarah & Bird, Jonathan, 2014: *Recovering from childhood abuse*. NAPAC - National Association for People Abused in Childhood.

Krause, Martina, 2020: *Traumasensible Geburtshilfe - zum Schutz der Gebärenden, der Hebammen und Geburtshelfer*. In: von Fritschen et al. (Hrsg.): *Female Genital Mutilation: Medizinische Beratung und Therapie genitalverstümmelter Mädchen und Frauen*, 189-193.

Kröger, Christoph, 2020: *Sexualität, Psychosoziale Folgen und Psychotherapie*. In: von Fritschen et al. (Hrsg.): *Female Genital Mutilation - Medizinische Beratung und Therapie genitalverstümmelter Mädchen und Frauen*, 70-73.

Montgomery, Elsa; Pope, Catherine & Rogers, Jane, 2015: *The re-enactment of childhood sexual abuse in maternity care: a qualitative study*. BMC Pregnancy Childbirth, 15, 194.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2015: *Female Genital Mutilation and its Management*. RCOG Green-top Guideline No. 53.

Taraldsen, Sølvi; Vangen, Siri; Øian, Pål & Sørbye, Ingvil K., 2021: *Female genital mutilation/cutting, timing of deinfibulation, and risk of cesarean section*. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica 100(4), 587-595.

TERRE DES FEMMES - Menschenrechte für die Frauen e.V. et al., 2014: *CHANGE - Weiblicher Genitalverstümmelung begegnen. Ein Leitfaden für Fachkräfte in sozialen, pädagogischen und medizinischen Berufen*. Zugriff am 09.09.2025: <https://www.change-agent.eu/index.php/about-us/news-and-press-release/93-the-change-brochure-responding-to-female-genital-mutilation-a-guide-for-key-professionals-is-now-available-for-download-in-four-languages>

2021: *Weibliche Genitalverstümmelung - Aufklärung, Prävention und Umgang mit Betroffenen*.

UNICEF, 2025: *Percentage of girls and women aged 15-49 years who have undergone FGM (by place of residence and household wealth quintile)*, UNICEF DATA.

2025: *Percentage of girls who have undergone FGM (as reported by their mothers, by place of residence and household wealth quintile)*, UNICEF DATA.

von Fritschen, Uwe; Strunz, Cornelia & Scherer, Roland (Hrsg.), 2020: *Female Genital Mutilation: Medizinische Beratung und Therapie genitalverstümmelter Mädchen und Frauen*, De Gruyter, Berlin/Boston.

Quellenverzeichnis

von Rège, Inez & Campion, Daniel, 2017: *Female genital mutilation: implications for clinical practice*. British Journal of Nursing 26(18), 22-27.

Wacker, Jürgen & Momoh, Comfort, 2020: *Geburtshilfliche Betreuung und Behandlung von Schwangeren und Gebärenden mit FGM*. In von Fritschen et al. (Hrsg.): *Female Genital Mutilation: Medizinische Beratung und Therapie genitalverstümmelter Mädchen und Frauen*, 184-189.

Weltgesundheitsorganisation (WHO), 2018: *Care of women and girls living with female genital mutilation: A clinical handbook*.

2022: *Integrating female genital mutilation content into nursing and midwifery curricula - a practical guide*.

2025: *Female Genital Mutilation*, Zugriff am 09.09.2025 unter <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>.

2025: *New study highlights multiple long-term health complications from female genital mutilation*, Zugriff am 09.09.2025 unter <https://www.who.int/news/item/14-04-2025-new-study-highlights-multiple-long-term-health-complications-from-female-genital-mutilation>.

Wuest, S., Raio, L., Wyssmueller, D., Mueller, M. D., Stadlmayr, W., Sur bek, D. V., & Kuhn, A., 2009: *Effects of female genital mutilation on birth outcomes in Switzerland*. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 116(9), 1204-1209



Ihre Spende unterstützt unsere Beratungs- und Aufklärungsarbeit:

Familienplanungszentrum Berlin e.V. BALANCE

Bank für Sozialwirtschaft Berlin GmbH

IBAN: DE73100205000003314400

BIC: BFSWDE33XXX

Gerne schicken wir Ihnen eine Spendenbescheinigung zu.

Liebe, Sexualität, Beziehung -

kompetente Hilfe für alle bei BALANCE.

Dieser Leitfaden ist im Rahmen des Runden Tisches »**Stopp FGM_C in Berlin-Brandenburg**« entstanden, welcher von der **Berliner Koordinierungsstelle gegen FGM_C** als Fachteam des **Familienplanungszentrum BALANCE** ausgerichtet und koordiniert wird.



Herausgegeben von



In Zusammenarbeit mit



Gefördert durch

