



DOKUMENTATION

Online-Fachveranstaltung

Weibliche Genitalverstümmelung, (k)ein Tabu?!

Stärkung von Handlungskompetenz und Dialog in der medizinischen Praxis und in der Arbeit mit Geflüchteten

im Rahmen des Projektes „Maßnahmen zur Prävention, Information und zum besseren Schutz von Mädchen und Frauen, die von Genitalbeschneidung (FGM) bedroht oder betroffen sind“

9. Dezember 2020 | 14:30 bis 19:00 Uhr

INHALTLICHE GESTALTUNG

1. Zielsetzung der Online-Fachveranstaltung

Die Online-Fachveranstaltung zielte darauf ab, Aufmerksamkeit, Bewusstsein und Handlungskompetenz für das Thema weibliche Genitalverstümmelung (FGM) zu schaffen. Sie richtete sich insbesondere an Mediziner*innen und Gesundheitspersonal, aber auch an pädagogisch-psychologische Fachkräfte in Ämtern, Einrichtungen und Beratungsstellen. Damit sollte ein weiterer Schritt hin zur Integration des Themas FGM in die Fortbildungsangebote und in den Berufsalltag des Gesundheitspersonals sowie der psychosozialen Fachkräfte in Hessen geleistet werden. Zugleich sollte die Fachveranstaltung bei den angesprochenen Zielgruppen ein möglicher „Türöffner“ für das Thema sein. Durch die Verknüpfung medizinischer Aspekte mit juristischen, psychologischen und psychosozialen Fragestellungen galt es ferner, eine stärkere Interdisziplinarität, Zusammenarbeit und Vernetzung verschiedener Berufsgruppen zu ermöglichen.

2. Teilnehmer*innen

Die Fachveranstaltung richtete sich vor allem an medizinisches Fachpersonal in Kliniken und im niedergelassenen Bereich, d. h. an Ärzt*innen aus den Fachrichtungen Gynäkologie, Chirurgie, Pädiatrie, Urologie, Allgemeinmedizin und Psychiatrie, an Amtsärzt*innen, Pflegepersonal, Hebammen, Praxismanager*innen und Mitarbeiter*innen von Gesundheitsämtern.

Darüber hinaus waren Berufsgruppen, die mit Geflüchteten arbeiten (Mitarbeiter*innen von Unterkünften, Sozial- und Jugendämtern, Beratungsstellen, psychosozialen Zentren u. a.) angesprochen, ebenso Mitarbeiter*innen von psychosozialen Beratungsstellen, von Nachbarschafts- und Familienzentren sowie pädagogisch-psychologisches Fachpersonal und Therapeut*innen.

Für die Veranstaltung registriert haben sich 216 Personen; aufgrund eines kurzfristigen technischen Problems konnten davon jedoch nur 137 teilnehmen. Unter den Angemeldeten befanden sich 42 Ärzt*innen unterschiedli-

cher Fachrichtungen sowie Hebammen, darüber hinaus pädagogisches Fachpersonal, Frauenbeauftragte, Mitarbeiter*innen des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge (BAMF), des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) sowie des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration. Die Mehrzahl der Teilnehmer*innen ist den o. g. Berufsgruppen, die mit Geflüchteten arbeiten, zuzurechnen.

3. Inhalte

Die Veranstaltung gliederte sich in zwei Teile. Der erste Teil der Fachveranstaltung richtete sich insbesondere an Ärzt*innen, Therapeut*innen und medizinisches Fachpersonal in Kliniken und im niedergelassenen Bereich. Neben der Diagnostik und Behandlung in der gynäkologischen Praxis wurden Möglichkeiten der chirurgischen Rekonstruktion von verstümmelten äußeren weiblichen Genitalien vorgestellt sowie der therapeutische Umgang mit den psychischen Folgen und Traumata durch FGM beleuchtet.

Der zweite Teil der Fachveranstaltung thematisierte FGM im Kontext von Migration, Flucht und Asyl und richtete sich vor allem an Berufsgruppen, die mit Geflüchteten arbeiten bzw. diese beraten. Neben einem Überblick zu rechtlichen Grundlagen und Voraussetzungen zu FGM als Asylgrund berichteten verschiedene Akteur*innen aus ihrer Beratungs- und Entscheidungspraxis. In diesem Kontext sollten Möglichkeiten der Zusammenarbeit und Verzahnung an den Schnittstellen deutlich werden.

Neben Impulsvorträgen fanden in beiden Teilen virtuelle Podiumsdiskussionen statt. Für die Teilnehmenden bestand die Möglichkeit zur aktiven Beteiligung und Interaktion mittels einer Frage- und Antwort-Funktion und der Priorisierung von Fragen.

ABLAUF

14:30 - 15:00 Uhr | Begrüßung und Eröffnung

Kai Klose

Hessischer Staatsminister für Soziales und Integration

[Link Mitschnitt, Kai Klose](#)

Prof. Dr. med. Frank Louwen

Leiter Funktionsbereich Geburtshilfe und Pränatalmedizin, Universitätsklinikum Frankfurt am Main

Seit seiner Berufung auf die Professur für Geburtshilfe und Pränatalmedizin an der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main leitet Prof. Louwen diesen Schwerpunkt sowie das Perinatalzentrum am Frankfurter Universitätsklinikum. Er ist Vorstandsvorsitzender der Deutschen Stiftung Frauengesundheit und Vorstandsvorsitzender des pro familia Landesverbands Hessen e. V.

Darüber hinaus übt er weitere ehrenamtliche Vorstandstätigkeiten in (inter-)nationalen Fachgesellschaften aus, darunter:

- International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), Executive Board Member und Committee chairman
- European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG), Council member
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG), Vorstandsmitglied

- Arbeitsgemeinschaft für Geburtshilfe und Pränatalmedizin (AGG) in der DGGG, Vorstandsvorsitzender

Link Mitschnitt, Prof. Dr. med. Frank Louwen

TEIL I

15:00 - 17:00 Uhr | Weibliche Genitalverstümmelung in der medizinischen und therapeutischen Praxis

Der erste Teil der Fachveranstaltung richtete sich insbesondere an Ärzt*innen, Therapeut*innen und medizinisches Fachpersonal in Kliniken und im niedergelassenen Bereich. Patientinnen mit genitaler Verstümmelung bedürfen einer besonderen ärztlichen und therapeutischen Betreuung und Beratung. Zunächst wurden die medizinischen und psychischen Folgen von FGM beleuchtet. Neben der Diagnostik und Behandlung in der gynäkologischen Praxis wurden Möglichkeiten der chirurgischen Rekonstruktion von verstümmelten äußeren weiblichen Genitalien vorgestellt. Ein dritter Impuls umfasste die Diagnostik und Behandlung der psychischen Folgen und Traumata durch FGM. Durch Informationen und interdisziplinären Austausch sollte ein Beitrag zur Integration des Themas FGM in den Berufsalltag von Mediziner*innen geleistet werden. Die Themen Kommunikation, Kostenübernahme, Begutachtung und Verweismöglichkeiten wurden ebenfalls diskutiert.

1. FGM in der gynäkologischen Praxis: Diagnostik, Behandlung und Kommunikation

Der erste Impuls gab einen Überblick über Diagnostik und Behandlungsmöglichkeiten der medizinischen Langzeitfolgen von FGM wie chronische Infektionen, Vernarbung, Abszess- und Fistelbildung, Sterilität und Sexualprobleme. Darüber hinaus wurden Strategien für eine interkulturell sensible, wertschätzende und achtsame Kommunikation mit FGM-Patientinnen in der ärztlichen Praxis vermittelt. Dabei wurden folgende Aspekte thematisiert:

- Diagnostik: Beschneidung erkennen? Was muss bei der Diagnostik beachtet werden?
- Behandlung der Folgen von weiblicher Genitalverstümmelung: Welche akuten und chronischen Komplikationen treten auf, und wie können sie behandelt werden?
- Geburtshilfe: Welche Komplikationen können während der Schwangerschaft und Geburt auftreten, und welche Maßnahmen können zur Verminderung der Geburtsrisiken ergriffen werden?
- Wertschätzende und einfühlsame Kommunikation und Beratung: Eigene Haltung, Kommunikation, Sprache.

Referentin: Dr. med. Eiman Tahir

Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, München

Geboren und aufgewachsen in Khartoum/Sudan. Medizinstudium an der Freien Universität Berlin, Promotion zum Thema „Komplikation der weiblichen Genitalverstümmelung“ an der Charité - Universitätsmedizin Berlin. Seit 2011 als niedergelassene Gynäkologin mit eigener Praxis in München tätig, in der täglich von FGM betroffene Frauen behandelt werden.

Kontakt: <https://www.frauenaerztin-am-stachus.de>

Link Präsentation, Dr. med. Eiman Tahir

2. Chirurgische Rekonstruktion der weiblichen Genitalien nach FGM

Die Rekonstruktion verstümmelter Genitalien ist, neben der klaren medizinischen Indikation, durch den Willen zur Selbstbestimmung der betroffenen Frauen geprägt. Der zweite Impuls gab einen Überblick über die medizinische Indikation sowie über Operationstechniken auf dem Gebiet der Vulva-Chirurgie; zudem wurden hier Aspekte der Vorbereitung (Kommunikation, Beratung, Aufklärung, Vermeidung von Wiederholungstraumata), der Nachsorge und Kostenübernahme beleuchtet.

Referent: Priv.-Doz. Dr. med. Dan mon O'Dey

Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie, Luisenhospital Aachen

Privatdozent Dr. med. Dan mon O'Dey wurde im Jahr 2014 zum Chefarzt der Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Handchirurgie am Luisenhospital Aachen ernannt. Im selben Jahr gründete er am Luisenhospital Aachen das Zentrum für Rekonstruktive Chirurgie weiblicher Geschlechtsmerkmale, dessen Leitung er übernahm. Im Jahr 2011 habilitierte Dr. O'Dey zum Thema "Untersuchung zur speziellen Gefäßarchitektur der weiblichen Geschlechtsmerkmale im Zusammenhang mit der Entwicklung neuer operativer Techniken der Vulva- und Mammoplastik".

Neben zahlreichen wissenschaftlichen Publikationen veröffentlichte Dr. O'Dey u.a. ein Fachbuch zur Vulva-Rekonstruktion nach FGM und anderen Deformationen, das im Jahr 2019 im Springer-Verlag erschienen ist. Dr. O'Dey ist Mitglied von (inter-)nationalen Fachgesellschaften für Plastische und Ästhetische Chirurgie sowie Mitglied des Beirats der Ärztekammer Nordrhein.

Der Link zur Präsentation von Priv.-Doz. Dr. med. Dan mon O'Dey folgt in Kürze an dieser Stelle.

3. Weibliche Genitalverstümmelung: Trauma und Therapie

Oft wird FGM ausschließlich unter dem Aspekt der körperlichen bzw. medizinischen Komplikationen diskutiert. Dennoch tragen Betroffene einer Verstümmelung oftmals lebenslange psychische Folgen und Traumata davon. Psychische Krankheitsbilder als Folge einer Verstümmelung umfassen Angststörungen, Depressionen und somatoforme Störungen, wie Kopf- und Rückenschmerzen oder Unterleibsbeschwerden.

Im dritten Impuls ging es darum, psychische Folgen und Traumata von FGM zu erkennen und zu behandeln. Dabei wurden die therapeutischen Ansätze und Möglichkeiten, ebenso die Grenzen der therapeutischen Praxis aufgezeigt.

Referentin: Annagreta König Dansokho, M.A.

Psychotherapeutin, Therapeutin für Psychotraumatologie und Traumatherapie, Supervisorin, Coach

Seit 2007 ist Annagreta König Dansokho in selbständiger Praxis in Tübingen tätig. Sie hat eine Ausbildung in transkultureller Psychiatrie absolviert und arbeitet nach dem methodenintegrativen Ansatz von Lutz Besser sowie in der Traumakonfrontation mit Screen-Technik und EMDR. Zudem verfügt sie über weitere Ausbildungen in expressiver Sandarbeit, Islamic Counseling und zur Antidiskriminierungsberaterin. Annagreta König Dansokho ist zudem als Dozentin an Hochschulen und Bildungseinrichtungen tätig.

Link Präsentation, A. König Dansokho, M. A.

Virtuelle Podiumsdiskussion mit Frage-/Antwortmöglichkeit

Nachstehend werden die Ergebnisse der virtuellen Podiumsdiskussion dargestellt; dabei erfolgt eine Untergliederung nach Themenkomplexen. Zudem finden hierbei Fragen und Antworten der Teilnehmenden aus dem Chat Berücksichtigung.

Medizinische Praxis / Rekonstruktion und operative Techniken

- *Frage an Dr. med. Eiman Tahir: Vielen Dank für den tollen Vortrag. Können Sie noch zwei Sätze zum „chronic pelvic disease“ sagen?*
Antwort Dr. med. Eiman Tahir: Es handelt sich um eine chronische Unterleibsentzündung, nicht nur organisch, sondern auch mit dauerhaften somatischen Beschwerden. Durch die Verwachsungen und Nervenverletzungen haben die Frauen chronische Schmerzen und Infektionen im Unterleib.
- *Frage: Kommt es häufig vor, dass nach Grad III beschnittene Frauen sich nicht ganz öffnen lassen möchten? Bleiben dann nicht chronische Probleme erhalten (z. B. Schmerzen beim Sex, gehemmter Abfluss von Urin und Monatsblutung/Schmerzen, Blasenentzündung)? Komplikationen bei der Geburt?*
Antwort Dr. med. Dan mon O'Dey: Doch, die von Ihnen angeführten Probleme bestimmen im Fall einer Infibulation in der Regel den Alltag der Patientinnen. Häufig werden die Probleme fehleingeschätzt, da es sich nicht um die „typischen“ uterusbedingten Unterleibsbeschwerden handelt, sondern die Beschwerden von dem beschädigten Klitorisorgan kommen, da das Organ kontraktile ist und diese Kontraktionen hormonell ausgelöst werden. Durch dieses Zusammenziehen im Rahmen der Menstruation kommt es zu einem Zug an den Narben, die sich am Klitorisorgan befinden, wodurch die Schmerzen entstehen. Im Rahmen der Rekonstruktion wird diese Beschwerdesymptomatik aufgehoben. Im gynäkologischen Umgang muss berücksichtigt werden, dass Unterleibsschmerzen dadurch bedingt sein können und dies genau untersucht werden sollte.
- *Frage: Habe ich es richtig verstanden, dass durch die chirurgische Rekonstruktion der Klitoris auch das sexuelle Lustempfinden der Frau wieder hergestellt werden kann!?*
Antwort Dr. med. Dan mon O'Dey: Ja, das ist korrekt. Für die mikrochirurgische Klitorisrekonstruktion trifft das zu.
- *Frage an Kollege, Dr. med. Dan mon O'Dey: Kann eine ausgeprägte Klitoriszyste von jedem operativ tätigen Gynäkologen korrigiert werden?*
Antwort Dr. med. Dan mon O'Dey: Ich würde davon ausgehen. Die Schwierigkeit liegt dann jedoch in der anatomischen Rekonstruktion des Klitorisorgans und/oder der Vulva. Letzteres setzt ein spezielles anatomisches Verständnis und die Kenntnis besonderer operativer Techniken voraus.
- *Frage an Dr. med. Eiman Tahir: Kann man Frauen, nach Grad II beschnitten, alle Verhütungsmittel empfehlen? Sollte man bei häufiger Blasenentzündung von Spiralen abraten?*
Antwort Dr. med. Eiman Tahir: Typ II kommt in meiner Praxis relativ selten vor, meist handelt es sich um Typ III. Was Hygiene und Infektionsgefahr angeht gibt es keine Kontraindikation für die Spirale als Verhütungsmittel. Problematisch ist eher die Gefahr der Re-Traumatisierung bei einer Untersuchung auf dem gynäkologischen Stuhl und dem Einführen einer Spirale.

Wie gehen Sie in Ihrer therapeutischen Praxis mit psychosomatischen Störungen um?

Antwort Prof. Dr. med. Frank Louwen: Es kommt häufig vor, dass Frauen aufgrund ihrer Erfahrungen, der Komplikationen und Einschränkungen im sexuellen Bereich psychosomatisch oder psychiatrisch erkranken. Dabei darf nicht vergessen werden, dass die Frauen aufgrund des nicht-Abfließens des Menstruationsbluts, der schweren

chronischen Infektionen und Schmerzzustände dauerhaftes physisches Leid erfahren. Beides – die physischen Folgen und die schweren somatischen Beschwerden der Frauen – muss im Blick behalten werden.

Antwort Annagreta König Dansokho, M. A.: Die körperliche Ebene muss zunächst umfassend untersucht werden, bevor die Psychoedukation folgen kann, d. h. dass der Körper ein Schmerzgedächtnis hat, dass die Narben und Wunden akut sind. Wenn die körperliche Ebene noch so aktiv ist, ist es schwer die seelische, psychische Ebene zu bearbeiten. Deshalb muss Beides in der Behandlung verzahnt werden. Wenn ich eine offene Wunde habe, kann ich nicht so tun, als ob ich keine Schmerzen hätte. Die Schmerzen sind real gegeben.

- *Frage an Annagreta König Dansokho, M. A.: Kann man Unterschiede der Traumata nach Typen feststellen, z. B. wo sieht man am meisten Multi-Sequenz-Traumata oder wo kann man das nicht so sehen?*

Antwort Annagreta König Dansokho, M. A.: Eine Beschneidung, die in Ägypten unter Narkose durchgeführt wurde, ist möglicherweise weniger traumatisierend als eine Beschneidung im Dorf. Die Frage ist allerdings komplex und nicht pauschal zu beantworten.

Diagnostik und Kommunikation – Wie gehe ich vor? Wie spreche ich es an?

- *Frage: Welche 'Alarmzeichen' gibt es, welche versteckten Hinweise, um ggf. sensibel nachzufragen?*

Antwort Dr. med. Eiman Tahir: Schmerzen können auch periodenunabhängig im unteren Rücken, in den Oberschenkeln auftreten. Die Beschreibungen der Frauen sind zum Teil sehr diffus. Wenn bekannt ist, aus welchem Land die Frau kommt, spreche ich es direkt an – Sind Sie beschnitten? Welche Beschwerden haben Sie? etc. – um einfach auf den Punkt zu kommen.

*Antwort Annagreta König Dansokho, M. A.: Die Perspektive „westlicher“ Kolleg*innen auf das Thema FGM ist teils sehr wertend, sie haben häufig selbst einen Konflikt im Umgang mit dem Thema. Es ist wichtig, gegen die Praktik zu sein, aber sie nicht den betroffenen Menschen anzulasten.*

- *Frage an Dr. med. Dan mon O'Dey: Wie lösen Sie Sprachprobleme bei der OP-Aufklärung/Nachsorge? Und: Wird die Übersetzerin von der Klinik zur Verfügung gestellt oder muss die Patientin die Übersetzerin mitbringen/bezahlen?*

*Antwort Dr. med. Dan mon O'Dey: Bei im Vorfeld bekannten Sprachproblemen werden die Patientinnen in der Regel von Übersetzern begleitet. Der Gang zur Sprechstunde, bzw. in die Klinik setzt eine lange Beschäftigung und Vorbereitung voraus, d. h. die Patientinnen kommen i. d. R. mit Übersetzer*in, teils von Frauenrechtsorganisationen organisiert. Die Situation setzt insgesamt Empathie voraus. Doch auch wenn die Übersetzung nicht optimal ist, gibt es i. d. R. keine kommunikativen Probleme, sondern funktioniert sehr gut.*

Antwort Annagreta König Dansokho, M. A.: Bei Dolmetscherinnen ist darauf zu achten, dass es nicht Frauen sind, die die Praktik befürworten.

Rolle der Männer

- *Frage an Dr. med. Eiman Tahir: Welche Rolle spielen Männer bei der Weitergabe der Tradition? Wissen sie, was den Mädchen/Frauen angetan wird? Haben nicht-beschnittene Frauen z. B. tatsächlich schlechtere Chancen, einen Ehemann zu finden?*

- *Frage an Annagreta König Dansokho, M. A.: Erleben die Frauen die operative Rekonstruktion rein positiv? Oder gibt es in der Folge Stigmatisierung in der Community oder durch den Ehemann o. Ä.?*

Antwort Annagreta König Dansokho, M. A.: Ich habe in der Therapie nur indirekt mit Männern zu tun, häufig ist

das Thema FGM in der Ehe ein Tabu, Frauen müssen häufig dissoziieren oder sind ihrem Partner gegenüber sehr ambivalent. Paartherapien wären mein Zukunftswunsch.

Antwort Dr. med. Dan mon O'Dey: Unkenntnis der Männer; sie haben in der Regel gar keine Vorstellung, was das bedeutet und was genau gemacht wird, z. T. kommen sie mit zum Übersetzen, sind schockiert und auch verzweifelt angesichts des Leidens ihrer Frau im Alltag und beim Geschlechtsverkehr.

Rekonstruktion als Akt der Selbstbestimmung – dass sich ein Mann dagegen ausspricht, ist eher eine Seltenheit. Es ist eher ein Tabu und Frauensache.

Antwort Prof. Dr. med. Frank Louwen: Rolle der Männer bei Beschneidungen hier in Mitteleuropa – die Praktik wird hier fortgesetzt, es besteht kein aufgeklärtes Verständnis der Beschneidung als Gewaltakt. Sensibilisierungsansätze wie die der „alternativen Rituale“ sollten auch in Europa verbreitet werden, um nicht nur mit Verboten agieren zu müssen.

Zugang zu qualifizierten, erfahrenen Ärzt*innen

- *Frage: Wie viele Frauenärzte gibt es in Deutschland mit einer Ihrer vergleichbaren Expertise?*

Antwort Dr. med. Eiman Tahir / Annagreta König Dansokko, M. A.: In München gibt es einige niedergelassene Gynäkologen, Patientinnen reisen aus anderen Städten an. Es gibt Hospitationsmöglichkeiten bei Dr. Eihman Thair, Annagreta König Dansokho, M.A., bietet Fortbildungen an.

- *Frage: Nicht alle betroffenen Frauen, die dringend Hilfe benötigen, können von Dr. med. Dan mon O'Dey behandelt werden. Was können wir tun? Wohin kann man vielleicht noch verweisen? Bringen Sie, Dr. O'Dey, das ganz vielen Kolleg*innen bei, so dass perspektivisch mit einer besseren Versorgung zu rechnen ist?*

Antwort Dr. med. Dan mon O'Dey: Vielen Dank für Ihre Frage. Mein Ärzte-Team wird entsprechend ausgebildet. Zudem nehme ich immer gerne Hospitationen an, um externen Ärzten die operativen Techniken nahezubringen, halte Vorträge und verfasse wissenschaftliche Texte. Techniken der anatomischen Vulva-Rekonstruktion, plastisch-ästhetische Chirurgie, mikrochirurgische Operationstechniken mit peripherer Nerven Chirurgie und die Komplexität der OP schreckt Viele ab. Doch das Interesse wächst zunehmend, auch international – aber aktuell ist das Angebot in Aachen tatsächlich eher exklusiv.

Antwort Projektteam: Es ist der Sinn dieses und vergleichbarer Projekte und Veranstaltungen die Expertise zu teilen, Netzwerkstrukturen aufzubauen und das Thema auf Bundes- und Landesebene bekannt zu machen. International gibt es bereits eine Menge Expertise, bei WHO und internationalen Fachgesellschaften.

- *Frage: Noch NIE habe ich irgendeinen Hinweis auf FGM in irgendeinem medizinischen Dokument gelesen. Ist FGM auch ein Tabu-Thema in Deutschland?*

Antwort Prof. Dr. med. Frank Louwen: Es ist eher ein Tabuthema in den betroffenen Familien, aber nicht bei uns in Deutschland – ganz im Gegenteil; aber nun bedarf es der gemeinsamen Aktion.

Antwort Projektteam: Nachstehend einige Beispiele für unverbindliche, von einzelnen Organisationen erarbeitete Empfehlungen für den Umgang mit Mädchen und Frauen, die von FGM betroffen sind:

Bundesärztekammer: Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung, 25.11.2005, Überarbeitung: April 2016

Link zum Dokument, Bundesärztekammer

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe: Genitalverstümmelung an Mädchen und Frauen – Hintergründe und Hilfestellung für professionell Pflegenden, 2008

Link zum Dokument, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG): Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung, 2013

[Link zum Dokument, DGGG e. V.](#)

Kostenübernahme

- *Frage an Dr. med. Dan mon O'Dey: Ganz toll, Dr. O'Dey, was Sie machen! Was passiert, wenn Ihnen eine Patientin zugewiesen wird?*
Antwort Dr. med. Dan mon O'Dey: Danke. Zunächst erfolgen ein ausführliches Gespräch, eine klinische Untersuchung und Beratung. Bei bestehendem Krankenversicherungsschutz wird ein OP-Termin vereinbart. Ansonsten wird an entsprechender Stelle ein Kostenübernahmeantrag gestellt (z. B. Sozialamt).
- *Frage an Dr. med. Dan mon O'Dey: Vielen Dank für Ihren tollen Vortrag. Ist Ihr Rekonstruktionsverfahren eine Leistung der GKV?*
Antwort Dr. med. Dan mon O'Dey: Vielen Dank für Ihre freundliche Nachricht. Ja, FGM/C ist seit 2014 in das ICD System integriert und als körperliches und seelisches Leid anerkannt. Die Rekonstruktion ist daher in Deutschland eine Kassenleistung.
- *Frage an Dr. med. Dan mon O'Dey: Hallo Dr. O'Dey, wird die Rekonstruktion, wie die Eröffnung, von der Krankenkasse bezahlt? Gibt es Unterschiede der Finanzierungsmöglichkeiten, abhängig von dem Aufenthaltsstatus der geflüchteten Frauen (über KK versichert vs. über Sozialamt versichert)?*
Antwort Dr. med. Dan mon O'Dey: FGM/C ist seit 2014 im ICD-System integriert und als körperliches und seelisches Leid anerkannt. Aus diesem Grund zählt die Rekonstruktion auch zu den Leistungen der Krankenkassen. Kostenübernahmen von Sozialämtern o. a. Einrichtungen kommen gerade bei Flüchtlingen auch regelmäßig vor.
- *Frage an Dr. med. Dan mon O'Dey: Flüchtlingsfrauen in einer Erstaufnahmeeinrichtung werden über das RP bezahlt. Sie haben keine Gelder über das Sozialamt oder Krankenkasse.... Welche Organisationen helfen da finanziell? Vielen Dank. Tolle Arbeit, die Sie leisten, Herr O'Dey!*
Antwort Dr. med. Dan mon O'Dey: In einem solchen Fall ist es sicher sinnvoll, Frauenrechtsorganisationen anzusprechen, um Ansprechpartner zu finden. Es gibt auch Fonds, wie z. B. den des ‚Weißen Friedensbandes‘, die z. B. für etwaige Fahrtkosten aufkommen können.
- *Frage: Wie schaut die med. Finanzierung bei Flüchtlingsfrauen aus... sie haben nur Zugang zur medizinischen Notversorgung?*
Antwort Dr. med. Dan mon O'Dey: Bei bestehendem Versicherungsschutz zahlt die Kasse. Bei Flüchtlingen, die auch keine temporäre Krankenversicherung haben, kommt das Sozialamt für Rekonstruktionen auf, wenn funktionelle Störungen bestehen, mit schriftlicher Begründung. Oder die Kosten werden von Organisationen übernommen oder aus Spendengeldern finanziert.

Diagnostik und Gutachten

- *Frage: Ich bin Rechtsanwältin in Frankfurt a. M. und vertrete schwerpunktmäßig Frauen, die von FGM betroffen sind, in ihren Asylverfahren. Für uns stellt es ein großes Problem dar, dass es nicht ausreichend geschulte Frauenärzt*innen gibt, die die notwendige kulturelle Sensibilität mitbringen und die verlässlich diagnostizieren können, welcher FGM-Typ vorliegt. Gerade bei Typ III beschnittenen Frauen, die bereits geöffnet wurden, erhalten wir häufig falsche Diagnosen, was für die Asylverfahren dramatisch sein kann, weil der Typ der Beschneidung aus Sicht des Bundesamtes eine hervorzuhebende Rolle spielt. Wir plädieren dafür, z. B. bei pro familia oder anders organisiert, eine monatliche offene Sprechstunde einzurichten, die von Ärzt*innen bespielt wird, die ausreichend ge-*

schult sind und Erfahrung mit FGM haben. Im Moment schicken wir die Betroffenen aus der Metropole Frankfurt nach Kassel, Aachen oder Herdecke.

Antwort Projektteam: Diese Fragen werden im zweiten Teil der Veranstaltung aufgegriffen.

TEIL II

17:30 - 19:00 Uhr | Weibliche Genitalverstümmelung im Kontext von Migration, Flucht und Asyl

Laut einer Studie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) aus dem Jahre 2017 ist die Zuwanderung von Frauen und Mädchen aus Ländern, in denen die weibliche Genitalverstümmelung besonders verbreitet ist, in Deutschland von Ende 2014 bis Mitte 2016 um 40 Prozent gestiegen. Die Zahl der Betroffenen stieg demnach um knapp 30 Prozent. In Deutschland ist die Genitalverstümmelung von Frauen und Mädchen als Körperverletzung nach §§ 223 ff. StGB strafbar. Weitere gesetzliche Richtlinien bestehen im Familienrecht, Kinderschutz, Opferrecht und Opferschutz.

Im Aufenthaltsgesetz ist festgelegt, dass der Geflüchtetenstatus auch bei nichtstaatlicher Verfolgung in Anlehnung an die EU-Qualifikationsrichtlinie gewährt wird. Auf der Basis des Common European Asylum System (CEAS) ist drohende oder bereits stattgefundene weibliche Genitalverstümmelung ein Grund für die Gewährung von Asyl in Deutschland (AufenthG § 60 – Verbot der Abschiebung) und allen EU-Mitgliedstaaten. Auf dieser Basis kann Asyl aufgrund von geschlechtsspezifischer Verfolgung, drohender Folter oder inhumaner, entwürdigender Behandlung gewährt werden. Betroffene von weiblicher Genitalverstümmelung sind im Rahmen des Asylverfahrens mit unterschiedlichen Herausforderungen konfrontiert. So müssen sie über das in der Regel tabuisierte Thema detailliert und direkt berichten. Verbal rekonstruierte traumatische Erfahrungen sind daher häufig lückenhaft und diffus. Darüber hinaus kann die Erzählung zu einer Retraumatisierung führen.

Der zweite Teil der Fachveranstaltung beleuchtet FGM im Kontext von Migration, Flucht und Asyl und richtet sich vor allem an Berufsgruppen, die mit Geflüchteten arbeiten bzw. diese beraten. Neben einem Überblick zu rechtlichen Grundlagen und Voraussetzungen zu FGM als Asylgrund, berichten verschiedene Akteur*innen aus ihrer Beratungs- und Entscheidungspraxis. Dabei sollen Herausforderungen und aktuelle Handlungsempfehlungen deutlich werden. Darüber hinaus soll der Austausch dazu dienen, ein gegenseitiges Verständnis zu schaffen sowie Möglichkeiten zur Zusammenarbeit und Verzahnung an den Schnittstellen aufzuzeigen.

1. FGM in Asylverfahren: FGM als Asylgrund – Grundlagen, Vorgaben und Sonderfunktionen

- Rechtsgrundlagen (Asylrecht, Aufenthaltsrecht, Familienrecht, Strafrecht) und rechtliche Bewertung
- Kriterien, Vorgaben und Standards für Entscheider*innen
- Informationsgrundlagen für die Bewertung und Beurteilung von FGM als Asylgrund
- Funktion als Sonderbeauftragte für geschlechtsspezifische Verfolgung und unbegleitete Minderjährige?
- Grundlagen zum Schutz von Minderjährigen

Referentin: Eva Shamandy

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF)

Als Entscheiderin und Sonderbeauftragte für geschlechtsspezifische Verfolgung mit langjähriger Berufserfahrung beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge im Ankunftszentrum Trier tätig.

[Link Präsentation, Eva Shamandy \(BAMF\)](#)

2. Das Asylverfahren im Kontext von FGM – Fallablauf und besondere Konstellationen

- Antragstellung
- Anhörung
- Entscheidung

Referentin: Gina Eifert

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF)

Volljuristin, seit 2016 beim BAMF im Ankunftszentrum Gießen als Entscheiderin tätig und dort als Sonderbeauftragte für geschlechtsspezifisch Verfolgte und unbegleitete Minderjährige eingesetzt.

[Link Präsentation, Gina Eifert \(BAMF\)](#)

Virtuelle Podiumsdiskussion mit Frage-/Antwortmöglichkeit

Die virtuelle Podiumsdiskussion im zweiten Veranstaltungsteil beschäftigte sich mit den nachstehend genannten Themenschwerpunkten. Für die Teilnehmenden bestand hier, wie bereits in Teil I, die Option, Fragen zu den einzelnen Themenkomplexen virtuell an die jeweiligen Expertinnen zur Beantwortung zu richten.

FGM als Asylgrund – Voraussetzung und Praxis (Vertreterinnen des BAMF)

- Informationsgrundlagen für die Bewertung und Beurteilung von FGM als Asylgrund
- Vorgaben und Standards für Entscheider*innen
- Spielräume und Unklarheiten
- Anforderungen an Begutachtung
- Wiederkehrende Fragestellungen und Probleme
- Wie lässt sich die Kooperation an den Schnittstellen verbessern?

Rechtsgrundlagen/-beratung (Fachanwältin für Migrationsrecht)

- Überblick über Rechtsgrundlagen, Praxis und Betreuung in Asylverfahren

Begutachtung, Vorgaben und Kommunikation (Fachärztin für Gynäkologie)

- Begutachtung für das BAMF zur Entscheidungsfindung: Anamnese, Befunderhebung und Dokumentation
- Vorgaben und einfühlsame Kommunikation

Expertinnen:

Gina Eifert

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF)

(s.o.)

Eva Shamandy

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF)

(siehe Seite 9)

Claire Deery

Fachanwältin für Migrationsrecht, Göttingen

Claire Deery ist seit zehn Jahren Rechtsanwältin und seit einigen Jahren Fachanwältin für Migrationsrecht. Sie ist Mitglied in zahlreichen Gremien, u. a. bei der Bundesrechtsanwaltskammer, der niedersächsischen Kammer sowie im Beirat des bundesweiten Dachverbands der Refugee Law Clinic. Zudem ist Claire Deery Lehrbeauftragte an den Universitäten Kassel, Hannover und Göttingen. Sie ist Vorsitzende beim Flüchtlingsrat Niedersachsen und beschäftigt sich seit einigen Jahren intensiv mit dem Thema FGM.

Dr. med. Angelika Barth

Fachärztin für Frauenheilkunde, Geburtshilfe und Humangenetik, Frankfurt a. M.

Dr. med. Angelika Barth verfügt über ein Medizinstudium, eine Fachärztinnenausbildung in Frankfurt am Main sowie Zusatzqualifikationen in spezieller Geburtshilfe, perinataler Medizin und medizinischer Genetik. Sie ist Gynäkologin und Ausbilderin (z. B. für Fistelchirurgie). Dr. med. Angelika Barth ist Mitglied in diversen Fachgesellschaften für Gynäkologie und Geburtshilfe. Zudem kann sie auf zahlreiche Erfahrungen im Rahmen von Auslandsaufenthalten u. a. in Guinea, Burkina Faso und Äthiopien zurückgreifen. Derzeit ist sie als Oberärztin in Teilzeit in der Fürst Stirum Klinik in Bruchsal sowie als Frauenärztin der Praxis Keller in Obernburg tätig. Ferner erstellt Dr. med. Angelika Barth Gutachten für Frauen im Kontext von Asylverfahren.

Inhalte/Ergebnisse, unter Berücksichtigung der Fragen/Antworten aus dem Chat

Gutachten/Fristen/Kostenübernahme

- **Frage:** Was sollte in einem psychotherapeutischen Attest stehen, damit eine geflüchtete Frau ihre frauenspezifischen Fluchtgründe/Trauma im Asylverfahren geltend machen kann?
Antwort Claire Deery: Es ist vom Bundesverwaltungsgericht gesetzlich geregelt, was in dem Attest stehen sollte, in § 60a Aufenthaltsgesetz. Diese Vorgabe (drei DIN A4-Seiten) schicke ich an die Ärzt*innen, bzw. Psychiater, Psychotherapeuten, Psychologen. Das Attest muss ein Facharzt unterschreiben. Bei diesem umfassenden Katalog, der beantwortet werden muss, hält sich die Motivation der Behandelnden natürlich in Grenzen, die geforderte Stellungnahme zu schreiben.
- **Frage:** Was bedeutet die gynäkologische Begutachtung für den Praxisalltag?
Antwort Dr. med. Angelika Barth: Wenn es sich um eine einigermaßen gut deutsch sprechende Frau handelt, dauert die Untersuchung ca. 10 Minuten, auch die Untersuchung eines kleinen Mädchens ist kein großer Zeitaufwand. Der administrative Aufwand, d. h. das Gutachten, kann beim ersten Mal drei Stunden dauern, mit zunehmender Erfahrung geht es schneller. Der Gesamtaufwand beläuft sich auf ca. 20 Minuten bis zwei Stunden.
- **Frage:** Wer übernimmt die Kosten einer fachärztlichen Bescheinigung, und inwiefern werden Betroffene über entsprechende Fachärzte und Ansprechpartner aufgeklärt?
- **Frage:** Wenn die 3-Wochen-Frist in der Anhörung genannt wird, befindet sich die Person in der Regel noch in der Erstaufnahmeeinrichtung. Wer übernimmt dann die Kosten?
Antwort Dr. med. Angelika Barth: Bei mir erfolgt(e) die Abrechnung über KV, Krankenschein oder ich tat es unentgeltlich.
Antwort Claire Deery: Viele der Betroffenen sind mittlerweile krankenversichert – dann übernimmt es die KV. Aber in den ersten 18 Monaten sind Personen, die in Deutschland Asyl suchen, nicht versichert und bekommen einen sog. Krankenschein, der auch den Besuch bei der Frauenärzt*in abdeckt. Fahrtkosten oder Kosten für Dolmet-

*scher*innen können beim Sozialamt geltend gemacht werden. Mein Wunsch wäre, dass es vom BAMF bezahlt wird.*

- *Frage: Frauen, die im Rahmen ihrer Anhörung aufgefordert werden, ein fachärztliches Attest vorzulegen, erhalten hierfür regelhaft drei Wochen Zeit. Es ist unmöglich, innerhalb dieser kurzen Zeit überhaupt einen Facharzttermin zu erhalten, darüber hinaus gibt es viel zu wenige Ärzt*innen, die überhaupt in der Lage sind, den jeweiligen Typ zuverlässig festzustellen. Es wäre ein richtiger Schritt, hier mehr Zeit einzuräumen.*
- *Frage: Die vom BAMF gesetzte Frist zur Vorlage von Attesten ist zu kurz, da es in Hessen extrem schwer ist, ein qualifiziertes FGM-Attest zu erhalten, in dem der Typ der Beschneidung korrekt festgestellt wird.*
- *Frage: Die Verlängerung der Frist ist für anwaltlich vertretene Frauen einfach, für nicht vertretene Frauen oft unmöglich.*

*Antwort Claire Deery: Fristen, bis wann ärztliche Stellungnahmen nachgereicht werden sollen, werden i. d. R. während der Interviews gestellt. Diese Fristen sind meistens zu kurz, es kann jedoch Fristverlängerung beantragt werden. Fristverlängerungen können auch von Nicht-Anwält*innen beantragt werden.*

- *Frage: Claire Deery, herzlichen Dank für Ihre hilfreichen Beiträge! Viele Hürden gibt es für diese Frauen zu bewältigen, um frauenspezifische Fluchtgründe sachgerecht geltend machen zu können. Könnten Sie uns die Richtlinien, die Sie an Ärzt*innen geben, zur Verfügung stellen?*

Antwort Projektteam:

Hier der Link zu dem von Claire Deery erwähnten Fragenkatalog.

Anerkennung und Schutzstatus

- *Frage: Leider ist in vielen Bundesländern weiterhin ständige Praxis des BAMF, dass bereits beschnittene Frauen keinen Schutzstatus erhalten, obwohl nicht ausgeschlossen werden kann, dass im Falle einer Rückkehr eine erneute Beschneidung z. B. bei (erneuter) Verheiratung oder nach der Geburt droht.*

Antwort Eva Shamandy: Wir müssen innerstaatlichen Schutz prüfen, bevor wir den Flüchtlingsschutz vergeben dürfen, und wir müssen uns auf die Herkunftsländerinformationen verlassen können. Wenn es möglich ist, dass eine Familie in ihrem Herkunftsland, unabhängig von der Großfamilie, in einer Stadt leben, dort arbeiten und ihre Existenz sichern kann, dann müssen wir den Flüchtlingsschutz ablehnen.

*Antwort Gina Eifert: Das BAMF stützt sich auf seriöse Quellen, und wenn daraus hervorgeht, dass ein Mädchen in bestimmten Städten oder Regionen des Landes vor FGM geschützt werden kann, wenn man es schützen möchte, dann sind den Entscheider*innen die Hände gebunden.*

*Antwort Claire Deery: Anwält*innen haben die Möglichkeit, auch andere Beweismittel ins Verfahren einzuführen, wir können selber recherchieren und andere Organisationen bitten, dazu Stellung zu nehmen. Außerdem spielt natürlich die politische Lage immer eine Rolle, wie z. B. aktuell in Äthiopien.*

Das BAMF hat mehrere Möglichkeiten – es kann den Flüchtlingsstatus erteilen, subsidiären Schutz oder ein Abschiebeverbot. Wenn es zu dem Schluss kommt, Flüchtlingsstatus ist nicht möglich, weil die Frau nach Rückkehr nicht mehr von FGM betroffen sein wird, besteht immer noch die Möglichkeit, dass ein anderer Schutz gewährt werden kann.

*Wenn eine Ablehnung erfolgt, weil das BAMF zu dem Schluss kommt, dass bei Rückkehr ins Herkunftsland keine Gefahr droht, kann ich eine Klage dagegen einreichen, wenn bei der Rückkehr ins Herkunftsland eine Gefährdung vorliegt. In jedem Land ist ganz unterschiedlich, was bei Rückkehr droht. Es muss der Einzelfall betrachtet und die Person befragt werden. Eine Anwältin zu haben ist ein Privileg. Viele haben das nicht. Allerdings können Fristverlängerungen z. B. auch von Nicht-Anwält*innen beantragt werden. Bis im Gerichtssaal durchdringt, dass eine von FGM betroffene Frau im „gebärfähigen“ Alter in ihrem Herkunftsland wiederverheiratet und wiederbe-*

schnitten werden kann, da muss man schon ziemlich viel reden.

- **Frage:** Wenn die Schutzsuchende bereits von FGM betroffen ist, im Herkunftsland aber eine erneute FGM droht, macht es einen Unterschied für die Entscheidung des BAMF, welcher Typ (WHO) aktuell vorliegt?

Antwort Gina Eifert: Es ist wichtig, das Risiko einer Nachbeschneidung im Rahmen eines vertrauensvollen Gesprächs, mit entsprechenden Fragetechniken, herauszufinden. Bei Typ III ist die Gefahr der Nachbeschneidung häufig gegeben.

Antwort Claire Deery: Die ärztlichen Stellungnahmen sind unglaublich wichtig für die weitere Behandlung des Falles, u. a. weil es ein Straftatbestand ist und auch im Ausland begangene FGM-Taten in Deutschland unter Strafe stehen. Es gibt eine hohe Dunkelziffer und viele Fälle sind nicht „ausgeurteilt“.

Antwort Dr. med. Angelika Barth: Mir ist nicht wohl bei der Vorstellung, dass Frauen mit ihren Töchtern zurückgeschickt werden, weil sie von Typ II statt Typ III betroffen sind – und, weil sie sich in einer vermeintlich sicheren Region ihres Herkunftslandes niederlassen könnten. Auch vor dem Hintergrund, dass Mädchen sogar hier in Deutschland „von Großmüttern oder Tanten“ beschnitten werden.

Ich habe hier gelernt, wie wichtig es ist, den genauen Typ der Beschneidung zu bestimmen, wobei das oft schwierig sein kann, da sie nicht in Reinform der Darstellungen, sondern als Mischformen vorkommen.

- **Frage:** Kann eine fehlende adäquate medizinische Behandlung der Folgen von FGM im Herkunftsland ein ausreichender Grund für ein Abschiebeverbot sein?

Antwort Claire Deery: Gerade wenn die Frauen an gesundheitlichen Folgen von FGM leiden, kann man Atteste einreichen und damit ein Abschiebeverbot erreichen.

- **Frage an Claire Deery:** Gibt es inzwischen eine Verurteilung, wenn eine Genitalbeschneidung in Deutschland durchgeführt wurde?

Antwort Claire Deery: Bei mir als Anwältin landen nur die Problemfälle, d. h. ich kann nicht sagen, wie viel Prozent der Fälle positiv entschieden worden sind.

Anhörungspraxis

- **Frage an Gina Eifert:** Frau Eifert, die von Ihnen erwähnte, offene und aufdeckende Befragung der Frauen in der Anhörung zu FGM ist das eine neue Praxis des BAMF? Gilt das evtl. nur für die Anhörung durch Sonderanhörer*innen? In den Anhörungsprotokollen, die ich als Flüchtlingsberaterin lese, finde ich diese Befragungspraxis in der Regel noch nicht umgesetzt. Gilt diese Leitlinie für die Anhörungen auch für andere frauenspezifische Fluchtgründe, die mit traumatischer und tabuisierter Gewalt verbunden sind?

Antwort Gina Eifert: Ich kann insofern für meine Außenstelle sprechen, dass die Sonderbeauftragten diese Art der Fragen auch an andere Entscheidende weiterreichen. Unser Anspruch ist eine einheitlich gute Anhörung, die den Antragstellerinnen und Antragstellern gerecht wird. Daher wird diese Art der Befragung auch für andere Fluchtgründe angewandt.

- **Frage:** Ich habe schon öfter in den Protokollen gelesen, dass Frauen gefragt werden: "Sind Sie bei einer Rückkehr ins Heimatland von einer erneuten Bescheidung bedroht?" Auch nach Grad III beschnittene Frauen, beantworten diese Frage mit "nein", da sie die Reinfibulation nach der Geburt nicht als erneute Beschneidung bewerten. Kann diese Antwort ihnen Nachteile im Asylverfahren bringen?
- **Frage:** Ich habe schon öfter erlebt, dass Frauen mit frauenspezifischen Fluchtgründen an der Widerspruchsfreiheit scheitern, da sie aufgrund der erlebten Traumatas, Erlebnisse z. B. nicht in richtiger zeitlicher Reihenfolge erzählt haben. Was kann die Frau dann tun, um zu beweisen, dass ihre chaotische Erzählweise mit ihrem erlebten Trau-

ma/ geschlechtsspezifischen Fluchtgrund in Verbindung steht und sie schutzbedürftig ist? Reicht ein Attest „Posttraumatische Stressstörung“?

- *Frage an Eva Shamandy: Wie soll eine traumatisierte Frau "widerspruchsfrei" und kohärent von ihrer Verstümmelung erzählen, die sie womöglich verdrängt oder an die sie sich nicht erinnern kann? Es ist bei traumatisierten Menschen sehr wahrscheinlich, dass sie dazu nicht in der Lage sind, weil das Gehirn während eines Traumas nicht mehr rational funktioniert.*

Antwort Gina Eifert: Ich baue die Anhörung langsam auf und versuche, ein Vertrauensverhältnis herzustellen. Ich hatte bisher keinen Fall, in dem man nicht darüber sprechen konnte und es zu keiner Entscheidungsreife kommen konnte. Wenn eine Frau so traumatisiert ist, dass sie darüber nicht sprechen kann, ist das eben auch ein Indiz für Glaubwürdigkeit. Wir sind entsprechend geschult, so dass wir darauf achten und aufmerksam sind.

- *Frage: Es ist ein riesen Problem, wenn keine Sonderbeauftragten, wenn männliche Anhörer und Dolmetscher eingesetzt werden, und das kommt sehr häufig vor!*

Antwort Eva Shamandy: Die Frauen bekommen vorab eine Belehrung in ihrer Landessprache über ihre Rechte und Pflichten, darin steht, dass sie eine weibliche Übersetzerin und Entscheiderin verlangen können. Das wird i. d. R. in Anspruch genommen. Wenn wir es nicht im Voraus wissen und die Antragstellerin darauf besteht, kann die Anhörung auch noch abgebrochen und verschoben werden. Die meisten bestehen nicht darauf, akzeptieren es so und wollen es hinter sich bringen.

*Antwort Gina Eifert: In meiner Außenstelle (Gießen) wird keine Frau gezwungen, die Anhörung mit einem männlichen Anhörer oder Dolmetscher zu machen. Den Antragstellerinnen wird immer erklärt, dass die Anhörung verschoben werden kann, sollten keine weiblichen „Kräfte“ verfügbar sein, dass es keine rechtlichen Konsequenzen oder Nachteile für sie hat. Die Kolleg*innen sind in der Hinsicht sensibilisiert und gehen darauf ein.*

Antwort Claire Deery: Viele Frauen verzichten darauf, weil sie nicht verstehen, dass es sog. Anhörer und Entscheider gibt und es nicht immer die gleiche Person ist, die die Entscheidung trifft. Zudem haben sie trotz der Belehrung Angst, dass das Verschieben einen schlechten Eindruck macht. Und viele wollen die Situation einfach hinter sich haben. Viele können nicht Lesen und Schreiben, so dass eine Belehrung da wenig hilft. Und: Viele wissen nicht, dass der größte Teil der hier lebenden Frauen nicht von FGM betroffen ist. Ich erkläre meinen Klientinnen häufig zunächst, dass ich nicht von FGM betroffen bin, keine Probleme beim Wasserlassen, keine Schmerzen beim Geschlechtsverkehr habe. Diese privaten, intimen Dinge werden von ihnen nicht als Menschenrechtsverletzung wahrgenommen, da sie keinerlei Aufklärung darüber haben. Grundsätzlich ist es gut, wenn sich das BAMF mit den einzelnen Ländern genau beschäftigt, aber es ist ein riesiges Problem, dass die betroffenen Frauen nicht kohärent und widerspruchsfrei antworten können. Auch Erinnerungen verschwimmen aufgrund der Traumatisierung.

Antwort Dr. med. Angelika Barth: Anfangs war ich unsicher, ob, bzw. wie ich Patientinnen auf ihre Beschneidung ansprechen sollte. Jetzt macht es die Rechtslage einfacher – es ist strafrechtlich verboten. Bei allem Respekt vor fremden Kulturen, FGM gibt es hier nicht, das diskutiere ich nicht.

Grotesk ist, dass immer mehr Frauen in die Praxis kommen, die eine Schamlippenkorrektur wollen. Wie kann ich nach Afrika gehen und mich dort gegen FGM engagieren und hier Schamlippenkorrekturen durchführen?

Qualifikation

- *Frage: Werden Entscheider*innen auch über Trauma und Traumafolgestörungen geschult?*

*Antwort Eva Shamandy: Ja, z. B. werden Sonderbeauftragte von Refugio geschult, mit Psychologen. Auch Entscheider*innen können sich regelmäßig zu Schulungen anmelden, z. B. zu Fragetechniken für unbegleitete Minderjährige. Es gibt interne Multiplikator*innen, die unterstützen, wenn Kolleg*innen in Situationen überfordert sind.*

- *Frage: Können Sie etwas dazu sagen, wie Richter*innen, die über Asyl entscheiden, zu dem Thema FGM qualifiziert werden oder sich qualifizieren?*

*Antwort Claire Deery: Wir können nicht davon ausgehen, dass Richter*innen zum Thema FGM geschult sind. Wenn jemand am Thema Interesse hat, kann man sich das anlesen.*

Antwort Dr. Angelika Barth: Eine Mutter hat dagegen geklagt, dass der Vater mit der gemeinsamen Tochter in Urlaub zu seiner Familie nach Kenia ausreisen darf. Ihr wurde vor Gericht gesagt, Kenia sei doch ein tolles Urlaubsland. Eine solche Ignoranz und Unkenntnis des Themas darf nicht sein.

Wie erleben Sie die Arbeit an den Schnittstellen? Was wünschen Sie sich?

Antwort Gina Eifert: Jeder macht seinen Job, wir machen unsere Arbeit nicht aus Gutdünken – ein respektvoller Umgang, gegenseitiges Verständnis sind wichtig, ohne dabei verletzend oder persönlich zu werden.

*Antwort Eva Shamandy: Ich hatte bislang keine Probleme mit Anwält*innen oder im regelmäßigen Kontakt mit der psychosozialen Stelle für Flüchtlinge, wenn es z. B. einer Klientin sehr schlecht geht, wenn es sehr lange dauert, weil ich Auskunft beim Auswärtigen Amt zur Situation im Herkunftsland einhole, besprechen wir gemeinsam, wie die Situation für die Antragstellerin erträglicher gestaltet werden kann.*

*Antwort Dr. med. Angelika Barth: Wichtig sind Veranstaltungen wie diese. Ich habe eine ganze Menge gelernt. Es ist immer schön, wenn man hinter den Institutionen, wie dem BAMF oder den Anwält*innen, auch Gesichter hat. Es erleichtert die ganze Situation.*

*Antwort Claire Deery: Ich werde immer mehr zu solchen Veranstaltungen eingeladen, d. h. es gibt eine größere Sensibilisierung. Ich würde mir auf allen Ebenen, die wir heute angesprochen haben, mehr Information wünschen, angesichts der Menge an Frauen, die unversorgt sind. Ich wünsche mir mehr Multiplikator*innen aus und in den Communities, um zu sensibilisieren, wo Frauenärzt*innen und Rechtsbeistand weiter empfohlen werden etc. Zudem wünsche ich mir längere Fristen von Seiten des BAMF, v. a. in Corona-Zeiten und ein offeneres Ohr für die Bedürfnisse der Betroffenen.*

Allgemeine Fragen

- *Frage: Ich habe aus einer früheren FGM-Fortbildung mitgenommen, dass ein Weg, das Thema weibliche Genitalbeschneidung anzusprechen, ist, über die gesundheitlichen Folgen zu informieren. Es werden die Zusammenhänge wohl häufig nicht hergestellt. Gibt es im Rahmen des Projekts "Hessen – engagiert gegen FGM" Materialien, die hier bei Beratung eingesetzt werden können? Oder kennen Sie Materialien, auf die unterstützend zurückgegriffen werden kann?*

Antwort Projektteam: Hilfreich könnten die Informationen auf der Eingangsseite der Website sein – oder die Infos unter dem Menüpunkt „Wenn Du mehr wissen willst“. Ansonsten ggf. die Kooperationspartner des Projekts oder den Verband Integra kontaktieren:

[Link fgmhessen/ Eingangsseite](#)

[Link Kooperationspartner](#)

[Link Verband Integra](#)

- **Frage:** *Gibt es Handlungsmöglichkeiten, wenn sich im schulischen, bzw. Betreuungsbereich der Verdacht erhärtet, dass ein "Beschneidungsurlaub" für ein Mädchen geplant ist? Welche Schritte sind notwendig/ sinnvoll?*
Antwort Projektteam: *In Kassel bietet beispielsweise „Amani-Fachberatungsstelle gegen sexualisierte Gewalt“ Beratung und Begleitung für betroffene Frauen und Mädchen an, ebenso Fort- und Weiterbildungen für Fachkräfte wie Gynäkolog*innen, Hebammen oder Kolleg*innen aus den Frühen Hilfen, aus pädagogischen und sozialen Berufen. Zudem bietet das Mädchenhaus Kassel betroffenen Mädchen und Frauen eine wöchentliche Telefonsprechstunde an. Weitere Hinweise finden Sie auch auf der Website, bei konkreteren Fragen wenden Sie sich bitte an eine der dort genannten Beratungsstellen.*

[Link zur Website / Betroffenen begegnen](#)

- **Frage:** *Wo finde ich Menschen die „Aufklärveranstaltungen“ in Deutschland machen und zwar für Betroffene, keine Fachveranstaltung?*
Antwort Projektteam: *Bei den auf der Website genannten Organisationen. TERRE DES FEMMES (FGM-Referat in Berlin) und Plan International, Hamburg, haben hierzu ein EU-gefördertes Projekt durchgeführt.*

[Link zur Website / Kontaktliste](#)

- **Es wird in den Fragen immer wieder nach Organisationen gefragt, die betroffene Frauen unterstützen bzw. zu Rekonstruktionen begleiten können.**

Antwort Projektteam: *Diese NGO's sind in der Regel im Netzwerk INTEGRA organisiert und über die Homepage des Netzwerks kontaktierbar:*

[Link Verband Integra](#)

- **Frage:** *Eine meiner Klientinnen (volljährig) ist von FGM betroffen. Sie ist alleine nach Deutschland geflohen. Nun droht ihrer kleinen Schwester im Herkunftsland ebenfalls FGM. Die kleine Schwester lebt bei ihrem Vater und der Stiefmutter. Diese begrüßen die FGM. Kennen Sie evtl. vergleichbare Fälle und gibt es Möglichkeiten für meine Klientin, ihrer Schwester zu helfen oder sie zu unterstützen?*
- **Frage:** *Vielleicht kann man auch noch mit bedenken, dass Eltern hier in Deutschland, gerade wenn sie vorher über strafrechtlichen Folgen aufgeklärt wurden, nicht offen verbalisieren, dass sie im Falle einer Rückkehr z. B. nach Somalia, ihre Tochter – auch wenn sie Zweifel an der Richtigkeit dieser Praxis haben – beschneiden lassen würden.*
Antwort vom Projektteam: *Informationen zum Schutz von Mädchen vor Ferienbeschneidungen finden Sie z. B. auf diesen Internetseiten für betroffene Mädchen, Frauen und Eltern:*

[Link fgmhessen / Website](#)

Schlusswort

Brigitte Ott

Landesgeschäftsführerin, pro familia Landesverband Hessen e. V.

Seit vielen Jahren ist Brigitte Ott Landesgeschäftsführerin des pro familia Landesverbands Hessen e. V. Mit Beginn des Projektes "Hessen – engagiert gegen FGM", im Jahr 2018, hat sie die Leitung des Projektes übernommen.

[Link Schlusswort, Brigitte Ott](#)

AUSWERTUNG/FEEDBACK – Teil I

Nachstehend die Ergebnisse der Umfrage, die direkt im Anschluss an Teil I der Veranstaltung online durchgeführt worden ist. Von 100 Teilnehmer*innen haben sich 67 Personen an der Umfrage beteiligt:

Wie nützlich schätzen Sie die Veranstaltung für Ihren Berufsalltag ein?	Teilnehmer (absolut)	Teilnehmer (in %)
sehr nützlich	41	61
nützlich	25	37
weniger nützlich	1	2
nicht nützlich	–	–

Erleichtert Ihnen die Veranstaltung die medizinisch/therapeutische Betreuung der Betroffenen?	Teilnehmer (absolut)	Teilnehmer (in %)
ja	49	73
teilweise	18	27
nein	–	–

Wie bewerten Sie die Veranstaltung insgesamt?	Teilnehmer (absolut)	Teilnehmer (in %)
sehr gut	43	64
gut	24	36
befriedigend	–	–
unbefriedigend	–	–

Wie zufrieden sind Sie mit dem Online-Format?	Teilnehmer (absolut)	Teilnehmer (in %)
sehr zufrieden	32	48
zufrieden	32	48
unentschieden	3	4
nicht zufrieden	–	–

AUSWERTUNG/FEEDBACK – Teil II

Nachstehend die Ergebnisse der Umfrage, die direkt im Anschluss an Teil II der Veranstaltung online durchgeführt worden ist. Von 100 Teilnehmer*innen haben sich 63 Personen an der Umfrage beteiligt:

Wie nützlich schätzen Sie die Veranstaltung für Ihren Berufsalltag ein?	Teilnehmer (absolut)	Teilnehmer (in %)
sehr nützlich	30	47,5
nützlich	30	47,5
weniger nützlich	3	5
nicht nützlich	–	–

Hat die Veranstaltung die Rollen und Aufgaben der unterschiedlichen Berufsgruppen geklärt und erleichtert die zukünftige Zusammenarbeit?	Teilnehmer (absolut)	Teilnehmer (in %)
ja	45	71
teilweise	18	29
nein	–	–

Wie bewerten Sie die Veranstaltung insgesamt?	Teilnehmer (absolut)	Teilnehmer (in %)
sehr gut	39	62
gut	21	33
befriedigend	3	5
unbefriedigend	–	–

Wie zufrieden sind Sie mit dem Online-Format?	Teilnehmer (absolut)	Teilnehmer (in %)
sehr zufrieden	28	44,5
zufrieden	29	46,5
unentschieden	4	6
nicht zufrieden	2	3