pro familia dokumentation

Auswirkungen von FGM_C auf Sexualität und Schwangerschaft

Aufgaben für die Schwangerschaftsberatung im Kontext sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte



pro familia Fachtagung digital
25. Juni 2026

Impressum

pro familia Bundesverband
Mainzer Landstraße 250 – 254
60326 Frankfurt am Main

E-Mail: info@profamilia.de
www.profamilia.de/Publikationen
© 2026

Gefördert vom: Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMBFSFJ)
Projektteam pro familia: Taleo Stüwe, Sigrid Weiser
Dokumentation und Redaktion: Dr. Claudia Caesar, freie Lektorin
Layout und Titelgrafik: Grafikladen Berlin

Gefördert vom:

Bundesministerium
für Bildung, Familie, Senioren,
Frauen und Jugend

Inhalt

Einführung Zum Thema 4

Vortrag Der Kampf gegen FGM_C und der Einsatz für Personen mit FGM_C in Deutschland 5
Fadumo Korn

Vortrag FGM_C im Kontext von Sexualität und Schwangerschaft aus medizinischer Sicht 9
Constanze Hach

Resümee Fazit und Ausblick 14

Anhang Literatur und Links 16

Gendergerechte Sprache
FGM_C kann alle Personen mit Vulva und Klitoris betreffen, und damit Personen mit verschiedenen geschlechtlichen Identitäten. Sie sind zum Beispiel cis Frauen, trans*, inter*, queere oder non-binäre Personen. Um die Selbstbeschreibung von Personen in ihrer Vielfalt und Pluralität anzuerkennen und eine respektvolle Sprache zu pflegen, benutzen wir das Gendersternchen oder geschlechtsneutrale Substantive (zum Beispiel Personen, Teilnehmende) – sofern es die gibt und sie inhaltlich treffend und verständlich sind. Wenn wir uns auf Aussagen in wissenschaftlichen Studien beziehen, in denen binäre Kategorien zugrunde gelegt werden, übernehmen wir deren Bezeichnungen.

Wording bei FGM_C
FGM_C (Female Genital Mutilation_Cutting), also weibliche Genitalverstümmelung und -beschneidung, bezeichnet alle Eingriffe an der Vulva, die eine teilweise oder vollständige Entfernung von Vulvalippen und Klitoris beinhalten oder andere Verletzungen der Genitalorgane aus nicht medizinischen Gründen. Die Begriffe ‚FGM_C' beziehungsweise ‚Weibliche Genitalverstümmelung und -beschneidung' beziehen unterschiedliche Wahrnehmungen ein. Da die Betroffenen selbst häufig von ‚Beschneidung' oder ‚beschnitten' sprechen, ist diese Bezeichnung gerade im Kontext der Beratung geläufig und wurde in den Vorträgen verwendet.

Einführung

Zum Thema

Female Genital Mutilation_Cutting (FGM_C), die weibliche Genitalverstümmelung und -beschneidung, ist eine Menschenrechtsverletzung und eine Form geschlechtsspezifischer Gewalt mit erheblichen körperlichen, psychischen und sozialen Folgen. In Deutschland leben gemäß einer aktuellen Schätzung des Bundesfrauenministeriums 123.000 Personen, die von weiblicher Genitalverstümmelung betroffen oder bedroht sind, davon rund 87.000 volljährige Personen mit beschnittener Vulva und Klitoris (BMBFSFJ 2025, Link zur Pressemeldung). Diese Menschen und ihre Familien haben im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt, Sexualität und Partnerschaft spezifische Erfahrungen und Beratungs- und Unterstützungsbedarfe. Medizinischen und psychosozialen Fachkräften kommt eine Schlüsselrolle bei der Begleitung und Versorgung der Betroffenen zu.

Im Rahmen der Veranstaltung wurden Beratungserfahrungen und medizinisches Fachwissen über Arten des Eingriffs vorgestellt. Im Mittelpunkt standen die möglichen Auswirkungen von FGM_C auf Schwangerschaft, Gesundheit und Sexualität sowie die Frage, wie Betroffene in der Schwangerschaft, Geburtshilfe und auch bei einem Schwangerschaftsabbruch angemessen und bedarfsgerecht versorgt werden können. Zudem wurde thematisiert, welche Rechte Betroffene im Hinblick auf Beratung und Behandlung im Kontext ihrer sexuellen und reproduktiven Gesundheit haben und inwiefern rassistische Stereotype und Unkenntnis eine gute Versorgung von FGM_C-erfahrenen Menschen erschweren oder verhindern können.

Die Referentinnen Fadumo Korn und Dr. med. Constanze Hach stellten Erfahrungen und Empfehlungen für eine gute Praxis sowie für gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit vor. Die praktischen Impulse wurden durch Beiträge von Teilnehmenden ergänzt.

Die 90-minütige Veranstaltung mit rund 90 Teilnehmenden richtete sich an Fachkräfte aus der Schwangerschaftsberatung, der Sexuellen Bildung, der Fort- und Weiterbildung sowie aus Wissenschaft und Forschung. Im Folgenden sind die Beiträge dokumentiert. Literaturhinweise und weiterführende Links sind im Anhang zu finden.

Vortrag

Der Kampf gegen FGM_C und der Einsatz für Personen mit FGM_C in Deutschland



Foto: Walter Korn

Fadumo Korn

Fadumo Korn ist Mitgründerin und Erste Vorsitzende des Vereins NALA Bildung statt Beschneidung e. V., München, der Betroffenen helfen und Aufklärung im Kampf gegen FGM_C leisten möchte. Sie arbeitet als Beraterin im Verein Donna Mobile AKA e. V., einer Münchner Gesundheits- und Bildungseinrichtung speziell für Migrant*innen. Außerdem ist sie Übersetzerin, Sprachmittlerin und Autorin.

Ausgehend von ihrer eigenen Geschichte – Fadumo Korn ist Somalierin und erlitt als Mädchen eine genitale Verstümmelung/Beschneidung – schilderte die Referentin sehr eindringlich die Probleme von Personen mit FGM_C im deutschen Gesundheitssystem und legte dar, warum diese spezielle Hilfestellungen benötigen: Sie haben ein schweres Trauma erlitten – häufig erfolgt die Beschneidung bei vollem Bewusstsein, sie ist eine extrem schmerzhafte, gesellschaftlich bewusst organisierte Misshandlung von Mädchen* und Frauen*, die ein Leben lang körperliches und seelisches Leid erzeugen kann. Kommen diese Personen dann in einem Land wie Deutschland, dessen Sprache sie möglicherweise nicht sprechen und dessen Kultur ihnen fremd ist, in eine gynäkologische Praxis oder in ein Krankenhaus, benötigen sie besondere Hilfestellung und medizinisches Personal, das sich mit FGM_C auskennt, um die Situation zu bewältigen und nicht retraumatisiert zu werden.

Meine Geschichte

„Ich bin 1964 in Somalia geboren und habe dort im Alter von sieben Jahren die genitale Beschneidung erfahren müssen. Damals waren diese brutalen, frauenverachtenden Verstümmelungen in Somalia eine ‚normale' Etappe im Leben von Mädchen, wie es in katholischen Gegenden die Kommunion ist. 1979 bin ich nach Deutschland gekommen. Hier habe ich sehr schlechte Erfahrungen gemacht mit Gynäkolog*innen, die nicht wussten, wie sie mit mir umgehen sollten, die entsetzt bis ablehnend waren, die mich aus ihren Praxen geworfen haben. Als ich die Beschneidung (Typ III) operativ öffnen ließ, war ich die erste Person in Bayern, bei der ein solcher Eingriff vorgenommen wurde. Man ließ also, ohne mich zu fragen, alle Studierenden am OP-Tisch vorbeilaufen, und alle, alle haben mich angeschaut. Das hat mich zutiefst verletzt und traumatisiert. Auch bei der Geburt meines Sohnes nahm man keine Rücksicht auf meine besondere Situation oder auf mich als Mensch und gab mir das Gefühl, ein Fall zu sein, der schnell abzuarbeiten war. Daraufhin habe ich mir vorgenommen, das Thema selbst in die Hand zu nehmen und über die Situation beschnittener Frauen aufzuklären. Uns wurde als Kind zwar eine Verletzung zugefügt, aber wir sind vollwertige, eigenständige Menschen und brauchen keine Hilfe, sondern Unterstützung und Fachwissen. Dieses Ziel habe ich dann verfolgt: mit der Gründung des Vereins NALA e. V. (Link zur NALA-Website), mit meinen Büchern (Korn 2004; Korn/Bell 2009) und mit meinem Entschluss, meine Geschichte öffentlich zu machen. Seit über 30 Jahren bin ich in Deutschland als Dolmetscherin und Sprach- und Kulturmittlerin tätig und habe mich auch immer wieder politisch eingemischt." *Fadumo Korn*

Fadumo Korn benutzte in ihrem Vortrag sowohl den Begriff ‚Beschneidung', der häufig von den Betroffenen selbst verwendet wird, als auch FGM_C (=Female Genital Mutilation_Cutting), der zusätzlich den rechtlichen Tatbestand der Verstümmelung einbezieht. Dabei ersetzte sie den Begriff der FGM_C-Betroffenen immer wieder durch FGM_C-Erfahrene, um den Fokus auf die Erfahrung zu legen, die sie mit anderen teilt und an die Gesellschaft weitergeben möchte.

Sprach- und Kulturmittler*innen

Die Arbeit von Sprach- und Kulturmittler*innen ist ein zentraler Bestandteil funktionierender Integration und gerade für Personen mit FGM_C, die häufig in einer hochsensiblen Situation sind, eine wichtige Unterstützung. Denn Sprach- und Kulturmittler*innen übersetzen nicht nur und vermitteln kulturelle Besonderheiten, sondern sie begleiten die Personen, agieren als Vertrauenspersonen und ebnen Migrant*innen den Weg in die deutsche Gesellschaft und zu Stellen, an denen sie Unterstützung finden. Andererseits können sie auch in den Communitys Vertrauen schaffen und über Veranstaltungen weiterwirken. Dabei sollte anerkannt werden, dass Sprach- und Kulturmittler*innen im Umfeld von FGM_C unter großem Druck stehen, weil sie intime, zum Teil traumatisierende Erlebnisse kommunizieren und selbst verarbeiten müssen, wofür sie Unterstützung und eine besondere Schulung benötigen.

Fadumo Korn berichtete, dass sie, als sie anfing, in Deutschland als Sprach- und Kulturmittlerin zu arbeiten, sehr schlechte Erfahrungen in gynäkologischen Praxen gemacht hat. Es gab damals für Begleitende keinerlei Unterstützung oder Beratung. Außerdem wurde ihre Arbeit nicht geschätzt und nicht bezahlt. Daraufhin hat sie begonnen, dafür zu kämpfen, dass Sprach- und Kulturmittler*innen auf Augenhöhe begegnet und dass ihre wertvolle Arbeit anerkannt wird. Sie hat dazu beigetragen, dass Sprach- und Kulturmittler*innen im FGM_C-Bereich heute eine Schulung durchlaufen können, die sie auf das Thema vorbereitet und sie dabei unterstützt, Selbstschutz und Fürsorge für sich zu tragen. Dabei geht es auch darum, Sprach- und Kulturmittler*innen zu stärken und ihnen Selbstvertrauen über die Bedeutung ihrer Arbeit zu geben – denn ohne sie geht nichts.

Gynäkolog*innen

Fadumo Korn erläuterte, dass der Besuch in einer gynäkologischen Praxis für Personen mit FGM_C besonders schwierig sei, weil er sie wieder auf das Trauma der Beschneidung zurückwerfen kann. Migrant*innen sind häufig sowieso schon besonderem Stress ausgesetzt, oft bestehen Sprachbarrieren, sie haben Stress mit Behörden, Schulen oder Kindergärten. Daher ist es bei Personen mit FGM_C besonders wichtig, sensibel vorzugehen, sich Zeit zu nehmen, ihnen das Gefühl zu geben, dass man sie ernst nimmt, dass sie wichtig sind und mit ihnen auf Augenhöhe zu kommunizieren.

Wichtige Regeln im Umgang mit Personen mit FGM_C in der gynäkologischen Praxis:

- Sich als Ärzt*in Zeit nehmen und sich der Patient*in als Person zuwenden, mit ihr reden.
- Bei Personen mit FGM_C kann das Ausziehen mehr Zeit in Anspruch nehmen.
- Bei der Behandlung erklären, was man tut, im Gespräch bleiben.
- Geräte erklären, um Ängste zu nehmen.

Die Referentin betonte, wie wichtig es sei, dass Ärzt*innen mit ihren Patient*innen reden, um ihnen die Angst zu nehmen. So kann etwa ein Austausch über banale Alltagsdinge helfen, sie abzulenken und ihnen das Gefühl zu geben, als Mensch ernst genommen zu werden. Zentral ist es, während der Behandlung immer wieder auf die Patient*in einzugehen, zu erklären, was als nächstes gemacht werden soll und warum und das Einverständnis abzuwarten. Als Beispiel nannte sie das Ultraschallgerät, das aussieht wie ein langer Penis, was FGM_C-Erfahrene direkt in Panik versetzen und an das Trauma erinnern kann, zumal sie, wie damals bei der Beschneidung, vollständig ausgeliefert sind. Manche krampfen vor Panik oder nässen sich ein, sodass die Untersuchung abgebrochen werden muss. Es hilft, der Person das Gerät in die Hand zu geben, damit sie sieht, dass es weder scharf noch spitz ist, ihr die Funktion zu erklären und ihr Einverständnis für die Untersuchung einzuholen.

Ein zentraler Punkt in ihrer Arbeit ist für Fadumo Korn, die Betroffenen darüber aufzuklären, dass alles, was

mit ihnen geschieht, nur mit ihrer Einwilligung geschehen darf, dass sie darauf ein Recht haben. Und es gilt, sie stark zu machen, damit sie auch in der Lage sind, ihr Recht durchzusetzen.

Schwangerschaft und Geburt mit FGM_C

Einen besonderen Schwerpunkt legte die Referentin auf die Begleitung von Schwangeren, vor allem Erstgebärenden, mit FGM_C. Wenn Personen mit FGM_C erfahren, dass sie schwanger sind, geraten viele in Panik, Panik vor den Untersuchungen, Panik vor der Geburt, Panik davor, was auf sie zukommen wird. Alles ist mit dem Trauma ihrer Beschneidung verknüpft. Hinzu kommt, dass viele Scham empfinden, denn FGM_C ist ein Tabuthema. Zudem wissen sie, dass viele Hebammen und Ärzt*innen in Deutschland sich bei dem Thema nicht auskennen und auch nicht über die kulturellen Besonderheiten informiert sind.

Die Geburt in Somalia – und in Deutschland

- Bei einer Geburt in Somalia sind mindestens drei andere Frauen* dabei, häufig Verwandte, was in deutschen Krankenhäusern kaum umsetzbar ist.
- In Somalia ist es üblich, sich bei starken Schmerzen komplett mit Wasser zu übergießen. Auch dies ist in einem deutschen Krankenhaus – schon wegen der Unfallgefahr – in der Regel nicht erlaubt.
- In Somalia verläuft die Geburt meist sehr aufgeregt mit viel Geschrei. Das wird in Deutschland häufig missverstanden, man greift dann schnell zum Kaiserschnitt – der zudem besser planbar ist und höher vergütet wird.

Fadumo Korn berichtete zum Beispiel, dass viele, die sie bei der Geburt begleitet hat, erzählten, dass die Hebamme, als sie die Öffnung des Muttermunds überprüfte, sie mit ihren langen Fingernägeln verletzt hätte. Diese Personen nehmen jede Berührung als Kratzen und Stechen wahr, weil sie die Situation in ihr Trauma zurückwirft. Hebammen sollten daher vor der Untersuchung ihre Hände zeigen und betonen, dass sie ganz behutsam vorgehen werden – und vor allem sollten sie mit der Person reden, auch wenn sie sie nicht versteht, und sich für sie Zeit nehmen. Dies ist allerdings häufig im stressigen Krankenhausalltag kaum umsetzbar. Hier braucht es besondere Ressourcen.

FGM_C und Schwangerschaftsabbruch

Auch ein Schwangerschaftsabbruch kann für Personen mit FGM_C besonders schwierig sein. Bei FGM_C Typ III kann es sein, dass vor dem Abbruch eine Defibulation, also eine chirurgische Öffnung des Scheideneingangs erfolgen muss. Es ist zwar möglich, beide Operationen in derselben Narkose durchzuführen, allerdings kann es schwierig sein, Ärzt*innen zu finden, die beide Operationen durchführen können.

Fadumo Korn erläuterte weiter, dass sich aus ihrer Erfahrung viele Personen mit FGM_C Typ III für das ungewollte Kind entscheiden, um der (Doppel-)Operation zu entgehen. Aufgrund der Tabuisierung des Schwangerschaftsabbruchs in vielen Herkunftsländern kann es für Beschnittene, die sich für einen Abbruch entscheiden, auch schwierig sein, den Eingriff zu verarbeiten. Sie brauchen hier sensible Begleitung und Safe Spaces, wie sie Beratungsstellen bieten, wo sie sicher sind und sich fallen lassen können.

Leistungsvergütung für medizinisches Personal

Das Abrechnungsmodell der Krankenkassen berücksichtigt nicht, dass man für die Behandlung von FGM_C-Erfahrenen deutlich mehr Zeit braucht. Dies stellt eine erhebliche Barriere für eine bessere Versorgung von Personen mit FGM_C dar, außerdem aber auch eine Entwertung dieser besonderen und wichtigen Arbeit des medizinischen Personals.

Fadumo Korn forderte dazu auf, für unsere Hebammen und Gynäkolog*innen zu kämpfen und Petitionen an die Regierung zu senden, um das deutsche Sozialsystem auszubauen, statt es weiter abzubauen.

FGM_C am Arbeitsplatz

Mit FGM_C am Arbeitsplatz sprach Fadumo Korn ein weiteres wichtiges Thema an. Hier können sich bei Personen mit FGM_C – insbesondere in der Ausbildung – Probleme ergeben, wenn sie etwa mehr Zeit für den Toilettengang benötigen oder zwei Tage im Monat ausfallen, weil sie wegen ihrer Menstruation nicht in der Lage sind, zu arbeiten. Bei Personen mit FGM_C kann die Menstruation erhebliche Schmerzen im ganzen Körper verursachen, die es ihnen unmöglich machen, aufzustehen und zur Arbeit zu gehen. Denn FGM_C hat Auswirkungen auf den gesamten Organismus. Hinzu kommt, dass bei der Beschneidung auch andere Organe verletzt werden können, so etwa die Blase, wenn sich eine erwachsene Person auf den Unterleib kniet, um das Kind zu fixieren, was Harninkontinenz, Blasenentleerungsstörungen und chronische Schmerzen verursachen kann.

Arbeitgeber*innen sollten wissen, dass die Wahrscheinlichkeit für FGM_C bei Menschen aus bestimmten Herkunftsländern, etwa aus Somalia, Eritrea, Äthiopien, Kenia, Tansania und Ägypten, höher ist, da hier FGM_C Typ III noch sehr häufig vorkommt. Sie sollten im individuellen Gespräch sensibel darauf hinweisen, dass ihr Unternehmen für alle Menschen offen ist, ob mit oder ohne Behinderung, um Vertrauen aufzubauen.

Wie spreche ich das Thema FGM_C an?

Im Chat wurde gefragt, wie man das Thema FGM_C in einer Schwangerenberatung oder Schwangerschaftskonfliktberatung ansprechen kann, wenn die Person es nicht von sich aus macht, um zu unterstützen und an passende Gynäkolog*innen oder andere Stellen zu verweisen. Fadumo Korn riet, man solle zunächst auf das Herkunftsland schauen – in einigen Ländern wie zum Beispiel Somalia und Guinea sind über 90 Prozent der Frauen* und Mädchen* beschnitten (Unicef 2024; Link zur Unicef-Broschüre). Diese Zusammenhänge sollten Beratende kennen, um abzuschätzen, wie wahrscheinlich es ist, dass die Person FGM_C-erfahren ist.

Dabei riet sie, eher nach der Sprache als nach dem Herkunftsland zu fragen, denn eine Person nach ihren Fähigkeiten zu fragen, wertet sie auf. Als Anlass könnte man zum Beispiel schildern, man habe an einer Veranstaltung teilgenommen (wie der heutigen), auf der man unter anderem über den Brauch der weiblichen Beschneidung gesprochen habe, der wohl auch in ihrem Herkunftsland verbreitet sei. Dabei geht es darum, zunächst eine allgemeine Einführung zu finden und die Frage nicht auf die Person, sondern auf das Land, aus dem sie kommt, zu beziehen. Und dann die Person als Expert*in in der eigenen Sache anzuerkennen und zu fragen, ob sie ihr Wissen teilen kann. Wenn sich eine Betroffene in der Situation der Beratungsstelle wohlfühlt, wird sie sich dann meist öffnen.

Einige Erfolge

- In Deutschland ist FGM_C seit 2013 ein eigenständiger Straftatbestand (§ 226a StGB) und wird im Regelfall mit einer Freiheitsstrafe zwischen einem und fünfzehn Jahren bestraft.
- Personen mit FGM_C Typ III können mit einem ärztlichen Attest in Bayern einen Behinderungsgrad von 30 Prozent erhalten. Der erste Fall in Nürnberg wurde 2026 positiv beschieden.
- Das bayerische Familienministerium hat vor vier Jahren bewilligt, FGM_C-Aktionen zu finanzieren. Über diesen Topf erhält eine Kooperation aus mehreren Initiativen (NALA e. V., Donna Mobile e. V., IN VIA Bayern e. V.) Gelder, um Sprach- und Kulturmittler*innen mit Fokus auf FGM_C zu schulen.
- Der bayerische Gesundheitsausschuss hat Geld für eine Gynäkologin aus dem Sudan bereitgestellt, die eine Zeitlang in München praktizieren und zusätzliche Kosten für die Betreuung von FGM_C-Betroffenen abrechnen konnte.
- Es fanden eine Reihe von Veranstaltungen mit Gewerkschaften in Bayern statt, um Arbeitgeber*innen für das Thema zu sensibilisieren.

Vortrag

FGM_C im Kontext von Sexualität und Schwangerschaft aus medizinischer Sicht



Foto: privat

Constanze Hach

Dr. med. Constanze Hach ist Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe und im Rahmen der Berliner Koordinierungsstelle gegen FGM_C beim Berliner Familienplanungszentrum Balance tätig, wo sie Personen mit FGM_C und deren Angehörige berät und unterstützt.

Der Vortrag legte den Fokus auf FGM_C im Kontext von Sexualität und Schwangerschaft. Einleitend betonte die Referentin, dass sie den Begriff ‚Beschneidung' statt ‚Verstümmelung' verwendet, weil dies der Wortwahl der Betroffenen entspricht, und dass sie das Gendersternchen oder genderneutrale Begriffe nutzt, um alle geschlechtlichen und sexuellen Identitäten einzubeziehen.

Die WHO-Klassifizierung

WHO-Klassifizierung	Erklärung
Typ I	Teilweise oder vollständige Entfernung der äußeren Klitoris (Glans clitoridis) und/oder der Klitorisvorhaut (Präputium)
Ia	Entfernung der Klitorisvorhaut
Ib	Entfernung der äußeren Klitoris und der Klitorisvorhaut
Typ II	Teilweise oder vollständige Entfernung der äußeren Klitoris (Glans clitoridis) und der kleinen Labien mit oder ohne Entfernung der großen Labien
IIa	Entfernung der kleinen Labien
IIb	Teilweise oder vollständige Entfernung der äußeren Klitoris und der kleinen Labien (Klitorisvorhaut kann auch betroffen sein)
IIc	Teilweise oder vollständige Entfernung der äußeren Klitoris und der kleinen Labien sowie der großen Labien (Klitorisvorhaut kann auch betroffen sein)
Typ III (Infibulation)	Entfernung der kleinen inneren und/oder großen äußeren Labien und Verengung der Vaginalöffnung durch Zusammenheften oder -nähen der Wundränder, mit oder ohne Entfernung der äußeren Klitoris (Glans clitoridis) und der Klitorisvorhaut (Präputium)
IIIa	Zusammenheften oder -nähen der kleinen Labien
IIIb	Zusammenheften oder -nähen der großen Labien
Typ IV	Alle anderen schädlichen Eingriffe an den weiblichen Genitalien zu nicht medizinischen Zwecken

Tabelle 1: Einteilung von FGM_C in vier Typen (nach WHO 2018, Link zum WHO-Handbuch)

Zunächst stellte Constanze Hach die Typen-Klassifizierung der WHO bei FGM_C vor (WHO 2018, Link zum WHO-Handbuch; WHO 2025, Link zur WHO-Guideline). Die Klassifizierung stammt aus dem Jahr 1995 und wird derzeit diskutiert, weil sie sehr viele unterschiedliche Befunde in einem Typ zusammenfasst und daher nicht voll in der Lage ist, die Belastungen widerzuspiegeln, unter denen Personen des jeweiligen Typs leiden. Sie spielt aber insbesondere im deutschen Asylverfahren eine Rolle, da das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) eine Einordnung nach WHO-Typ durch ein ärztliches Attest fordert.

Die Spannbreite der Befunde und Beschwerden von Personen wird zum Beispiel deutlich, wenn man auf Typ IIb schaut. Eine Einordnung unter diesen Typ kann bedeuten, dass die Person eine teilweise Beschneidung im Bereich der kleinen Schamlippen erfahren hat, die kaum sichtbar ist und entsprechend weniger Beschwerden verursacht. Es kann aber auch heißen, dass sie eine große, straffe Narbe hat, da bei ihr die kleinen Labien vollständig entfernt wurden, und dass sie deswegen unter Trockenheit und starken Irritationen im Bereich des Vaginaleingangs leidet. Auch bei FGM_C Typ III, der sogenannten Infibulation, gibt es erhebliche Unterschiede. Hier wird der Vaginaleingang verschlossen, entweder durch Zunähen oder durch Aneinanderheften der Wundränder, die dann beim Ausheilen verkleben. Es kann sein, dass die Vaginalöffnung nach der Beschneidung so klein ist, dass das Monatsblut kaum ablaufen kann, die Öffnung kann aber auch noch ausreichend groß sein, dass eine Untersuchung und auch etwa ein Schwangerschaftsabbruch möglich sind. Unter Typ IV werden alle anderen schädlichen Eingriffe an den weiblichen Genitalien zu nicht medizinischen Zwecken zusammengefasst – dieser Typ ist also schon per definitionem uneinheitlich und wenig aussagekräftig.

Komplikationen beim Sex

Es gibt akute Komplikationen, die während der Beschneidung auftreten und bis zum Tode führen können. Hier fehlen genaue Daten, Schätzungen gehen aber davon aus, dass FGM_C in Ländern mit hoher Prävalenz zu den Haupttodesursachen für Mädchen* und junge Frauen* zählt (Ghosh et al., Link zum Artikel von Ghosh). Mit diesen Fällen ist das deutsche Gesundheitssystem in der Regel nicht konfrontiert, sondern vor allem mit chronischen Komplikationen als Folge der Beschneidung, die sich in physische und psychische Befunde unterteilen lassen. Gerade über die Möglichkeit psychischer Komplikationen sollte man sich als Fachkraft in Medizin und Beratung stets bewusst sein.

Auslöser chronischer physischer Beschwerden, die sich auf die Sexualität auswirken können, sind vor allem die narbigen Veränderungen im Bereich der Vulva und Vagina, die chronische Schmerzen, Trockenheit und Juckreiz hervorrufen können. Es kann auch zur Wucherung von Narbengewebe kommen, den sogenannten Keloiden, sowie zu Einschlusszysten an der Narbe, was beides sehr unangenehm sein kann. Die mangelnde Elastizität des Narbengewebes kann sich in diesem sensiblen Bereich stark bemerkbar machen. Wenn die Klitorisspitze, die ein extrem komplexes und verzweigtes Nervensystem enthält, beschädigt oder entfernt wurde, kann es zu Wucherungen von Nerven oder Nervenscheiden kommen. Das muss optisch nicht auffällig sein, kann aber zu Sensibilitätsstörungen im Bereich der Vulva führen, sodass die Wahrnehmung eines Berührungsreizes vermindert, verstärkt oder unangenehm ist. Diese Beschwerden können dazu führen, dass Betroffene Sexualität nicht als schön oder lustvoll empfinden, sondern als schmerzhaft oder unangenehm. Insbesondere beim Geschlechtsverkehr können starke Schmerzen auftreten, eine Penetration kann bei Personen mit FGM_C Typ III sogar unmöglich sein.

Komplikationen bei der Geburt

Bei Personen mit FGM_C besteht ein erhöhtes Risiko für einen Kaiserschnitt, längere Geburtsverläufe, postpartale Blutungen, Verletzungen und Risse an Vulva, Vagina sowie Muttermund, Fistelbildung sowie für einen Sauerstoffmangel des Neugeborenen. All diese Komplikationen können bei jeder Geburt auftreten, sind aber bei Personen mit FGM_C häufiger (WHO 2018, Link zum WHO-Handbuch). Durch eine gute Versorgung in der Schwangerschaft und eine gute Geburtsplanung, die mögliche Probleme antizipiert, kann das erhöhte Risiko jedoch auf ‚normales' Niveau reduziert werden (Abdulcadir et al. 2015, Link zum Artikel von Abdulcadir).

Bei Schwangerschaften und Geburten mit FGM_C erhöhen sich die Risiken für:

- Notwendigkeit eines Kaiserschnittes;
- Verlängerte Geburtsverläufe bis hin zu Geburtsstillstand;
- Postpartale Hämorrhagie (verstärkte Blutung nach der Geburt des Kindes);
- Verletzungen und Risse an Vulva, Vagina, Cervix (Muttermund);
- Vesiko-/rektovaginale Fistelbildung (unnatürliche Verbindung zwischen Harnblase und Vagina/Enddarm und Vagina);
- Für das Neugeborene: erhöhtes Risiko für Asphyxie (Sauerstoffmangel mit möglichen Langzeitschäden bis zum Tod).

Eine gute Geburtsplanung kann diese Risiken auf ein ‚normales' Niveau reduzieren.

Zwei Ansätze für Sprechstunde und Beratung

Cultural Safe Care ist ein Konzept, das die unterschiedlichen und ungleich verteilten Machtverhältnisse zwischen Patient*innen mit Flucht- und Migrationsbiografie und dem Gesundheitspersonal oder anderen Fachkräften berücksichtigt und das im Umgang mit Personen mit FGM_C von besonderer Relevanz ist (Evans et al. 2019, Link zum Artikel von Evans). Um eine kulturell sensible Versorgung umzusetzen, braucht es eine vertrauensvolle und respektvolle Beziehung. Dabei sollten Fachkräfte ihre eigene privilegierte Position immer wieder reflektieren und an sich selbst arbeiten, um aus den eigenen Fehlern zu lernen. Außerdem sollten sie die Person als Expert*in ihrer eigenen Biografie begreifen und ihr Wissen anerkennen. Sie sollten verständnisvoll auf sie zugehen, sie respektieren und bestärken, statt sie zu belehren.

Ein zweiter hilfreicher Ansatz ist der personenzentrierte Ansatz nach Carl Rogers (1957). Auch hier geht es darum, eine tragfähige, unterstützende Beziehung zwischen Patient*in und Fachpersonal aufzubauen, geprägt von Empathie, Wertschätzung, Authentizität und Transparenz. Die Fachkraft gibt keine Ratschläge, sondern öffnet einen Raum für die Selbstreflexion der Patient*in. Vertrauen bildet die Basis der Beziehung, das durch einen sensiblen und respektvollen Umgang, Zeit und Geduld entsteht. Gerade im Bereich FGM_C ist der Zeitfaktor entscheidend.

Personen mit FGM_C sollte immer wieder versichert werden, dass sie das Recht haben, Stopp zu sagen – egal ob es um eine gynäkologische Untersuchung oder das Ansprechen bestimmter Themen geht. Voraussetzung dafür ist Transparenz: Patient*innen oder Klient*innen sollten verstehen, welche Rolle die Fachkräfte haben, welche Ziele sie verfolgen, welche Maßnahmen sie ergreifen und dass sie der Schweigepflicht unterliegen. Wenn die Betroffenen selbst FGM_C nicht ansprechen, können Fachkräfte, wenn es für die Behandlung oder Beratung wichtig ist (also nicht aus reiner Neugierde), aktiv danach fragen. Um die Wahrscheinlichkeit einschätzen zu können, ob Klient*innen von FGM_C betroffen sind, ist es wichtig, die Prävalenzen und die Trends in den jeweiligen Herkunftsländern zu kennen (Unicef 2024; Link zur Unicef-Broschüre).

Nicht operative Behandlungsoptionen

Neben den operativen Behandlungsmethoden bei FGM_C gibt es auch eine Reihe nicht operativer Methoden. So können etwa Öle oder Cremes, die auf die Narben aufgetragen werden, Irritationsgefühle und Schmerzen lindern. In den Hochprävalenzländern in Westafrika benutzen Betroffene häufig das Touloucouna-Öl, aber auch synthetische Salben und Cremes können lindernd wirken sowie bei lokalen Schmerzen durch Nervenverwachsungen Cremes mit Lokalanästhetika.

Osteopathie und Physiotherapie können ebenfalls einen wichtigen Beitrag zur Linderung von Narbenbeschwerden leisten. Dabei sind diese Behandlungen als Hilfe zur Selbsthilfe gedacht, denn ihr Ziel ist es, dass Patient*innen lernen, die Narbe selbst zu behandeln, was zudem ihre Selbstwirksamkeit fördern kann. Bei Beckenbodenfunktionsstörungen kann eine spezielle funktionelle Physiotherapie helfen, die Physio Pelvica, ein von der Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologie, Geburtshilfe,

Urologie & Proktologie (AG GGUP) entwickeltes Verfahren, das von speziell geschulten Physiotherapeut*innen angeboten wird. Die Osteopathie hat den großen Vorteil, dass sie den ganzen Körper betrachtet und bei Beckenbodenproblemen auch den Unterbauch einbezieht. Zwar ist dazu die Studienlage schlecht, aber einiges spricht dafür, dass es einen Zusammenhang zwischen den Narben und etwaigen Menstruationsbeschwerden gibt.

Physio Pelvica

Physio Pelvica ist eine Zusatzausbildung für Physiotherapeut*innen, die sich speziell auf die Beckenbodentherapie ausrichtet und die für Personen mit FGM_C hilfreich sein kann. Eine Liste der zertifizierten Therapeut*innen findet sich auf der Webseite der Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologie, Geburtshilfe, Urologie & Proktologie (AG GGUP) (Link zur AG-GGUP-Website).

Eine weitere wichtige nicht operative Therapieoption sind sexualtherapeutische Unterstützung und Sexualberatung. Hier geht es etwa darum, darüber zu informieren, dass Gleitgel die Beschwerden beim Geschlechtsverkehr lindern kann. Die Einbeziehung von Partner*innen kann Verständnis und Rücksichtnahme fördern, etwa wenn die Schmerzen primär durch die vaginale Penetration entstehen und ein temporärer Verzicht darauf schmerzassoziierte Gedächtnis- und Reizprozesse unterbrechen kann. Klient*innen werden dabei unterstützt, ihr Lustempfinden besser kennenzulernen, individuelle Grenzen zu benennen und ein Sexualverständnis zu entwickeln, das nicht auf die vaginale Penetration allein fixiert ist. Ein wichtiger Faktor in der Sexualberatung sind die Förderung der Körperwahrnehmung und das Kennenlernen des eigenen Körpers. Sehr gut lässt sich das anhand von Stoffmodellen der Sexualorgane illustrieren, wie sie etwa die Firma Paomi herstellt. Anhand der Modelle lässt sich auch zeigen, dass die Klitoris ein Organ ist, das sich überwiegend im Körper befindet, dass sie also durch die Beschneidung nie komplett entfernt werden kann. Das ist eine sehr selbstermächtigende Information für Personen mit FGM_C. Dabei ist zu beachten, dass viele Betroffene es nicht gewohnt sind, über Sexualität zu sprechen. Hier braucht es also eine besondere Sensibilität vonseiten der Berater*innen, ob und wann Klient*innen zu einem solchen Gespräch bereit sind. Wenn ein Austausch erfolgt, kann dies dazu beitragen, Angst, Scham und Tabuisierung zu reduzieren.

Schwangerschaft und FGM_C

Personen mit FGM_C haben, wie oben bereits erwähnt, erhöhte Risiken bei Schwangerschaft und Geburt, insbesondere Personen mit FGM_C Typ III (Infibulation) sowie solche mit Typ IIb, bei denen der Vaginaleingang durch die Vernarbung stark verengt ist. Um bei diesen Personen einen unproblematischen Geburtsvorgang zu gewährleisten, sollte die reguläre Schwangerenvorsorge durch eine spezialisierte Versorgung für Personen mit FGM_C ergänzt werden, vor allem für die Geburtsplanung und während der Geburt. Dabei ist darauf zu achten, dass bei jeder der Untersuchungen und Gespräche das Risiko einer Retraumatisierung besteht.

Wichtige Schritte in der Beratung von Personen mit FGM_C während der Schwangerschaft

- Geburtsklinik suchen, die auf FGM_C-Versorgung spezialisiert oder darin erfahren ist; eventuell professionelle Dolmetscher*innen für die Geburtsanmeldung hinzuziehen
- Begleitperson(en) während der Geburt besprechen: Wer dolmetscht?
- Bei Ängsten, Bedenken und Unsicherheiten Hilfestellung vermitteln (Geburtsvorbereitungskurse, Atem- und Entspannungsübungen)
- Eventuell bei der Krankenkasse der Schwangeren* nachfragen, ob die Kosten für eine Einzelgeburtsvorbereitung übernommen werden
- Bei Bedarf psychologische Unterstützung vermitteln

Schwangerschaftsabbruch und FGM_C

Ein operativer Schwangerschaftsabbruch ist bei Personen mit FGM_C dann möglich, wenn sich ein Spekulum in die Vagina einführen lässt. Ist die Vaginalöffnung zu eng, muss vor dem Abbruch eine Defibulation, also eine Eröffnungsoperation erfolgen, was prinzipiell in derselben Narkose möglich ist. Für die Betroffenen ist dies allerdings ein erheblicher Stress in einer ohnehin schon gestressten Situation.

Ein medikamentöser Abbruch kann ebenfalls eine Option sein: Wenn die Monatsblutung durch die Vaginalöffnung abfließen kann, sollte auch das Schwangerschaftsgewebe abfließen können. Allerdings gibt es hier kaum medizinische Evidenz. Da es eher zu Komplikationen kommen kann, ist es zentral, die Person eng zu begleiten.

Für die Schwangerenberatung ist es wichtig, über die Optionen zu informieren und die Personen an Gynäkolog*innen zu verweisen, die Erfahrungen im Bereich FGM_C haben und einschätzen können, wie man den Abbruch am besten durchführen kann.

Defibulation

Unter Defibulation versteht man die Eröffnungsoperation bei FGM_C Typ III. Diese Operation kann sich in vielerlei Hinsicht positiv auswirken: Sie kann Schwangeren mit FGM_C Typ III eine vaginale Geburt ermöglichen, sie kann dazu beitragen, dass eine Penetration beim Geschlechtsverkehr möglich oder weniger schmerzhaft ist, sie kann den Abfluss des Menstruationsbluts erleichtern und die Menstruationsschmerzen lindern, sie erleichtert oder ermöglicht gynäkologische Untersuchungen, etwa bei einer unvollständigen Fehlgeburt, und sie kann manchen ungewollt Schwangeren einen operativen Schwangerschaftsabbruch ermöglichen. Außerdem kann sie Beschwerden wie erschwertes Urinieren und wiederkehrende Infektionen der Harnwege, des Nierenbeckens sowie des Genitaltrakts lindern. Aufgrund der genannten positiven Effekte empfiehlt die WHO, eine Defibulation durchzuführen, wenn die Person das wünscht und dazu bereit ist (WHO 2025, Link zur WHO-Guideline).

Die Aufgabe der Beratung ist es, Betroffene zu informieren, damit sie informierte Entscheidungen treffen und die Konsequenzen ihrer Entscheidungen absehen können. Sie sollten ausführlich über die Vor- und Nachteile der Operation und über die physiologischen Veränderungen danach informiert werden.

TIPPS

Erklärfilm Defibulation

Der von der belgischen NGO GAMS Belgique produzierte Film erklärt in vier Minuten die Defibulation und kann ein guter Gesprächseinstieg sein, wenn sich eine Person damit auseinandersetzt, ob sie solch eine Operation durchführen lassen soll. Das Video ist in vielen unterschiedlichen Sprachen verfügbar.

Link zum Erklärfilm Defibulation

Der Leitfaden der Berliner Koordinierungsstelle gegen FGM_C

Der gerade publizierte Leitfaden bietet Handlungsempfehlungen für medizinische und psychosoziale Berufe im Umgang mit Personen mit FGM_C, die auf wissenschaftlicher und fachlicher Expertise sowie auf Erfahrungen von FGM_C-Betroffenen beruhen. Im Anhang der Broschüre findet sich eine Zusammenstellung der medizinischen Anlaufstellen für FGM_C-Betroffene.

Link zum Leitfaden der Berliner Koordinierungsstelle gegen FGM_C

Resümee

Fazit und Ausblick

Die Veranstaltung hat deutlich gemacht: Eine gute Versorgung von Menschen mit FGM_C-Erfahrungen braucht Zeit, Vertrauen, Fachkompetenz und eine respektvolle, zugewandte Haltung. Betroffene sind Expert*innen ihrer eigenen Lebensrealität. Die von Fadumo Korn formulierte Haltung „Ich möchte mehr lernen!“ kann dabei als Leitmotiv für Fachkräfte dienen: zuhören, die eigenen Grenzen des Wissens anerkennen und gemeinsam und einfühlsam mit den Betroffenen nach Lösungen suchen.

Von zentraler Bedeutung sind eine sensible Sprache und gute Gesprächsführung. Freundlichkeit, Wertschätzung und ein verständnisvoller Umgang können wesentlich dazu beitragen, Vertrauen aufzubauen. Dies gilt insbesondere auch für medizinische Untersuchungen: Für Betroffene kann bereits eine scheinbar geringfügige Berührung im Vaginalbereich schmerzhaft sein oder traumatische Erinnerungen reaktivieren. Deshalb sollten Behandler*innen ihre Hände und Instrumente zunächst zeigen, jeden Schritt erklären und versichern, behutsam vorzugehen. Die Patient*innen müssen jederzeit die Möglichkeit haben, eine Untersuchung zu unterbrechen oder Stopp zu sagen. Traumasensibilität zeigt sich damit nicht nur in großen Konzepten, sondern in jeder einzelnen Handlung.

Constanze Hach stellte mit Cultural Safe Care einen wichtigen Ansatz für eine solche Versorgung vor. Das Konzept nimmt die ungleich verteilten Machtverhältnisse zwischen Patient*innen mit Flucht- und Migrationsbiografie und Fachkräften in den Blick. Es fordert Fachkräfte dazu auf, die eigene professionelle Position und Privilegien zu reflektieren und Betroffene als Expert*innen ihrer eigenen Biografie anzuerkennen. Kulturell sichere Versorgung bedeutet, nicht zu belehren oder vorschnell Ratschläge zu geben, sondern einen vertrauensvollen Raum für Selbstbestimmung und eigene Entscheidungen zu schaffen. Transparenz, Respekt, Zeit und Geduld sind dafür keine Zusatzleistungen, sondern fachliche Grundlagen.

Zur ganzheitlichen Versorgung gehört auch, Sexualität als wichtigen Teil der Lebensqualität und Selbstbestimmung anzuerkennen. Operative Methoden können individuell hilfreich sein. Constanze Hach verwies darüber hinaus auf die Bedeutung von Sexualberatung oder Sexualtherapie als alternative oder unterstützende professionelle Unterstützungsmöglichkeiten. Dabei kann es beispielsweise darum gehen, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr durch Gleitgel zu reduzieren oder auf vaginale Penetration zu verzichten, wenn diese mit Schmerzen und Angst verbunden ist, und alternative Formen von Sexualität zu erkunden. Die Einbeziehung von Partner*innen ist ganz wichtig und kann Verständnis und Rücksichtnahme fördern. Gleichzeitig erfordert das Sprechen über Sexualität besondere Sensibilität: Viele Betroffene sind es nicht gewohnt, über Sexualität zu sprechen. Entscheidend ist deshalb, ob und wann sie selbst für ein solches Gespräch bereit sind.

Für Schwangerschaften und Geburten bei FGM_C wurde deutlich, wie wichtig frühzeitige, individuelle und fachkundige Planung ist, um die Belastung für die Betroffenen so gering wie möglich zu halten. Eine gute Geburtsplanung kann Risiken reduzieren, unnötige Belastungen vermeiden und dazu beitragen, eine sichere und selbstbestimmte Geburt zu ermöglichen. FGM_C geht nicht zwangsläufig mit einer komplikationsreichen Geburt einher. Entscheidend sind eine individuelle Einschätzung, entsprechende fachliche Expertise und die Einbeziehung der Schwangeren in alle Entscheidungen.

Auch beim Schwangerschaftsabbruch braucht es eine individuelle medizinische Einschätzung. Je nach Ausprägung von FGM_C können operative Verfahren besondere Herausforderungen mit sich bringen; auch ein medikamentöser Abbruch kann eine Option sein, wobei eine enge Begleitung erforderlich ist. Für die Schwangerenberatung bedeutet dies, über die Möglichkeiten zu informieren und bei Bedarf an gynäkologische Fachkräfte mit Erfahrung im Bereich FGM_C zu vermitteln.

FGM_C ist darüber hinaus eine Frage von sozialen Rechten und gesellschaftlicher Teilhabe. Fadumo Korn betonte, dass bei FGM_C Typ III nach der WHO-Klassifizierung – abhängig von den individuellen gesundheitlichen Beeinträchtigungen – ein Antrag auf Feststellung eines Grades der

Behinderung gestellt werden kann. Fachkräfte sollten Betroffene über diese Möglichkeit informieren und sie dabei unterstützen, ihre Rechte und Ansprüche wahrzunehmen.

Die möglichen Folgen von FGM_C reichen auch in die Arbeitswelt. Starke Menstruationsschmerzen, Beschwerden beim Wasserlassen oder andere körperliche Folgen können dazu führen, dass Betroffene zeitweise nicht arbeitsfähig sind oder beispielsweise mehr Zeit für Toilettengänge benötigen. Gerade in Ausbildung und Beruf können daraus erhebliche Belastungen entstehen. Arbeitgeber*innen benötigen deshalb Wissen und Sensibilität, um individuelle Bedürfnisse berücksichtigen und Diskriminierung vermeiden zu können. FGM_C-Sensibilität sollte auch als Teil einer inklusiven und diskriminierungssensiblen Arbeitswelt verstanden werden.

Gleichzeitig wurde deutlich: Individuelle Fachkompetenz kann strukturelle Defizite nicht allein auffangen. Das Abrechnungssystem der Krankenkassen berücksichtigt den erhöhten Zeitbedarf in der Versorgung von FGM_C-Betroffenen nicht ausreichend. Eine gute Behandlung und Beratung braucht jedoch Zeit – für Aufklärung, Vertrauen, behutsame Untersuchungen und gegebenenfalls die Einbeziehung weiterer Fachstellen. Die fehlende Honorierung dieses Mehraufwands erschwert die Versorgung und entwertet zugleich die besondere fachliche Arbeit von Hebammen, Gynäkolog*innen und anderen beteiligten Fachkräften.

Damit ist der Umgang mit FGM_C auch eine gesundheits- und sozialpolitische Aufgabe. Der Appell von Fadumo Korn, besonders für Hebammen einzutreten und politische Veränderungen einzufordern, richtet sich an Politik und Gesellschaft: Das Sozialsystem muss dort ausgebaut werden, wo Menschen besondere Unterstützung benötigen. Notwendig sind eine angemessene Finanzierung, spezialisierte Versorgungsangebote, qualifizierte Sprach- und Kulturmittlung, interdisziplinäre Netzwerke und Fortbildungen. Es braucht mehr Bildung und Aufklärung, um Mädchen* vor sogenannten Ferienbeschneidungen zu schützen.

Die Veranstaltung hat wichtige Impulse für die weitere fachliche und politische Arbeit gegeben. FGM_C muss als Querschnittsthema von Gesundheit, Sexualität, (sozialen) Rechten, Arbeit, Teilhabe und Antidiskriminierung verstanden werden. Die 2026 veröffentlichten Handlungsempfehlungen der Berliner Koordinierungsstelle gegen FGM_C und die internationalen Klassifikationen der Weltgesundheitsorganisation bieten dafür wichtige fachliche Orientierung (Berliner Koordinierungsstelle 2026, Link zum Leitfaden der Berliner Koordinierungsstelle gegen FGM_C; WHO 2025, Link zur WHO-Guideline).

Der Ausblick ist klar: Es braucht nicht nur mehr Wissen über FGM_C, sondern Strukturen, die dieses Wissen in eine gute, rechtebasierte und zugängliche Versorgung übersetzen. Betroffene und ihre Familien brauchen Fachkräfte, die zuhören, ihre Grenzen respektieren, ihre Erfahrungen ernst nehmen und bereit sind, dazuzulernen. Sie brauchen aber ebenso ein Gesundheits- und Sozialsystem, das den besonderen Unterstützungsbedarf anerkennt und finanziell absichert. Gute Beispiele gibt es längst. Sie müssen mehr Unterstützung erfahren und als Ausgangspunkt für den Auf- und Ausbau einer flächendeckenden Versorgung genutzt werden.

Auswahl von Anlaufstellen und Hilfen für FGM_C-Betroffene

- Das **Hilfetelefon Gewalt gegen Frauen** der BAFzA ist täglich rund um die Uhr erreichbar und berät auch zu FGM_C. Link zum Hilfetelefon.
- Der **Schutzbrief gegen weibliche Genitalverstümmelung** der Bundesregierung informiert über die Strafbarkeit von Genitalverstümmelung – auch bei Durchführung im Ausland. Er kann als Schutz vor FGM_C in den Herkunftsländern im Reisepass mitgeführt werden. Link zum Schutzbrief.
- **Hessen engagiert gegen FGM** bietet neben einer Fachwebsite auch eine Communitywebsite mit ersten Anlaufstellen für Betroffene. Link zur Communitywebsite.
- Die **Berliner Koordinierungsstelle gegen FGM_C** berät unter Einbeziehung von Expert*innen und Community-Akteur*innen bei allen Fragen rund um FGM_C. Link zur Website.
- **NALA e.V., München,** bietet eine Notfall-Nummer für Betroffene und unterstützt und berät bei FGM_C. Link zur Website.
- **Saida International e. V., Leipzig,** bietet bundesweit Beratung für FGM_C-Betroffene. Link zur Website.

Anhang

Literatur und Links

Abdulcadir, J., A. Dugerdil, M. Yaron, O. Irion (2015): Obstetric care of women with female genital mutilation attending a specialized clinic in a tertiary center. Int J Gynecol Obstet 132/2. Link zum Artikel von Abdulcadir [Zugriff: 5.8.2026].

AG GGUP, Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologie, Geburtshilfe, Urologie & Proktologie. Link zur AG-GGUP-Website [Zugriff: 5.8.2026].

BAFzA: Hilfetelefon Gewalt gegen Frauen. Beratungstelefon des Bundes. Link zum Hilfetelefon [Zugriff: 5.8.2026].

Berliner Koordinierungsstelle gegen FGM_C. Link zur Website der Berliner Koordinierungsstelle gegen FGM_C [Zugriff: 5.8.2026].

Berliner Koordinierungsstelle gegen FGM_C (2026): FGM_C verstehen. Handlungsempfehlungen für medizinische und psychosoziale Berufe. Link zum Leitfaden der Berliner Koordinierungsstelle gegen FGM_C [Zugriff: 5.8.2026].

BMBFSFJ (2025): Situation weiblicher Genitalverstümmelung. Neue Schätzung zeigt deutlichen Anstieg der Fälle. Link zur Pressemeldung [Zugriff: 5.8.2026].

Die Bundesregierung (2025): Schutzbrief gegen weibliche Genitalverstümmelung. Link zum Schutzbrief [Zugriff: 5.8.2026].

Donna Mobile AKA e. V.: Link zur Donna-Mobile-Website [Zugriff: 5.8.2026].

Evans, C., R. Tweheyo, J. McGarry, J. Eldridge, J. Albert, V. Nkoyo, G. M. A. Higginbottom (2019): Seeking culturally safe care. A qualitative systematic review of the healthcare experiences of women and girls who have undergone female genital mutilation/cutting. BMJ open, 9/5, e027452. Link zum Artikel von Evans [Zugriff: 5.8.2026].

Familienplanungszentrum Berlin e. V. Balance. Link zur Balance-Website [Zugriff: 5.8.2026].

GAMS, Belgien (2021): Vierminütiges Erklärvideo zur Defibulation (in vielen Sprachen verfügbar). Link zum Erklärfilm Defibulation [Zugriff: 5.8.2026].

Ghosh, A., H. Flowe, J. Rockey (2023): Estimating excess mortality due to female genital mutilation. Sci Rep 13: 13328. Link zum Artikel von Ghosh [Zugriff: 5.8.2026].

Hessen engagiert gegen FGM: Fachwebsite/Communityweb-site. Link zur Website „Hessen engagiert gegen FGM“ [Zugriff: 5.8.2026].

IPPF (2026): IMAP Statement on preventing Female Genital Mutilation. This statement provides guidance to prevent, respond to and mitigate the impact of FGM. Link zum IPPF-Statement [Zugriff: 5.8.2026].

Korn, F. (2004): Geboren im Großen Regen. Mein Leben zwischen Afrika und Deutschland. Hamburg: Rowohlt.

Korn, F., I. Bell (2009): Schwester Löwenherz. Eine mutige Afrikanerin kämpft für Menschenrechte. München: Kösel.

Nala e. V.: Link zur NALA-Website [Zugriff: 5.8.2026].

PAOMI Handgefertigte Modelle zur sexuellen, körperlichen und gesundheitlichen Aufklärung. Link zur PAOMI-Website [Zugriff: 5.8.2026].

Rogers, C. R. (1957): The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. Journal of consulting psychology, 21/2, 95–103.

Saida International e. V.: Link zur Saida-Website [Zugriff: 5.8.2026].

UNICEF (2024): Female Genital Mutilation. A global concern. 2024 Update. New York. Link zur UNICEF-Broschüre [Zugriff: 5.8.2026].

Vom Nomadenmädchen zur Menschenrechtsaktivistin. Fadumo Korn. 28-minütiges Video-Interview mit Fadumo Korn, Interviewer: Elian Preuhs. Link zum Interview mit Fadumo Korn [Zugriff: 5.8.2026].

WHO (2018): Care of girls & women living with female genital mutilation. A clinical handbook. Genf. Link zum WHO-Handbuch [Zugriff: 5.8.2026].

WHO (2025): WHO guideline on the prevention of female genital mutilation and clinical management of complications. Genf. Link zur WHO-Guideline [Zugriff: 5.8.2026].

www.profamilia.de/Publikationen

