

Leitfaden für Hebammen im Umgang mit FGM_C in Berlin-Brandenburg

Familienplanungszentrum

BALANCE



Leitfaden für Hebammen im Umgang mit FGM_C in Berlin-Brandenburg

1. Auflage, Berlin, September 2021

Herausgeber

Familienplanungszentrum BALANCE
Mauritiuskirchstraße 3
10365 Berlin

Projektleitung

Jutta Reippainen, Migrations- und Öffentlichkeitsbeauftragte,
Familienplanungszentrum BALANCE

Redaktion

Annabelle Ahrens, Hebamme, Berliner Hebammenverband e.V.
Anna Grewe, Projektkoordinatorin, Koordinierungsstelle FGM_C
Dr. Constanze Hach, Gynäkologin, Familienplanungszentrum BALANCE
Janine Hildenbeutel, Projektmitarbeiterin, TERRE DES FEMMES
Swantje Lüthge, Hebamme, Familienplanungszentrum BALANCE
Kristin Nachtsheim, Studentin, Familienplanungszentrum BALANCE
Johanna Pohl, Projektkoordinatorin, Koordinierungsstelle FGM_C
Joana Streffing, Hebamme und Dozentin, Evangelische Hochschule Berlin
Claudia Sprengel, Referentin der Landesgleichstellungsbeauftragten, Land Brandenburg

Grafik & Illustration

Elena Galuppo
E-Mail: ciao@elenagaluppo.de

Kontakt & Bestellung

E-Mail: presse@fpz-berlin.de
Telefon: +49 30 236 236 80

Vorwort

Liebe Hebammen, liebe Leser_innen,

die Mitglieder des Runden Tisches »Stopp FGM_C in Berlin-Brandenburg« erhalten vermehrt Anfragen von Hebammen zu weiblicher Genitalverstümmelung_Beschneidung (Female Genital Mutilation_Cutting, FGM_C). Bestandteil des Hebammenstudiums ist das Thema erst seit 2020. Dazu kommt, dass die Zahl der betroffenen Frauen und gefährdeten Mädchen in Deutschland in den letzten Jahren durch Flucht und Migration deutlich angestiegen ist. Daher ist der Bedarf an Information und praktischer Orientierung bei Hebammen enorm.

So hat sich eine Arbeitsgruppe im Rahmen des Runden Tisches gebildet, um gemeinsam einen praktischen Leitfaden für Hebammen zu entwickeln und Wissenslücken zu schließen. Damit betreten wir Neuland, denn es ist die erste Handreichung zu diesem Thema in Deutschland, die sich speziell an Hebammen richtet.

Mit diesem Leitfaden möchten wir die Handlungskompetenz von Hebammen im Umgang mit FGM_C erweitern und stärken. Ziel ist es zunächst, Grundlagenwissen zu FGM_C zu vermitteln und praktische Handlungsempfehlungen für Hebammen zu geben. Dadurch soll eine fachlich kompetente und sensible Betreuung von Betroffenen gefördert, Retraumatisierung entgegengewirkt sowie Mädchen und Frauen vor einer Beschneidung geschützt werden. Der Leitfaden beinhaltet zudem eine Übersicht an thematisch spezialisierten Ansprechpersonen und Einrichtungen in Berlin und Brandenburg und richtet sich daher insbesondere an Hebammen in diesen beiden Bundesländern.

Jutta Reippainen

Koordinatorin des Runden Tisches »Stopp FGM_C in Berlin-Brandenburg«



Der **Runde Tisch »Stopp FGM_C in Berlin-Brandenburg«** ist eine offene Plattform, in der Organisationen, 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** koordiniert.

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. Praktische 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
Literatur	53
Bilder	57

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

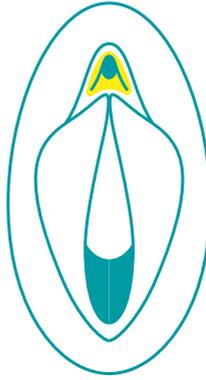
- 1 **Typ I: Klitoridektomie oder »Sunna-Beschneidung«**
Teilweise oder vollständige Entfernung der Klitorisglans (der äußere und sichtbare Teil der Klitoris) und/oder der Klitorisvorhaut (die Hautfalte, die die Klitoris umgibt)
- 2 **Typ II: Exzision**
Teilweise oder vollständige Entfernung der Klitorisglans 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

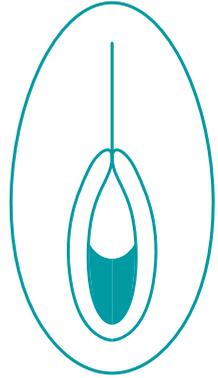
Alle anderen Eingriffe an den Genitalien aus nicht medizinischen Gründen, wie z.B. Einritzen, Einstechen, Durchbohren, Einschneiden, Ausbrennen, Verätzen oder Dehnen

1. Grundlagenwissen

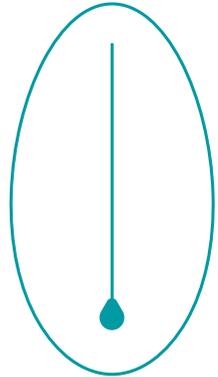
1



2

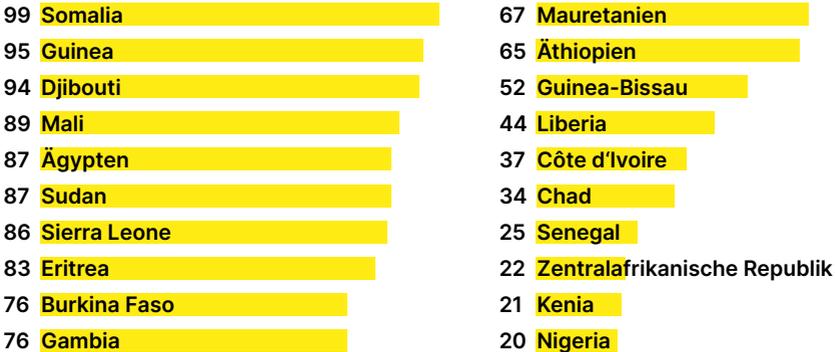


3



1. Grundlagenwissen

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



Quelle: UNICEF, 2021

Vorkommen weltweit und in Deutschland

siehe Infos
zum Gendern
auf S. 15

FGM_C ist ein globales Phänomen. UNICEF (2020) zufolge sind aktuell mindestens 200 Millionen Mädchen und Frauen weltweit betroffen. Zudem gelten weitere vier Millionen Mädchen jedes Jahr als gefährdet. Die Dunkelziffer liegt jedoch wahrscheinlich deutlich höher.

Ein aktueller Bericht listet 90 Länder weltweit auf, in denen FGM_C praktiziert wird (End FGM EU, U.S. End FGM/C Network & Equality Now, 2020). Somit ist FGM_C nicht ausschließlich auf dem afrikanischen Kontinent verbreitet, sondern beispielsweise auch in Regionen des Nahen Ostens, Asiens und Südamerikas.

Durch Migration leben weltweit – auch in Europa und Deutschland – Mädchen und Frauen, die von FGM_C betroffen sind oder gefährdet sind, beschnitten zu werden. In Deutschland leben schätzungsweise 75.000 von FGM_C betroffene Frauen und 20.000 gefährdete Mädchen (TDF, 2020).

1. Grundlagenwissen

Geschätzte Anzahl **Betroffener** und **Gefährdeter** in Deutschland

Eritrea	14293	4202	Thailand	2007	57
Somalia	10579	4207	Malaysia	1787	62
Indonesien	10293	356	Iran	1727	270
Ägypten	7471	2360	Kenia	1599	145
Äthiopien	5285	1077	Gambia	1172	283
Irak	5217	2886	Sudan	1135	515
Nigeria	5117	1980	Sierra Leone	792	252
Guinea	2862	791	insgesamt	74899	20182

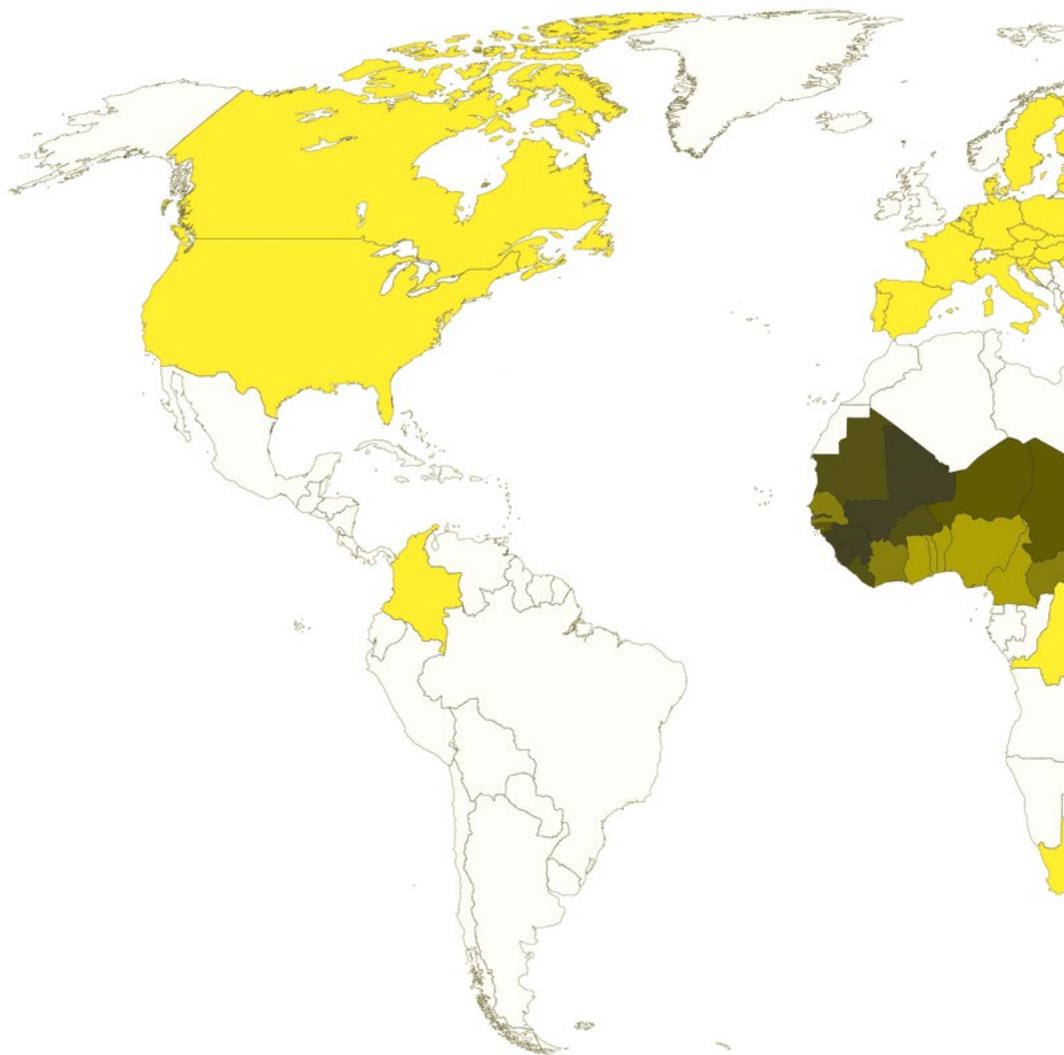
Geschätzte Anzahl **Betroffener** und **Gefährdeter** in Berlin

Ägypten	1085	281	Thailand	153	3
Indonesien	968	24	Kenia	148	15
Guinea	310	53	Iran	128	16
Nigeria	242	61	Malaysia	120	0
Eritrea	237	71	Sudan	83	4
Irak	202	109	Jemen	67	27
Somalia	196	81	Sierra Leone	54	5
Äthiopien	178	6	insgesamt	4360	767

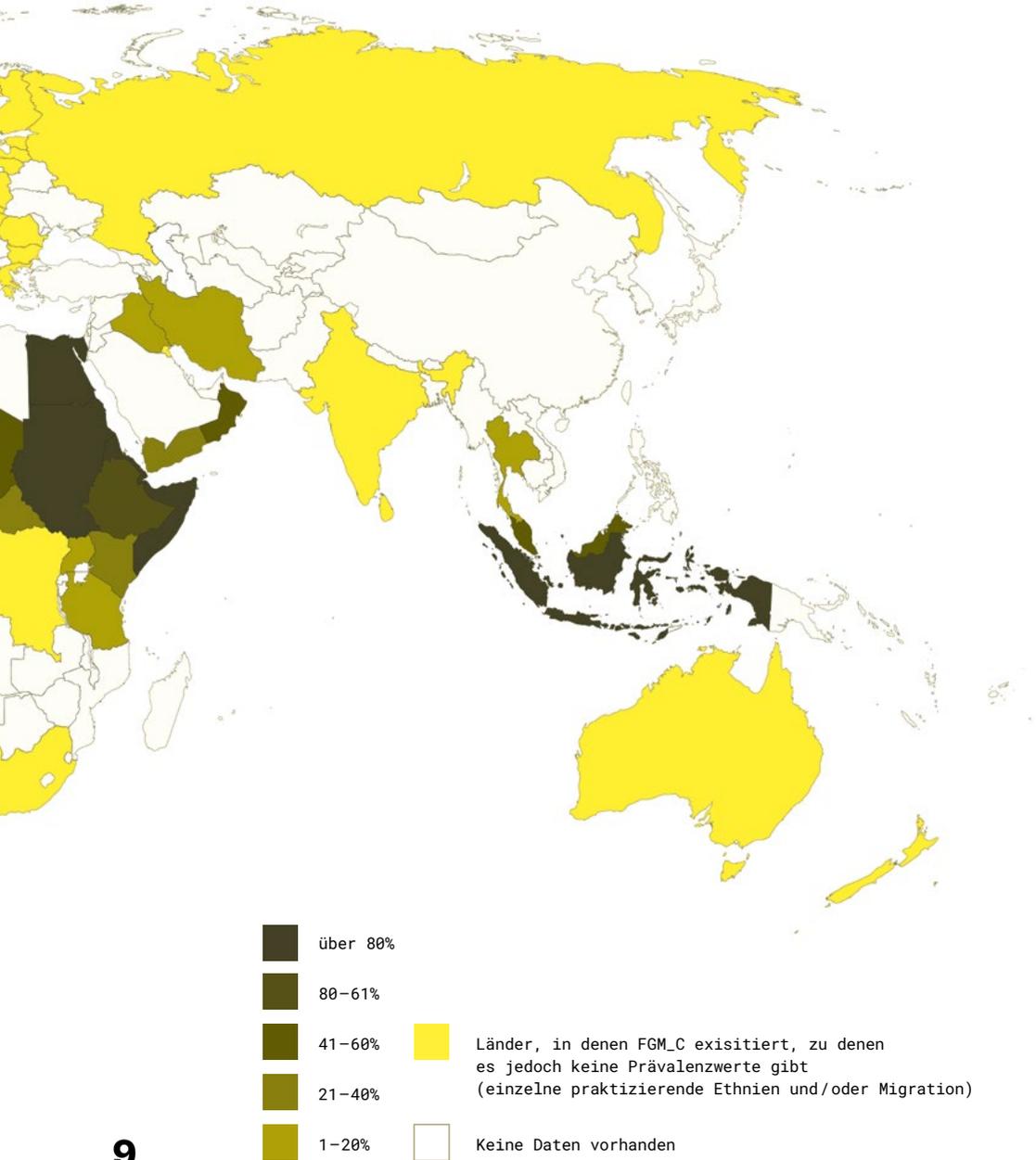
Geschätzte Anzahl **Betroffener** und **Gefährdeter** in Brandenburg

Somalia	235	103	Irak	18	11
Eritrea	178	68	Sudan	17	9
Kenia	155	20	Äthiopien	7	2
Indonesien	111	0	Tschad	7	14
Ägypten	83	24	Jemen	6	0
Nigeria	48	13	Kamerun	5	1
Iran	29	6	Malaysia	3	0
Thailand	26	1	insgesamt	929	278

Prävalenz von FGM_C weltweit



1. Grundlagenwissen



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 Unvollständigseins
- Angst und Depressionen
- chronische Reizbarkeit
- Sexualstörungen
- sexuelle Unlust
- Partnerschaftskonflikte
- 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.

1. Grundlagenwissen

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.

1. Grundlagenwissen

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 Mädchen und Frauen, die ihren Wohnsitz oder ihren »gewöhnlichen Aufenthalt« in Deutschland haben, im Ausland beschnitten werden oder wenn die 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. 9a–b StGB	Auslandstaten mit besonderem Inlandsbezug, inkl. sog. »Ferienbeschneidungen«
§ 7 StGB	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



Weiterführende Literatur

- Fana Asefaw, 2017: Weibliche Genitalverstümmelung: Hintergründe, gesundheitliche Folgen und nachhaltige Prävention.
- INTEGRA, 2017: Eine empirische Studie zu weiblicher Genitalverstümmelung in Deutschland. Daten–Zusammenhänge–Perspektiven.
- TERRE DES FEMMES (TDF), 2021: Weibliche Genitalverstümmelung. Informationsbroschüre. Aufklärung, Prävention und Umgang mit Betroffenen.
- Uwe von Fritschen, Cornelia Strunz & Roland Scherer, 2020: Female Genital Mutilation: Medizinische Beratung und Therapie genitalverstümmelter Mädchen und Frauen.



Gender & Schreibweise

Dem Redaktionsteam ist bewusst, dass nicht nur Frauen und Mädchen von FGM_C betroffen sind. Vielmehr können auch Männer, non-binäre Personen und Personen mit jeglichen weiteren geschlechtlichen Selbstbezeichnungen betroffen sein. Die Begriffe »Frau« bzw. »Mädchen« werden hier verwendet, um zum einen auf die patriarchalen Machtstrukturen aufmerksam zu machen und um zu verdeutlichen, dass es sich um die Beschneidung_Verstümmelung von Vulven handelt, und zum anderen, um an die Arbeitsrealität von Hebammen anknüpfen zu können. Darüber hinaus wird im Leitfaden durch ein Unterstrich gegendert und auf geschlechtliche Vielfalt verwiesen.

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 Mädchen und Frauen nicht als Opfer, sondern als Überlebende von FGM_C, was von dem Gegenüber in dessen Sprachgebrauch adaptiert werden sollte. Darüber hinaus gibt es auch viele Frauen, denen es nicht bewusst ist, dass sie beschnitten sind.
- Mit dem Wort Beschneidung oder dem jeweiligen Wort in der Muttersprache können sich die Betroffenen oft besser identifizieren, wie z.B. Thara, Khitan oder Khifad auf Arabisch; Mekhnishab in Eritrea; Ibi oder Ugwu in Nigeria
- 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 Beratungsetting: 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 der Person gegenüber, können sie kompetent begleiten und Vertrauen gewinnen und tragen zum Schutz von gefährdeten Mädchen bei.

Muttersprachliche Begriffe: Indem Sie das jeweilige, muttersprachliche Wort für FGM_C verwenden, zeigen Sie Kultursensibilität. Das Royal College for Nursing (2020, s. 22) hat eine Übersicht zusammengestellt, die Sie hier abrufen können:

➤ tinyurl.com/begriffe-RCN



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 Frauen, die von FGM_C betroffen sind, verwenden.

Das Wort **Beschneidung** oder das jeweilige **Wort in der Muttersprache** im Beratungskontext mit Frauen, 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

Routinefrage

siehe
Länderlisten
ab S. 6

Bei Frauen aus Regionen, in denen FGM_C vorkommt, sollte die Frage, ob sie beschnitten sind, routinemäßig zur Hebammen-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).

Nicht Tabuisieren

siehe Kap. 2.
Sprache

Dabei sollten Hebammen 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 als Hebamme eine betroffene Frau gut betreuen und beraten zu können, ist diese Information sehr wichtig. Für die Frauen 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 Frau ist angekleidet und sitzt der Hebamme »auf Augenhöhe« gegenüber.

3. Praktische Handlungsempfehlungen

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 zur Familie gehörenden 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 der Hebamme 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 Hebammen manchmal betroffen macht, wie z.B. bei HIV, Fetus mit infauster Prognose o.Ä., sollten auch beschnittene Frauen eine professionelle Hebammenbetreuung erhalten, die nicht von Mitleid, Entsetzen oder gar Abscheu geprägt ist. Solche Erfahrungen lösen Verunsicherung, Scham und Schuldgefühle aus. Im Zweifel sollte die Hebamme ihre Überforderung offen ansprechen und ggf. die Betreuung abgeben – so muss die Frau den »Fehler« nicht bei sich suchen.

3. Praktische Handlungsempfehlungen

Von Expertin zu Expertin

Im Sinne einer professionellen Arbeitsbeziehung zwischen Hebamme und Frau und dem Prinzip der partizipativen Entscheidungsfindung (shared decision making, SDM) sollten sich Hebamme und Frau immer auf Augenhöhe begegnen. Eine Expertin für Schwangerschaft, Geburt und Säuglingszeit – die Hebamme – trifft dabei auf eine Frau, die Expertin ist für ihr eigenes Leben, ihre Biografie, ihre Bedürfnisse und Ängste sowie ihren eigenen – beschnittenen – Körper.

Traumasensible Betreuung

Wir müssen davon ausgehen, dass viele von FGM_C betroffene 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 Frauen 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 Frauen besonders achtsam im Sinne der »traumasensiblen Hebammenbetreuung« zu begleiten. Die Frauen 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-Traumatisierung und
Trigger vermeiden

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 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 die Hebamme bzw. das betreuende Team von der Schweigepflicht (**Schweigepflichtentbindung**).

Wir empfehlen aktiv anzusprechen, ob FGM_C im Mutterpass notiert werden darf, und zu erklären, warum es wichtig sein könnte. Je nach Wunsch der Schwangeren kann dies im Mutterpass vermerkt werden und / oder der Geburtsort informiert werden.



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?

3. Praktische Handlungsempfehlungen

Hilfestellungen anbieten, damit die Gebärende gut betreut wird:

z.B. diese Handreichung mitgeben, mit Frau 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 Frau eine Spontangeburt oder einen geplanten Kaiserschnitt bevorzugt und 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.
- Neben einer bevorstehenden Geburt sprechen auch die folgenden Indikationen für eine Defibulation mit Einverständnis der Schwangeren (Wacker & Momoh, 2020):
 - Verlangen der Frau
 - Schwierigkeiten beim Wasserlassen und Geschlechtsverkehr
 - Keloidbildung des Narbengewebes und Einschlusszysten
 - rezidivierende Infektionen
 - erschwerte Diagnostik



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 Frau über weitere Angebote beraten werden, wie z.B.:

- spezialisierte gynäkologische Praxis für Vorsorgen
- spezialisierter Geburtsort
- evtl. Defibulation vor der Geburt
- evtl. Betreuung an spezialisierte und erfahrene Hebammenkolleg_in 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 Hebammen, 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 Hebammen, 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

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 Gebäraprozess hingeben kann. Dazu gehört, dass sie sich angenommen und respektiert fühlt, so wie sie ist – beschnitten oder nicht. Dementsprechend sollten Hebammen Frauen mit FGM_C im Kreißaal gemäß den Grundhaltungen »Betreuung wie bei jeder anderen Frau« und »von Expertin zu Expertin« begegnen – auf Augenhöhe.

siehe All-
gemeines zur
Betreuung
ab S. 21

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 Frau 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 Gebärpositionen für geringere Geburtsverletzungen
 - prophylaktische Antibiose bei erwarteter größerer Geburtsverletzung



Traumasensible Betreuung

- Die Betreuungs- und Untersuchungsräume sollen sicher und privat sein (Refek & Campion, 2017).
- Mündliches Einverständnis muss vorliegen. Die Frau kann auch nur zu Teilen der Untersuchung zustimmen, z.B. »gucken, nicht anfassen«.
- Die Frau muss alles unter Kontrolle haben, 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.

3. Praktische Handlungsempfehlungen

- 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 VUs

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 VUs

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

3. Praktische Handlungsempfehlungen



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

- Die Frau hat der VU explizit zugestimmt (jedes Mal erneut!)
 - 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 und
 - 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 aber nicht das Risiko für einen Kaiserschnitt, im Vergleich zur Defibulation während der Geburt (Taraldsen et al., 2021).

- Falls 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 weibliche Geschlecht des Neugeborenen triggernd wirken
- bei Wunsch chirurgische Re-Konstruktion
- Beratungsthemen: FGM_C-Prävention / Schutz von Töchtern
- Vorgehen wenn Frau nach Reinfibulation fragt
(Abdulcadir et al., 2016):
 - Dolmetscherin 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)

3. Praktische Handlungsempfehlungen



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 Hebammenkollegin 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	DON'T
Bei Frauen aus Regionen, in denen FGM_C vorkommt, sollte die Frage, ob sie beschnitten sind, routinemäßig zur Hebammen-Anamnese gehören (siehe Länderlisten ab S. 8).	Jede Frau mit Kopftuch fragen, ob sie beschnitten ist: FGM_C ist keine muslimische Praktik.
Hebammen sollten das Thema einfühlsam, aber direkt ansprechen.	Das Thema aus Scham oder »Mitgefühl« nicht ansprechen: FGM_C kann weitreichende Folgen für Schwangerschaft und Geburt haben. Um als Hebamme eine betroffene Frau gut betreuen und beraten zu können, ist diese Information sehr wichtig.
Begründen, warum die Info über das Vorliegen einer FGM_C für die Hebammenbetreuung wichtig ist.	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 sollte immer im Rahmen eines Gesprächs erfolgen. D.h. die Frau ist angekleidet und sitzt der Hebamme auf Augenhöhe gegenüber.	Die Frage nach der Beschneidung beim Anblick des Genitals stellen, wenn die Frau entblößt auf einer Untersuchungs- liege liegt, während die Hebamme davorsteht und auf die Frau herablickt.

3. Praktische Handlungsempfehlungen

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. »Selbstverständliche« Fragen nach Sexualstörungen und Unlust stellen.

Die Frage nach der Beschneidung wird im Beisein des Schwagers der Frau gestellt, der als Dolmetscher fungiert. Außerdem ist eine Hebammenstudentin anwesend, die ein erschrockenes Gesicht macht. Dann geht auch noch die Tür auf und ein_e Ärzt_in kommt rein, 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 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 Frauen hat auch andere Formen von geschlechtsspezifischer und sexualisierter Gewalt in ihren Herkunftsländern und/oder auf der Flucht erfahren (Kröger, 2020). Auch das Schwangersein als geflüchtete Frau 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.

4. Re-Traumatisierung und Trigger vermeiden

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 Hebamme 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 von Klientinnen

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 Frau 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 soll die Hebamme im Nachklang das Gespräch suchen und erklären, warum sie so gehandelt hat.

4. Re-Traumatisierung und Trigger vermeiden

Wahl der Dolmetscherin

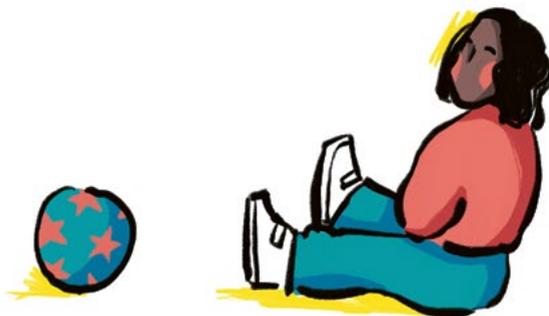
Wenn eine Dolmetscherin benötigt wird, sollen weibliche, nicht-familäre Dolmetscherinnen bevorzugt werden, um dem Druck und das Stigma um das Thema herum zu mildern. Es soll zudem durch Blickkontakt darauf geachtet werden, mit der Frau zu kommunizieren – NICHT mit der Dolmetscherin.

Die eigene Selbstfürsorge nicht vergessen

Die Hebamme soll auch für sich sorgen und mit sich selbst achtsam umgehen, wenn sie intensive Begegnungen durch ihren Berufsalltag hat. Es ist wichtig, Pausen einzuhalten, Reflexions- und Austauschmöglichkeiten zu schaffen sowie für einen Ausgleich zu sorgen. Sie kann ggf. auch Fachberatung oder Supervision 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.

5. Prävention



© 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 Materialempfehlungen

- Präventionsbroschüre »Wir schützen unsere Töchter« von TERRE DES FEMMES, auf sieben Sprachen erhältlich
- Broschüre »STOP harmful traditional practices. Patriarchale Gewalt verhindern. Eine Informations- und Präventionsbroschüre« von TERRE DES FEMMES
- Handlungsempfehlung »Weiblicher Genitalverstümmelung begegnen. Ein Leitfaden für Fachkräfte in sozialen, pädagogischen und medizinischen Berufen« von TERRE DES FEMMES
- Bildungsportal »KUTAIRI« vom Runden Tisch NRW gegen Beschneidung von Mädchen:

↗ kutairi.de

6. Ansprechpersonen und Adressen

Berlin Medizinische Ansprechpersonen

Dr. med. Constanze Hach, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe Gynäkologin	Ganzheitliche, gynäkologische Beratung und Versorgung, Erstellung von Gutachten im Rahmen von Asylverfahren	Familienplanungszentrum BALANCE/ Koordinierungsstelle FGM_C Mauritiuskirchstraße 3 10365 Berlin 030 236 236 80 info@koordinierungsstelle-fgmc.de www.koordinierungsstelle-fgmc.de
Swantje Lütthge, Hebamme	Hebammen- und Neugeborenen-Sprechstunde vor und nach der Geburt, Geburtsvorbereitung	Familienplanungszentrum BALANCE Mauritiuskirchstraße 3 10365 Berlin 0176 373 229 84 luethge@fpz-berlin.de www.fpz-berlin.de
Dr. med. Cornelia Strunz, Oberärztin Desert Flower Center, Fachärztin für Chirurgie und Gefäßchirurgie	Ärztliche Sprechstunde und Koordination FGM_C Leitung der Selbsthilfegruppe, Planung, Organisation und Durchführung von Fortbildungen für medizinisches Personal	Desert Flower Center/ Krankenhaus Waldfriede Argentinische Allee 40 14163 Berlin 030 81810 8582 desertflower@waldfriede.de www.dfc-waldfriede.de
Dr. med. Florian Müller, Chefarzt, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Erfahrung im Bereich FGM_C	Desert Flower Center/ Krankenhaus Waldfriede Argentinische Allee 40 14163 Berlin-Zehlendorf Sekretariat: 030 81 810 - 245 (Frau Okuniek) 030 81 810 - 207 (Frau Borch) gynaekologie@waldfriede.de www.dfc-waldfriede.de
Dr. med. Annabell González Guayasamin, Oberärztin, Leitung Geburtshilfe	Schwerpunkt Geburtshilfe und Perinatalmedizin bei FGM_C	Desert Flower Center/ Krankenhaus Waldfriede Argentinische Allee 40 14163 Berlin-Zehlendorf Sekretariat: 030 81 810 - 245 (Frau Okuniek) 030 81 810 - 207 (Frau Borch) gynaekologie@waldfriede.de www.dfc-waldfriede.de
Dr. med. Katharina Drebing, Oberärztin, Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Erfahrung im Bereich FGM_C	Desert Flower Center/ Krankenhaus Waldfriede Argentinische Allee 40 14163 Berlin-Zehlendorf Sekretariat: 030 81 810 - 245 (Frau Okuniek) 030 81 810 - 207 (Frau Borch) gynaekologie@waldfriede.de www.dfc-waldfriede.de

Berlin Medizinische Ansprechpersonen

Dr. med. Roland Scherer, Ärztlicher Leiter des Desert Flower Center, Chefarzt der Abteilung für Darm- und Beckenbo- denchirurgie	Durchführung von Re- konstruktions-OPs im Desert Flower Center	Desert Flower Center/ Krankenhaus Waldfriede Argentinische Allee 40 14163 Berlin desertflower@waldfriede.de www.dfc-waldfriede.de
---	--	--

Dr. med. Uwe von Frit- schen, Chefarzt der Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie, Handchirurgie	Durchführung von Rekons- truktions-OPs im Desert Flower Center	HELIOS Klinikum Emil von Behring Walterhöferstraße 11 14165 Berlin 030 8102-1445 plastische-chirurgie.berlin@ helios-kliniken.de helios-gesundheit.de/berlin- plastische-chirurgie
---	--	---

Nicole Dittwald, Physiotherapeutin	Physiotherapie	Krankenhaus Waldfriede Desert Flower Center Argentinische Allee 40 14163 Berlin desertflower@waldfriede.de www.dfc-waldfriede.de
---------------------------------------	----------------	---

Dr. med. univ. Dr. med. Irena Rohr, Oberärztin für Gynäkologie und Ge- burtsmedizin	Personalisierte Geburts- planung, 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 Familien- planung Gesundheitsamt Friedrichshain-Kreuzberg	Versorgung von nicht- versicherten Frauen, Gruppenangebot für Frauen mit belastenden Geburtserfahrungen, Sprechstunde für psychi- sche Gesundheit rund um Schwangerschaft, Ge- burt und Wochenbett	Gesundheitsamt Friedrichshain- Kreuzberg Urbanstraße 24 10967 Berlin 030 90298 – 8363 zentrum@ba-fk.berlin.de www.berlin.de/zentrum-urbans- trasse-fk www.berlin.de/zentrum-urbans- trasse-fk
--	--	--

Berlin Rechtliche Ansprechpersonen

Dr. Anna Lena Götttsche, Juristin	Juristische Expertise	algottsche@gmail.com 0178 2921982
--------------------------------------	-----------------------	--------------------------------------

Berlin Rechtliche Ansprechpersonen

Nicolas Chevreux, Rechtsberater	Rechtsberatung für asyl- suchende Menschen	Asylverfahrensberatung der AWO Kreisverband Berlin-Mitte e.V./ AWO Beratungszentrum Mitte Exerzierstraße 16 13357 Berlin 030 403 949 283 chevreux@awo-mitte.de www.awo-mitte.de/gefluechtet-asyl
------------------------------------	---	---

Berlin Psychologische Ansprechpersonen

Lea Ludwig, Diplom-Psychologin	Psychologische Beratung und Sexualtherapie für Einzelpersonen und Paare	Familienplanungszentrum BALANCE/ Koordinierungsstelle FGM_C Mauritiuskirchstraße 3 10365 Berlin 030 236 236 80 info@koordinierungsstelle-fgmc.de www.koordinierungsstelle-fgmc.de
-----------------------------------	---	---

Parthena Koutouzidou, Oberärztin in der Ab- teilung für Darm- und Beckenbodenchirurgie	Sexualtherapie	Desert Flower Center/ Krankenhaus Waldfriede Argentinische Allee 40 14163 Berlin desertflower@waldfriede.de www.dfc-waldfriede.de
---	----------------	--

Berlin Soziale und Beratungseinrichtungen

Berliner Koordinierungs- stelle gegen FGM_C	Community-Arbeit, Fort- bildung, Fachberatung, psychologische und medizinische Versorgung, Vernetzung	Mauritiuskirchstraße 3 10365 Berlin Kontakt: Anna Grewe & Johanna Pohl, Projektkoordination 030 236 236 846 info@koordinierungsstelle-fgmc.de www.koordinierungsstelle-fgmc.de
--	---	--

Desert Flower Center/ Krankenhaus Waldfriede	Beratung	Argentinische Allee 40 14163 Berlin Kontakt: Evelyn Brenda, Beraterin desertflower@waldfriede.de www.dfc-waldfriede.de
---	----------	---

Mama Afrika e.V.	Community-Arbeit, Kulturvermittlung	Klemkestraße 2 13409 Berlin 0176 82 14 43 69 info@mama-afrika.org www.mama-afrika.org
------------------	--	---

TERRE DES FEMMES – Menschenrechte für die Frau e.V.	Community-Arbeit, Fachkräftefortbildung	Brunnenstraße 128 13355 Berlin 030 4050 46990 genitalverstuemmelung@frauen- rechte.de www.frauenrechte.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 www.isa-brb.de
---	--------------	--

Fortbildungsprojekt vom Fachberatungsdienst Zuwanderung, Integration und Toleranz (FaZIT)	Fortbildung, Fachberatung	FaZIT Zum Jagenstein 3 14478 Potsdam 0331 9676250 info@fazit-brb.de www.fazit-brb.de
---	------------------------------	---

PAWLO – Pan African Women's Empowerment and Liberation Organisation e.V.	Fachberatung, Fort- und Weiterbildung für Fachkräfte, Begutachtung für BAMF (FGM_C und Asyl), Community-Arbeit, Dialoge und Workshops, Projektentwicklung und Beratung	Postfach 601054 14410 Potsdam Kontakt: Dr. Idah Nabateregga fgm-info@nabateregga.de 0159 02 987 071 www.pawlo.org
--	--	--

pro familia	Schwangerschaftsberatung, Schwangerschaftskonfliktberatung, Beratung zur vertraulichen Geburt, Unterstützung durch Stiftungen für werdende Eltern und Familien, Sozialrechtliche Beratung, Verhütungsberatung, Paar- und Sexualberatung, Sexualpädagogik, Prävention sexueller Gewalt, Online-Beratung	pro familia Landesverband Brandenburg e.V. Charlottenstraße 30 14467 Potsdam 0331 740 83 97 lv.brandenburg@profamilia.de www.profamilia.de/angebote-vorort/brandenburg Potsdamer Str. 50 14974 Ludwigsfelde 03378 874280 ludwigsfelde@profamilia.de
-------------	--	--

Beratungsstellen im Land Brandenburg	Steinstr. 8 14776 Brandenburg an der Havel 03381 211720 brandenburg@profamilia.de Bahnhofstraße 51 14806 Belzig 033841 32724 belzig@profamilia.de Charlottenstr. 30 14467 Potsdam 0331 860668 potsdam@profamilia.de	Elmshorner Platz 2 19322 Wittenberge 03877 70782 wittenberge@profamilia.de Bergstr. 1 19348 Perleberg 03876 713513 perleberg@profamilia.de Karl-Liebknecht-Str. 21 15517 Fürstenwalde 03361 349917 fuerstenwalde@profamilia.de
--------------------------------------	--	---

Quellenverzeichnis

Literatur

1. Grundlagenwissen zu FGM_C

Asefaw, Fana, 2017: Weibliche Genitalverstümmelung: Hintergründe, gesundheitliche Folgen und nachhaltige Prävention. Boox-verlag: Urnäsch.

INTEGRA, 2017: Eine empirische Studie zu weiblicher Genitalverstümmelung in Deutschland. Daten - Zusammenhänge - Perspektiven.
Link: www.netzwerk-integra.de/wp-content/uploads/2021/07/Eine-empirische-Studie-zu-Genitalverstuemmung-in-Deutschland.pdf
(zuletzt abgerufen 17.09.2021).

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

End FGM European Network, U.S End FGM/C Network & Equality Now, 2020: Weibliche Genitalverstümmelung-/Beschneidung: Ein Aufruf zu globalem Handeln.
Link: www.endfgm.eu/editor/files/2020/07/FGMC_GlobalReport_DE.pdf
(zuletzt besucht 18.08.2021).

Bundesärztekammer, 2016: Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung.
Link: www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Empfehlungen/2016-04_Empfehlungen-zum-Umgang-mit-Patientinnen-nach-weiblicher-Genitalverstuemmung.pdf
(zuletzt abgerufen 18.08.2021).

TERRE DES FEMMES (TDF), 2021: Weibliche Genitalverstümmelung. Informationsbroschüre. Aufklärung, Prävention und Umgang mit Betroffenen.

TERRE DES FEMMES (TDF), 2020: Dunkelzifferstatistik zu weiblicher Genitalverstümmelung in Deutschland.
Link: www.frauenrechte.de/images/downloads/fgm/TDF_Dunkelzifferstatistik-2020-mit-Bundeslaender.pdf (zuletzt abgerufen 18.07.2021).

UNICEF, 2020: Female genital mutilation.
Link: www.unicef.org/protection/female-genital-mutilation
(zuletzt besucht 18.08.2021).

UNICEF, 2021: Percentage of girls and women aged 15-49 years who have undergone FGM (by place of residence and household wealth quintile). Link: www.data.unicef.org/wp-content/uploads/2019/10/XLS_FGM-Women-prevalence-database_July-2021.xlsx (zuletzt besucht 17.08.2021).

WHO, 2020: Female genital mutilation. Link: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation (zuletzt besucht 17.08.2021).

2. Sprache

Royal College of Nursing, 2020: Female Genital Mutilation: RCN guidance for travel services.

Link: www.rcn.org.uk/-/media/royal-college-of-nursing/documents/publications/2020/october/009-375.pdf (zuletzt abgerufen 18.08.2021).

TERRE DES FEMMES (TDF), 2021: Weibliche Genitalverstümmelung. Informationsbroschüre. Aufklärung, Prävention und Umgang mit Betroffenen.

3. Praktische Handlungsempfehlungen für Hebammen

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).

Deutscher Hebammenverband, 2014: Empfehlungen für traumasensible Begleitung durch Hebammen. 3. Auflage.

- von Fritschen, Uwe; Strunz, Cornelia & Scherer, Roland (Hrsg.), 2020: Female Genital Mutilation: Medizinische Beratung und Therapie genitalverstümmelter Mädchen und Frauen. De Gruyter: Berlin/Boston.
- Gabor, Susanne, 2016: Zivilcourage, um Mädchen zu schützen. Hebammenforum 17, 154–155.
- Grauer, D., 2017: Traumasensible Geburtsbetreuung. Unter welchen Umständen kann auf die intrapartale vaginale Untersuchung bei sexuell traumatisierten Frauen verzichtet werden? Unveröffentlichte Bachelor-Arbeit, Evangelische Hochschule Berlin.
- Kelly, Sarah & Bird, Jonathan, 2014: Recovering from childhood abuse. National Association for People Abused in Childhood.
- 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.
- von Rège, Inez & Campion, Daniel, 2017: Female genital mutilation: implications for clinical practice. British Journal of Nursing 26(18), 22–27.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2009: Female Genital Mutilation and its Management. Green-Top Guideline 53. RCOG, London.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2015: Female genital mutilation and its management: Green-top guideline no. 53. 2. Auflage. RCOG, London.
- 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 (TDF), 2014: Weiblicher Genitalverstümmelung begegnen. Ein Leitfaden für Fachkräfte in sozialen, pädagogischen und medizinischen Berufen.
- Wacker, Jürgen & Momoh, Comfort, 2020: Geburtshilfliche Betreuung und Behandlung von Schwangeren und Gebärenden mit FGM. In: Uwe von Fritschen; Cornelia Strunz und Roland Scherer (Hrsg.) Female Genital Mutilation: Medizinische Beratung und Therapie genitalverstümmelter Mädchen und Frauen, 184–189.
- WHO, 2006: Female Genital Mutilation and Obstetric Outcome: WHO Collaborative Prospective Study in Six African Countries. Obstetrics & Gynecology 108(2), 450.
- WHO, 2018: Care of women and girls living with female genital mutilation: A clinical handbook. Geneva: World Health Organization.
- Wuest, S., Raio, L., Wyssmueller, D., Mueller, M. D., Stadlmayr, W., Surbek, 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.

4. Re-Traumatisierung und Trigger vermeiden

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

Janna Graf, 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.

Krause, Martina, 2020: Traumasensible Geburtshilfe – zum Schutz der Gebärenden, der Hebammen und Geburtshelfer. In: Uwe von Fritschen; Cornelia Strunz und Roland Scherer (Hrsg.) Female Genital Mutilation: Medizinische Beratung und Therapie genitalverstümmelter Mädchen und Frauen, 189-193.

Kröger, Christoph, 2020: Sexualität, Psychosoziale Folgen und Psychotherapie. In: Uwe von Fritschen; Cornelia Strunz und Roland Scherer (Hrsg.) Female Genital Mutilation: Medizinische Beratung und Therapie genitalverstümmelter Mädchen und Frauen, 70-73.

Strunz, Cornelia, 2020: Anspruch an Zentrum/Praxis und Ansprache. In: Uwe von Fritschen; Cornelia Strunz und Roland Scherer (Hrsg.) Female Genital Mutilation: Medizinische Beratung und Therapie genitalverstümmelter Mädchen und Frauen, 80-84.

Wacker, Jürgen & Momoh, Comfort, 2020: Geburtshilfliche Betreuung und Behandlung von Schwangeren und Gebärenden mit FGM. In: Uwe von Fritschen; Cornelia Strunz und Roland Scherer (Hrsg.) Female Genital Mutilation: Medizinische Beratung und Therapie genitalverstümmelter Mädchen und Frauen, 184-189.

5. Prävention

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), 2021: Schutzbrief gegen weibliche Genitalverstümmelung. Link: www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/schutzbrief-gegen-weibliche-genitalverstuemmeling-179280 (zuletzt abgerufen 18.08.2021).

Freie und Hansestadt Hamburg (FHH), 2019: Schutzbrief gegen weibliche Genitalverstümmelung. Link: www.hamburg.de/opferschutz/12138124/schutzbrief-gegen-genitalverstuemmeling (zuletzt abgerufen 18.08.2021).

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

TERRE DES FEMMES (TDF), 2014: Weiblicher Genitalverstümmelung begegnen. Ein Leitfaden für Fachkräfte in sozialen, pädagogischen und medizinischen Berufen.

TERRE DES FEMMES (TDF), 2017: STOP harmful traditional practices. Patriarchale Gewalt verhindern. Eine Informations- und Präventionsbroschüre.

Runder Tisch NRW gegen Beschneidung von Mädchen: Bildungsportal KUTAIRI. Link: www.kutairi.de (zuletzt abgerufen 17.09.2021).

Bilder

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), 2021: Schutzbrief gegen weibliche Genitalverstümmelung. Bildquelle: www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/schutzbrief-gegen-weibliche-genitalverstuemmung-179280 (zuletzt abgerufen 18.08.2021).

Freie und Hansestadt Hamburg, 2019: Schutzbrief gegen weibliche Genitalverstümmelung. Bildquelle: www.hamburg.de/opferschutz/12138124/schutzbrief-gegen-genitalverstuemmung (zuletzt abgerufen 18.08.2021).

TERRE DES FEMMES (TDF) / Miriam Paesler, 2021: FGM/C Prävalenzraten. Bildquelle: Weibliche Genitalverstümmelung. Informationsbroschüre. Aufklärung, Prävention und Umgang mit Betroffene, S. 25.



Ihre Spende unterstützt unsere Beratungs- und Aufklärungsarbeit:

Familienplanungszentrum BALANCE

Bank für Sozialwirtschaft Berlin GmbH

IBAN: DE73100205000003314400

BIC: BFSWDE33BER

Gerne schicken wir Ihnen eine Spendenbescheinigung zu.

Dieser Leitfaden ist im Rahmen des **Runden Tisches »Stopp FGM_C in Berlin-Brandenburg«** erstellt worden, welcher vom **Familienplanungszentrum BALANCE** koordiniert wird.



Koordination

Familienplanungszentrum



Kooperation



TERRE DES FEMMES

Menschenrechte für die Frau e.V.
Gleichberechtigt, selbstbestimmt und frei
www.frauenrechte.de

Förderung

