

Leitfaden



HESSEN ENGAGIERT
GEGEN FGM

Für Hebammen im
Umgang mit FGM_C

in Hessen

HESSEN



Hessisches Ministerium
für Familie, Senioren, Sport,
Gesundheit und Pflege

Leitfaden für Hebammen im Umgang mit FGM_C in Hessen

1. Auflage, August 2024

Herausgeberin: pro familia Hessen gGmbH

Projektleitung Hessen engagiert gegen FGM_C: Andrea Gürke

Redaktionelle Unterstützung: Frauenrecht ist Menschenrecht e.V.

Nina Rinkleff (2. Vorsitzende des Landesverbandes der hessischen Hebammen e.V.)

Angelika Barth (Gynäkologin)

Wir bedanken uns beim Familienplanungszentrum Balance
für die Zurverfügungstellung des Berliner Leitfadens
für Hebammen im Umgang mit FGM_C.

Grafik & Illustration: Carolin Nonnenmacher

Kontakt & Bestellung

E-Mail: fgm_c@profamilia.de

Liebe Hebammen,
liebe Leserinnen und Leser,

weibliche Genitalverstümmelung/-beschneidung (FMG_C) ist ein weltweit verbreitetes Phänomen, das bedauerlicherweise nach wie vor in vielen Ländern praktiziert wird. Dieser massive Eingriff geht oft mit schweren physischen und psychischen Belastungen, teilweise auch Traumatisierungen einher, mit denen die betroffenen Mädchen und Frauen ein Leben lang zu kämpfen haben.

Damit Fachkräfte im Gesundheitswesen in diesen sensiblen Fällen den Betroffenen informiert, reflektiert und verantwortungsvoll begegnen können, ist Aufklärung und Fortbildung notwendig. Um dies fachkundig zu unterstützen, führt der Landesverband von pro familia das Projekt „Hessen – engagiert gegen FMG_C“ durch. Das Hessische Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege fördert diese wichtige Arbeit bereits seit 2018.

Gerade im Kontext von Schwangerschaft und Geburt ist FMG_C ein sensibles Thema. Dabei kommt Hebammen eine zentrale Rolle bei der Identifikation von FMG_C zu und sie leisten einen wesentlichen Beitrag dazu, dass die Frauen und ihre Familien gut betreut werden. Da diese Lebenssituationen ohnehin sehr persönlich und emotional sind, ist es besonders wichtig, einfühlsam und respektvoll mit der Thematik und den sich daraus ergebenden Besonderheiten umzugehen.

Im Zuge des Projekts „Hessen – engagiert gegen FMG_C“ wurde daher dieser Leitfaden entwickelt, der sich gezielt an Hebammen richtet. Ziel ist es, dabei zu unterstützen, dass beschnittene Frauen kompetent und sensibel begleitet werden. Neben allgemeinen Informationen zu weiblicher Genitalverstümmelung/-beschneidung beinhaltet der Leitfaden auch praktische Handlungsempfehlungen sowie Fachinformationen zu Prävention für einen wirksamen Schutz vor FMG_C.

Mein Dank gilt allen, die zur Realisierung dieses Leitfadens beigetragen haben.

Ich wünsche Ihnen eine anregende und informative Lektüre mit hilfreichen Erkenntnissen für Ihre wichtige Arbeit vor Ort.

Ihre

Diana Stolz
Hessische Ministerin für Familie,
Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege



© Paul Schneider /
Hessische Staatskanzlei

Liebe Hebammen, liebe Leser:innen,

als hessischer Hebammenverband freuen wir uns über diese neue zielgruppenspezifische Broschüre.

Wenn wir uns heute fragen, wie wir die Sicherheit in der Versorgung von FGM_C betroffenen Frauen weiter erhöhen können, dann ist die Kommunikation ein zentraler Dreh- und Angelpunkt. Der Verlauf einer Schwangerschaft und Geburt einer von FGM_C betroffenen Frau hängen stark davon ab, wie sich alle am Behandlungsgeschehen Beteiligten miteinander verständigen. Deshalb ist es mir wichtig, den Gedanken der Vernetzung und des Austauschs innerhalb unseres Gesundheitswesens grundsätzlich voranzutreiben. Gelingen kann uns das, indem wir Barrieren zwischen Versorgungsbereichen und Behandler:innen abbauen.

Die Broschüre, die Sie gerade in der Hand halten, ist so eine Möglichkeit.

Die Hebammen in Hessen und darüber hinaus bekommen hiermit einen Handlungsleitfaden, sowie weiterführende Informationen zum Thema FGM_C und dessen Folgen genannt. Anlaufstellen werden aufgeführt. So etwas gibt Sicherheit und trägt zu einer qualitativ hochwertigen und empathischen Betreuung durch die Hebamme bei.

Ich freue mich sehr, dass wir mit pro familia eine starke Partnerin für Frauengesundheit an der Seite haben, die sich für Aufklärung stark macht.

Ein wichtiges Ziel unseres Gesundheitswesens muss es sein, die Frauen noch stärker in die ärztliche Therapie im Sinne einer informierten und gemeinsamen Entscheidung einzubinden. Dafür ist es maßgeblich, dass ihnen vertraute Personen, wie z.B die Hebamme fachkompetent zur Seite stehen können. Das ist nun durch diese wichtige Broschüre bereitet worden.

Ich wünsche allen Leser:innen, dass diese Broschüre eine Bereicherung für ihre Arbeit sein möge.

Ihre

Nina Rinkleff

2. Vorsitzende des Landesverbandes der hessischen Hebammen e.V.

1. Grundlagenwissen zu FGM_C	4
Definition	5
Vorkommen weltweit und in Deutschland	7
Gesundheitliche Folgen von FGM_C	10
Rechtliche Situation	12
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
Ansprechparten*innen in Hessen	49
Quellenverzeichnis	53
Literatur	53
Bilder	57

1. Grundlagenwissen zu FGM_C

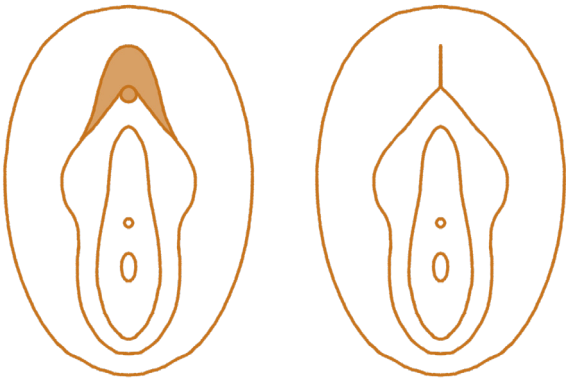
Definition

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).

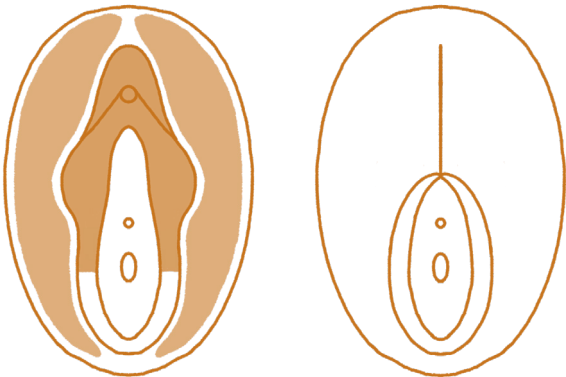
Vier Haupttypen von FGM_C nach der Weltgesundheitsorganisation

- 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
- 4 **Typ IV: Divers**
Alle anderen Eingriffe an den Genitalien aus nicht medizinischen Gründen, wie z.B. Einritzen, Einstechen, Durchbohren, Einschneiden, Ausbrennen, Verätzen oder Dehnen

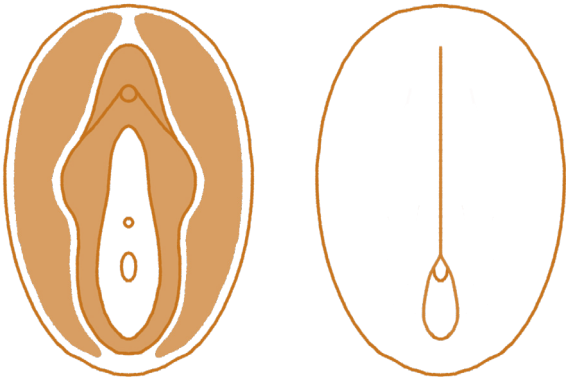
1



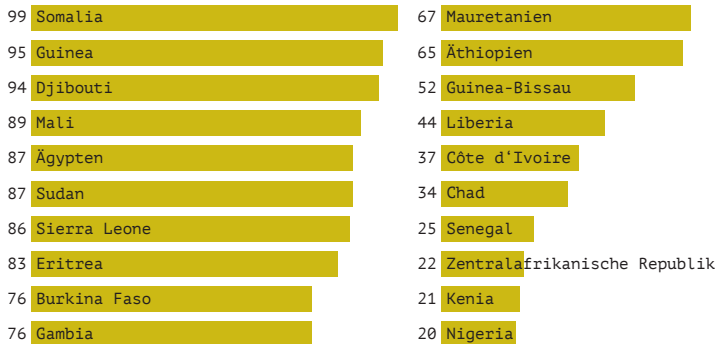
2



3



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



Quelle: UNICEF, 2021

Vorkommen weltweit und in Deutschland

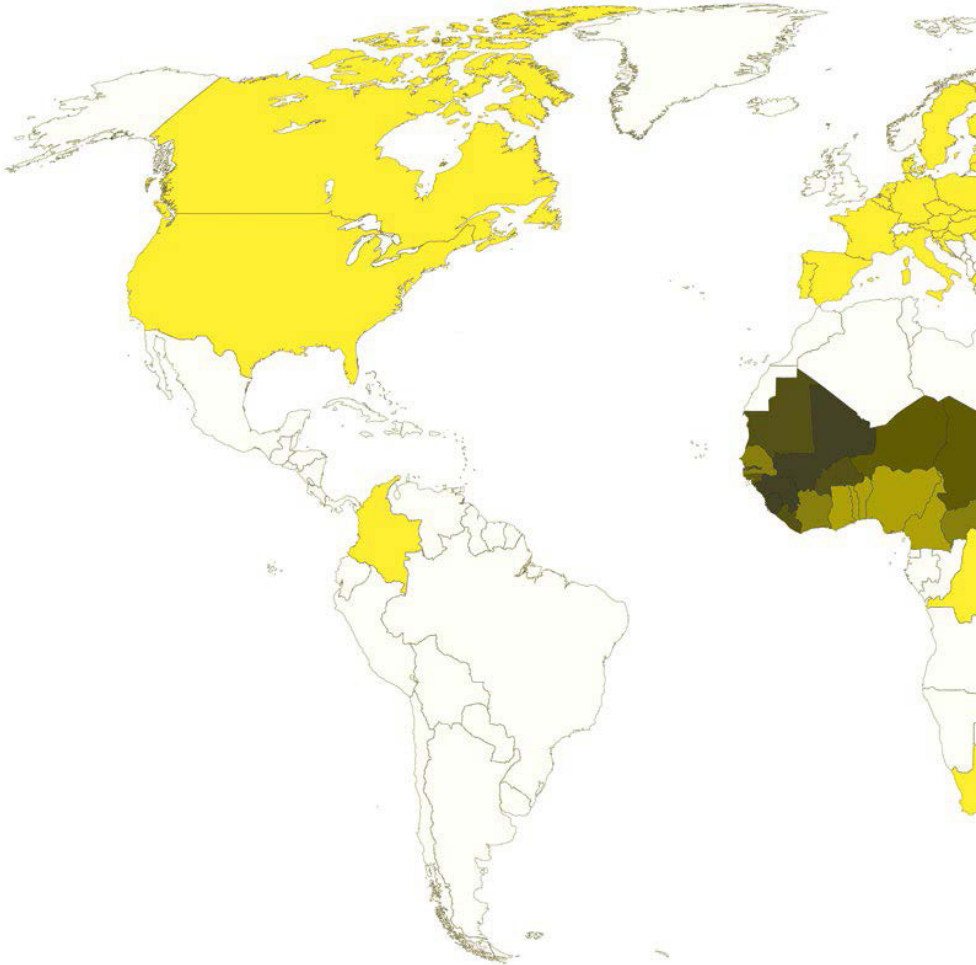
siehe Infos
zum Gendern
auf S. 15

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.

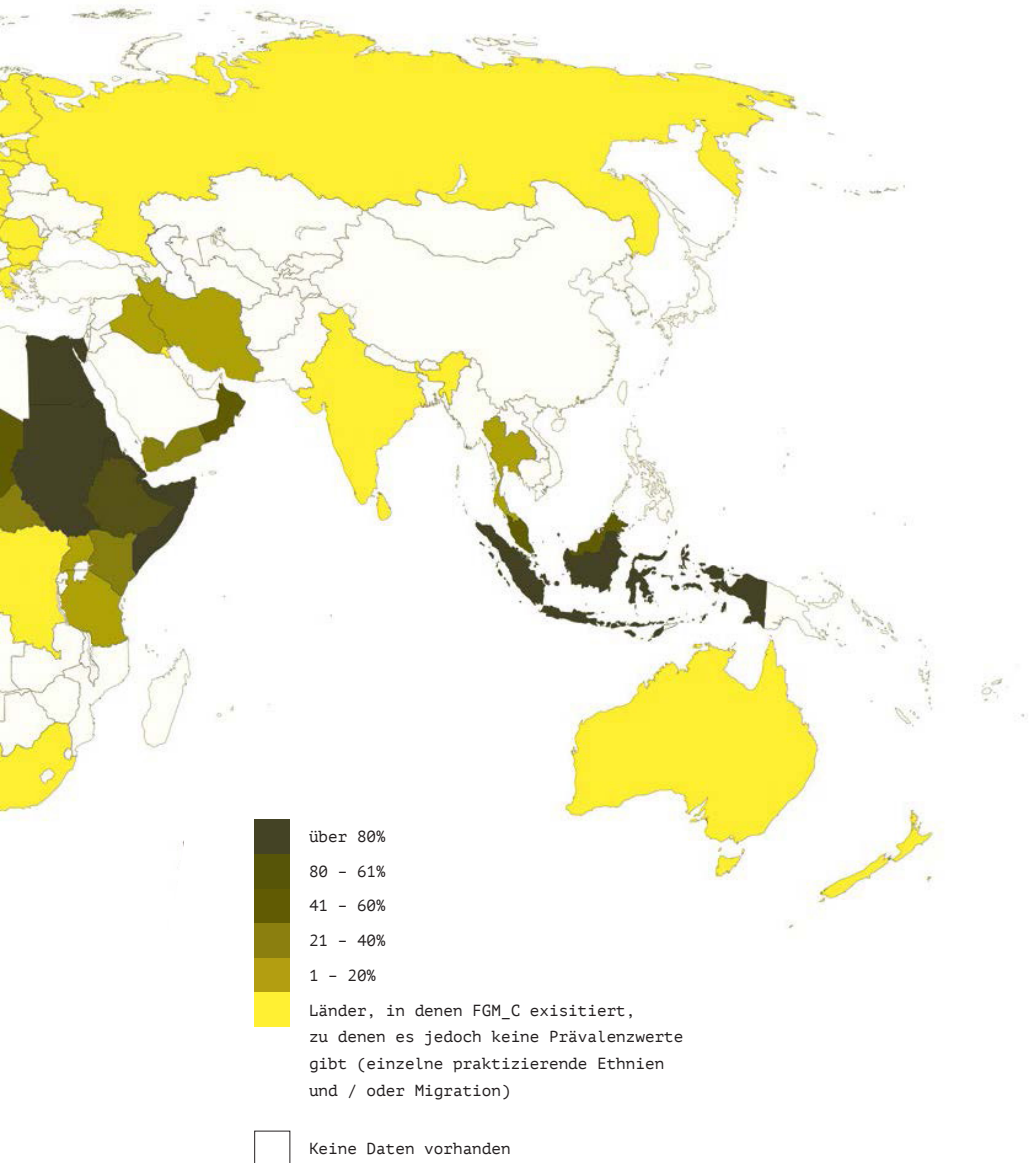
Ein aktueller Bericht listet 90 Länder weltweit auf, in denen FGM_C praktiziert wird (End FGM EU, U.S. End FGM/C Network & Equality Now, 2020). Somit ist FGM_C nicht ausschließlich auf dem afrikanischen Kontinent verbreitet, sondern beispielsweise auch in Regionen des Nahen Ostens, Asiens und Südamerikas.

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).

Prävalenz von FGM_C weltweit



© TDF / Miriam Paesler, 2021



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
- Lokalinfektion
- 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

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.

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 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.

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.

Gendern & 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 einen 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 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 auf das 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 Bevölkerungsgruppen, in denen 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.



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.

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, 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.

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.

Traumاسensible 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 sehr 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?

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 Einschlusssysteme
 - 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 Gebäarprozess 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 Kreißsaal 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).

- 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 Geburtsverletzung
 - prophylaktische Antibiose bei erwarteter größerer Geburtsverletzung



Traumasesensible 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.

- 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«



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 Behandlung nach der Geburt »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

- 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):
- 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)

siehe Kap. 4.
Re-Trauma-
tisierung
und Trigger
vermeiden



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 Hebammenkolleg_in 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 Hebammen-Anamnese gehören

(siehe Länderlisten ab S. 8).

Hebammen sollten das Thema einfühlsam, aber direkt ansprechen.

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

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.

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 als Hebamme 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 Hebamme 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 Entbindung 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 Hebammenstudent_in 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 **potenziell 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 ist eine Infibulation aufgrund des schwerwiegenden Eingriffs und dessen Folgen eine besonders hohe Belastung. Ein Teil der beschnittenen Frauen hat auch andere Formen von geschlechtsspezifischer und sexualisierter Gewalt in den 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 beachten, 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, die immer wieder 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

Mit dem durch die FGM_C erfahrenen Vertrauensverlust kann es zu erhöhtem Erleben von Misstrauen kommen, das sich z.B. in Terminabsagen, Schuldzuweisungen, Weigerung zur Zusammenarbeit oder sogar im Abbruch der Betreuung ausdrücken kann.

Aufbau der Beziehung zum Kind

Die Betreuung des Neugeborenen kann überfordernd sein. Der Stress der Mutter kann sich auch auf das Kind übertragen, was 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 individuellen 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 Handlungen ein potenziell 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*

- 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 vorher 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 Nachgang das Gespräch suchen und erklären, warum sie so gehandelt hat.

Wahl der Dolmetscherin

Wenn eine Dolmetscherin benötigt wird, sollen weibliche, nicht-familiäre Dolmetscherinnen bevorzugt werden, um den 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 in ihrem 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, das 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_C 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

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

© FHH, 2019

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

6. Ansprechpersonen und Adressen

Ärzt*innenliste Beratung und Behandlung
von FGM_C Betroffenen in Hessen: Stand 06/2024

Name/Praxis	Adresse	Telefon/E-Mail	Sprachen	Art der Behandlung
Dr. Birgit Sandstede Dr. Claudia Reiche Berufsausübungs- gemeinschaft Birgit Sandstede & Claudia Reiche	Ziegelhüttenweg 1-3, 60598 Frankfurt am Main	069 - 621122 praxis@sandstedereiche. de	deutsch, englisch, spanisch	Beratung, Untersuchung, Schwangerschafts- betreuung keine Gutachten oder operativen Eingriffe
Dr. Anke Gausmann Gesundheitsamt Frankfurt	Breite Gasse 28, 60313 Frankfurt am Main	069 212 33627 sexuelle.gesundheit@ stadt-frankfurt.de	deutsch, englisch	Gutachten für Asylverfahren
Nora Szász Natascha Nicklaus Frauenärztinnen im Vorderen Westen	Goethestr. 47, 34119 Kassel	0561 - 773051 praxis@frauenaerztinnen- kassel.de	deutsch, englisch, kurdisch, arabisch, türkisch, russisch	Gutachten und Attestierung für Asylverfahren, Beratung und Behandlung bei Beschwerden, kleinere Rekons- truktions-OPs
Prof. Dr. med. Ivo Meinhold-Heerlein Dr. Sevil Aslan Dr. med. Leonie Wohlklang Universitätsklinikum Gießen	Zentrum für Frauenheilkunde & Geburtshilfe Klinikstr. 33, 35392 Gießen	0641 - 98555920 0641 - 98545105 leonie.stroebele@gyn. med.uni-giessen.de ivo.meinhold-heerlein@ gyn.med.uni-giessen.de sevil.aslan@uk-gm.de	deutsch, englisch, kurdisch, arabisch, türkisch, russisch	Gutachten und Attestierung für Asylverfahren, Beratung und Behandlung bei Beschwerden, kleinere Rekons- truktions-OPs
Dr. Daniela Wunderlich Praxis Dr. Daniela Wunderlich	Taunusstr. 57, 65183 Wiesbaden	0611 - 529513 praxis@dr-danielawunder- lich.de	deutsch, englisch	Beratung und Behandlung

6. Ansprechpersonen und Adressen

Name/Praxis	Adresse	Telefon/E-Mail	Sprachen	Art der Behandlung
Dr. Barbara Artun Praxis Dr. Barbara Artun	Siemensstr. 8, 64289 Darmstadt-Krainichstein	06151 - 76681 praxis@frauenaerztinar-tun.de termine@frauenaerztinar-tun.de	deutsch, englisch, türkisch, Arabisch, Kurdisch	Beratung und Behandlung
Dr. Katharina Rechel Klinikum Darmstadt-Frauenklinik - Gynäkologie	Grafenstr. 9, 64283 Darmstadt Gebäude 1, Bereich D	06151 - 1076151 frauenklinik@mail.klinikum-darmstadt.de	deutsch, englisch, es wird den Patientinnen empfohlen, einen Dolmetscher mitzubringen	Beratung und Behandlung (vor allem operativ), Geburtsbetreuung, keine Gutachten
Dr. Wolf Edelmann Frauenärzte in Seeheim-Jugendheim	Bergstr. 14, 64342 Seeheim-Jugendheim	06257 - 68447	deutsch, englisch	Untersuchung und Attestierung kein Gutachten oder Rekonstruktion
Dr. Alexander Dengler Frauenklinik und Geburtshilfe Herz-Jesu-Krankenhaus Fulda gGmbH	Buttlarstr. 74, 36039 Fulda	0661 - 152501 hebammen@herz-jesukrankenhaus.de sekretariat.frauenklinik@herz-jesus-krankenhaus.de	deutsch, es wird den Patientinnen empfohlen, einen Dolmetscher mitzubringen	Untersuchung, Beratung, Attestierung, Betreuung bei Geburt und operative Eröffnungen keine echte Rekonstruktion
Dr. Barbara Peters Dr. Roland Stein Krankenhaus Eichhof Stiftung Lauterbach	Eichhofstr. 1, 36341 Lauterbach	06641 - 646076 praxis@frauenheilkunde-lauterbach.de	deutsch, englisch, französisch	Beratung, Untersuchung, Bescheinigung der FGM Kategorie nach WHO, Keine operative Behandlung oder Rekonstruktion

6. Ansprechpersonen und Adressen

Name/Praxis	Adresse	Telefon/E-Mail	Sprachen	Art der Behandlung
Dr. Ali Fathi Praxis Medi-Gyn Frauenheilkunde Bad Homburg	Hessenring 120, 61348 BadHomburg	06172 - 6627151 info@medi-gyn.de	deutsch, englisch, persisch	Beratung und Behandlung, Gutachten für Asylverfahren, Laser-Therapie zwecks Eröffnung und Freilegung verwachsender Schamlippen, keine tiefergreifende Rekonstruktion
Dr. Angelika Barth Praxis Anne Keller Obernbург Fürst Stirum Klinik Bruchsal	Lindenstr. 32 63785 Obernburg am Main Gutleutstraße 1/14, 76646 Bruchsal	06022 - 4343 reception@annekeller.de	deutsch, englisch	Beratung, Untersuchung, Gutachten für Asylverfahren, Öffnungs-OPs werden in der Klinik durchge- führt
Katharina Rohmert pro familia Beratungsstelle Darmstadt	Landgraf-Georg Str. 120, 65287 Darmstadt	06151-429420 katharina.rohmert@profa- milia.de	deutsch, englisch, französisch	Beratung und Untersuchung
Hannelore Sonnleit- ner-Doll pro familia Frankfurt	Palmengartenstr. 14, 60325 Frankfurt	069 - 90744744 Hannelore.sonnleitner- doll@profamilia.de	deutsch, englisch, rumänisch, farsi, polnisch	Beratung und Untersuchung
Dr. Andreas Kress Gynäkologe	Rabanusstr. 11 Fulda	0661-78036		

6. Ansprechpersonen und Adressen

Name/Praxis	Adresse	Telefon/E-Mail	Sprachen	Art der Behandlung
PD Dr. Stefanie Bussen Praxis für Frauen- heilkunde und Geburt- shilfe pro familia Frankfurt	Rathausstr. 25 68519 Viernheim	06204-6071144		Beratung von FGM/C Patientinnen und vaginalplastische Operationen
Dr. Petra Tiarks- Jungk	Stadt Frankfurt am Main - Der Magistrat - Gesundheitsamt 53.21 Breite Gasse 28 60313 Frankfurt am Main	Tel.: 069-21231560 Fax: 069-21231265 petra.tiarks-jungk@ stadt-frankfurt.de		Amtsärztlicher Dienst und Humanitäre Sprechstunde
Dr. Anja-Undine Stücker, Oberärztin	Klinikum der J.W. Goethe- Universität Haus 14, EG Theo- dor-Stern-Kai 7 60590 Frankfurt	069-63015176 oder -5115		alle gynäkolo- gischen Belange Notfälle: Mo - Fr von 8:30-15:00 Uhr
Dr. med. Ulrike Schaarschmidt, Praxis	Leineweberstr. 67 45468 Mülheim	0208-6263005 info@dr-ulrikeschaar- schmidt.de		Erfahrung mit vaginalplastischen Operationen

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, Solvi; 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/schutzbriege-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/schutzbriege-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).

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).

Bilder

TERRE DES FEMMES

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

©pro familia Hessen gGmbH; erstellt von C. Nonnenmacher

Ihre Spende unterstützt unsere Beratungs- und Aufklärungsarbeit:

Gerne schicken wir Ihnen eine Spendenbescheinigung zu.

Diesem Leitfaden liegt der „Leitfaden für Hebammen im Umgang mit FGM_C in Berlin-Brandenburg“ zugrunde. Wir danken für die freundliche Genehmigung des Familienplanungszentrums Berlin e. V. - Balance.

© 2021, 1. Auflage, Familienplanungszentrum BALANCE Berlin,
<https://www.fpz-berlin.de>

Die Rechte am Text – Ausnahme Vorwort (S. 2/3), Adressenliste für Hessen (S. 48 -52) und alle Illustrationen – liegen beim Familienplanungszentrum Berlin. Eine Weiterverwendung ohne Zustimmung des Rechteinhabers ist unzulässig.

Der Leitfaden für Hebammen in Hessen wurde im Rahmen des Projektes „Hessen engagiert gegen FGM_C“ bearbeitet, das von pro familia Hessen gGmbH koordiniert wird.

Koordination



Kooperation



Förderung

