

WEIBLICHE GENITALVERSTÜMMELUNG IM FLÜCHTLINGSKONTEXT

Herausforderungen und Handlungsempfehlungen



DANKSAGUNG

Besonderer Dank gilt unserem Kooperationspartner

Deutsches Rotes Kreuz
Kreisverband Hamburg-Harburg e.V.

IMPRESSUM

Herausgeber:

Plan International Deutschland e.V.

Bramfelder Straße 70
22305 Hamburg

Tel.: + 49 (0) 40 / 611 40-0

Fax: + 49 (0) 40 / 611 40-140

E-Mail: info@plan.de

www.plan.de

www.facebook.com/PlanDeutschland

www.twitter.com/PlanGermany

Verantwortlich:

Maika Röttger, Vorsitzende der Geschäftsführung

Koordination der Publikation:

Gwladys Awo

Autorin und Autoren:

Gwladys Awo, Ibrahim Gueye, Dr. Dan mon O'Dey,
Dr. med. Christoph Zerm

Mitarbeit:

May Evers, Birgit Hüsing, Mohamed Maiga, Jens Raygrotzki

Fotos: Soweit nicht anders vermerkt © Plan International

Titelbild: Ägypten, Szene aus einem Schattentheater, das Probleme im Zusammenhang mit Konflikten und Geflüchteten darstellt (Plan International Deutschland).

Lektorat: Annette Winkel

Gestaltung: hausgemacht, Hedda Christians

Druck: Thinkprint GmbH

Dezember 2018

Diese Publikation ist urheberrechtlich geschützt.
Alle Rechte vorbehalten. Bilder und Texte, auch Auszüge dürfen ohne vorherige schriftliche Zustimmung des Herausgebers nicht verwendet oder vervielfältigt werden.

gefördert vom



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

VORWORT

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

weltweit sind mehr als 200 Millionen Mädchen und Frauen von Genitalverstümmelung betroffen. Diese Praktik, bei der die äußeren weiblichen Genitalien teilweise oder vollständig entfernt werden, ist eine gravierende Menschenrechtsverletzung. Es ist ein grausamer Eingriff, der bei den Betroffenen körperliche Qualen und seelisches Leid verursacht, oft lebenslang, manchmal mit tödlichen Folgen.

Weibliche Genitalverstümmelung/-beschneidung – kurz FGM/C (Englisch: female genital mutilation/cutting) – wird vor allem in Ländern Afrikas und des Mittleren Osten praktiziert. Mit der globalen Migration ist diese Tradition jedoch mittlerweile auch in Europa angekommen. Allein in Deutschland leben rund 60.000 von FGM/C betroffene Mädchen und Frauen, weitere 15.000 gelten als gefährdet. Inzwischen ist FGM/C auch hierzulande ein dringendes Thema, das uns vor große Herausforderungen stellt. Wir sehen uns daher in der Verantwortung, unsere langjährige globale Expertise auch in Deutschland einzusetzen.

Gleichfalls leben betroffene Familien in Flüchtlingseinrichtungen mit großen Herausforderungen: Viele von ihnen beherrschen die neue Sprache kaum, finden keine Arbeit oder haben keinen sicheren Aufenthaltsstatus. Um sich ein Stück Heimat zu bewahren, wächst häufig die Tendenz, an alten Traditionen festzuhalten – bei Frauen wie bei Männern. Es ist uns daher wichtig, alle Beteiligten in unsere Arbeit gegen FGM/C einzubeziehen, den sozialen Druck herauszunehmen und Vertrauen aufzubauen. Nur ein achtvoller Umgang kann dazu beitragen, das Schweigen zu brechen und zu einer nachhaltigen Abkehr dieser Tradition zu bewegen.

Bereits 2013 haben wir in Hamburg zusammen mit besonders engagierten Mitgliedern afrikanischer Communities ein Projekt gegen weibliche Genitalverstümmelung/-beschneidung gestartet, um Schlüsselpersonen zu Multiplikatoren auszubilden. Diese Frauen und Männer sind in ihren Gemeinschaften gut vernetzt und geben ihr Wissen um die schwerwiegenden Folgen von FGM/C in ihren Gemeinden weiter. Mit der nötigen Sensibilität klären sie über die Folgen der weiblichen Genitalbeschneidung auf und tragen damit zu einem nachhaltigen Einstellungswandel in den Communities bei.

Unsere Expertise zu diesem Thema haben wir inzwischen auch in Flüchtlingsunterkünften eingesetzt, zunächst im Rahmen eines Pilotprojekts in Hamburg. Dabei verfolgen wir einen zweifachen Ansatz: So sollen Mädchen einerseits vor einer möglichen Beschneidung geschützt werden und andererseits betroffene Frauen und Mädchen Unterstützung erhalten. Denn sie benötigen medizinische Hilfe, pädagogische Beratung, psychologische Begleitung und rechtliche Aufklärung. Die hier entwickelte Sach- und Informationsbroschüre Weibliche Genitalverstümmelung im Flüchtlingskontext – Herausforderungen und Handlungsempfehlungen hilft bei der Umsetzung der interdisziplinären Arbeit – und ist ein Meilenstein für die Aufklärungsarbeit mit betroffenen Mädchen und Frauen.

Herzlich,

Maike Röttger

INHALT

1. Grundlegende Informationen	5
1.1 Sprachempfehlung und Bedarf an Sensibilität	5
1.2 Verbreitung	7
1.3 Formen	8
1.4 Gründe	9
1.5 Folgen und Auswirkungen	10
1.6 Rechtlicher Rahmen	11
1.7 Asylrechtliche Aspekte	13
1.8 Opferrecht	15
1.9 Opferschutz	16
1.10 Kinderschutz	17
2. Herausforderungen für die betroffenen Frauen und Mädchen	18
2.1 Herausforderungen im Asylverfahren	18
2.2 Folgen und Auswirkungen des Asylverfahrens	20
3. Asylverfahren: Empfehlungen für betroffene Frauen	22
3.1 Dolmetscherinnen und Dolmetscher	22
3.2 Beratung in Flüchtlingsseinrichtungen	23
3.3 Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte	24
3.4 Gynäkologinnen und Gynäkologen	24
3.5 Kinderärztinnen und Kinderärzte	35
4. Die plastisch-chirurgische Wiederherstellung des äußeren weiblichen Genitals	36
4.1 Voraussetzungen	36
4.2 Vorbereitung	37
4.3 Inhalte der Rekonstruktion	37
4.4 Stationärer und ambulanter Verlauf	38
4.5 Nachuntersuchungen und Begleitung	38
4.6 Kinderwunsch nach Rekonstruktion	38
5. Handlungsempfehlungen	38
Medizinisches Glossar	40
Quellen	42
Anhang	44
Weibliche Genitalverstümmelung/-beschneidung in anderen Sprachen	44
Vorlage: Fragebogen Sondersprechstunde für geflüchtete Frauen im Zusammenhang mit FGM und weiteren Menschenrechtsverletzungen	47

1. GRUNDLEGENDE INFORMATIONEN

1.1 SPRACHEMPFEHLUNG UND BEDARF AN SENSIBILITÄT

Die teilweise oder vollständige Entfernung der weiblichen Genitalien oder andere Verletzungen der weiblichen Genitalorgane wird laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Genitalverstümmelung/-beschneidung bezeichnet (Englisch: female genital mutilation/cutting – FGM/C).¹

Weltweit existieren noch weitere Begriffe, die diese Praktik beschreiben, wobei die jeweilige Bezeichnung die Sichtweise der Person auf die weibliche Genitalverstümmelung/-beschneidung verdeutlicht (siehe Tabelle 1 und Anhang). Die Begriffswahl hängt unweigerlich mit der jeweiligen Sichtweise zusammen.

Diese reicht von der Befürwortung bis hin zur Verurteilung der Praktik. So spricht die WHO, neben weiteren internationalen Organisationen, bewusst von weiblicher Genitalverstümmelung, um die Schwere des Eingriffs zu betonen und zugleich zu vermeiden, dass Analogien zur männlichen Beschneidung gezogen werden. In praktizierenden Gemeinden werden hingegen eher positiv besetzte oder zumindest neutral klingende Bezeichnungen genutzt. In einigen Gemeinden Guineas wird beispielsweise nach Alice Behrendt² der für FGM/C verwendete Begriff als „gegenseitige Hilfe“ übersetzt.

TABELLE 1: FGM IN ANDEREN SPRACHEN³

Land	Sprache	Bezeichnung	Bedeutung
Ägypten	Arabisch	khitan khifad thara	Beschneidung Reduzieren Säubern/Reinheit
Eritrea	Tigrinisch Amharisch	mekhnishab grazate	Beschneidung/Schneiden Beschneidung
Indonesien	Malaysisch	sunat perempuan	Weibliche Beschneidung oder Tradition
Jemen	Arabisch	al-takmeed	Komprimierung
Kolumbien	Embera	curación	Heilung/Behandlung
Malaysia	Malaysisch	wajib	Religiöse Pflicht, angeordnet durch Allah (Gott)

¹ WHO 2016 | ² Behrendt 2011a, S. 5 | ³ Vgl. <http://nationalfgmcentre.org.uk/wp-content/uploads/2018/02/FGM-Terminology-for-Website.pdf> (Abruf: 10.09.2018)

Die Wahl des passenden Begriffs führt zu einem Dilemma. Auf der einen Seite sollte der schweren Menschenrechtsverletzung Ausdruck verliehen werden, auf der anderen Seite ist ein sensibler Umgang mit den Betroffenen ratsam. Manche Betroffene fühlen sich mit dem Begriff Verstümmelung unwohl, angegriffen oder stigmatisiert. Organisationen wie das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) und der Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA) verwenden mittlerweile die Kombination weibliche Genitalverstümmelung/-beschneidung (FGM/C) und zielen damit auf die Anerkennung einer kontextbezogenen Verwendung der Begriffe in der Politik sowie bei der Zusammenarbeit mit den Gemeinschaften und Betroffenen ab. Dieser Argumentation folgt auch Plan International Deutschland.

Empfehlungen für sensiblen Sprachgebrauch

Wir empfehlen eine Verwendung der unterschiedlichen Bezeichnungen abhängig vom jeweiligen Kontext. Vor allem im Umgang mit betroffenen Frauen und Mädchen ist ein sensibler Sprachgebrauch äußerst wichtig.

EMPFEHLUNGEN FÜR EINE KONTEXTABHÄNGIGE BEGRIFFSVERWENDUNG

KONTEXT	ÖFFENTLICH UND OFFIZIELL	UMGANG MIT BETROFFENEN	SICHTWEISE DES BETROFFENEN
ANWENDUNG	PUBLIKATIONEN, KOMMUNIKATION	BERATUNG, ALLGEMEINE UNTERHALTUNGEN	VERTRAULICHE UNTERHALTUNG
BEZEICHNUNG	WEIBLICHE GENITALVERSTÜMMELUNG/-BESCHNEIDUNG (FGM/C)	BESCHNEIDUNG, EXZIDIEREN, EXCISER (FRANZ.), EXCISION (ENGL.)	FRAGEN SIE NACH: <ul style="list-style-type: none"> • Wie nennt man die Praktik in Ihrer Sprache? • Sollen wir in Zukunft diesen oder einen anderen Begriff gemeinsam verwenden?

1.2 VERBREITUNG

Die Praktik FGM/C wird seit Jahrtausenden praktiziert. 200 Millionen Mädchen und Frauen sind heutzutage weltweit davon betroffen⁴. FGM/C wird auf allen Kontinenten vollzogen.

Europa

Die weibliche Genitalverstümmelung/-beschneidung nimmt aufgrund von Migration in Europa zu. In erster Linie wird diese Entwicklung auf Länder mit hoher Verbreitung zurückgeführt⁵.

In der Resolution des Europäischen Parlaments zur Bekämpfung der Genitalverstümmelung bei Frauen von 2009 wird die Zahl der in Europa lebenden Frauen und Mädchen mit verstümmelten/beschnittenen Genitalien auf 500.000 geschätzt⁶.

Nach Schätzungen des Flüchtlingshilfswerks der Vereinten Nationen (UNHCR⁷) stammten zwischen 2009 und 2012 jährlich etwa 20.000 der weltweit geflüchteten Mädchen und Frauen aus Ländern, in denen Genitalverstümmelung/-beschneidung weit verbreitet ist. Im Jahr 2013 erhöhte sich ihre Zahl auf 25.000.

Überwiegend stammten die Frauen und Mädchen aus Ägypten, Äthiopien, der Elfenbeinküste, Eritrea, dem Irak, Mali, Nigeria und Somalia. Ihre Zahl dürfte im Zuge der verstärkten Migrationsbewegungen heute weitaus größer sein.

Deutschland

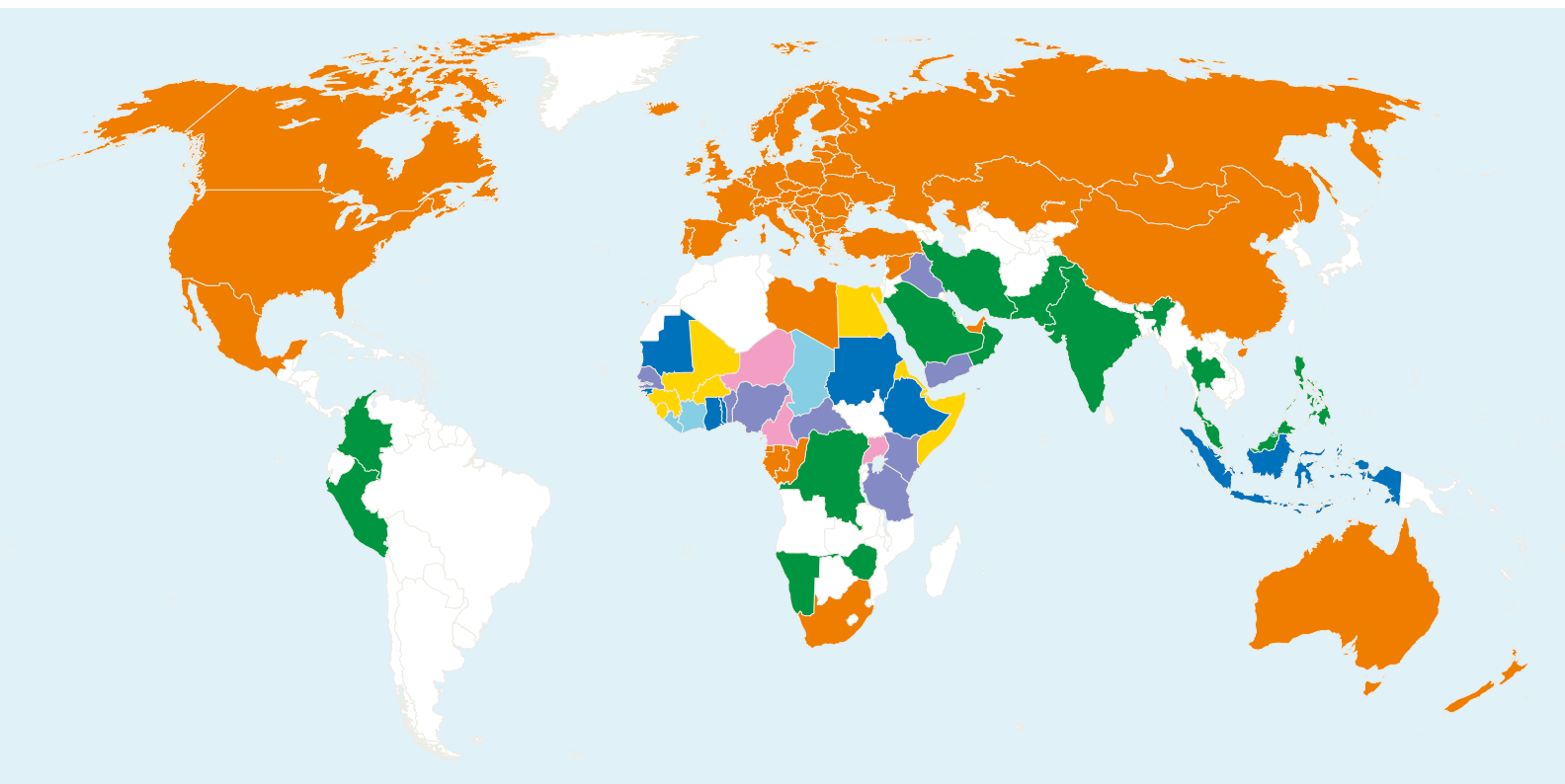
In Deutschland lebten 2017 mehr als 60.000 von weiblicher Genitalverstümmelung/-beschneidung betroffene Frauen.

TABELLE 2:

VERMUTETE ZAHL DER VON FGM/C BETROFFENEN FRAUEN IN DEUTSCHLAND⁸

	Februar 2015*	Mai 2016*	Juni 2017*	Dezember 2017*
Betroffene	35.715	48.770	58.093	64.812
Gefährdete	5.956	9.322	13.320	15.540

* Stichtag des Ausländerzentralregisters



PROZENTSATZ DER FRAUEN, DIE MIT FGM/C LEBEN

- 75 bis < 100 % ■ 50 bis < 75 % ■ 25 bis < 50 % ■ 5 bis < 25 % ■ < 5 % ■ Begrenzt auf Gemeinschaften
- Gemeldete Fälle bei der Migrantenbevölkerung □ Es liegen keine Daten vor.

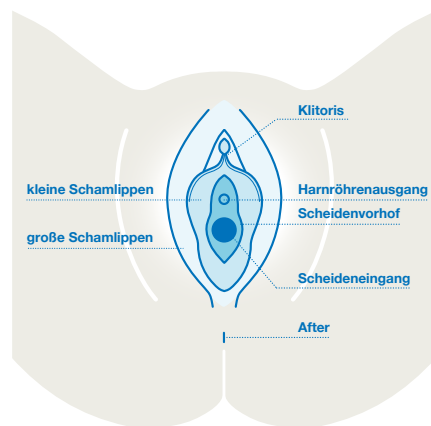
Daten beruhend auf: UNICEF, G.A.M.S., Pharos

⁴ UNICEF 2018 a | ⁵ UNICEF 2018 a | ⁶ Europäisches Parlament 2009 | ⁷ UNHCR 2014 | ⁸ Terre des Femmes 2018

1.3 FORMEN

Die gebräuchlichste Einteilung der Formen der weiblichen Genitalverstümmelung/-beschneidung stammt von der WHO. Sie benennt vier Typen, welche sich wiederum in Subtypen unterteilen lassen⁹.

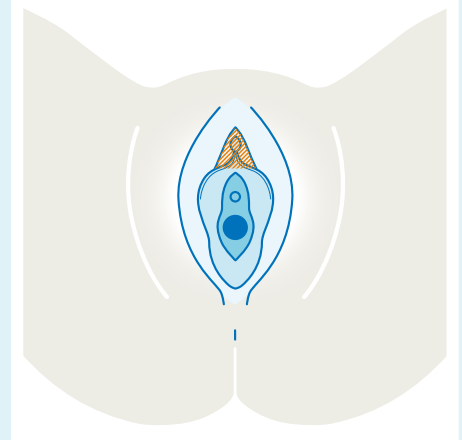
TABELLE 3: TYPEN DER FGM/C NACH DER WHO



FGM TYP I Klitoridektomie:

partielle oder vollständige Entfernung der Klitoris und/oder der Klitorisvorhaut

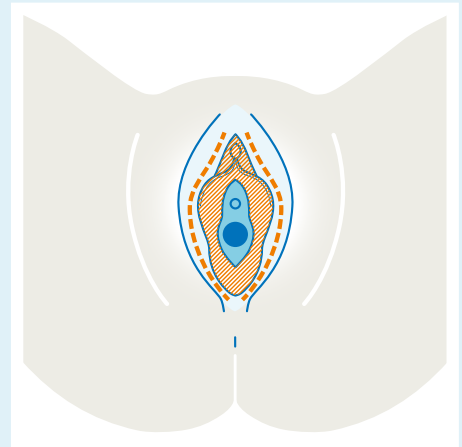
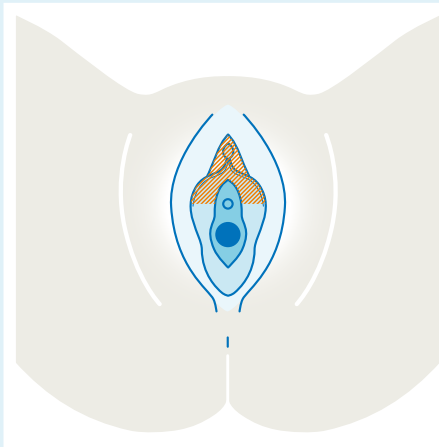
- a Entfernung der Klitorisvorhaut
- b Entfernung der Klitoris und der Klitorisvorhaut



FGM TYP II Exzision:

partielle oder vollständige Entfernung der Klitoris und der inneren Schamlippen, mit oder ohne Entfernung der äußeren Schamlippen

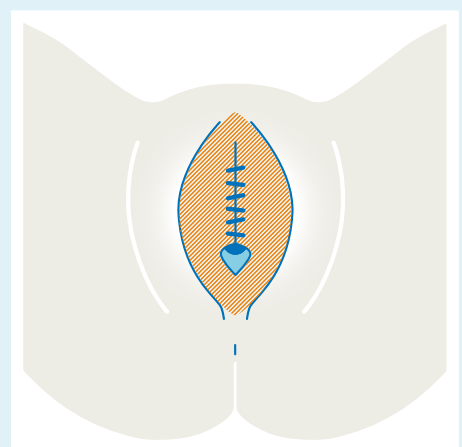
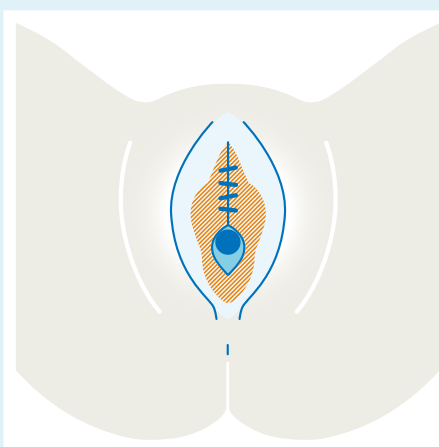
- a Entfernung der inneren Schamlippen
- b Partielle oder vollständige Entfernung der äußeren Klitoris und der inneren Schamlippen
- c Partielle oder vollständige Entfernung der äußeren Klitoris sowie der inneren und äußeren Schamlippen



FGM TYP III Infibulation

beziehungsweise Verengung der vaginalen Öffnung mit Herstellung eines bedeckenden, narbigen Hautverschlusses durch das Entfernen und Zusammenheften oder -nähen der inneren und/oder äußeren Schamlippen, mit oder ohne Entfernung der Klitoris

- a Entfernen und Zusammennähen der inneren Schamlippen, mit oder ohne Entfernung der Klitoris
- b Entfernen und Zusammennähen der äußeren Schamlippen, mit oder ohne Entfernung der Klitoris



FGM TYP IV Alle anderen schädigenden Eingriffe, welche die weiblichen Genitalien verletzen und keinem medizinischen Zweck dienen, zum Beispiel Einstechen, Dehnen, Durchbohren, Einschneiden, Ausschaben, Ausbrennen oder Verätzen

FGM Typ III wird im allgemeinen Sprachgebrauch auch als pharaonische Beschneidung¹⁰ bezeichnet. Neben diesen vier von der WHO definierten Typen gibt es weltweit viele weitere Formen von FGM/C, da die Genitalverstümmelung/-beschneidung je nach Fähigkeit und Werkzeug der jeweiligen Beschneiderinnen oder Beschneider erfolgt.

⁹ WHO 2016 | ¹⁰ www.desertflowerfoundation.org/de/was-ist-fgm.html (Abruf: 04.10.2018)

1.4 GRÜNDE

In praktizierenden Gemeinden ist die weibliche Genitalverstümmelung/-beschneidung eine tief verankerte Tradition sowie in ein kulturell geprägtes Rollenverständnis von Frauen, Sexualität, Familie und Ehe eingebettet. Je nach Prägung variieren die Begründungen für FGM/C.

Die weibliche Genitalverstümmelung/-beschneidung wurde bereits vor der Verbreitung der monotheistischen Religionen praktiziert¹¹. Keine Religion weltweit empfiehlt die weibliche Genitalverstümmelung/-beschneidung jedoch explizit.

Die folgende Tabelle 4 zeigt eine Sammlung unterschiedlichster Begründungen für die Durchführung dieser Praktik¹².

TABELLE 4: BEGRÜNDUNGEN FÜR FGM/C

MYSTISCHE GRÜNDE

- Vaginalsekrete unbeschnittener Frauen können Spermien töten.
- Die Klitoris kann den Ehepartner beim Geschlechtsverkehr verletzen.
- Die Klitoris weist männliche Züge auf und muss daher für die weibliche Entwicklung entfernt werden.
- Das Kind stirbt, wenn der Kopf des Kindes die Klitoris bei der Geburt berührt.
- Eine unbeschnittene Frau verdirbt die Ernte beim Betreten des Ackers.

GESELLSCHAFT UND ROLLENERWARTUNG

- Hoher sozialer Druck und Zwang der Gemeinschaft
- Bewahrung der Familienehre
- Identitätsstiftung und soziale Akzeptanz als Mitglied der Gemeinschaft/Stärkung der Gruppenzugehörigkeit
- Bestandteil des Initiationsritus (Übergangsritual vom Mädchen zur Frau). Initiation wird mit positiven Ereignissen verknüpft, wie Geschenkvergabe, Feier, höhere soziale Stellung als Frau.

HEIRAT, EHE UND FAMILIE

- Bessere Heiratschancen
- Jungfräulichkeit vor der Ehe erhalten
- Zwangsheirat und frühe Heirat
- Ehehliche Treue bewahren
- Bessere Fruchtbarkeit erzielen
- Steigerung der sexuellen Befriedigung des Mannes

RELIGION

- Religiöse Pflicht
- Ausübung von Druck durch religiöse Autoritäten

WIRTSCHAFTLICHKEIT

- Bessere Heiratschancen => Aussicht auf Brautpreis
- Höherer Brautpreis
- Hohes Prestige und hohes Einkommen für die Beschneiderinnen und Beschneider
- Vermeidung der wirtschaftlichen Isolation der betroffenen Familie

HYGIENE, GESUNDHEIT UND KÖRPER

- Weibliche Genitalien werden als unrein und als Herd zahlreicher Krankheiten betrachtet.
- Die beschnittene Vagina wird als schön und rein angesehen.
- Ängste und Körpervorstellungen: sonst überdimensionales Wachstum der Klitoris und/oder Schamlippen

WEITERE GRÜNDE SEXUELLER KONTROLLE

- Nach der Geburt wird die Vagina, die für die Geburt defibuliert wurde, in vielen Fällen erneut infibuliert (Reinfibulation), auch bei einer anstehenden Reise des Ehemannes.
- Nach der Feststellung einer nicht „ordnungsgemäßen“ Erstbeschneidung wird die Reexzision (erneute Genitalverstümmelung) als bestrafende Maßnahme für von der Flucht wiederkehrende Frauen angewandt.
- Unterbinden der sexuellen Entfaltung

MEDIKALISIERUNG

- Um die Praktik zu legitimieren, wird der Eingriff in manchen Ländern von Ärztinnen, Ärzten, Hebammen oder Krankenschwestern durchgeführt.

1.5 FOLGEN UND AUSWIRKUNGEN

Die weibliche Genitalverstümmelung/-beschneidung ist schmerzvoll und traumatisierend, da sie in den meisten Fällen ohne Anästhesie durchgeführt wird. Darüber hinaus beeinträchtigt die Entfernung oder Verletzung

des Genitalgewebes die natürliche Funktionsfähigkeit des Körpers und kann mehrere unmittelbare und/oder langfristige Komplikationen für die Funktion der Harn- und Geschlechtsorgane haben. Zudem wirkt sie sich belastend auf die Psyche aus.

Die WHO¹³ listet eine Reihe potenzieller Risiken auf, die in der Tabelle 5 aufgeführt werden.

TABELLE 5: RISIKEN DER FGM/C

AKUTE RISIKEN¹⁴

Risiken	Anmerkungen
<ul style="list-style-type: none"> • Hämorrhagie / Blutung • Schmerzen 	<ul style="list-style-type: none"> • starke Blutungen
<ul style="list-style-type: none"> • Schock 	<ul style="list-style-type: none"> • hämorrhagisch, neurogen oder septisch
<ul style="list-style-type: none"> • Schwellung des Genitalgewebes 	<ul style="list-style-type: none"> • aufgrund der Entzündungsreaktion oder lokalen Infektion
<ul style="list-style-type: none"> • Infektionen 	<ul style="list-style-type: none"> • akute örtliche Infektionen, Abszessbildung, Sepsis • Abszess, Genital- und Geburtskanalinfektionen, Harnleiterinfektionen • HIV-Risiko • FGM/C fördert HIV-Infektion im Falle der Verwendung von nicht sterilen Schneidewerkzeugen
<ul style="list-style-type: none"> • Probleme beim Wasserlassen 	<ul style="list-style-type: none"> • akuter Rückstau, Schmerzen • stark verlängerte Entleerung • Harnröhrenverletzung
<ul style="list-style-type: none"> • Wundheilungsprobleme 	
<ul style="list-style-type: none"> • Tod 	<ul style="list-style-type: none"> • durch Verbluten, Sepsis

RISIKEN BEI DER GEBURT¹⁵

Risiken	Anmerkungen
<ul style="list-style-type: none"> • Verlängerte Wehen 	
<ul style="list-style-type: none"> • Schwierige Geburt/gestörter Geburtsverlauf (Kaiserschnitt, Zangengeburt, Dammschnitt) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Geburtsrisse/-wunden 	
<ul style="list-style-type: none"> • Totgeburt und Tod von Frühgeborenen 	
<ul style="list-style-type: none"> • Wiederbelebung des Kindes bei der Geburt 	
<ul style="list-style-type: none"> • Blutung nach der Geburt 	<ul style="list-style-type: none"> • bei der Geburt Blutverlust von 500 ml oder mehr
<ul style="list-style-type: none"> • Verlängerter Krankenhausaufenthalt 	

STÖRUNG DER SEXUELLEN FUNKTIONEN¹⁶

Risiken	Anmerkungen
<ul style="list-style-type: none"> • Schmerzhafter Koitus (Schmerzen beim Geschlechtsverkehr) 	<ul style="list-style-type: none"> • Bei Typ III besteht ein größeres Risiko dieser Schmerzen im Verhältnis zu Typ I und II.
<ul style="list-style-type: none"> • Verringerte sexuelle Befriedigung • Verringertes sexuelles Verlangen und geringere Stimulation • Verringerte Lubrikation beim Geschlechtsverkehr • Verringerte Häufigkeit oder Fehlen von Orgasmen 	<ul style="list-style-type: none"> • Isolation, Schmerzen, Angstzustände, Ehekonflikte, geringeres Selbstwertgefühl

PSYCHOLOGISCHE RISIKEN¹⁷

Risiken	Anmerkungen
<ul style="list-style-type: none"> • Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Angststörungen, Depression, Aggressionen, Gereiztheit, diffuse Identität, Verlust der eigenen Identität

LANGZEITRISIKEN¹⁸

Risiken	Anmerkungen
<ul style="list-style-type: none"> • Beschädigung des Genitalgewebes 	<ul style="list-style-type: none"> • mit chronischen Klitoris-schmerzen
<ul style="list-style-type: none"> • Vaginalausscheidungen 	<ul style="list-style-type: none"> • hervorgerufen durch chronische Genitalinfektionen
<ul style="list-style-type: none"> • Vaginaler Juckreiz 	
<ul style="list-style-type: none"> • Menstruelle Probleme 	<ul style="list-style-type: none"> • Dysmenorrhö (Regelschmerzen), unregelmäßige Monatsblutungen, • verzögerte Absonderung des Menstrualsekrets
<ul style="list-style-type: none"> • Chronische Genitalinfektionen • Aufsteigende Genitalinfektionen 	<ul style="list-style-type: none"> • an Vulva und Vagina, bakterielle Vaginose • chronische Unterleibschmerzen
<ul style="list-style-type: none"> • Harnröhrenentzündung 	<ul style="list-style-type: none"> • häufig wiederkehrend
<ul style="list-style-type: none"> • Schmerzhaftes Wasserlassen 	<ul style="list-style-type: none"> • oft wegen des Verschlusses des Harnleiters oder der Harnröhre und häufiger Harnleiterinfektionen

¹³ WHO 2016 | ¹⁴ Berg 2014 a, Lavazzo 2013 | ¹⁵ Berg 2014 b, WHO 2006 | ¹⁶ Berg 2010, Vloeberghs 2012 | ¹⁷ Vloeberghs 2012 | ¹⁸ Berg 2014 a, Lavazzo 2013

1.6 RECHTLICHER RAHMEN

International

Zahlreiche Konventionen und Resolutionen der Vereinten Nationen (UN), der Europäischen Union (EU) sowie Deutschlands stufen die weibliche Genitalverstümmelung/-beschneidung als schwere Menschenrechtsverletzung ein.

INTERNATIONALE RESOLUTIONEN* UND KONVENTIONEN**

Allgemeine Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen von 1948	„Frauen und Mädchen haben das Recht, selbstbestimmt, frei und in Würde zu leben und nicht Opfer von grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung zu werden.“
Frauenrechtskonvention (1981)	Artikel 2 verpflichtet die Vertragsstaaten dazu, jegliche Diskriminierung von Frauen zu beseitigen. Entsprechende Gesetze, Verordnungen, Gepflogenheiten und Praktiken sind abzuschaffen bzw. solche zur Förderung des Schutzes zu erlassen.
Konvention über die Rechte des Kindes (1989)	Die Konvention fordert alle Regierungen dazu auf, alle wirksamen und geeigneten Maßnahmen zu treffen, um Bräuche, die für die Gesundheit von Kindern schädlich sind, abzuschaffen.
UN-Resolution „Erklärung über die Beseitigung der Gewalt gegen Frauen“ (1993)	In Artikel 2 a wird weibliche Genitalverstümmelung als eine spezifische Gewaltform gegen Frauen aufgeführt. „Unter Gewalt gegen Frauen sind, ohne darauf beschränkt zu sein, folgende Handlungen zu verstehen: [...] weibliche Beschneidung und andere für Frauen schädliche traditionelle Praktiken [...].“
Weltbevölkerungskonferenz (Kairo 1994) – Aktionsprogramm	Unter anderem in Ziel 4.22: „Regierungen sind angehalten die weibliche Genitalverstümmelung überall zu verbieten und die Bemühungen nichtstaatlicher Organisationen und örtlicher Vereinigungen und religiöser Institutionen um die Bekämpfung mit Nachdruck zu unterstützen.“
Weltfrauenkonferenz in Peking 1995 – Aktionsplattform	Unter anderem in Kapitel 4.1 Menschenrechte der Frauen, Abschnitt 232 h: „Verbot der Verstümmelung weiblicher Geschlechtsorgane, wo immer diese Praxis vorkommt, und energische Unterstützung der Anstrengungen nichtstaatlicher Organisationen und gemeinwesenestützter Organisationen sowie religiöser Institutionen zur Abschaffung derartiger Praktiken.“
UN-Resolution „Verstärkung der weltweiten Bemühungen um die Abschaffung der Genitalverstümmelung bei Frauen und Mädchen“ (2012)	Unter anderem werden die Staaten dazu aufgefordert, Genitalverstümmelung zu verurteilen und strafrechtlich zu verfolgen, bewusstseinsbildende Aktivitäten zu verstärken sowie verstärkt Informations- und Sensibilisierungsprogramme durchzuführen.

* Beschlussfassung der Vereinten Nationen: Außer im UN-Sicherheitsrat sind Beschlüsse der UN in der Regel nicht bindend. Sie können jedoch als sogenanntes „soft law“ eine nicht unerhebliche Wirkung entfalten.

**UN-Konventionen sind völkerrechtlich bindende Verträge zwischen allen oder einigen Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen und werden in den entsprechenden nationalen Gremien (in Deutschland: Bundestag und Bundesrat) ratifiziert.

Europa

EUROPÄISCHE UNION

Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK) (1950)	Artikel 3: „Verbot der Folter“ Hier wird unter anderem der Schutz der körperlichen Integrität verlangt.
Übereinkommen des Europarates zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt (2011) (Istanbul-Konvention)	Artikel 38: „Verstümmelung weiblicher Genitalien“ Jede Form der weiblichen Genitalverstümmelung wird untersagt. Ebenso ein Verhalten, durch das eine Frau oder ein Mädchen dazu verleitet oder genötigt wird.
Richtlinie* 2011/95/EU des Europäischen Parlaments und Rates (2011) – Normen für die Anerkennung von Drittstaatsangehörigen oder Staatenlosen als Personen mit Anspruch auf internationalen Schutz, für einen einheitlichen Status für Flüchtlinge oder für Personen mit Anrecht auf subsidiären Schutz und für den Inhalt des zu gewährenden Schutzes	Im Erwägungsgrund 30 wird FGM/C als ein Kriterium zur Zuordnung von Personen zu speziellen sozialen Gruppen, die in ihrer Heimat Verfolgung oder anderen Gefahren ausgesetzt sind, genannt.

EU-Kommission: Mitteilung der Kommission an das Europäische Parlament und den Rat zur Abschaffung der weiblichen Genitalverstümmelung (FGM) (2013)

Die Mitteilung beinhaltet folgende Punkte:

- Besseres Verständnis der Problematik der FGM in der EU
- Förderung eines nachhaltigen sozialen Wandels, um FGM zu verhindern
- Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der wirksameren Strafverfolgung von FGM
- Schutz für gefährdete Frauen im Hoheitsgebiet der EU
- Förderung der weltweiten Abschaffung der FGM

EU-Parlament (Februar 2018) Entschließung

Null Toleranz gegenüber Genitalverstümmelung bei Frauen

*Im EU-Recht sind nur Verordnungen direkt rechtsverbindlich. Richtlinien müssen hingegen von den Mitgliedstaaten umgesetzt werden. Sie finden sich somit letztlich in nationalem Recht wieder.

Deutschland

Die Bundesrepublik Deutschland hat alle entsprechenden relevanten internationalen Konventionen ratifiziert und in geltendes nationales Recht umgewandelt. So wurde beispielsweise 1985 die Frauenrechtskonvention und 2002 das Fakultativprotokoll zu dieser Konvention in das deutsche Recht übertragen.

Gleiches gilt für die europäischen Konventionen. Im April 2017 hat der Deutsche Bundestag über den Gesetzentwurf zur sogenannten Istanbul-Konvention beraten und am 1. Juni 2017 die Ratifizierung beschlossen. Die Konvention ist in Deutschland am 1. Februar 2018 in Kraft getreten.

Die weibliche Genitalverstümmelung/-beschneidung wurde 2013 als eigener Straftatbestand in das Strafgesetzbuch (§ 226 a StGB) aufgenommen und gilt somit als schwere Körperverletzung, die mit bis zu 15 Jahren Gefängnis bestraft werden kann.

Seit 2015 gilt es als Straftat, wenn in Deutschland gemeldete Mädchen zur Genitalverstümmelung vorübergehend ins Ausland gebracht werden (§ 5 Abs. 9 a, b StGB).

Um entsprechende Verstöße im Ausland zu erschweren, beschloss die Bundesregierung im Dezember 2016 eine Änderung des Passgesetzes. Demnach droht Menschen, die mit Mädchen oder Frauen ins Ausland reisen wollen, um dort eine Genitalverstümmelung vorzunehmen oder vornehmen zu lassen, der Entzug ihres Reisepasses (§ 8 i. V. m. § 7 Abs. 1 Nr. 11 PassG). Ebenso kann der Pass auf dieser Grundlage von vornherein verweigert werden (§ 7 Abs. 1 Nr. 11 PassG).

GRUNDGESETZ¹⁹

Artikel 2 Abs. 2

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

ZUR STRAFVERFOLGUNG ANWENDBARE GESETZE²⁰

(StGB – Strafgesetzbuch)

§ 5 Abs. 9 a, b StGB

FGM im Ausland mit besonderem Inlandsbezug
„Straftaten gegen die körperliche Unversehrtheit in den Fällen des § 226a, wenn der Täter zur Zeit der Tat Deutscher ist oder wenn die Tat sich gegen eine Person richtet, die zur Zeit der Tat ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland hat.“

§ 25 Abs. 2 StGB

„Begehen mehrere die Straftat gemeinschaftlich, so wird jeder als Täter bestraft (Mittäter).“

§ 26 StGB

„Als Anstifter wird gleich einem Täter bestraft, wer vorsätzlich einen anderen zu dessen vorsätzlich begangener rechtswidriger Tat bestimmt hat.“

§ 27 StGB

„Als Gehilfe wird bestraft, wer vorsätzlich einem anderen zu dessen vorsätzlich begangener rechtswidriger Tat Hilfe geleistet hat.“

§ 78 b StGB

„Die Verjährung ruht bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres des Opfers bei Straftaten nach [...] § 226a.“

§ 171 StGB

Verletzung der Fürsorge- oder Erziehungspflicht (Eltern)
„Wer seine Fürsorge- oder Erziehungspflicht gegenüber einer Person unter sechzehn Jahren gröblich verletzt [...] (körperliche oder psychische Entwicklung), [...] wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“

¹⁹ www.gesetze-im-internet.de/gg/art_2.html (Abruf: 05.09.2018) | ²⁰ www.gesetze-im-internet.de/stgb/ (Abruf: 05.09.2018)

§ 225 Abs. 1 StGB	Misshandlung von Schutzbefohlenen „Wer eine Person unter achtzehn Jahren [...] quält oder roh misshandelt oder wer durch böswillige Vernachlässigung seiner Pflicht, für sie zu sorgen, sie an der Gesundheit schädigt, wird mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren bestraft.“
§ 226 a StGB	FGM als Straftat „Wer die äußeren Genitalien einer weiblichen Person verstümmelt, wird mit Freiheitsstrafe nicht unter einem Jahr bestraft.“
§ 228 StGB	Verbrechenstatbestand auch bei Einwilligung „Wer eine Körperverletzung mit Einwilligung der verletzten Person vornimmt, handelt nur dann rechtswidrig, wenn die Tat trotz der Einwilligung gegen die guten Sitten verstößt.“

Im Kontext der Strafverfolgung antwortete die Bundesregierung²¹ im April 2018 auf eine Kleine Anfrage: „Die weibliche Genitalverstümmelung wird seit 2014 in der polizeilichen Kriminalstatistik erfasst. In den Jahren 2014, 2015 und 2016 sind dort keine Fälle registriert worden.“ Angaben zur Einleitung eines strafrechtlichen Ermittlungsverfahrens wegen weiblicher Genitalverstümmelung im Ausland (§ 5 Abs. 9 a, b StGB) liegen der Bundesregierung nicht vor.

BÜRGERLICHES RECHT/ZIVILRECHT

(BGB – Bürgerliches Gesetzbuch²²)

§ 1666 Abs. 1 Satz 1 BGB	Gerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls „Wird das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder sein Vermögen gefährdet und sind die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage, die Gefahr abzuwenden, so hat das Familiengericht die Maßnahmen zu treffen, die zur Abwendung der Gefahr erforderlich sind.“
---------------------------------	---

Der Bundesgerichtshof²³ bestätigte 2004 seine Entscheidung, nach der eine Mutter daran gehindert wurde, mit ihrem Kind nach Gambia auszureisen. Ihr wurde das Aufenthaltsbestimmungsrecht gemäß § 1666 Abs. 1 BGB entzogen, da die Gefahr drohte, dass ihre Tochter in Gambia beschnitten wird.

Die Bundesärztekammer²⁴ weist explizit darauf hin, dass die weibliche Genitalverstümmelung/-beschneidung einen Straftatbestand darstellt. Standesrechtlich steht einer Genitalverstümmelung durch Ärztinnen oder Ärzte in Deutschland auch die Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte entgegen.

(MUSTER-) BERUFSORDNUNG FÜR DIE IN DEUTSCHLAND TÄTIGEN ÄRZTINNEN UND ÄRZTE

(Stand 2018²⁵)

§ 2 Abs. 1 MBO-Ä	„Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf nach ihrem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus. Sie dürfen keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit ihren Aufgaben nicht vereinbar sind oder deren Befolgung sie nicht verantworten können.“
-------------------------	---

1.7 ASYLRECHTLICHE ASPEKTE

Die Europäische Kommission²⁶ und das Europäische Parlament²⁷ haben immer wieder auf die Bedeutung der EU-Anerkennungsrichtlinie 2011 hingewiesen. Die Richtlinie bezieht sich auf die Gründe für die Gewährung des internationalen Schutzes (siehe oben 1.6 Europa).

RICHTLINIE 2011/95/EU DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND RATES

(2011)

Artikel 9, 2 a	Psychische, physische oder sexuelle Gewalt wird als Grund für die Gewährung internationalen Schutzes aufgeführt.
-----------------------	--

²¹ Bundestag 2018 | ²² www.gesetze-im-internet.de/bgb/index.html#BJNR001950896BJNE162701377 (Abruf: 20.09.2018) | ²³ <http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&nr=31519&pos=0&anz=1> (Abruf: 21.09.2018) | ²⁴ Bundesärztekammer 2016 | ²⁵ www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO-AE.pdf (Abruf: 24.09.2018) | ²⁶ Europäische Kommission 2013 | ²⁷ Europäisches Parlament 2012; European Parliament 2018

Erwägungsgrund 30	Es wird gefordert, dass Aspekte im Zusammenhang mit dem Geschlecht der Antragstellerin oder des Antragstellers, die mit bestimmten Rechtstraditionen und Gebräuchen im Zusammenhang stehen können, angemessen zu berücksichtigen sind. Dazu zählt die Richtlinie explizit die weibliche Genitalverstümmelung auf.
Erwägungsgrund 36	Der internationale Schutz wird auf Eltern ausgedehnt, die durch die Weigerung, ihre Töchter einer FGM zu unterziehen, einer realen Gefahr ausgesetzt sind.
Erwägungsgrund 18, 19 und Artikel 20.5	Die Richtlinie unterstreicht die Bedeutung des Kindeswohls als vorrangige Erwägung für Mitgliedstaaten, die bei verschiedenen Bestimmungen in Betracht zu ziehen ist.

Deutschland

Den Aufenthalt und die Einreise ausländischer Staatsangehöriger regelt das Ausländerrecht. Im Januar 2005 trat das neue Zuwanderungsgesetz in Kraft und im August 2017 dessen Reform. Kernpunkt der Reform ist die Umsetzung von elf aufenthalts- und asylrechtlichen Richtlinien der EU.

Mit dem sogenannten Aufenthaltsgesetz wird festgelegt, dass der Flüchtlingsstatus auch bei nichtstaatlicher Verfolgung in Anlehnung an die EU-Qualifikationsrichtlinie gewährt wird. Ferner wurde die Anerkennung geschlechtsspezifischer Verfolgung eingeführt. Eine Bedrohung des Lebens oder der körperlichen Unversehrtheit liegt somit auch dann vor, wenn diese Verfolgung allein an das Geschlecht der Person anknüpft.

ASYLGESETZ

(AsylG²⁸)

§ 1 Geltungsbereich	„(1) Dieses Gesetz gilt für Ausländer, die Folgendes beantragen: [...] 2. internationalen Schutz nach der Richtlinie 2011/95/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 13. Dezember 2011 über Normen für die Anerkennung von Drittstaatsangehörigen oder Staatenlosen als Personen mit Anspruch auf internationalen Schutz, für einen einheitlichen Status für Flüchtlinge oder für Personen mit Anrecht auf subsidiären Schutz und für den Inhalt des zu gewährenden Schutzes (ABl. L 337 vom 20.12.2011, S. 9); der internationale Schutz im Sinne der Richtlinie 2011/95/EU umfasst den Schutz vor Verfolgung nach dem Abkommen vom 28. Juli 1951 über die Rechtsstellung der Flüchtlinge (BGBl. 1953 II S. 559, 560) und den subsidiären Schutz im Sinne der Richtlinie; der nach Maßgabe der Richtlinie 2004/83/EG des Rates vom 29. April 2004 über Mindestnormen für die Anerkennung und den Status von Drittstaatsangehörigen oder Staatenlosen als Flüchtlinge oder als Personen, die anderweitig internationalen Schutz benötigen, und über den Inhalt des zu gewährenden Schutzes (ABl. L 304 vom 30.9.2004, S. 12) gewährte internationale Schutz steht dem internationalen Schutz im Sinne der Richtlinie 2011/95/EU gleich; § 104 Absatz 9 des Aufenthaltsgesetzes bleibt unberührt.“
§ 3 a Verfolgungshandlungen	Abs. 1 Nr. 1: „Als Verfolgung im Sinne des § 3 Absatz 1 gelten Handlungen, die auf Grund ihrer Art oder Wiederholung so gravierend sind, dass sie eine schwerwiegende Verletzung der grundlegenden Menschenrechte darstellen, insbesondere der Rechte, von denen nach Artikel 15 Absatz 2 der Konvention vom 4. November 1950 zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (BGBl. 1952 II S. 685, 953) keine Abweichung zulässig ist.“ Abs. 2: „Als Verfolgung im Sinne des Absatzes 1 können unter anderem die folgenden Handlungen gelten: 1. die Anwendung physischer oder psychischer Gewalt, einschließlich sexueller Gewalt, [...]. 6. Handlungen, die an die Geschlechtszugehörigkeit anknüpfen oder gegen Kinder gerichtet sind.“
§ 3 b Verfolgungsgründe	Abs. 1 Nr. 4 „[...] eine Verfolgung wegen der Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe kann auch vorliegen, wenn sie allein an das Geschlecht oder die geschlechtliche Identität anknüpft [...].“
§ 3 c Akteure, von denen Verfolgung ausgehen kann	Nr. 3 „Die Verfolgung kann ausgehen von nichtstaatlichen Akteuren, sofern die in den Nummern 1 und 2 genannten Akteure einschließlich internationaler Organisationen erwiesenermaßen nicht in der Lage oder nicht willens sind, im Sinne des § 3 d Schutz vor Verfolgung zu bieten, und dies unabhängig davon, ob in dem Land eine staatliche Herrschaftsmacht vorhanden ist oder nicht.“

²⁸ www.gesetze-im-internet.de/asylvfg_1992/index.html#BJNR111260992BJNE016300311 (Abruf: 24.09.2018)

§ 4 Subsidiärer Schutz

„(1) Ein Ausländer ist subsidiär Schutzberechtigter, wenn er stichhaltige Gründe für die Annahme vorgebracht hat, dass ihm in seinem Herkunftsland ein ernsthafter Schaden droht. Als ernsthafter Schaden gilt:

1. die Verhängung oder Vollstreckung der Todesstrafe,
2. Folter oder unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Bestrafung oder
3. eine ernsthafte individuelle Bedrohung des Lebens oder der Unversehrtheit einer Zivilperson infolge willkürlicher Gewalt im Rahmen eines internationalen oder innerstaatlichen bewaffneten Konflikts.“

Zahlreiche Urteile zur Anerkennung des Asylantrags aufgrund der Bedrohung durch weibliche Genitalverstümmelung/-beschneidung sind bereits dokumentiert²⁹.

Nach Schätzung des UNHCR für das Jahr 2011 wurden in Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Italien, den Niederlanden und Schweden 1.962 Asylanträge auf der Grundlage von FGM/C entschieden, davon 184 in Deutschland³⁰.

Weitere Informationen und Beispiele von Urteilen:
www.netzwerk-integra.de/dokumente/recht-deutschland/

1.8 OPFERRECHT

Strafrechtlicher Schutz

Gravierende Straftaten wie die weibliche Genitalverstümmelung/-beschneidung bedürfen gemäß § 226 a StGB in Deutschland keines gesonderten Strafantrags durch die betroffenen Frauen. Nichtsdestotrotz können und sollten sie entsprechende Delikte bei der Polizei oder Staatsanwaltschaft zur Anzeige bringen, damit ein Verfahren in Gang gesetzt werden kann. Auf diese Weise wird eine strafrechtliche Verfolgung des Falls erreicht.

Opferentschädigungsgesetz

Wer Opfer einer vorsätzlichen Gewalttat wird und dadurch eine gesundheitliche Schädigung erleidet, kann nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) folgende Leistungen beantragen³¹:

- Heil- und Krankenbehandlungen (auch Psychotherapie)
- Rentenleistungen
- Fürsorgeleistungen
- Rehabilitationsmaßnahmen

Seit 2009 ist es per Gesetz möglich, Leistungen auch dann in Anspruch zu nehmen, wenn sich die Gewalttat im Ausland ereignet hat.³²

OPFERENTSCHÄDIGUNGSGESETZ

(OEG³³)

§ 1 Abs. 1 – Anspruch auf Versorgung

„Wer [...] infolge eines vorsätzlichen, rechtswidrigen tätlichen Angriffs gegen seine oder eine andere Person oder durch dessen rechtmäßige Abwehr eine gesundheitliche Schädigung erlitten hat, erhält wegen der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen auf Antrag Versorgung in entsprechender Anwendung der Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes.“

Zivilrechtlicher Schutz

Darüber hinaus können vor deutschen Zivilgerichten Entschädigungsansprüche aus Deliktsrecht gegen den oder die Täterinnen oder Täter oder deren Beteiligte geltend gemacht werden. Als Rechtsgrundlage für solche Schadensersatzansprüche kommen insbesondere § 823 Abs. 1 BGB sowie § 823 Abs. 2 BGB in Verbindung mit einer individualschützenden Norm des StGB in Betracht, beispielsweise § 226 a StGB.

²⁹ Deutscher Bundestag 2018 b | ³⁰ UNHCR 2013 | ³¹ www.bmas.de/DE/Themen/Soziale-Sicherung/Soziale-Entschadigung/Opferentschaedigungsrecht/oeg.html (Abruf: 08.10.2018) | ³² www.bmas.de/DE/Themen/Soziale-Sicherung/Soziale-Entschadigung/Opferentschaedigungsrecht/oeg.html (Abruf: 08.10.2018) | ³³ www.gesetze-im-internet.de/oeg/index.html (Abruf: 21.09.2018)

1.9 OPFERSCHUTZ

Die EU verabschiedete am 15. November 2012 die Opferschutzrichtlinie³⁴. In Deutschland wurde die Richtlinie 2015 durch das Gesetz zur Stärkung der Opferrechte im Strafverfahren (3. Opferrechtsreformgesetz³⁵) umgesetzt. Durch das Gesetz sollen von Straftaten Betroffene besser über ihre Rechte im Verfahren informiert werden. Eine wichtige Änderung ist, dass es ein eigenständiges Gesetz zur psychosozialen Prozessbegleitung³⁶ beinhaltet. Dieses Gesetz ist im Januar 2017 in Kraft getreten.

Die EU-Aufnahmerichtlinie³⁷ von 2013 zielt darauf ab, menschenwürdige Aufnahmebedingungen (wie bei der Unterbringung) für Asylsuchende zu gewährleisten und die Achtung der Grundrechte der Betroffenen sicherzustellen. Diese Richtlinie wurde bis zum Fristablauf im Juli 2015 nicht in das innerdeutsche Recht umgesetzt, sodass ihre unmittelbare Anwendung unklar ist.

EU-RICHTLINIEN

EU-Opferschutzrichtlinie (2012)

Erwägungsgrund 17
Als geschlechtsbezogene Gewalt wird unter anderem die weibliche Genitalverstümmelung aufgeführt.
Artikel 8
regelt das Recht des Opfers auf kostenlosen Zugang zu Opferunterstützungsmaßnahmen.
Artikel 9
regelt die verschiedenen Maßnahmen zur Unterstützung durch Opferunterstützungsdienste.

EU-Aufnahmerichtlinie von 2013

Artikel 21
Die Richtlinie erkennt von FGM Betroffene ausdrücklich als schutzbedürftige Gruppe an.
Artikel 25.2
Personal in den Aufnahmeeinrichtungen soll geschult sein, insbesondere zur Begleitung schutzbedürftiger Antragstellerinnen und Antragsteller wie Opfern sexueller Gewalt.

GESETZ ZUR STÄRKUNG DER OPFERRECHTE IM STRAFVERFAHREN

(3. Opferrechtsreformgesetz)

Gesetz über die psychosoziale Prozessbegleitung (Strafprozessordnung StPO § 406 g³⁸)

Abs. 1
„Verletzte können sich des Beistands eines psychosozialen Prozessbegleiters bedienen. Dem psychosozialen Prozessbegleiter ist es gestattet, bei Vernehmungen des Verletzten und während der Hauptverhandlung gemeinsam mit dem Verletzten anwesend zu sein.“

³⁴ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32012L0029&from=de> (Abruf: 09.10.2018) | ³⁵ <http://dipbt.bundestag.de/extrakt/ba/WP18/651/65145.html> (Abruf: 09.10.2018) | ³⁶ www.bmjv.de/DE/Themen/OpferschutzUndGewaltpraevention/Prozessbegleitung/Prozessbegleitung_node.html (Abruf: 12.09.2018) | ³⁷ <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:180:0096:0116:DE:PDF> (Abruf: 14.09.2018) | ³⁸ www.gesetze-im-internet.de/stpo/_406g.html (Abruf: 21.09.2018)

1.10 KINDERSCHUTZ

Die EU-Grundrechtecharta hält die Grund- und Menschenrechte in der Europäischen Union fest. Artikel 24 geht auf die Rechte des Kindes ein.

CHARTA DER GRUNDRECHTE DER EUROPÄISCHEN UNION

Art. 24

Rechte des Kindes³⁹

- (1) „Kinder haben Anspruch auf den Schutz und die Fürsorge, die für ihr Wohlergehen notwendig sind. Sie können ihre Meinung frei äußern. Ihre Meinung wird in den Angelegenheiten, die sie betreffen, in einer ihrem Alter und ihrem Reifegrad entsprechenden Weise berücksichtigt.“
- (2) „Bei allen Kinder betreffenden Maßnahmen öffentlicher Stellen oder privater Einrichtungen muss das Wohl des Kindes eine vorrangige Erwägung sein.“
- (3) „Jedes Kind hat Anspruch auf regelmäßige persönliche Beziehungen und direkte Kontakte zu beiden Elternteilen, es sei denn, dies steht seinem Wohl entgegen.“

Deutschland

Eine bei einem Mädchen geplante Genitalverstümmelung/-beschneidung erfordert unmittelbares Handeln im Rahmen des Kinderschutzes nach § 8 a SGB VIII.

Bei bereits erfolgter Genitalverstümmelung/-beschneidung ist es Aufgabe der Jugendämter, die betroffenen Mädchen und jungen Frauen bei der Minderung der gesundheitlichen und psychosozialen Folgen zu unterstützen. Außerdem begleiten die Jugendämter die Betroffenen während des Strafverfahrens gegen die eigenen Eltern und der

Geltendmachung der Ansprüche nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) oder dem allgemeinen Zivilrecht.

In der Regel ist es zum Schutze des betroffenen Mädchens erforderlich, das Familiengericht einzubeziehen, das familiengerichtliche Maßnahmen einleitet, insbesondere Grenzsperrn (Verhinderung der Verbringung des Mädchens ins Ausland) oder Auflagen zur Überprüfung ihrer körperlichen Unversehrtheit. Sofern dies nicht ausreicht, um den Schutz des Mädchens zu gewährleisten, kann eine Inobhutnahme erforderlich werden.⁴⁰

KINDERSCHUTZ IM DEUTSCHEN RECHT

Sozialgesetzbuch (SGB) – Achstes Buch (VIII) – Kinder- und Jugendhilfe / BGB – Bürgerliches Gesetzbuch / KKG – Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz

§ 1 SGB VIII⁴¹	Recht auf Erziehung, Elternverantwortung, Jugendhilfe
§ 8 SGB VIII⁴²	Ohne Kenntnis der Sorgeberechtigten können Kinder beraten werden, wenn die Beratung aufgrund einer Not- oder Konfliktlage erforderlich ist.
§ 8 a Abs 1 SGB VIII⁴³	Werden dem Jugendamt gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt, so hat es das Gefährdungsrisiko im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte einzuschätzen. [...]“
§ 1631 Abs. 2 BGB⁴⁴	Recht der Kinder auf eine gewaltfreie Erziehung
§ 1666 Abs. 1 Satz 1 BGB	Gerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls (siehe dazu Kapitel 1.6)
§ 4 Abs. 1 KKG⁴⁵	„Werden [...] Angehörigen eines [...] Heilberufes [...] in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt, so sollen sie mit dem Kind oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten die Situation erörtern [...]“

³⁹ <https://dejure.org/gesetze/GRCh/24.html> (Abruf: 23.09.2018) | ⁴⁰ Boldt et al. 2013 | ⁴¹ www.gesetze-im-internet.de/sgb_8/_1.html (Abruf: 22.09.2018) | ⁴² www.gesetze-im-internet.de/sgb_8/_8.html (Abruf: 22.09.2018) | ⁴³ www.gesetze-im-internet.de/sgb_8/_8a.html (Abruf: 22.09.2018) | ⁴⁴ www.gesetze-im-internet.de/bgb/_1631.html (Abruf: 22.09.2018) | ⁴⁵ www.gesetze-im-internet.de/kkg/_4.html (Abruf: 22.09.2018)

2. HERAUSFORDERUNGEN FÜR DIE BETROFFENEN FRAUEN UND MÄDCHEN

2.1 HERAUSFORDERUNGEN IM ASYLVERFAHREN

Die Überlebenden weiblicher Genitalverstümmelung/-beschneidung sind im Rahmen des Asylverfahrens mit unterschiedlichen Herausforderungen konfrontiert.

So müssen sie über das Tabuthema detailliert und direkt berichten, auch wenn es ihrer kulturellen Prägung widerspricht. In dem Fall sprechen die Frauen in der Regel eher indirekt und oberflächlich über ihre Erlebnisse und laufen dadurch Gefahr, im Rahmen des Asylverfahrens als nicht glaubwürdig eingestuft zu werden.

Die unterschiedlichen Herkunftsländer zeichnen sich zwar durch kulturelle Heterogenität aus, tendenziell liegen im Vergleich zu Deutschland jedoch abweichende Vorstellungen von der Rolle der Frau vor. Im Zuge des Asylverfahrens, beispielsweise während einer Anhörung, mag die Erzählerin häufig von ihrem Ehemann im Herkunftsland sprechen, ohne zu erwähnen, dass die Ehe durch eine Zwangs- und/oder frühe Heirat zustande kam. Sexuelle Gewalt ist und bleibt ein Tabuthema.

Menschen reagieren sehr unterschiedlich auf intensive Gewalterfahrungen. Erinnerungen daran können zwar nicht aus dem Gedächtnis gelöscht werden, für das Bewusstsein jedoch derart unerträglich sein, dass sie für das bewusste Erleben nicht mehr abgerufen werden können.

Verbal rekonstruierte traumatische Erfahrungen sind daher häufig lückenhaft und diffus. Darüber hinaus kann die Erzählung zu einer Retraumatisierung führen, einhergehend mit physischen Symptomen wie Herzrasen und Panikattacken sowie Angstzuständen.

Frauen im Asylverfahren befinden sich in einer für sie fremdartigen Umgebung. Ihre Gegenwart ist vom Verlust der zurückgelassenen Familie und dem der sozialen sowie kulturellen Vertrautheit geprägt. Zugleich blicken sie in eine ungewisse Zukunft. Dieser „Schwebezustand“ wirkt sich unter anderem (negativ) auf ihr Selbstwertgefühl aus und erschwert zusätzlich den notwendigen offenen Umgang mit ihren Gewalterfahrungen.

Die folgende Tabelle 6 zeigt die unterschiedlichen Herausforderungen für betroffene Frauen im Asylverfahren.

TABELLE 6: HERAUSFORDERUNGEN IM ASYLVERFAHREN

Tabu brechen	Sexualität ist für die Betroffenen ein Tabuthema; sie sind es nicht gewohnt, über Intimität zu sprechen.
Überzeugungsarbeit leisten	Überzeugungsarbeit muss geleistet werden, um glaubwürdig zu erscheinen. Dies gelingt den Betroffenen jedoch häufig nicht, weil sie darin nicht geübt sind.
Umgang mit Schmerzen: „Tapferkeit ist das oberste Gebot“	In einigen Herkunftsländern wird Tapferkeit als Synonym von Stärke und Weisheit angesehen. Tapferkeit in dem Sinne erhöht das Ansehen der Frau.
Scham über sexuelle Themen/ Gewalt zu sprechen	In den meisten Herkunftsländern gilt es als Schande, darüber zu sprechen. Entsprechend wird dies vermieden.
„Gut erzogene Frau“	Verständnis der Frauenrolle: Nur wer politische/sexuelle Gewalt über sich ergehen lässt und sich nach außen dennoch als stark präsentiert, ist eine „gut erzogene Frau“.
Werte	Werte der betroffenen Frauen wie Schweigsamkeit, Tapferkeit oder Stärke werden im Asylverfahren offengelegt und dies wirkt sich auf die Art, ihre Geschichte zu erzählen, aus.
Erschwerte Ansprache	Eine erschwerte Ansprache entsteht durch das kulturelle Verständnis der Frauenrolle und den Umgang mit dem Tabuthema.
Erinnerungslücken	Die Erzählungen können diffus wirken, zum Beispiel mag das eigene Alter beziehungsweise Geburtsjahr nicht bekannt sein.
Unstrukturierte Erzählungen	Der FGM/C-Typ mag nicht bekannt sein und Beratende erhalten diesbezüglich mitunter eine unterschiedliche Antwort.
Amnesie-Zustände	Bei der Beschneidung kommt es manchmal zu Amnesie-Zuständen, bei anderen zur Ausschaltung der Schmerzempfindung, zum Verlust des Bewusstseins oder die Betroffenen fühlen sich außerhalb ihres Körpers. Eine Folge sind diffuse Erzählungen.
Keine Rhetorikkenntnisse	Viele Betroffene haben keine hinreichende Sprachkompetenz und können ihre Erlebnisse daher nicht klar kommunizieren.
Unterschätzung/Ignorieren der Erzählungen	Die Erzählung der betroffenen Frau zur aktuellen Situation sowie deren Wirkung auf die Entscheidung der Aufenthaltsgenehmigung ihres Kindes werden oft unterschätzt.
Posttraumatischer Stress	Erzählungen vom/Erinnerungen an den Beschneidungstag führen zu posttraumatischem Stress.
Folgen des Gesprächs	Angstzustände, Herzrasen, Panikattacken, Schweißausbrüche, Drang, auf die Toilette zu gehen, sich übergeben zu müssen, Weinen
Schockzustände	Erlebnisse/Gewalt bei der Flucht führen zu Schockzuständen
Trauer über den Verlust der Familie, Einsamkeit, Hilflosigkeit	Diese Aspekte führen zu Abwehr und Rückzug gegenüber dem Unbekannten.
Dauerhafte Übergangssituation	Kaum vorhandene gesellschaftliche Anbindungen
Erkrankungen psychischer und physischer Art	Die dauerhafte Übergangssituation führt oftmals zu psychischen und physischen Erkrankungen.
Unterstützung fehlt	Es fehlt die Unterstützung durch die vertraute Umgebung, dies führt zu inneren Spannungen und aggressiven Gefühlen, die sich nach außen in Form von Gewalt, aber auch selbstzerstörerisch nach innen richten können.
Sprachbarriere	Die neue Umgebung, neue Sprache und fremde Kultur stellen Barrieren dar.
Schwaches Selbstwertgefühl	Dies erschwert den notwendigen offenen Umgang mit den Gewalterfahrungen.
Empfindungsstörung	Für Mutter und Kind ist es eine große Herausforderung, über die zuvor genannten Aspekte zu sprechen. Die Mutter sollte dennoch die Gefahr einer drohenden Beschneidung ihrer Tochter bei Ablehnung des Antrages im Vordergrund sehen und somit die Wichtigkeit des gesetzlichen Kinderschutzes nicht außer Acht lassen.

Die genannten Herausforderungen zeigen, dass sich die betroffenen Frauen mit Unterstützung von Pädagoginnen oder Pädagogen beziehungsweise Psychologinnen oder Psychologen auf die Anhörung vorbereiten sollten.

2.2 FOLGEN UND AUSWIRKUNGEN DES ASYLVERFAHRENS

Im Asylverfahren spielt die Glaubwürdigkeit der Aussage der Antragstellerin oder des Antragstellers eine große Rolle. Tabuisierung, indirekte Kommunikation, das internalisierte Rollenverständnis, Traumata und/oder ein schwaches Selbstwertgefühl sind Barrieren für die Glaubwürdigkeit der Antragstellerin oder des Antragstellers. Wenn beispielsweise im Rahmen einer Anhörung die Erzählungen von Frauen lückenhaft wirken oder wichtige Informationen erst in der zweiten Anhörung erwähnt werden, können bei der Entscheiderin oder dem Entscheider Zweifel an der Glaubwürdigkeit entstehen.

Die Einführung des sogenannten Asyl-Schnellverfahrens verschärft diese Herausforderungen. Die erforderliche Zeit, um sich den Verfahren zu stellen, und die damit einhergehende Verkürzung der Vorbereitungszeit führen häufig zu unstrukturierten Aussagen, die nicht alle wichtigen und wesentlichen Aspekte umfassen. Die Konsequenz ist, dass die Anträge oft abgelehnt werden.

Interkulturelle Missverständnisse sind bei der Anhörung keine Seltenheit. So sind in einigen Kulturen die Vermeidung des Blickkontakts oder die Verschränkung der Arme ein Zeichen des Respekts und der Höflichkeit. In Deutschland werden diese Verhaltensweisen eher als abweisende Haltung gedeutet. Auch ein zögerliches und ausweichendes Antworten kann in Deutschland als Hinweis auf unwahre Aussagen betrachtet werden⁴⁶. Die Ursachen für dieses Verhalten sind häufig jedoch vielmehr im unsicheren Umgang der Antragstellerin oder des Antragstellers mit einem Tabuthema zu finden.

Mangelnde Kenntnisse im Umfeld, zum Beispiel bei den Beraterinnen und Beratern der betroffenen Frau, führen in der Regel dazu, dass die Herausforderungen nicht professionell aufgefangen werden können. Hierbei beziehen sich die Kenntnisse nicht nur auf die weibliche Genitalverstümmelung/-beschneidung.

Die betroffenen Frauen und Mädchen haben neben der Genitalverstümmelung/-beschneidung häufig andere Formen geschlechtsspezifischer Gewalt erfahren. Wie die Fallbeispiele von Dr. med. Christoph Zerm in Kapitel 3.4 anschaulich zeigen, haben viele Frauen bereits in jungen Jahren zahlreiche traumatisierende Erfahrungen gemacht. Daher sollte die weibliche Genitalverstümmelung/-beschneidung von der Entscheiderin oder dem Entscheider stets im Zusammenhang mit anderen Formen psychischer und körperlicher Gewalt betrachtet werden. Darüber hinaus ist sie eng mit der geschlechtlichen Benachteiligung in den jeweiligen politischen, kulturellen, religiösen und sozioökonomischen Strukturen verknüpft.

Jede Lebensphase und jeder soziale Lebenskontext bergen unterschiedliche Herausforderungen, Problemlagen und Risiken. So mögen im Mädchenalter das traumatisierende Erlebnis der Genitalverstümmelung/-beschneidung und der damit potenziell einhergehende Vertrauensverlust gegenüber den Eltern eine enorme Herausforderung darstellen, während im Eheleben Themen wie Geschlechtsverkehr, sexuelle Gewalt, Geburtsrisiken und Zwangsheirat im Zentrum stehen können. In der Herkunftsgemeinde ist sexueller Missbrauch durch Verwandte ein typisches Risiko, während es auf der Flucht zur Versklavung oder Vergewaltigung kommen kann.

Im Bericht des UNHCR „Sexuelle und geschlechtsspezifische Gewalt gegen Flüchtlinge, Rückkehrerinnen oder Rückkehrer und Binnenvertriebene“ (2013) wurden die Risiken in den jeweiligen Lebensphasen untersucht. Die folgende Tabelle des UNHCR⁴⁷ (Tabelle 7) beschreibt die Formen von Gewalt, denen Mädchen und Frauen in den einzelnen Abschnitten ihres Lebens ausgeliefert sein können.

⁴⁶ Prechtel 2017 | ⁴⁷ UNHCR 2013

TABELLE 7: RISIKEN IN DEN LEBENSPHASEN

Phase	Art der Gewalt
Vor der Geburt	Vorgeburtliche Geschlechtsselektion und damit einhergehende Abtreibung, tätliche Angriffe während der Schwangerschaft
Im Säuglingsalter	Tötung weiblicher Säuglinge, emotionale und körperliche Misshandlung, Benachteiligung bei der Versorgung mit Nahrung und medizinischer Betreuung
In der Kindheit	Frühe Heirat, weibliche Genitalverstümmelung, sexueller Missbrauch durch Familienmitglieder und Fremde, Benachteiligung bei der Versorgung mit Nahrung, medizinischer Betreuung und beim Zugang zu Bildung
In der Jugend	Gewalt in Beziehungen mit Männern, wirtschaftlich motivierter Zwang zu sexueller Gefügigkeit (zum Beispiel für Schulgeld), sexueller Missbrauch (unter anderem am Arbeitsplatz), Vergewaltigung, sexuelle Belästigung, arrangierte Heirat, Menschenhandel
Im gebärfähigen Alter	Körperliche, seelische und sexuelle Misshandlung durch den männlichen Sexualpartner und Verwandte, durch den Partner erzwungene Schwangerschaft, sexueller Missbrauch (unter anderem am Arbeitsplatz), sexuelle Belästigung, Vergewaltigung, Missbrauch von Witwen, einschließlich der Wegnahme von Eigentum und Praktiken der „sexuellen Säuberung“ (Geschlechtsverkehr, der angeblich eine „reinigende“ Wirkung hat, zum Beispiel: Witwe hat erzwungenen Geschlechtsverkehr mit Bruder des verstorbenen Mannes)
Im Alter	Missbrauch von Witwen, einschließlich der Wegnahme von Eigentum, Beschuldigung der Hexerei, physische und psychische Gewalt durch jüngere Familienangehörige, Benachteiligung beim Zugang zu Nahrung und medizinischer Versorgung

Frauen und Kinder, die vor sexueller und geschlechtsspezifischer Gewalt in ihrer Herkunftsregion fliehen und Asyl suchen, laufen zusätzlich Gefahr, auf der Flucht Opfer von Gewalt zu werden. Darüber hinaus werden Familien auf dem Fluchtweg oft getrennt, wodurch sich die Verletzbarkeit ihrer Mitglieder erhöht.

Die folgende Tabelle des UNHCR⁴⁸ (Tabelle 8) beschreibt die Arten von Gewalt, zu denen es in den verschiedenen Phasen der Flucht kommen kann.

TABELLE 8: RISIKEN BEI DER FLUCHT

Phase	Art der Gewalt
Während des Konflikts, vor der Flucht	Missbrauch durch Personen in Machtpositionen; sexuelle Tauschgeschäfte mit Frauen; tätliche sexuelle Übergriffe, Vergewaltigung, Entführung durch bewaffnete Mitglieder der Konfliktparteien einschließlich der Sicherheitskräfte; Massenvergewaltigungen und erzwungene Schwangerschaften
Während der Flucht	Sexuelle Übergriffe durch Kriminelle, Grenzbeamte, Piraten, Gefangennahme durch Menschen- und Sklavenhändlerinnen und -händler
Im Asylland	Sexuelle Übergriffe, Nötigung; Erpressung durch Autoritätspersonen, sexueller Missbrauch unbegleiteter Kinder in Pflegeheimen/-familien, häusliche Gewalt, sexuelle Übergriffe in Transiteinrichtungen, beim Wasserholen, Holzsammeln und so weiter; Sex zum Überleben/ Zwangsprostitution, sexuelle Ausbeutung von Personen, die sich um einen Rechtsstatus im Asylland oder Zugang zu Unterstützung und Ressourcen bemühen, Wiederaufnahme schädlicher traditioneller Praktiken
Während der Repatriierung (Rückholung)	Sexueller Missbrauch von Frauen und Kindern, die von ihren Familien getrennt wurden, sexueller Missbrauch durch Personen in Machtpositionen, tätliche sexuelle Übergriffe, Vergewaltigung durch Kriminelle und Grenzbeamte, Zwangsrepatriierung
Während der Wiedereingliederung	Sexueller Missbrauch von Rückkehrenden als Form der Vergeltung, sexuelle Erpressung zur Regelung des Rechtsstatus, Ausschluss von Entscheidungsprozessen, Verweigerung oder Blockierung des Zugangs zu Ressourcen, des Rechts auf eigene Personaldokumente und des Rechts auf Rückerstattung von Eigentum beziehungsweise des Rechts auf Eigentum

Viele Gesellschaften neigen dazu, einseitig den Überlebenden sexueller und geschlechtsspezifischer Gewalt die Schuld für das jeweilige Verbrechen zu geben. Diese soziale Ablehnung führt bei den Betroffenen zu emotionalen Störungen wie Selbsthass und Depression. Aufgrund ihrer Angst vor sozialer Stigmatisierung verzichten die meisten Opfer darauf, den Vorfall zu melden.

3. ASYLVERFAHREN: EMPFEHLUNGEN FÜR BETROFFENE FRAUEN

3.1 DOLMETSCHERINNEN UND DOLMETSCHER

Die Anhörung beim Bundesamt für Migration und Flucht (BAMF) ist das Kernstück des Asylverfahrens. Was dort zu Protokoll gegeben wird, entscheidet über die Zuerkennung oder Ablehnung des Schutzstatus. Da die meisten Anhörungen mit einer Dolmetscherin oder einem Dolmetscher stattfinden, haben diese Personen Einfluss auf den Verlauf der Anhörung, was nicht unterschätzt werden sollte. Immer wieder wird von Antragstellerinnen und Antragstellern über Probleme mit den Dolmetscherinnen oder Dolmetschern des BAMF bei Anhörungen berichtet. Das kann an der mangelnden Qualität der Übersetzung liegen. Ebenso gab es wiederholt Fälle von Machtmissbrauch und Einschüchterung durch die Dolmetscherinnen und Dolmetscher.

Im Folgenden werden wichtige Punkte und Empfehlungen für betroffene Frauen aufgeführt.

- Die Antragstellerin hat ein Recht darauf, dass die Anhörung in der Sprache durchgeführt wird, in der sie sich persönlich am besten verständigen kann.
- Sie kann den Einsatz einer Dolmetscherin beantragen und hat das Recht, eine Dolmetscherin ihres Vertrauens zur Anhörung mitzubringen.
- Die Antragstellerin hat das Recht, von einer Frau (Einzelentscheiderin) angehört zu werden.
- Das BAMF weist ausdrücklich auf diese Rechte hin und bemüht sich um eine qualifizierte Schulung der Mitarbeiterinnen.
- Damit die Antragstellerin von diesen Rechten erfährt, muss die Dolmetscherin oder der Dolmetscher sie darauf hinweisen, zum Beispiel, indem sie oder er die „Wichtigen Informationen“ (Informationsmaterial vom BAMF) vor Beginn der Anhörung vorliest.
- Leider ist es sehr oft der Fall, dass die Antragstellerin die „Wichtigen Informationen“ unterschreibt, aber nicht liest, obwohl sie diese auch in ihrer Muttersprache erhält.
- Vor Beginn der Anhörung hat die Antragstellerin das Recht, Fragen zu stellen. Darüber muss die Dolmetscherin oder der Dolmetscher sie informieren.
- Unabhängig davon, ob eine Dolmetscherin oder ein Dolmetscher bestellt worden ist, muss sie oder er dazu in der Lage sein, alle medizinischen und juristischen Fachbegriffe in beide Sprachen zu übersetzen (nicht nur allgemeine anatomische Begriffe wie „Klitoris“ oder „Schamlippen“). Dies ist für den Fall wichtig, dass sich die Mitarbeitenden des BAMF auf ein fachärztliches Gutachten oder

die Stellungnahme einer Rechtsanwältin oder eines -anwalts beziehen, was ihnen erlaubt, genaue Fragen zu stellen und im Gegenzug genaue Antworten zu verlangen.

- Erst nach Beginn der Anhörung erfährt die Dolmetscherin oder der Dolmetscher, was der Antragstellerin widerfahren ist. Dafür wird keine Vorbereitungszeit berücksichtigt. Lehrreich sind diesbezüglich die Fallbeispiele von Herrn Dr. med. Christoph Zerm in Kapitel 3.4.
- Je genauer die Antworten sind, desto glaubwürdiger wirkt die Antragstellerin. Sollte von der Behörde ein männlicher Dolmetscher bestellt werden, sollte die Antragstellerin darauf hingewiesen werden, dass sie aufgrund der sehr intimen Fragen den Einsatz einer Dolmetscherin verlangen kann.
- Es kommt oft vor, dass die Antragstellerin ungeduldig ist und ohne Vorbereitung so schnell wie möglich angehört werden möchte. Die Dolmetscherinnen und Dolmetscher sollten der Antragstellerin vor der Anhörung erläutern, dass Eile kontraproduktiv sein kann und es ratsam ist, die Anhörung im Falle von Unklarheiten beziehungsweise Missverständnissen abzubrechen und zu verschieben, auch wenn es dann mehrere Wochen dauern kann, bis es zum nächsten Anhörungstermin kommt. Das BAMF hat nicht in jeder Außenstelle ausreichend geschulte Mitarbeitende zur Verfügung. Aus diesem Grund könnte die Antragstellerin in einer anderen Stadt angehört werden.

In der Regel ist es ratsam, dass die Dolmetscherin oder der Dolmetscher aus einer anderen Gemeinschaft als die der betroffenen Frau stammt. So vermeiden beide, dass sozialer Druck auf sie ausgeübt wird.

3.2 BERATUNG IN FLÜCHTLINGSEINRICHTUNGEN

Selten suchen Migrantinnen explizit das Gespräch zum Thema weibliche Genitalverstümmelung/-beschneidung. Bei ihrer Beratung ist es einerseits wichtig, ausreichendes Wissen über die Umstände und Folgen einer FGM/C sowie transkulturelles Verständnis zu haben, andererseits, unvoreingenommen die Gesamtsituation der Frau zu betrachten. Die individuelle Sichtweise der Frau sollte im Mittelpunkt der Beratung stehen. Offenheit und Sensibilität gegenüber dem jeweiligen kulturellen Hintergrund sind wichtige Voraussetzungen für die Beratung der Betroffenen.

Die Beraterinnen und Berater sind für die nachfolgend aufgeführten erforderlichen Schritte zur Vorbereitung des Verfahrens verantwortlich:

- Sofern nötig, geschulte Dolmetscherinnen und Dolmetscher einsetzen
- Informationsaustausch zum Thema FGM/C mit den Betroffenen durchführen
- Auf die globale Problematik hinweisen, um das Gefühl einer Stigmatisierung zu vermeiden (eventuell Fallzahlen benennen)
- Zur Veranschaulichung Bilder einer nicht genital beschnittenen und einer beschnittenen Vagina zeigen
- Betroffene zur Aussprache motivieren
- Erläuterung der Folgen von FGM/C
- Hinweis auf die Gefährdung des Kindeswohls
- Bei FGM/C bei einem Kind umgehend das Jugendamt kontaktieren, eine geschulte Kinderärztin oder einen geschulten Kinderarzt und eine Sexualpädagogin aufsuchen, gegebenenfalls eine Familien-Supervision anbieten und die Kommunikation zwischen Mutter und Tochter verstärken
- Auf Unterstützungs- und Therapiemöglichkeiten in der Nachbarschaft, sofern vorhanden, hinweisen
- Eine zu FGM/C geschulte Gynäkologin oder Gynäkologen aufsuchen, um ein sachgerechtes Gutachten erstellen zu lassen (siehe Beispiele in Kapitel 3.4)
- Bei Beratungen für Schwangere muss FGM/C im Mutterpass vermerkt werden
- Psychologisches Gutachten erstellen lassen
- Eventuell (je nach Ausprägung der Behinderung) einen Antrag auf einen Behindertenausweis stellen
- Alle entsprechenden Gutachten und Sachinformationen der Betroffenen aushändigen und die Rechtsanwältin oder den -anwalt entsprechend informieren

Vorbereitung der Anhörung

Die persönliche Anhörung im BAMF ist für die Antragstellenden innerhalb des Asylverfahrens der wichtigste Termin. Das Ziel ist, mehr über die individuellen Fluchtgründe zu erfahren, tiefere Erkenntnisse zu erhalten sowie potenzielle Widersprüche aufzuklären. Eine gute Vorbereitung der Anhörung ist daher äußerst wichtig. Hierzu zählen folgende Aspekte:

- Lebenslauf und Lebensumstände
- Reiseweg
- Verfolgungsschicksal in der Heimat

- Einschätzung der Risiken für die Frauen und Mädchen bei einer möglichen Rückkehr in ihr Herkunftsland
- Einschätzung der Risiken für das Kind im Falle einer Rückkehr

Die Notwendigkeit einer sensiblen und zugleich ziel-führenden Vorbereitung wird angesichts der in Kapitel 2 beschriebenen Herausforderungen für betroffene Frauen deutlich.

Die Vorbereitung umfasst auch die Erfassung der körperlichen und psychischen Traumatisierungen und ihrer Gründe. Dazu gehören:

- Frühe Heirat
- Zwangsverheiratung
- Vergewaltigung
- Misshandlungen
- Akut drohende Genitalverstümmelung/-beschneidung bei den Töchtern
- Zwangsprostitution
- Morddrohungen „im Namen der Ehre“
- Menschenhandel
- Verfolgung bei Rückkehr in die Herkunftsregion
- Gewalt auf dem Fluchtweg
- Zustand nach sexueller Ausbeutung (auf der Flucht, Vergewaltigung)

> Schlussfolgerung:

Wie ist der generelle psychische Zustand?

Je nach Schwere der Traumatisierung ist eine langfristige transkulturelle Psychotherapie empfehlenswert.

Für die Entscheidungsfindung beim BAMF ist der Nachweis einer potenziellen Bedrohung des Lebens oder der körperlichen Unversehrtheit in der Herkunftsregion entscheidend. Zu diesem Zweck wird vom BAMF ein Gutachten verlangt und sollte daher zur ersten Anhörung mitgebracht werden (weitere Informationen dazu in Kapitel 3.4.).

Geschulte Sonderbeauftragte

Wenn es für die Antragstellende aus persönlichen Gründen erforderlich ist, kann die Anhörung – soweit möglich – durch eine Person gleichen Geschlechts unter Hinzuziehung einer Dolmetscherin oder eines Dolmetschers durch- oder fortgeführt werden. Das BAMF hat für den Bereich geschlechtsspezifischer Menschenrechtsverletzungen, wie Vergewaltigung, sonstige sexuelle Misshandlung, drohende Genitalverstümmelung, speziell geschulte Entscheiderinnen und Entscheider. Das gilt auch für Folteropfer, Traumatisierte oder Opfer von Menschenhandel sowie unbegleitete Minderjährige. Auch hierfür hat das Bundesamt speziell geschulte Sonderbeauftragte.

Antragstellende sollten ihren Wunsch nach einer Dolmetscherin oder einem Dolmetscher möglichst frühzeitig vor der Anhörung, am besten direkt bei der Antragstellung, äußern⁴⁹.

⁴⁹ www.bamf.de/DE/Fluechtlingsschutz/AblaufAsylv/PersoelicheAnhoerung/persoeliche-anhoerung-node.html (Abruf: 17.10.2018)

3.3 RECHTSANWÄLTINNEN UND RECHTSANWÄLTE

Bei der juristischen Vertretung und damit einhergehenden rechtlichen Betreuung und Beratung sollte explizit die individuelle menschenrechtsrelevante Gefährdungssituation auf Basis der besonderen Fluchtgründe sowie gegebenenfalls Traumata aufgrund und/oder während der Flucht betrachtet werden.

3.4 GYNÄKOLOGINNEN UND GYNÄKOLOGEN

Die Arbeitsgemeinschaft „Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit“ (FIDE) empfiehlt zusammen mit dem Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie, folgende Aspekte beim Kontakt mit der Patientin zu beachten:

- Einfühlsame Anamnese, eventuell mit Dolmetscherin. Empfohlen wird, den betroffenen Frauen gegenüber den Terminus „Beschneidung“ zu verwenden.
- Blut- und Urinabflussbehinderungen beheben.
- Je nach Grad der Genitalverstümmelung/-beschneidung die Fähigkeit zum Geschlechtsverkehr (Kohabitationsfähigkeit) herstellen – durch Öffnung des Scheidenausgangs unter Anästhesie.
- Bei schwangeren beschnittenen Frauen mit engem Scheidenausgang kann eine erweiternde Operation bereits während der Schwangerschaft medizinisch indiziert sein, insbesondere dann, wenn während der Schwangerschaft vaginal- und/oder Blaseninfektionen aufgetreten sind.
- Durch Öffnung der Infibulation, kontrollierten Dammschnitts oder Episiotomie soll eine normale Geburt ermöglicht werden.

Nach den Empfehlungen der Bundesärztekammer⁵⁰ kann eine Öffnung der Infibulation (Defibulation)

insbesondere bei entsprechenden Beschwerden (wiederkehrende Harnwegsinfektionen, Menstruationsstörungen), bei Sterilität im Zusammenhang mit der Unmöglichkeit zum Geschlechtsverkehr und bei Sexualstörungen (insbesondere Dyspareunie) medizinisch indiziert sein:

- Wunsch der Patientin
- Schwierigkeiten beim Wasserlassen
- Erschwerter Geschlechtsverkehr
- Keloidbildung des Narbengewebes
- Schwere Dysmenorrhö (Regelschmerzen)
- Rezidivierende (wiederkehrende) Infektionen
- Einschlusszysten
- Geburt

Vor einem Eingriff wird eine besondere Beratung als notwendig erachtet, die medizinische Aspekte, aber auch den kulturellen Hintergrund berücksichtigt. Der Eingriff muss unter Anästhesie durchgeführt werden, um eine Erinnerung an ein mögliches Trauma zu vermeiden.⁵¹

Aufklärungsgespräch

Viele der betroffenen Frauen glauben, dass sie keine gravierenden gesundheitlichen Komplikationen haben. Die (sich eventuell ständig wiederholenden) Infektionen, unter denen sie leiden mögen, werden von ihnen als normaler Bestandteil des Lebens einer Frau angesehen und nicht mit der Verstümmelung in Verbindung gebracht. Deshalb kann es vorkommen, dass betroffene Frauen nicht von sich aus über ihre körperlichen Beschwerden sprechen.

Mithilfe von schematischen Abbildungen, welche die genitale Anatomie einer Frau vor und nach Veränderungen durch FGM/C zeigen, kann das Aufklärungsgespräch vereinfacht werden.

Die Patientin sollte über die Möglichkeit der Defibulation und deren Vorteile (bezogen auf Harnfluss, Menstruation, Sexualverkehr) informiert werden. Diese Intervention sollte insbesondere im Fall von schwerer Dysmenorrhö (Regelschmerzen), erschwerter Miktion (Blasentleerung), rezidivierenden (wiederkehrenden) Harnwegsinfektionen oder Angst vor Sexualkontakt (vor oder nach dem ersten Geschlechtsverkehr) vorgeschlagen werden. Ist eine umfassende Aufklärung erfolgt und verstanden worden, hat die Betroffene das letzte Wort, wie bei jeder anderen Operation auch. Allerdings können offensichtliche medizinische Komplikationen bei der Entscheidungsfindung helfen⁵².

Anamnese und Gutachten

Für die Entscheidungsfindung beim BAMF ist der Nachweis einer potenziellen Bedrohung des Lebens oder der körperlichen Unversehrtheit in der Herkunftsregion entscheidend. Zu diesem Zweck wird vom BAMF ein Gutachten verlangt. In der Praxis wird dieses von vielen Ärztinnen und Ärzten, aus Unsicherheit im Umgang mit FGM/C, jedoch nicht ausgestellt.

Anamnese und Befunderhebung sollten sehr einfühlsam erfolgen, denn sie können für die Frauen mit starken psychischen Belastungen und erneuten Traumata verbunden sein. Im Einzelfall sollten die Ergebnisse deshalb besonders sorgfältig dokumentiert werden, um Wiederholungen zu vermeiden.

Anhand des idealtypischen Aufbaus eines Gutachtens folgen sechs Fallanalysen aus den nachfolgend genannten Ländern:

FALL A – GUINEA

FGM/C, Flucht und Zwangsehe

FALL B – DAGESTAN/RUSSLAND

FGM/C, Misshandlungen und Zwangsprostitution

FALL C – KURDISTAN/IRAK

FGM/C, Flucht wegen Zwangsehe und Misshandlungen

FALL D – NIGERIA

FGM/C, Flucht wegen Todesdrohung durch Voodoo-Anhänger

FALL E – ÄGYPTEN

FGM/C, Flucht vor familiärer Todesdrohung und drohender FGM/C bei den Töchtern

FALL F – SOMALIA

FGM/C, Flucht vor drohender Zwangsehe und Zweitbeschneidung/-verstümmelung

Aus Datenschutzgründen dürfen keine konkreten Eckdaten zu den Fallbeispielen genannt werden. Im Anhang befindet sich außerdem ein Formblatt für eine Sondersprechstunde für geflüchtete Frauen im Zusammenhang mit FGM/C und weiteren Menschenrechtsverletzungen.

AUFBAU EINES GUTACHTENS:

- Personalien, Datum und Ort der Konsultation, Begleitung, Sprache
- Diagnosen
- Anamnese: Wo geboren und aufgewachsen?, Eltern, Geschwister
- Schulbildung, Berufsausbildung, Lebensbedingungen
- Wann und wie ist die FGM/C erfolgt?
- Welche Gründe führten zu dem Entschluss zur Flucht? Wie konnte dieses Vorhaben umgesetzt werden, wer hat dabei geholfen?
- Merkmale der Flucht, Datum der Ankunft in Deutschland
- Häufige Probleme: Zwangsehe, Zweitbeschneidung, Misshandlungen, Menschenhandel/ Zwangsprostitution, Tochterschutz, Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)
- Minutiöser Befund bezüglich des äußeren Genitals
- Zusammenfassende Beurteilung inklusive Schilderung der Gefahren, die bei Rückkehr ins Herkunftsland drohen würden (mensenrechtswidrige, „nichtstaatliche, genderspezifische, individuelle Verfolgung“ aufgrund genau darzulegender Fakten/Verhältnisse inklusive gegebenenfalls Rache von Menschenhändler-Banden); Verstoß gegen Verhaltenskodizes für Frauen in der Herkunftsgesellschaft
- Gegebenenfalls Risiko, Schwangerschaft, Reiseunfähigkeit aus medizinischen Gründen

A – GUINEA

Frau A, geb. am XX.XX.XXXX (im dt. Dokument falsch: XXXX), erschien am XX.XX.XXXX zur fachärztlichen Untersuchung und Begutachtung in meiner Sprechstunde in X in Begleitung von X, Betreuerin bei X. Das Gespräch wurde mithilfe der Sprachmittlerin X in der Sprache X geführt.

Diagnosen:

- Zust. n. female genital mutilation (FGM, synonym mit FGC, C = cutting) Typ II nach WHO mit radik. Resektion der Klitoris sowie der Labia minora bes. re. im Alter von X J. im Krankenhaus in X
- Flucht aus Zwangsehe
- Zust. n. Psychoterror der Familie (wg. FGM) und schweren Misshandlungen
- Zust. n. Menschenhandel und mehrfacher Vergewaltigung
- akute Gefahr für Leib und Leben bei Rückkehr nach Guinea
- schwere psychische und körperliche Traumatisierungen mit PTBS mit dringendem Therapiebedarf
- Verd. a. Kraurosis/LSA der Vulvanarben

Anamnese:

Frau A befindet sich seit dem XX.XX.XXXX in Deutschland. Sie wuchs bei ihrer muslimischen Familie in X, einer kleinen Stadt in Guinea, auf. Die Mutter war christlich und hat ihre Töchter vor FGM bewahrt, solange sie lebte. Frau A ist die jüngste von insgesamt drei Schwestern. Die Familie gehört der Ethnie der X an und war eher arm. Mit Mühe konnte Frau A die Schule ca. 10 Jahre lang besuchen. Sie wäre gern Lehrerin geworden, das scheiterte jedoch an Geldmangel. So musste sie durch Gelegenheitsarbeiten zum Unterhalt der Familie beitragen. Sie hatte einen Jugendfreund, den sie gern geheiratet hätte, aber der Vater hatte bereits einen anderen, mehr als 10 Jahre älteren Mann für sie ausgesucht, dessen erste Frau sie sein sollte. Noch auf seinem Sterbebett, er starb ca. XXXX durch Krankheit, nahm er ihr das Versprechen ab, diesen Mann zu heiraten, „wenn du mich liebst, wirst du dies befolgen“. Vier Jahre verweigerte sie sich, auch mit Unterstützung der Mutter. Aber die künftige Schwiegerfamilie bedrängte sie so lange, bis sie schließlich XXXX [vier Jahre später] ihren Widerstand aufgab. In dieser Zeit hatte die zweitälteste Schwester einen Jungen geboren und war durch die Geburt derart erkrankt, dass sie ca. 3 Monate später verstarb. Frau A's Mutter sorgte dafür, dass der Junge von Frau A adoptiert wurde. Er bekam später sogar den Familiennamen des Ehemannes (X) wie die beiden leiblichen Kinder. Kurz darauf verstarb die Mutter plötzlich unter ungeklärten Umständen, es wird angenommen, dass der jüngere Bruder des verstorbenen Vaters dahintersteckte. Er wollte unbedingt das Haus erben.

Die Familie des Vaters konnte nun ungehindert massiv Druck auf Frau A ausüben, sich endlich beschneiden zu lassen. Deren christliche Mutter war ihnen ohnehin sehr unwillkommen gewesen. Auch die beiden älteren Schwestern seien nach dem Tod der Mutter auf Veranlassung der Familie beschnitten worden. Frau A weigerte sich zunächst weiterhin. Als sie jedoch zur Entbindung ihres ersten Kindes XXXX im Krankenhaus in X weilte,

erreichten es die Familienangehörigen, dass die behandelnden Ärzte sie im Zuge der Entbindung zugleich genital verstümmelten. Allerdings sei ein weiterer Arzt hinzugekommen, der anders eingestellt gewesen war und die Beschneidung abbrechen ließ, dadurch unterblieb die Resektion des li. Labiums. Gleichwohl habe sie lange und massiv geblutet und ihr sei es sehr schlecht gegangen, abgesehen von den furchtbaren Schmerzen. Zur 2. Entbindung XXXX ging sie in ein anderes Krankenhaus in der Hauptstadt, wo sie nicht „restlich“ beschnitten wurde. Infolge der „unvollständigen“ FGM begann nun auch die Schwiegerfamilie, Frau A zu bedrängen, sich „ordentlich und vollständig“ beschneiden zu lassen. Unter diesem (erfolglosen) Druck distanzierte sich nach einiger Zeit der Zwangsehemann von ihr und verließ sie Ende XXXX [etwa 1 Jahr nach Entbindung]. Er sei nach X [anderes Land in Afrika] gegangen.

Das Haus, in dem Frau A in X wohnte, habe einem Imam gehört, der gut mit den Schwiegereltern bekannt war. Als dieser von der „unkorrekten“ Beschneidung und der Resistenz Frau A's erfuhr, warf er sie (sicher auch unter dem Einfluss der Schwiegerfamilie) aus dem Haus. Für Frau A herrschte eine buchstäblich lebensbedrohliche Atmosphäre. So reiste sie XXXX [etwa 1 Jahr nach Verlassen des Ehemannes] mit den Kindern nach X zum Haus ihrer Eltern, das sich nun der jüngere Onkel mit seiner Familie angeeignet hatte. Es dauerte nicht lange, bis dieser Onkel mitsamt seinen Kindern Frau A und ihre Kinder brutal prügeln aus dem (eigentlich ihr gehörenden) Haus jagte.

In ihrer Not flüchtete sie zu einer Freundin in ein Dorf „auf der anderen Seite des Flusses“, wohl in das Dorf X südlich von X. Bei dieser Freundin habe sie etwas weniger als ein Jahr gelebt. Da sie nicht auf Dauer bleiben konnte, suchte sie nach Mitteln und Wegen zur Flucht außer Landes. Sie hatte von den Eltern ein Grundstück geerbt und dieses bot sie nun zum Verkauf an bzw. setzte es als Wert ein, um den Schleuser zu bezahlen. Dieser „Käufer“ aus X [Land in Afrika] organisierte alle nötigen Papiere, behauptete jedoch, das erlöste Geld reiche nicht für die Mitnahme der in XXXX geborenen Tochter. So musste sie voller Verzweiflung ihre 3 Kinder bei der Freundin im Dorf lassen.

2016 flog der „Käufer“ aus X mit Frau A von X nach Paris, dort verschwand er mitsamt ihrem Gepäck und ihren Papieren. Nach Stunden des vergeblichen Wartens im Flughafen sprach sie ein Mann aus X [Land in Afrika] an, der vorgab, ihr helfen zu wollen. Er brachte sie in eine Wohnung, schloss sie dort jedoch ein und vergewaltigte sie tagelang. Erst nach ca. 2 Wochen gelang es ihr, zu fliehen. Wieder stand sie rat- und mittellos auf der Straße. Sie begegnete einigen Afrikanerinnen, die auf dem Weg nach Belgien waren und sie mitnahmen. In Belgien (vermutlich X) traf sie zufällig einen guineischen Mann, den sie während des Fluges kennengelernt hatte. Er nahm sie mit nach Deutschland, dort stieg sie ziellos in eine Bahn, wo sie von einer Polizeistreife aufgegriffen wurde. So kam sie schließlich hier in eine Flüchtlingsunterkunft. Derzeit lebt sie in X.

Menarche ca. 15/16 J., Zyklus unregelmäßig mit bis zu 4 – 5 Monate langen Amenorrhöen, häufig Dysmenorrhöen. LP ca. Oktober 2017. 2-Grav. 2-Para, beide Partus durch Sectio in Guinea: 1. am Sa., XX.XX.XXXX, Junge, 2. am XX.XX.XXXX, Mädchen. Keine Aborte, keine weiteren Operationen. Sie habe jeden Tag Unterbauchschmerzen, auch sei das äußere Genital stark berührungsdolent.

Befund:

Kleine, untersetzte, adipöse Statur, ca. 159 cm. VU: spärliche Pubes, Adipositas. Stark eingezogene Unterbauchmediannarbe, cranial angrenzend eine wenig vorgewölbte, ca. 1 cm Dm. große, weich eindrückbare Umbilicalhernie. Labia maiora bds. weitgehend normal vorhanden. Die Klitoris fehlt völlig, sie wurde radikal entfernt. Stattdessen findet sich ein 20 – 25 mm (in cc-Linie) langer, schmaler, derber Narbenstrang mit perl-schnurartig aneinandergereihten, derben, knotigen, keloidalen Wucherungen. Auf und zwischen diesen Knoten finden sich mehrere, ca. 2 – 3 mm gr. weißliche, nicht abwischbare Beläge, die an Kraurosis/LSA erinnern. Dieser Narbenstrang rafft bds. die medianen Anteile der Labia maiora straff in der Mitte zusammen. Nach cranial geht die Narbe in einen flachen und sehr schmalen medianen Wulst über, unter dem sich vage der craniale Klitoris-Rest palpieren lässt. Caudal schließt sich re. ein dünner Steg als Verbindung zu dem praktisch vollständig entfernten Labium minus an, es sind nur ca. 2 mm Breite verblieben. Das li. Labium minus ist hingegen unversehrt und hat im mittleren Abschnitt eine Breite von knapp 3 cm. Das Orificium externum urethrae ist orthotop sichtbar und unauffällig. Weiter dorsal folgt der unauffällige, knapp 3 cm gr. Introitus vaginae mit, soweit einsehbar, unauffälligen vaginalen Wänden. Damm und Perineum sind ebenfalls o. B. Auf eine weitergehende gynäkologische Untersuchung wird momentan verzichtet.

Während des Gesprächs zeigt sich die schwere psychische Traumatisierung durch häufiges bitterliches Weinen bei Erwähnung traumatisierender Ereignisse. Außerdem verliert sich Frau A in langen Beschreibungen von nebensächlichen Kleinigkeiten, was ebenfalls eine offensichtlich traumatisch bedingte Ideenflucht zum Ausdruck bringt (das andere, häufigere Extrem ist Sprachlosigkeit).

Beurteilung:

Zust. n. FGM Typ II radikal wie o. a.; Zust. n. Zwangsehe und Misshandlungen. Verd. a. schwere psychische Traumatisierungen mit PTBS.

Frau A wuchs in sehr traditionellen, ländlichen Verhältnissen auf. Die wirtschaftlichen Verhältnisse reichten nicht aus, um ihren Berufswunsch – Lehrerin – umzusetzen. Als sie ca. 20 Jahre alt war, starb der Vater, nicht ohne sie emotional auf eine von ihm geplante Zwangsehe zu verpflichten. Ca. 4 Jahre später starb die – christliche – Mutter. Vermutlich durch diese Mutter waren die Töchter zu deren Lebzeiten etwas geschützt, u. a. vor FGM, aber als Kleinfamilie von der übrigen Familie als unerwünschte Außenseiter angesehen, deren bescheidenen Besitz man sich nach dem Ableben des Vaters schnellstmöglich aneignen wollte, was, da sich dies durch die Existenz der Mutter hinauszögerte, allem Anschein nach durch deren Beseitigung beschleunigt wurde. Unerbittlich und brutal sorgte die Familie für die Beschneidung der älteren Schwester (eine weitere war peripartal verstorben) und, den Entbindungsaufenthalt in einem Krankenhaus der Hauptstadt (vermutlich durch Bestechung) ausnutzend, auch von Frau A, im Alter von X [25 – 29 Jahre]!

Ein andersdenkender Arzt verhinderte die Komplettierung dieser Verstümmelung, was in der Folge das Leben von Frau A bis zur Unerträglichkeit erschwerte. Denn die hierüber informierte Großfamilie wollte nicht eher Ruhe geben, als bis Frau A komplett verstümmelt wäre.

Über diese Kontroverse verließ schließlich der Zwangsehemann Frau A, dadurch wurde sie mittelbar obdachlos. Auch ihre angestammte elterliche Unterkunft im Dorf wurde ihr von der Familie väterlicherseits streitig gemacht und sie selbst unter körperlichen Misshandlungen von dort vertrieben, sogar die Neffen und Nichten seien zum Prügeln animiert worden. In größter Not setzte sie den Rest des ihr verbliebenen Erbes zur Finanzierung der Schleuser ein, die sie außer Landes bringen sollten, denn sie musste auf Dauer um ihr Leben fürchten, vor allem durch die blinde Wut der Großfamilie, aber auch schlicht materiell durch den Entzug der Lebensgrundlage. Zu ihrer großen Verzweiflung prellten sie die Schleuser dergestalt, dass sie behaupteten, für die Mitnahme der Kinder reiche der Erlös nicht. Diese unstillbare Sorge lastet seither als zusätzliche Traumatisierung auf ihr. Die Vergewaltigungen und Ängste während der Flucht sind weitere Komponenten.

Eine Zurückweisung nach Guinea hätte für Frau A katastrophale Folgen: Sie stünde erneut nicht nur vor dem Nichts, sondern würde mit der durch ihre Flucht noch gesteigerten Wut und Verfolgung seitens ihrer Großfamilie rechnen müssen, da sie vielfach gegen die unerbittlichen, frauenunterdrückenden Regeln der traditionellen, patriarchalischen Gesellschaft in Guinea verstoßen hat und schwerstens zu bestrafen wäre, wobei ihre Ermordung nichts Außergewöhnliches darstellen würde. Frau A wäre nicht das erste Opfer, das mit seinem Leben bezahlen müsste. Das Leben einer Frau zählt in diesen noch sehr traditionellen Gegenden nicht sehr viel. Staatliche Stellen in Guinea und ganz Westafrika sind nicht willens und in der Lage, Bürgerinnen diesbezüglich zu schützen. Sie befindet sich derzeit außerhalb dieser menschenrechtswidrigen Verhältnisse und sollte durch dauerhaften Verbleib in Deutschland vor dieser genderspezifischen, nichtstaatlichen und individuellen Verfolgung bewahrt werden.

Auch die kleine, XXXX geborene Tochter befindet sich in unmittelbarer Gefahr, ebenfalls beschnitten zu werden (was hoffentlich noch nicht geschehen ist), und sie sollte daher schnellstmöglich durch Familiennachzug ihrerseits davor geschützt werden.

Außerdem besteht der fachpsychologisch noch zu erhärtende, dringende Bedarf an einer langfristigen Psychotherapie einschließlich begleitender Maßnahmen. Insbesondere bei diesem Krankheitsbild ist eine nachhaltige Therapie nur dann möglich, wenn das gesamte Umfeld und die Lebensbedingungen Sicherheit und Geborgenheit gewährleisten, wozu eine dauerhafte Aufenthaltsberechtigung einen entscheidenden Beitrag darstellt. In Guinea wäre mit hoher Wahrscheinlichkeit mit einer Zustandsverschlechterung zu rechnen.

Ferner besteht bei Frau A die dringende medizinische Indikation für eine rekonstruktive Operation zumindest der Klitoris, wie sie z. B. im Zentrum für Rekonstruktive Chirurgie weiblicher Geschlechtsmerkmale im Luisenhospital in Aachen angeboten wird.

© Dr. med. Christoph Zern

B – DAGESTAN/RUSSLAND

Frau B, geb. am XX.XX.XXXX [Struktur wie Fall A] [Anfang 20]

Diagnosen:

- Subjektiv anamnestisch Zust. n. female genital mutilation (FGM, synonym mit FGC, C = cutting) Typ ? als Kleinkind in Dagestan
- Anamnestisch Zust. n. Misshandlungen und Zwangsprostitution durch Ehemann

Anamnese:

Die Anamneseerhebung wird von der Begleiterin gedolmetscht. Frau B ist in X, Dagestan, in einer muslimischen Familie aufgewachsen. Sie hat 6 Brüder und 2 Schwestern. Die Schule besuchte sie bis zur 9. Klasse, danach machte sie eine Ausbildung zur Krankenschwester. Sie sei seit 4 Jahren (ca. XXXX) verheiratet. XXXX [1 Jahr später] gebar sie spontan einen Sohn. Bald darauf wurde sie erneut schwanger, diese Schwangerschaft wurde durch Abortio beendet; das müsse sein, habe man ihr gesagt, weil die Schwangerschaft weniger als 1 Jahr nach Entbindung aufgetreten sei. Ihr Mann habe sie fortgesetzt schwer misshandelt, schließlich auch zur Prostitution gezwungen. Bei diesen Vergewaltigungen sei sie auch genital verletzt worden, einmal habe sie so schwer geblutet, dass sie im Krankenhaus chirurgisch versorgt werden musste. Wegen all dessen sei sie XXXX [ca. 3 Jahre nach Geburt des Sohnes] vor ihrem Mann geflüchtet, seit dem XX.XX.XXXX [4 Monate später] befinde sie sich in Deutschland.

Sie berichtet, im Alter von ca. 2 oder 3 Jahren beschnitten worden zu sein. Dies sei auf Wunsch der Großmutter geschehen und von einem Mann ausgeführt worden. Sie verneint die Frage, ob in Dagestan FGM verbreitet sei. Dennoch sei dies bei ihr geschehen, sie wisse nicht, warum.

Weitere Anamnese:

Menarche 12 J., Zyklus regelmäßig 4 Wochen/5 Tage, Eumenorrhö. Im Sommer 2012 Ovariektomie re., wohl wegen Zysten. Bisher noch keine gynäkologische Untersuchung in Deutschland.

Befund:

Kräftige, jedoch nicht adipöse, große Statur. VU: unauffällige Pubes, Vulva reizlos. Labia maiora bds. normal vorhanden. Die gut entwickelte Klitoris ist samt Präputium vollständig vorhanden. Die Labia minora bds. sind ebenfalls unversehrt vorhanden, allerdings sind sie bds. durch unterschiedlich tiefe (re. > li.) narbige Kerben von der Klitoris abgesetzt. Dies könnte durch die anamnestisch geschilderten Risse verursacht sein. Der Introitus vaginae und das Orificium externum urethrae sind unauffällig, auch der einsehbare Vaginalanteil zeigt inspektorisch keine groben Auffälligkeiten, ebenso Perineum/Anusbereich. Eine weitergehende gynäkologische Untersuchung wird momentan einvernehmlich nicht durchgeführt.

Beurteilung:

Kein Zust. n. FGM. Verd. a. Zwangsprostitution und sexuellen Missbrauch/Misshandlungen.

Frau B ist einer menschenrechtswidrigen, erniedrigenden und möglicherweise lebensbedrohenden Situation in ihrem Ursprungsland entflohen, sie hat mit größter Wahrscheinlichkeit schwere psychische und wohl auch körperliche Traumata davongetragen. Daher bedarf sie dringend des Schutzes (und der Therapie) hier in Deutschland, um sich und ihr Kind vor dieser nichtstaatlichen geschlechtsspezifischen Verfolgung zu bewahren. Der Tatbestand FGM kann – erfreulicherweise – ausgeschlossen werden. Frau B wird möglicherweise einige Zeit brauchen, um diese Mitteilung in ihr Selbstbild zu integrieren. Wie es zu dieser „Erinnerung“ kam und was tatsächlich geschah, müsste ggf. psychotraumatologisch aufgearbeitet werden.

© Dr. med. Christoph Zerm

C – KURDISTAN/IRAK

Frau C, geb. am XX.XX.XXXX [Anfang 20] [Struktur wie Fall A]

Diagnosen:

- Zust. n. female genital mutilation (FGM, synonym mit FGC, C = cutting) Typ I nach WHO mit partieller Resektion des Präputium clitoridis und der Klitorisspitze
- Flucht wegen Zwangsehe und Misshandlung
- Rezidiv. Schmerzen nach Nephrolithiasis

Anamnese:

Frau C ist Kurdin und wuchs in X in Kurdistan/Irak nahe der iranischen Grenze bei ihrer muslimischen Familie auf, die aus ländlichem Milieu, aus dem Dorf X in der Region X, stammt. Frau C ist das dritte Kind von neun Geschwistern, sie hat je 4 Brüder und Schwestern. Je ein Bruder und eine Schwester leben in Großbritannien, die übrige Familie lebt weiter in X. Frau C besuchte die Schule bis zum Abitur, das sie erfolgreich nach 12 Schuljahren abschloss. Sie wollte gern Wirtschaftswissenschaften studieren, aber der Vater und der älteste Bruder waren dagegen. Sie sollte zu Hause bleiben. So verbrachte sie unfreiwillig gut 10 Jahre zu Hause, ohne weitere Berufsausbildung, bis zu ihrem ca. 29. oder 30. Lj. Da entschied der Vater, dass sie als Zweitfrau einen mindestens 12 Jahre älteren (möglicherweise deutlich älteren) Mann heiraten sollte, der seit ca. 17 Jahren in Deutsch-

land lebte und hier mit einer Deutschen verheiratet sei und mit ihr einen 15-jährigen Sohn habe. Nach ca. einem Jahr „Verlobungszeit“ erfolgte die Verheiratung im Jahr XXXX. 3 Wochen später nahm dieser Mann sie mit nach Deutschland, wo sie mit ihm und seiner bestehenden Familie ca. 2 Monate zusammenlebte. Dieser Mann sei sehr gewalttätig gewesen und habe sie oft geschlagen und misshandelt. Sie suchte aus dieser Wohnung zu entfliehen, was ihr am XX.XX.XXXX glückte. So gelangte sie in die Obhut des Frauenhauses X. Seit der Flucht hat sie keinen Kontakt mehr zu diesem „Ehemann“.

In Kurdistan, insbesondere in den ländlich-konservativen Gegenden, ist FGM immer noch weit verbreitet, die Prävalenz liegt bei 60 – 80 %. Diese Einschätzung wird von Frau C bestätigt. Meist wird der Akt in den ersten 3 Lebensjahren vollzogen, je nach Situation und Umständen kann dies jedoch auch am Ende des ersten Lebensjahrzehnts sein. Frau C sei im Alter von ca. 9 Jahren beschnitten worden.

Menarche ca. 12-jährig, Zyklus sei regelmäßig, 4 Wo./5, Eumenorrhö, nur in den ersten Jahren Dysmenorrhö. Nulligravida; sie sei noch Virgo. Ca. XXXX SD-OP, dabei auch Tonsillektomie. Vor Jahren bereits habe sie Nephrolithiasis gehabt, die Steine seien nichtinvasiv entfernt worden, jedoch habe sie bis heute rezidivierende Schmerzen.

Befund:

Große, mittelschlanke Statur. VU: Vulva/Pubes unauffällig. Labia maiora bds. normal vorhanden. Die Klitoris zeigt sich cranial als ca. 2 cm langer medianer Wulst, der caudal mit dem Ansatz des Präputium clitoridis endet, das Präputium selbst erscheint verkürzt, gibt dadurch den Blick auf eine rudimentäre, ansonsten glatte Klitoris Spitze frei. Von hier aus ziehen unmittelbar zwei dünne Schenkel zu den Labia minora bds., die jeweils in voller Breite von bis zu 6 – 7 mm vorhanden sind. Das Orificium externum urethrae ist orthotop sichtbar und unauffällig, wie auch die einsehbaren Anteile der Vaginalwände. Der Introitus vaginae erscheint juvenil, lässt sich ausreichend entfalten. Auffällige Narben sind nirgends erkennbar. Auf eine weitergehende gynäkologische Untersuchung wird im Einvernehmen mit der Pat. verzichtet. Der Befund deutet auf eine Teilresektion von Präputium und Klitoris Spitze hin.

Beurteilung:

Zust. n. FGM Typ I nach WHO wie oben angegeben. Dies unterstreicht die Herkunft von Frau C aus einem konservativ-traditionellen Milieu. Auch das Verbot, zu studieren oder sonst einen Beruf zu ergreifen, und schließlich

die Zwangsverheiratung mit einem bereits verheirateten älteren Mann deuten in dieselbe Richtung. Der Schulbesuch bis zum Abitur erstaunt in diesem Zusammenhang eher, kann jedoch in Zeiten des Umbruchs zur Moderne nicht als Gegenbeweis gewertet werden. Frau C sollte als Zweitfrau dem überwiegend in Deutschland lebenden kurdischen „Ehemann“ zur Verfügung stehen, ein Zustand, der für sich genommen bereits eklatant gegen deutsches Recht verstößt. Darüber hinaus hat sie sich unter größter Gefahr für Leib und Leben aus dieser gewalttätigen Beziehung befreit, damit wiederum gegen traditionelle Regeln und Gesetze verstoßen und die Familienehre verletzt. Dies bringt sie in Lebensgefahr, wie einschlägige Ehrenmorde unter Kurden sogar in Deutschland tragisch unter Beweis stellen.

Vor dieser menschenrechtswidrigen geschlechtsspezifischen nichtstaatlichen Verfolgung kann sie nur durch geschützten Verbleib in Deutschland bewahrt werden.

© Dr. med. Christoph Zerm

D – NIGERIA

Frau D, geb. am XX.XX.XXXX [Alter: Anfang 20] erschien zusammen mit ihrem Ehemann und ihrer Tochter zur fachärztlichen Untersuchung und Begutachtung in meiner Sprechstunde in X in Begleitung von X, Gesundheitsamt X. Das Gespräch wird in englischer Sprache geführt. Ferner liegt das Protokoll der Anhörung beim BAMF vom XX.XX.XXXX vor.

Diagnosen:

- Zust. n. female genital mutilation (FGM, synonym mit FGC, C = cutting) Typ I nach WHO mit narbiger Überwucherung der im Babyalter in Nigeria teilresezierten Klitoris
- Flucht vor Todesdrohung durch Voodoo-Anhänger in Heimatgemeinde
- akute Gefahr für Leib und Leben bei Rückkehr nach Nigeria
- Notwendigkeit des Schutzes der Tochter vor FGM

Anamnese:

Frau D wuchs im Großraum X, Hauptstadt von X, bei ihrer christlichen Familie aus dem Volk der X auf. Von den Eltern lebt noch die Mutter dort, zusammen mit 4 jüngeren Schwestern und 2 Brüdern, einer davon ist älter als sie. Der Vater wurde ca. XXXX erschossen. Sie besuchte die Schule bis zur 12. Klasse mit „kleinem“ Abschluss (wohl Realschulabschluss entsprechend) und machte dann eine unbezahlte Lehre zur Friseurin. Nebenher jobbte sie in Restaurants, um sich und ihrer Familie den Lebensunterhalt zu ermöglichen. Trotz ihres christlichen Glaubens haben auf viele Nigerianer alte Voodoo-artige Gesellschaftsstrukturen noch großen Einfluss. Viele Menschen gehören solchen verschworenen Gemeinschaften an, die jeweils ein „Orakel“ (eine Art Tempel Einrichtung, meist in einem Dorf) als Zentrum haben. Hier werden noch uralte, tradierte Regeln streng befolgt. Dazu gehört, dass aus jeder Familie die älteste Tochter – jungfräulich – zu diesem Tempeldienst abgegeben werden muss (seltener auch Söhne). Wer sich widersetzt, wird letztlich umgebracht. Das sehen die Mitglieder der Gemeinschaft (angeführt von den Dorfältesten) als völlig gerechtfertigt an, allerdings auch aus Angst vor der Rache der Geister. So sei auch Frau D als älteste Tochter von diesem Orakel-Clan ausgesucht worden, um dort für den Rest ihres Lebens sklavenähnlich zu dienen. Das wollte sie nicht, darin wurde sie von ihrem Vater unterstützt. Bald darauf sei er von diesen Leuten umgebracht worden. Auch gegen Frau D wurden Morddrohungen ausgesprochen. Die Ermordung des Vaters ließ an der Ernsthaftigkeit dieser Drohungen keinerlei Zweifel. Als der Onkel väterlicherseits aus X

(Stadt in Nigeria) zur Beerdigung ihres Vaters kam, habe er sie daher nach X (Stadt in Nigeria) mitgenommen und ihre Ausreise nach X (europäisches Land) organisiert. So habe sie wegen akuter Lebensbedrohung Nigeria im Monat X XXXX mit dem Flugzeug nach X (europäisches Land) verlassen. Eine Freundin habe sie dabei begleitet. In X (europäisches Land) habe sie erfahren, dass auch ihr Onkel zwischenzeitlich von den Anhängern des „Orakels“ umgebracht worden sei. Dies zeigt, dass diese fanatischen Menschen jeden in ganz Nigeria aufspüren können, dem sie etwas antun wollen.

In X (europäisches Land) habe sie Asyl beantragt, dies sei XXXX abgelehnt worden. Sie habe jedoch keine andere Möglichkeit gesehen, als weiter illegal dort zu bleiben. Sie habe sich mit Betteln am Leben gehalten.

Kurz vor ihrer Flucht aus Nigeria habe sie aus eigener Entscheidung ihren jetzigen Ehemann geheiratet, Herrn X, geb. XX.XX.XXXX [Anfang 30]. Dieser habe XXXX Nigeria verlassen und sei über den Landweg, das Mittelmeer und X (europäisches Land) nach Deutschland gekommen. Von hieraus habe er erreicht, dass seine Frau aus X (europäisches Land) zu ihm nach D kommen konnte, Einreise am XX.XX.XXXX.

Frau D sei als Baby der Tradition entsprechend beschnitten worden.

Menarche 18 J., Zyklus sei regelmäßig 4 Wo./5 Tage, Eumenorrhö. 1 Spontanpartus am XX.XX.XXXX im Klinikum X in der 33. SSW (1.200 gr.) wg. SGA und vorzeitigem Blasensprung bei Gestationsdiabetes, Mädchen, das Kind sei einige Zeit auf der Pädiatrischen Abteilung behandelt worden. Keine Operationen.

Befund:

Mittelgroße, kräftige Statur, ca. 166 cm. VU: normale Pubes, Labia maiora et minora bds. weitgehend normal vorhanden, im cranialen Abschnitt sind die Labia minora jedoch wulstig-narbig über ca. 1 cm Länge miteinander „verbacken“ und verbergen dadurch die zumindest teilweise palpable Klitoris bzw. Glans. Sehr wahrscheinlich liegt diesem Befund u. a. die Entfernung des Präputiums zugrunde, möglicherweise auch Teile der Glans clitoridis. Cranial schließt sich über 7 – 8 mm Länge eine eigentümliche mediale Furche an, cranial hiervon lässt sich der weitere subcutane

Klitorisverlauf als medialer Wulst palpieren. Das Orificium externum urethrae ist orthotop sichtbar und unauffällig, ebenso der normal weite Introitus vaginae einschließlich der einsehbaren Anteile der reizlosen Vaginalwände. Damms und Perineum o. B., keine auffälligen Narben. Auf eine weitergehende gynäkologische Untersuchung wird momentan verzichtet.

Ansonsten fällt bei der Anamnese-Erhebung auf, dass Frau D von den Geschehnissen ihrer jahrelangen Flucht und vor allem durch die fortdauernde Lebensbedrohung seitens des heimischen Voodoo-Orakels schwer traumatisiert ist, tragisch bewiesen durch die Ermordung ihres Vaters und Onkels. Nun kommt die Sorge um ihre Tochter hinzu. Hier sollte fachpsychologisch der Verdacht auf eine PTBS bzw. sonstige psychische Traumatisierung geklärt und ggf. behandelt werden.

Beurteilung:

Zust. n. FGM (mindestens) Typ I nach WHO. Flucht vor Versklavung in einem Voodoo-Orakel-Tempel und Lebensbedrohung aufgrund ihrer Weigerung. Notwendigkeit des Schutzes der Tochter vor drohender FGM.

Frau D ist in X zunächst in durchschnittlichen Verhältnissen aufgewachsen, allerdings musste sie früh mithelfen Geld zu verdienen, da die 7-köpfige Familie eher arm war. Ihr lebensbedrohliches Problem begann, als die lokale Voodoo-Gemeinde bzw. deren Dorfälteste sie als älteste Tochter gemäß der Tradition zum lebenslangen sklavenähnlichen Ritualdienst in dem Orakel-Tempel bestimmten (hierfür wird die Wohnungstür oder ggf. Hütte mit einem unmissverständlichen Zeichen markiert). Wer sich widersetzt, wird umgebracht. Die Antwort auf die entscheidende Frage auf Seite 5 der BAMF-Anhörung, wovor Frau D Angst habe, ob vor dem spirituellen

Geist oder den Menschen im Dorf, beruht auf einem interkulturellen Missverständnis. Für Menschen, die mit solchen traditionellen Vorstellungen aufgewachsen sind, besteht dieser, für Europäer logische, Unterschied gar nicht! Denn der als übermächtig erlebte bzw. angesehene spirituelle Geist wirkt selbstverständlich durch die Menschen, die sich seinem Dienst verschrieben haben, und insofern sind es die realen Menschen, die diejenigen Menschen umbringen, die sich dem Willen „des Orakels“ widersetzen. Deshalb ist die lebensbedrohende Gefahr für Frau D ganz real (und nicht nur „spirituell“), denn auch ihr Vater und Onkel sind ganz real umgebracht worden – was Frau D erst recht genauso drohen würde, da es ja gerade um sie ging; und dieses Problem „verjährt“ nicht.

So wäre sie bei Rückkehr nach Nigeria unmittelbar und existenziell bedroht, und man würde sie überall im Lande auffinden und umbringen. Von rechtsstaatlichen Verhältnissen kann nicht ausgegangen werden, und weder Familie noch staatliche Organe vor Ort wollen oder können gefährdete Frauen davor schützen. Überdies wäre ihre hier geborene, unversehrte Tochter auch von FGM bedroht, da FGM in vielen Teilen Nigerias religionsübergreifend immer noch ausgedehnt praktiziert wird, wie der Befund bei Frau D unterstreicht.

So können Frau D und ihre Tochter nur durch Verbleib in Deutschland vor diesen menschenrechtswidrigen Bedrohungen geschützt werden. Schließlich sollte durch eine transkulturelle, fachpsychologische Untersuchung geklärt werden, ob Frau D einer psychotherapeutischen Therapie bedarf, da sie erhebliche traumatische Erlebnisse durchgemacht hat.

© Dr. med. Christoph Zern

E – ÄGYPTEN

Frau E, geb. am XX.XX.XXXX, erschien am XX.XX.XXX zur fachärztlichen Untersuchung und Begutachtung in meiner Sprechstunde in X in Begleitung ihres Partners X und ihrer beiden Töchter. Das Gespräch fand in deutscher Sprache statt, die Herr X beherrscht.

Diagnosen:

- Zust. n. female genital mutilation (FGM, synonym mit FGC, C = cutting) Typ II nach WHO mit nahezu totaler Resektion der Labia minora bds. u. der re. Hälfte des Präputium clitoridis im Alter von ca. X Jahren in Ägypten
- Zust. n. Zwangsehe mit permanenten Misshandlungen
- Flucht vor familiärer Todesdrohung „im Namen der Ehre“
- Notwendiger Schutz der Töchter vor FGM in Ägypten
- Verd. a. psychische Traumatisierung (PTBS?), fachärztlicher Klärungsbedarf

Anamnese:

Frau E befindet sich seit X XXXX in Deutschland. Sie stammt aus einer christlich-evangelischen (?) Familie in X, wo sie aufgewachsen ist. Sie ist das jüngste von drei Kindern, die beiden älteren sind Jungen. Die Eltern und die Brüder leben noch in Ägypten, inzwischen in dem Ort X. Frau E durfte die Schule nur bis zur 11. Klasse besuchen. Danach musste sie der Familie helfen. Die Eltern haben ein Geschäft für Gewürze, Räucherwaren etc. Als sie ungefähr 19 Jahre alt war, wurde sie zwangsweise mit einem doppelt so alten Mann verheiratet. Das Leben bei ihm sei die Hölle gewesen, er habe sie ständig verprügelt. So schnell konnte sie allerdings ihren Fluchtwunsch nicht umsetzen, erst nach ca. 3 Jahren gelang ihr dies. Sie sei zu einer Freundin nach X geflohen, um sich dort zu verstecken. Diese Freundin nahm sie dann mit zu einer anderen Wohnmöglichkeit in X am Roten Meer. In diesem Ferienort habe sie eine Weile zugebracht und

irgendwann einen zunächst freundlichen Ägypter kennen gelernt, der ihr erzählte, er wohne in Deutschland. Später habe sich herausgestellt, dass er ein Geschäft in Frankreich betreibe. Zunächst aber habe er angeboten, mit ihr gemeinsam in X zu leben. Bald habe er bemerkt, dass Frau E von ihrer Familie gesucht und bedroht werde. Daher habe er ihr Papiere und ein Visum nach Deutschland besorgt, so seien sie 2012 nach X geflogen. Dort habe sie eine Frau kennengelernt und sich mit ihr angefreundet. Diese habe sich weiter um sie gekümmert, als der Ägypter nach einiger Zeit verschwunden sei. Sie habe Frau E daraufhin die Rückreise nach Ägypten ermöglicht, die wohl nach knapp 3 Monaten Aufenthalt in Deutschland erfolgte.

Zurück in Ägypten habe Frau E jedoch rasch erfahren, dass ihre Familie sie suche, um sie umzubringen. Die Flucht aus der Zwangsehe, und, vermutlich noch „schlimmer“, die Reise mit einem „fremden“ Mann nach Deutschland habe die Familienehre derart verletzt, dass dies nur durch ihren Tod gesühnt werden könne. So habe sie nicht in Ägypten bleiben können, ohne in Lebensgefahr zu geraten, sie wäre überall irgendwann aufgespürt worden. Also musste sie erneut fliehen. In dieser Situation habe ihre Freundin in X ihr erneut geholfen, und mit deren Hilfe sei sie dann ca. im April XXXX zum zweiten Mal nach Deutschland gekommen. In einem Asylantenheim in X habe sie einen dort (seit 2009 in D) lebenden Landsmann kennengelernt, der für sie übersetzen sollte. Sie freundeten sich an und er wurde der Vater ihrer in D geborenen Töchter. Frau E sei im Alter von ca. 12/13 Jahren beschnitten worden.

Menarche ca. 14/15-jährig, Zyklus sei meistens regelmäßig 4 Wo./4 – 5. 2 Partus: XX.XX.XXXX in X, Mädchen, am Termin, jedoch zuvor ca. 2 Monate stationäre Behandlung wg. vorzeitiger Cervixverkürzung; sowie am XX.XX.XXXX durch Sectio in der 25. SSW in X, Mädchen. Stillen sei beide Male

nicht möglich gewesen. Keine sonstigen Operationen oder schwere Erkrankungen.

Sowohl bei der Anamnese als auch bei der Untersuchung lassen sich Anzeichen einer latenten Traumatisierung erkennen, die sehr wahrscheinlich durch die langandauernden Misshandlungen in der Zwangsehe und die bedrohlichen Ereignisse im Anschluss an ihre Flucht erlitten worden ist. Dieser Verdacht sollte fachpsychiatrisch geklärt und ggf. daran anschließend therapiert werden.

Befund:

Knapp mittelgroße (162 cm), etwas adipöse Statur. VU: Reizlose Pfannensielnarbe, Totalrasur. Labia maiora bds. normal vorhanden. Die Klitoris ist vorhanden und ohne auffällige Defekte, jedoch fehlt der re. Flügel des Präputium clitoridis vollständig. Ob bei diesem Schnitt die Klitorisspitze minimal mitreseziert wurde, lässt sich nicht mit Sicherheit klären. Nach caudal schließen sich dünne Stränge bds. als Ansätze der Labia minora an, wobei beide Labia minora fehlen, re. vollständig und li. mit einer rudimentären Breite von ca. 2 mm. Unauffälliger Introitus vaginae mit orthotopem Orificium externum urethrae, weiter posterior folgt mit normaler Weite die, soweit einsehbar, unauffällige Vagina. Am Damm befindet sich eine li. mediolat. Narbe als mutmaßliche Folge eines intrapartalen Dammschnittes (oder -risses). Eine weitergehende gynäkologische Untersuchung entfällt.

Beurteilung:

Zust. n. FGM Typ II nach WHO wie oben angegeben. Zust. n. 2 Partus in kurzer Folge. Eine Indikation zur operativen Korrektur des externen Genitales besteht bei Frau E nicht.

Frau E wuchs in eher ländlich-traditionellem Umfeld in Ägypten auf. Sie durfte die Schule nur bis zur 11. Klasse besuchen, dann erwartete sie das

traditionelle Schicksal eines jungen Mädchens, die zwangsweise Verheiratung mit einem viel älteren Mann. In dieser „Ehe“ erlebte sie fortdauernde Gewalt, der sie schließlich entfliehen konnte. Sie kam bei einer Freundin unter, zuletzt am Roten Meer, wo sich irgendwann durch die Bekanntschaft mit einem hilfreich und mitfühlend auftretenden Landsmann scheinbar eine Lösung ihrer auf Dauer schwer haltbaren Lebenssituation zu ergeben schien: Er bot ihr ein gemeinsames Leben zunächst in X und dann angeblich in Deutschland an, als sich X für Frau E als zu gefährlich erwies wegen der Nachstellungen seitens ihrer Familie. Wohl mit einem Touristenvisum folgte sie ihrem Bekannten nach Deutschland, wo er jedoch aus unbekanntem Gründen nach kurzer Zeit verschwand. Sie fand die Unterstützung einer Frau in X, mit der sie sich anfreundete. Diese Frau ermöglichte ihr zunächst die Rückreise nach Ägypten sowie auch die Wiedereinreise nach Deutschland, als sich erwies, dass sie in Ägypten um ihr Leben fürchten musste. Ihre Beschneidung und ihre Zwangsehe unterstreichen die starr konservativ-traditionelle Einstellung ihrer Herkunftsgesellschaft, von der sich ihre Familie offensichtlich in nichts unterscheidet.

Bei einer Rückkehr nach Ägypten würde Frau E in Lebensgefahr geraten, denn die Familienehre steht in solchen traditionellen Gesellschaften über allem. Das Leben einer Frau ist demgegenüber nicht nur nichts wert, sondern im Gegenteil ist ihr Tod Unterpfand für die Wiederherstellung der „Ehre“. Ein sog. Binnenexil ist illusorisch, und die ägyptischen Behörden sind offensichtlich nicht willens oder in der Lage, Frauen und Mädchen vor solchen menschenrechtswidrigen Bedrohungen zu schützen. In gleichem Sinne wären die inzwischen in D geborenen Töchter von FGM bedroht. Daher müssen Frau E und ihre Töchter durch dauerhaftes Bleiberecht in Deutschland vor dieser nichtstaatlichen, geschlechtsspezifischen Verfolgung nachhaltig geschützt werden.

© Dr. med. Christoph Zerm

F – SOMALIA

Frau F, geb. am XX.XX.XXXX, erschien am XX.XX.XXXX zur fachärztlichen Untersuchung und Begutachtung in meiner Sprechstunde bei Pro Familia in X ohne Begleitung. Das Gespräch fand mit Hilfe von Frau X in somalischer Sprache statt. Dem Gutachten liegt ferner das Protokoll der BAMF-Anhörung vom XX.XX.XXXX in X zugrunde.

Diagnosen (incl. aller relevanten Faktoren):

- Defibulierter Zust. n. female genital mutilation (FGM, synonym mit FGC, C = cutting) Typ III/Infibulation nach WHO mit radik. Klitoris- und Labienresektion im Alter von X J. in Somalia
- Individuelle Verfolgung und Misshandlungen infolge ethnischer Zugehörigkeit zu X
- Flucht vor droh. Zwangsehe
- Drohende Zweitbeschneidung (wg. „unvollständiger“ Infibulation)
- Zust. n. monatelanger Flucht durch X, X und X sowie lebensbedrohliche Meeresüberfahrt etc. mit mutmaßlichen Traumatisierungen
- Deszensus vaginae ant.

Anamnese:

Frau F befindet sich seit dem XX.XX.XXXX in Deutschland. Sie stammt aus Somalia und gehört dem X-Clan an, wurde in dem Dorf X in der Provinz X, Nähe X (liegt ca. 370 km südlich der Hauptstadt X) geboren und wuchs dort bei ihrer muslimischen Nomaden-Familie auf. Die X, die sich als Nachfahren der Urbevölkerung betrachten, sind in Somalia vielfältiger gesellschaftlicher Ausgrenzung und Repression ausgesetzt, nicht unähnlich dem Schicksal der Dalits in Indien.

Frau F hat noch eine ein Jahr jüngere und eine ältere Schwester. Als sie X Jahre alt war, wurde sie zusammen mit ihrer jüngeren Schwester unter unvergesslichen Schmerzen infibuliert. Die jüngere Schwester ist dabei verblutet. Sie selber sei nach dieser Tortur „zu früh“ wieder umhergelaufen, dadurch seien die Nähte der Infibulation zumindest teilweise wieder aufgegangen. Ihre Mutter wollte sie jedoch komplett verschlossen haben, spätestens bei einer Verheiratung. Daher hatte Frau F stets die Angst, reinfibuliert zu werden, sobald ihr „Zustand“ bekannt oder sie verheiratet würde. Frau F konnte als Nomadentochter nie die Schule besuchen. (Daher ist sie – anders als Europäer – nicht daran gewöhnt, exakte Datumsangaben zu machen, und die folgenden Datumsangaben müssen insofern als ungefähre Hinweise genommen werden, die evtl. auch einige Monate früher anzusetzen sein könnten!)

Die folgenden Zeitangaben sind deshalb unter Vorbehalt zu sehen. Der Vater starb an den Folgen eines Schlangenbisses ca. im August XXXX. Dieser Tod beraubte die Mutter und ihre 2 verbliebenen Töchter des Ernährers. Tragischerweise führte dieser Schicksalsschlag dazu, dass auch die Mutter ca. 2 Monate später verstarb, mutmaßlich verhungerte sie. Die Töchter konnten erst recht nicht das Nomadenleben fortsetzen, und so begaben sie sich in die 1 ½ Tagesreisen entfernte nächste Stadt X. Die ältere Schwester war schon vorausgegangen. Als Frau F in X ankam, konnte sie die Schwester nicht mehr auffinden, sie blieb verschollen. Frau F verdingte sich in einer Familie als Haushaltshilfe. Nach vielleicht einem Monat begann ein Mann, sie zu bedrängen, er wolle sie heiraten. Frau F war in zweifacher Hinsicht eine Art „Freiwill“: Als Angehörige der X und als völlig allein stehende junge Frau. Der Mann, der schon mindestens 3 Frauen hatte,

wurde von Mal zu Mal bedrohlicher, er verwies darauf, dass er zu dem örtlichen Clan gehöre, der alles zu bestimmen habe, und wenn sie sich weigere, werde er sie umbringen (lassen). Zugleich reichte sein Einfluss so weit, dass die arbeitgebende Familie Frau F auf seine Forderung hin entließ, da sie sonst ihrerseits Repressalien zu befürchten hatte. So musste Frau F nach ca. 2 Monaten aus dem Ort X flüchten. Sie bestieg einen Minibus, der sie (in ca. einwöchiger Fahrt) über die Süd-Grenze nach X brachte, wo sie – vermutlich in dem Lager X – als Flüchtling untergebracht wurde. In der Logik der angegebenen Zeitschiene war das ca. im Januar XXXX. Nach einiger Zeit lernte sie dort einen jungen Mann, ebenfalls X, kennen, der ein kleines Lebensmittelgeschäft betrieb. Sie freundeten sich rasch an und heirateten im Lager. Bald darauf wurde Frau F schwanger, die Schwangerschaft endete jedoch mit einem Abort. Beide beschlossen danach, das elende Leben in dem Lager hinter sich zu lassen und nach Norden zu fliehen. Der Ehemann organisierte alles. Sie reisten durch den X nach X. In X gerieten sie in das berühmte Lager X. Eines Nachts war es so weit, sie sollten mit vielen anderen Flüchtenden zusammen eines dieser prekären Boote nach Europa besteigen.

Ihr Mann sagte Frau F, sie solle schon einsteigen, er werde gleich nachkommen. In der Dunkelheit verloren sie sich jedoch, denn am nächsten Morgen auf hoher See war ihr Mann nicht mit an Bord, und sie hat seither nichts mehr von ihm gehört. Diese Überfahrt war extrem traumatisch, es gab weder zu trinken noch zu essen, der Seegang war sehr hoch, so dass ein weiteres Flüchtlingsboot kenterte und viele Menschen ertranken. Auch ihr Boot drohte unterzugehen, im letzten Moment habe ein Rettungsboot sie und die Mitflüchtenden übernommen. In X blieb sie bei einer Gruppe weiterer Somalier, die sie dann nach 2 Tagen mitnahmen auf der Weiterreise nach Deutschland und ihr auch das Ticket bezahlten.

Menarche ca. 15 J., Zy. regelmäßig monatlich/7 (seit einigen Monaten bis zu 14 Tg.), Dysmenorrhöen.

1 Schwangerschaft, die als Abort oder Totgeburt endete (in X). Keine Operationen.

Befund:

Mittelgroße, ca. 163 cm, schlanke Statur. VU: Spärliche Pubes, Labia maiora bds. nur lateral und flach vorhanden. Die Klitoris fehlt völlig, stattdessen findet sich eine diskret straffe, breitere Narbe mit einer Ausdehnung von ca. 15 mm, cranial lässt sich der subcutane Klitoris-Anteil als medianer, flacher Wulst von ca. 1 cm Länge nur sehr vage palpieren. Auf der Narbenfläche finden sich einige millimeterkleine papillomähnliche Narbenwucherungen. Nach caudal wird die Narbe von einem straffen, sehr druckdolenten, cranio-konvexen Narbenbogen begrenzt, weiter schließen sich die dünnen, z. T. strängigen, teils sägezahnartigen, narbigen Defibulations- bzw. Dehiszenzränder an, die statt der Labia minora und der medialen Anteile der Labia maiora vorhanden sind. Das Orificium externum urethrae ist orthotop und reizlos dicht unterhalb des dolenten Narbenbogens sichtbar, der Introitus klafft etwas, darin wölbt sich eine ca. 10 – 13 mm gr. Cystocele vor, der CUW ist teilweise verstrichen. Damm und Perineum sind weitgehend unauffällig. Eine weitergehende gynäkologische Untersuchung ist nicht vorgesehen.

Der Befund stellt die medizinische Indikation zumindest für eine Remobilisations-OP der Klitoris und für die Beseitigung der dolenten Narbenspange dar, wie sie z. B. im Zentrum für Wiederherstellende Chirurgie des äußeren weiblichen Genitales in Aachen angeboten wird.

Beurteilung:

Zust. n. Defibulation bzw. Dehiszenz einer FGM Typ III/Infibulation nach WHO wie o. a. Weiteres s. o.

Frau F wuchs in einer armen, analphabetischen Nomaden-Familie in ländlichem Milieu im südlichen X auf, wo bis heute die terroristischen Al-Shabab-Milizen ihre Willkürherrschaft ausüben. Eine ihrer Schwestern verblutete als Kind bei der Infibulation. Als Angehörige der Minderheit der X erlebten ihre Familie und sie selber lebenslang nur Ausgrenzung, Verfolgung und physische wie psychische Misshandlungen (s. o.). Als der Vater durch einen Schlangenbiss starb, brach buchstäblich für die Familie die Lebensgrundlage weg, die Mutter verhungerte mutmaßlich wenig später, und die beiden Töchter mussten sich im nächstgelegenen Ort durchschlagen, wo Frau F auch noch ihre ältere Schwester aus den Augen verlor. Kaum hatte sie eine dürftige Stelle bei einer Familie bekommen, geriet sie in den Fokus eines einflussreichen Mannes, der sie mit Zwang als seine soundsovielte Zusatzfrau heiraten wollte. Ob er „nur“ engste Verbindungen zu dem örtlich regierenden Clan hatte oder Al-Shabab-Mitglied war, kann Frau F nicht sicher sagen. Jedenfalls entwickelte sich in wenigen Wochen eine für sie lebensbedrohliche Situation, da sie nicht seine Zusatzfrau werden wollte. Seine in der Anhörung berichteten Liebesbeteuerungen hat sie ihm wohl schon sofort nicht geglaubt. Außerdem bewirkte er, dass sie ohne Arbeit (und damit ohne wenigstens geringes Einkommen) blieb. Sie wusste, dass ihr nur die Flucht blieb, wenn sie weiterleben wollte. So gelangte sie in ein Flüchtlingslager in X, die Frage, ob es das Lager X gewesen sei, bejahte sie. Dort lernte sie einen jungen X-Mann kennen, mit dem sie sich anfreundete und ihn noch im Lager heiratete. Schnell wurde sie schwanger, jedoch kam es zu einer Fehlgeburt. Hier bleibt es nun offen, welche Zeitschiene tatsächlich abgelaufen ist. Wenn es ein früherer Abort war, passen die o. a. Zeitangaben bezüglich der Ankunft in X, der Heirat und der Weiterreise nach Europa einigermaßen. Wenn jedoch die Schilderung zutreffen sollte, es sei eine Totgeburt im letzten Schwangerschaftsdrittel gewesen, mit einem entsprechenden geburtshilflichen vaginalen Eingriff im Flüchtlingslager, dann müssen alle Angaben zum Tod der Eltern und bezüglich der Flucht nach X um mindestens 6 – 7 Monate zurückdatiert werden. Dann würde z. B. die bei mir gemachte Angabe, der Vater sei im Februar XXXX gestorben, durchaus schlüssig sein. Denn dann wäre die Mutter ca. im April XXXX verstorben, der Aufenthalt in X hätte sich anschließend ca. bis Juni/Juli XXXX abgespielt und sie wäre dann bereits in X angekommen, hätte ihren Mann kennengelernt, wäre z. B. im August schwanger geworden und hätte die Totgeburt z. B. im Februar XXXX erlitten, alles selbstverständlich als vage Schätzungen. Diese für europäische Mentalität unverständlichen Widersprüche der Angaben sind sofort verständlich, wenn man die völlig andersartige Lebensart von Nomaden in X (und anderen ähnlichen Ländern) bedenkt.

Exakte Datumsangaben spielen in deren Leben so gut wie keine Rolle, selbst Geburtstage nicht (z. B.: ... ich bin in jenem Jahr geboren, als der große Regen kam ...). Wie soll jemand, der keine Kalendersysteme kennt und Analphabet ist, sich den Monat merken, in dem ein bestimmtes Ereignis stattgefunden hat? Daher wäre es böse, aus solchen Widersprüchen für Frau F einen Vorwurf wie den der mangelnden Mitwirkung bei Aufklärung ihrer Fluchtumstände zu konstruieren. Beide Versionen sind möglich, und die fehlende Schlüssigkeit, welche Version nun zutrifft, ist angesichts der Traumatisierungen und Bedrohungen von Frau F (auch bei Rückkehr nach Somalia!) nebensächlich.

Tatsächlich muss bei der gesamten Lebensgeschichte, angefangen bei den lebenslangen Erniedrigungen, Terrorisierungen und sicher auch körperlicher Gewalt wegen ihrer X-Zugehörigkeit, weiterhin die bedrohliche Situation nach dem Tod der Eltern und durch die angedrohte Zwangsverheiratung, die darauf folgende Flucht ins Ungewisse, Vegetieren in einem Massen-Flüchtlingslager, Schock einer Fehlgeburt und die (abertausendfach auch von anderen Flüchtenden) erlittenen Traumatisierungen vor allem in X und auf dem Mittelmeer und schließlich der Verlust des schützenden Ehemannes bei der Flucht, davon ausgegangen werden, dass Frau F schwerste psychische Traumatisierungen erlitten hat, deren

Ausmaß dringend fachpsychiatrisch diagnostiziert und anschließend einer angemessenen Therapie zugeführt werden sollte. Unverzichtbar für den Therapieerfolg gehört hierzu auch die Schaffung von förderlichen Begleitumständen, insbesondere die existentielle Sicherheit, in Deutschland bleiben zu können und vor den menschenrechtswidrigen, individuellen, genderspezifischen Verfolgungen Schutz zu erhalten.

Eine Rückkehr nach X würde für Frau F eine erneute Gefahr für Leib und Leben durch den einflussreichen Mann, der sie zur Ehe zwingen wollte, evtl. im Verein mit den Al-Shabab-Milizen, darstellen. Sie würde überall in X aufgespürt werden können. Ein sog. Binnenexil ist daher völlig illusorisch. Auch würden ihr wegen ihres am Genital „offenen“ Zustandes eine Reinfibulation sowie jederzeit eine Zwangsehe drohen. Staatliche Organe in X sind nicht willens und in der Lage, Frauen vor diesen Bedrohungen zu

schützen. Damit bleibt aus menschenrechtlichen Gründen nur die Schlussfolgerung, dass Frau F ein dauerhafter Aufenthalt in Deutschland gewährt werden sollte.

Die jüngste Erklärung des Europäischen Rates bzw. des EU-Ministerrates vom XX.XX.XXXX bezüglich „FGM and Forced Marriage“ unterstreicht nochmals die Entschlossenheit der Europäischen Institutionen, insbesondere Frauen und Mädchen, die von diesen Verbrechen einschließlich der damit verbundenen psychischen Traumatisierungen betroffen sind, ganz besonders zu unterstützen und ihnen Schutz zu gewähren.

© Dr. med. Christoph Zerm

SCHWANGERSCHAFT, GEBURT UND NACHSORGE

Schwangerschaft und Vorsorge

Aufklärungsgespräch

Es kann sein, dass einige betroffene Frauen mit dem deutschen Gesundheitssystem nicht vertraut sind. Daher bedarf es unter Umständen Erklärungen und Informationen über die Art der Betreuung in diesem System. Manche Frauen verstehen zum Beispiel die Gründe für sehr häufige, sich wiederholende vorgeburtliche Untersuchungen und Tests nicht.⁵³

Ebenso sind Migrantinnen in der Regel nicht mit der Bedeutung des Mutterpasses vertraut. Die Patientin sollte daher von ihrer Gynäkologin oder ihrem Gynäkologen darauf hingewiesen werden, dass in diesem Pass wichtige gesundheitsrelevante Daten erfasst werden, damit im Notfall schnell und passend reagiert werden kann. Eine wichtige Information ist hierbei die Form der weiblichen Genitalverstümmelung/-beschneidung. Vom Berufsverband der Frauenärzte wird daher empfohlen, dass Schwangere den Mutterpass während der Schwangerschaft stets bei sich tragen⁵⁴. Der Pass liefert zudem wichtige Informationen für eine erneute Schwangerschaft.

Des Weiteren mag die Frau nur über geringe Kenntnisse der anatomischen und physiologischen Beschaffenheit ihres Körpers verfügen und benötigt entsprechende Informationen. Anhand einer Zeichnung können sowohl die „normale“ Anatomie und Physiologie der Geschlechtsorgane erläutert werden als auch die mit der Verstümmelung beziehungsweise Beschneidung verbundenen Veränderungen. Die bei Mädchen und Frauen auftretenden gesundheitlichen Probleme werden von ihnen häufig nicht im Zusammenhang von FGM/C gesehen. Nachvollziehbare, anschauliche Informationen sind eine Voraussetzung, um die Gründe für eine Deinfibulation und/oder eine Geburt ohne anschließende Reinfibulation plausibel zu machen.⁵⁵

Vorsorge (Komplikationen Schwangerschaft und Voruntersuchungen)

Bei der Geburtshilfe treten Komplikationen überwiegend bei Frauen auf, die eine Infibulation aufweisen. Es ist häufig unmöglich, vaginale Untersuchungen durch die verbliebene Öffnung im Vaginalbereich vorzunehmen. Das Katheterisieren ist im Bedarfsfall erschwert oder überhaupt nicht möglich. Im Verlauf der Schwangerschaft kann der Pap-Abstrich nicht durchführbar sein. Zysten und vulväre Abszesse stellen Komplikationen dar. Das Risiko von Harnwegsinfektionen ist ebenfalls erhöht. Einige der betroffenen Frauen aus bestimmten Regionen neigen dazu, sich im Verlauf der Schwangerschaft nicht ausreichend zu ernähren, um die Geburt eines „großen“ Babys und die damit verbundenen Komplikationen zu vermeiden. In diesem Fall wird im Verlauf der Schwangerschaft eine unzureichende Gewichtszunahme oder Anämie (Blutarmut) beobachtet.⁵⁶

Aufgrund folgender Aspekte kann die Schwangerschaft für betroffene Frauen psychologisch problematisch sein⁵⁷:

- Angst vor der Reaktion der Pflegenden
- Angst vor der gynäkologischen Untersuchung
- Angst vor dem Schmerz während oder nach der Geburt
- Angst vor einem Kaiserschnitt

Geburt

Geburtsrisiken

Ohne medizinische Hilfe kann es bei gebärenden Frauen, aufgrund der die Geburtswege behindernden Narben, zu folgenden Komplikationen kommen:

- Hypertonie (Wehenkrampf) des Uterus
- Atonie (Wehenlosigkeit) des Uterus
- Uterusruptur (Gebärmutterriss)
- Verzögerter Geburtsfortschritt mit Beeinträchtigung des Fötus und Gefahr der Entstehung einer vaginalen Fistel durch Drucknekrosen (bei zu langem Verweilen des Kopfes des Kindes im Geburtskanal)
- Perinealrisse (Risse im Gebiet des Anus) oder andere Komplikationen bei der Mutter, die tödlich verlaufen können

In den Herkunftsländern ist das Sterberisiko der Mutter sowie des Neugeborenen stark erhöht. In Deutschland sollte eine Geburt, die adäquat betreut worden ist, kein spezifisches Risiko für Mutter oder Kind bedeuten. Idealerweise sollten Patientinnen mit Infibulation an medizinische Teams oder Hebammen überwiesen werden, die Erfahrung in diesem Bereich haben und zusätzlich eine qualifizierte Übersetzung anbieten können⁵⁸.

Geburtsverlauf

Durch die erhärtete und kaum dehnbare Zirkumzisionsnarbe im Vaginalbereich kann der heruntertretende kindliche Kopf den Geburtskanal nicht angemessen weiten. Die Folgen sind ein verlangsamter und äußerst schmerzhafter Geburtsverlauf sowie – bei Nicht-Eröffnung des Narbengewebes – ein unkontrollierbares Einreißen des Gewebes mit Verletzung von Gefäßen und Harnröhre sowie einer irreversiblen Schädigung der Nerven. Auch für das Kind ist der verlängerte Geburtsverlauf durch den dabei entstehenden Sauerstoffmangel sehr gefährlich.⁵⁹

Um die Geburt so schmerzfrei wie möglich zu gestalten, sollten die Untersuchungen der Vagina auf das Notwendige beschränkt bleiben. Wenn die Patientin zuvor einer Defibulation unterzogen wurde, ist von einem normalen Geburtsverlauf auszugehen. Für eine mediolaterale Episiotomie (Dammschnitt) gelten die üblichen Indikationen. Wenn die Patientin bisher keine Defibulation erhalten hat, kann die erste Phase der Geburt normal ablaufen. Während der zweiten Geburtsphase muss eine Inzision des infibulierten Bereichs unter Periduralanästhesie erfolgen. Eine lokale Anästhesie ist ebenfalls möglich.⁶⁰

Defibulation

Die Defibulation ist ein kontroverses Thema bei der Geburtshilfe. Einige Autorinnen und Autoren empfehlen eine systematische Defibulation im Verlauf der Schwangerschaft, im Allgemeinen während des zweiten und dritten Trimenons (Dreimonatszeitraum). Das Ziel dabei ist, insbesondere für unerfahrene medizinische Teams die während der Geburt auftretenden Probleme zu vermeiden. Studien⁶¹ haben jedoch gezeigt, dass dieses Vorgehen keinen Einfluss auf die Dauer der Geburt, die Zahl der Episiotomien oder Vaginalrisse, den Blutverlust, den Apgarscore oder die Dauer des Krankenhausaufenthaltes hat. Studien⁶² aus Ländern wie Großbritannien, in denen grundsätzlich eine Defibulation im zweiten Trimenon empfohlen wird, haben ergeben, dass die Frauen diesem Vorgehen kritisch gegenüberstehen. Gleiches wird aus der Schweiz berichtet⁶³. Es wird kritisch hinterfragt, warum ein zusätzlicher, schmerzhafter Eingriff im Verlauf der Schwangerschaft durchgeführt werden soll, wenn die gesamte Intervention auch (erst) im Zusammenhang mit der Geburt stattfinden kann. Auf jeden Fall ist eine Defibulation schon während der Schwangerschaft dann zu erwägen, wenn eine vaginale Untersuchung oder gegebenenfalls Katheterisierung – zur Kontrolle von Uricult, Proteinurie (krankhafte Eiweißausscheidung) etc. – überhaupt nicht möglich ist. Es ist entscheidend, die Frage der Defibulation mit der Schwangeren im Vorfeld zu besprechen, wenn möglich unter Einbeziehung ihres Partners. Das Erstgespräch muss so früh wie möglich während der Schwangerschaft erfolgen. Wenn eine Patientin im Gebärsaal zum ersten Mal mit der Frage der Defibulation konfrontiert ist, wird es ihr wahrscheinlich sehr viel schwerer fallen, ein Vorgehen zu akzeptieren, das ihr fremd ist und ihren Traditionen widerspricht.

Nachsorge

Die Nachsorgeuntersuchung sollte bei betroffenen Frauen zu einem früheren Zeitpunkt als gewöhnlich (drei bis vier Wochen nach der Geburt) stattfinden. Dabei sollte die Patientin die Möglichkeit haben, Fragen zu ihrer veränderten Anatomie und Physiologie zu stellen. Insbesondere muss sich die Patientin an die wesentlich verkürzten Zeiten für Miktion (Harnlassen) und Menstruation gewöhnen. Die Nachsorgeuntersuchung ist gleichzeitig eine Gelegenheit für das Gesundheitspersonal, um die positiven Aspekte der Veränderung zu verdeutlichen und ein Präventionsgespräch im Falle der Geburt eines Mädchens zu führen (Illegalität der Beschneidung in Deutschland, negative Konsequenzen für die körperliche und seelische Gesundheit). In einigen Fällen wird sich die Vermittlung einer psychologischen Unterstützung für einen längeren Zeitraum als hilfreich darstellen.⁶⁴

Ethik und Rechtslage⁶⁵

Rechtlich ist zwischen den verschiedenen Formen der (primären) Genitalbeschneidung und der Wundversorgung zu unterscheiden. Während Ersteres eine schwere Körperverletzung darstellt, ist Zweiteres eine medizinisch notwendige Maßnahme. Die Wundversorgung nach der Entbindung hat das Ziel, die geöffneten Narben sowie den Dammriss oder -schnitt zu versorgen.

Verlangen Frauen mit Infibulation nach erfolgter Aufklärung die Wiederherstellung des körperlichen Zustandes wie vor der Geburt, muss die Ärztin oder der Arzt die Behandlung ablehnen, da auch die Reinfibulation (Wiederherstellung der Infibulation) gemäß § 226 a StGB und § 228 StGB eine schwere Straftat darstellt.

Oberstes Pflegeziel muss sein, eine Re-traumatisierung zu vermeiden sowie die Mädchen und Frauen bei der Selbstpflege nach Operationen zur Behebung der Blut- und Urinabflussbehinderung und der Wiederherstellung der Kohabitationsfähigkeit (Fähigkeit zum Geschlechtsverkehr) zu unterstützen.⁶⁶

3.5 KINDERÄRZTINNEN UND KINDERÄRZTE

Das Alter, in dem Mädchen verstümmelt beziehungsweise beschnitten werden, variiert von Fall zu Fall.

Im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung sollte daher die Unversehrtheit der Genitalien kontrolliert oder eine bereits vorhandene Genitalverstümmelung/-beschneidung festgestellt werden. In den jeweiligen Elterngesprächen sollte einfühlsam, aber unmissverständlich auf die Wichtigkeit der körperlichen Unversehrtheit für die allgemeine Entwicklung des Kindes sowie die Strafbarkeit einer weiblichen Genitalverstümmelung/-beschneidung hingewiesen werden.

Bei Mädchen aus von FGM/C betroffenen Regionen sollte es bei jeder Untersuchung selbstverständlich sein, auch den Genitalbereich in die medizinische Untersuchung zu integrieren und ferner durchblicken zu lassen, dass von den Kinderärztinnen und Kinderärzten explizit auf die fortbestehende Unversehrtheit geachtet wird. Idealerweise sollte FGM/C ein weiteres Mal im Laufe der weiteren medizinischen Pflichtuntersuchungen mit der Familie thematisiert werden. Es kann nützlich sein, die Haltung der Mutter und des Vaters, gegebenenfalls auch jeweils einzeln, bezüglich FGM/C zu erfragen.⁶⁷

4. DIE PLASTISCH-CHIRURGISCHE WIEDERHERSTELLUNG DES ÄUSSEREN WEIBLICHEN GENITALS

Ein Beitrag von Priv.-Doz. Dr. med. Dan mon O'Dey, FEBOPRAS

Die Rekonstruktion der FGM/C stellt in direkter Konsequenz, vor dem Hintergrund der schwerwiegenden Folgen (siehe Kapitel 1.5.), eine kurative und medizinisch indizierte Maßnahme dar, deren genaue Inhalte sich nach der Radikalität der jeweiligen Genitalbeschneidung richten.

4.1 VORAUSSETZUNGEN

Die Rekonstruktion des verstümmelten äußeren weiblichen Genitals nach ritueller Beschneidung ist neben der klaren medizinischen Indikation durch den Willen zur Selbstbestimmung der betroffenen Frauen geprägt. Die technisch-operativen Maßnahmen sind aufwendig und müssen neben einer komplexen Form eine komplexe Funktion berücksichtigen, um dem geschlechtsspezifischen psychophysischen Stellenwert dieser Region gerecht zu werden.

Kinderwunsch vor Rekonstruktion

Im Falle des Kinderwunsches vor der Rekonstruktion sollte im Rahmen einer medizinischen Untersuchung in der Abteilung für plastisch-rekonstruktive Chirurgie oder Gynäkologie geprüft werden, ob die organischen Voraussetzungen des inneren und äußeren Genitals erfüllt sind. In diesem Rahmen ist neben gesundheitlichen Aspekten abzuwägen, ob eine Konzeption bedenkenlos möglich ist und/oder die Möglichkeit zur Geburt via naturalis (vaginale Entbindung) uneingeschränkt besteht. Etwaige Abweichungen sollten diskutiert und eine entsprechende Empfehlung ausgesprochen beziehungsweise eine Lösung angeboten werden.

Schwangerschaft vor Rekonstruktion

Im Falle einer vor einer Rekonstruktion bestehenden Schwangerschaft sollte im Rahmen einer medizinischen Untersuchung in der Abteilung für plastisch-rekonstruktive Chirurgie oder Gynäkologie insbesondere geprüft werden, ob ein Geburtshindernis besteht. Bei etwaiger Bestätigung eines Geburtshindernisses (wie narbig verengtes Vestibulum bei FGM Typ III) ist abzuwägen, ob eine einfache Eröffnung in Lokalanästhesie außerhalb der vulnerablen Phase effektiv Abhilfe schaffen könnte oder sicherheits halber – im Sinne der Mutter und des ungeborenen Kindes – primär eine Kaiserschnittentbindung geplant werden sollte. Weitere Planungen zur Rekonstruktion können nach der Schwangerschaft wieder aufgenommen werden beziehungsweise erfolgen.

Finanzierung und Einbinden der Krankenkassen

Aufgrund der besonderen Bedeutung und Wertigkeit der Genitalregion sollte deren Rekonstruktion insbesondere effektive und gleichsam spezialisierte Operationsverfahren berücksichtigen, um den Patientinnen die bestmögliche Voraussetzung für eine anatomische Normalisierung zu bieten⁶⁸. Letztere wird sich nicht nur physisch, sondern auch psychisch vorteilhaft auswirken. Die operative Rekonstruktion erfüllt daher alle Kriterien einer kurativen Medizin und hat nichts mit etwaigen ästhetischen Indikationen zu tun. Daher ist FGM/C auch im ICD-System (ICD: International Classification of Diseases) als körperliches Leid aufgeführt und fest verankert. In Deutschland werden bei bestehendem Versicherungsschutz daher die Kosten für eine operative Rekonstruktion sowohl von den gesetzlichen als auch den privaten Krankenkassen übernommen. Für die Patientinnen beginnt nach der Rekonstruktion in der Regel ein neues Leben, in dem sie sich vollständig als Frau fühlen und Beschwerdefreiheit erlangen können. Dies sind überaus positive Effekte, die sich vielfach nach innen und außen einschließlich der Gesundheit auswirken.

⁶⁸ O'Dey 2010

4.2 VORBEREITUNG

Patientinnen, die sich nach einer FGM/C zur Rekonstruktion vorstellen möchten, sollten entweder die sprachlichen Voraussetzungen mitbringen, sich in Deutsch oder einer Weltsprache – insbesondere Englisch – zu verständigen, oder jemand Vertrautes bitten, sie zum Übersetzen zu den wichtigen Gesprächen, die der operativen Vorbereitung dienen, zu begleiten. Neben dieser individuellen sprachlichen Voraussetzung und/oder Unterstützung können einrichtungsinterne Dolmetscherinnen oder Dolmetscher die Verständigung garantieren. Sie sollten entsprechend geschult und kulturell offen sein.

Die medizinische Konsultation

Im Rahmen der medizinischen Konsultation werden die Vorgeschichte, aktuelle Beschwerden, bestehende Probleme und der Befund aufgenommen sowie die operative Planung einschließlich des weiteren Vorgehens ausführlich mit der Patientin besprochen und festgelegt. Dabei ist es sehr wichtig, dass sich die Patientin über den Inhalt der Operation, deren Heilungspotenzial, Risiken sowie die nötigen prä- und postoperativen Verhaltensweisen bewusst wird.

Stellung der Spezialistin/des Spezialisten

Aufgrund der komplexen Anatomie des äußeren weiblichen Genitals und der jeweils individuellen lokalen Verhältnisse nach FGM/C sind eingehende anatomische Kenntnisse der Genitalregion, ein spezielles operativ-rekonstruktives Wissen, mikrochirurgische Fertigkeiten und kulturelles Einfühlungsvermögen unabdingbar. Die Konsultation einer beziehungsweise eines diesbezüglich erfahrenen Spezialistin oder Spezialisten stellt daher die größtmögliche Sicherheit für ein anatomisch gerechtes Ergebnis dar.

Gerade bei untypischen Befunden, wie sie häufig nach FGM Typ IV vorgefunden werden, und/oder unerwarteten Herkunftsländern der Betroffenen, sind eine profunde fachliche Erfahrung und Expertise wichtige Voraussetzungen, um auch nicht offensichtliche genitale Schäden zu erkennen, rekonstruktive Therapiemöglichkeiten aufzuzeigen und die Beschwerden der Patientinnen entsprechend zu lindern. In diesem Zusammenhang können sich auch kuriose Vorgeschichten auftun, wie die einer Betroffenen aus Afghanistan, der die kleinen Schamlippen zur Einschüchterung gewaltsam ab-/eingerissen wurden, nachdem sie ihre zwei Töchter vor der geplanten Beschneidung bewahren wollte.

4.3 INHALTE DER REKONSTRUKTION

Bei Amputationsbefunden bezüglich der Vulva, insbesondere bei FGM/C Typ III, sind komplexe Form- und Funktionsrekonstruktionen nötig, um eine anatomische Normalisierung zu erreichen. Letztere beinhalten die Wiedereröffnung und gewebezuführende Neuformung der Vulva und des Scheidenvorhofs (Vestibulum), die Bergung und Narbenbefreiung des meist auf Höhe der Corpora clitoridis lokalisierten Klitorisstumpfes, die mikrochirurgische Rekonstruktion und Neuformung einer Klitoris Spitze (Glans clitoridis) sowie die Einbettung Letzterer in eine ebenfalls neu zu formende kitorale Vorhaut (Praeputium clitoridis). Diese rekonstruktiven Inhalte sind zwar komplex, ermöglichen den betroffenen Mädchen und Frauen jedoch eine medizinisch optimale Wiederherstellung und damit die Wiedererlangung von Form und Funktion ihres äußeren Genitals.

Nach weiblicher Genitalbeschneidung Typ I – III nach WHO liegt meist eine Teilamputation der Klitoris auf Höhe der Corpora clitoridis vor. Im Zuge einer vom Autor (O'Dey) entwickelten Operationstechnik zur Rekonstruktion des Praeputiums namens OD-Lappenplastik (Omega-Domed Flap) wird gleichzeitig ein übersichtlicher Zugang zum Klitorisorgan gewährleistet⁶⁹. Nach Bergung des vernarbten Klitorisstumpfes kann dieser mittels einer weiteren Operationstechnik des Autors – benannt als NMCS-Prozedur (NMCS: Neurotization and Molding of the Clitoral Stump) – mikrochirurgisch rekonstruiert werden⁷⁰. Hierzu werden die Nervi clitoridis in die neu zu formende Klitoris Spitze reintegriert. Die neu geformte Klitoris Spitze wird dadurch zentral neurotisiert. Das Ergebnis ist eine zuverlässig gerichtete Reinnervation und somit eine funktionelle Rekonstruktion einer Glans clitoridis.

FGM/C Typ III nach WHO spiegelt die organisch gravierendste Form der rituellen weiblichen Genitalbeschneidung wider. Anatomisch besteht das Hauptproblem dabei in einem massiven Gewebeverlust. Um eine Normalisierung zu erreichen, muss folglich ein entsprechend ähnliches Gewebe hinzugefügt werden. Mittels einer neuen Operationstechnik des Autors, namens aOAP-Lappenplastik (aOAP: anterior Obturator Perforator flap), ist gerade bei ausgeprägten Weichteildefekten der Vulva und des Scheideneingangs ein vielseitiger rekonstruktiver Einsatz möglich, bei gleichzeitiger Gewährleistung einer sehr gewebeauthentischen und somit anatomisch gerechten Rekonstruktion dieser Region als ästhetische Einheit⁷¹. Im Rahmen des Wundverschlusses wird die Narbe der Entnahmestelle unter Wiederherstellung des Sulcus genitofemoralis annähernd unsichtbar platziert. So ergibt sich auch im Bereich der Lappenentnahmestelle ein natürliches und anatomisch gerechtes Bild.

4.4 STATIONÄRER UND AMBULANTER VERLAUF

Aufgrund der Komplexität des operativ-rekonstruktiven Eingriffes nach FGM/C, der erforderlichen Vorbereitungen und der komplexen postoperativen Begleitung der Patientinnen ist ein stationärer Klinikaufenthalt zu empfehlen. Unklarheit oder Unsicherheit im Umgang mit der wiedererlangten genitalen Form und Funktion können dadurch adäquat gelöst werden, ohne dass Ängste oder Umgangsfehler entstehen.

4.5 NACHUNTERSUCHUNGEN UND BEGLEITUNG

Da sich nach der Rekonstruktion von Form und Funktion in der Regel insbesondere ein neues, normalisiertes Körpergefühl ergibt, ist die Begleitung der Patientinnen ein wichtiges Thema. Im Rahmen von regelmäßigen Wiedervorstellungen über einen Einjahreszeitraum zählen Befundkontrollen mit Anleitung zur Narbenpflege ebenso zur Routineberatung wie Erläuterungen zur Empfindungskapazität des Klitorisorgans, zum Verhalten im Alltag und beim Verkehr oder eine Einschätzung möglicher vaginaler Entbindungen.

4.6 KINDERWUNSCH NACH REKONSTRUKTION

Im Falle eines Kinderwunsches nach der Rekonstruktion des äußeren weiblichen Genitals sollte prinzipiell die Phase der physiologischen Narbenreifung abgewartet werden. Eine Schwangerschaft ist daher vor Ablauf eines Jahres nach der Rekonstruktion nicht zu empfehlen. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass die komplexen rekonstruktiven Maßnahmen häufig erst die Voraussetzung für eine vaginale Entbindung schaffen. Im Rahmen einer medizinischen Untersuchung, die insbesondere in der Abteilung für plastisch-rekonstruktive Chirurgie oder Gynäkologie erfolgen kann, sollte geprüft werden, ob die organischen Voraussetzungen des inneren und äußeren Genitals erfüllt sind.

Eine Lösung dieses Problems kann für die werdende Mutter nur dann mit der größtmöglichen Sicherheit erfolgen, wenn die Entscheidung abgestimmt wird.

Auch in diesem Zusammenhang gilt, dass neben gesundheitlichen Aspekten abzuwägen ist, ob eine Konzeption bedenkenlos möglich ist und/oder die Möglichkeit zur Geburt via naturalis (vaginale Entbindung) uneingeschränkt erfolgen kann. Etwaige Abweichungen sollten diskutiert und eine entsprechende Empfehlung ausgesprochen beziehungsweise eine Lösung angeboten werden.

5. HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

	Internationale Ebene	Nationale Ebene	Regionale Ebene	Lokale Ebene	Community-Ebene
Aufbau multidisziplinärer Zusammenarbeit (Internationale Netzwerke, Bundesministerien, EU Institutionen)	●	●			
Aufbau multidisziplinärer Zusammenarbeit (Vernetzung der Runden Tische, bundesweit) mit INTEGRA		●			
Aufbau multidisziplinärer Zusammenarbeit (Runder Tisch, in Städten und ländlichen Regionen)			●		
Aufbau multidisziplinärer Zusammenarbeit (Runder Tisch Hamburg)				●	
Ausbildungsberufe für betroffene Frauen (mit geringeren Qualifikationen) im Gesundheitsbereich anbieten	●	●	●	●	●

Aufnahme einer Quote für von FGM/C betroffener Frauen im Bildungs- beziehungsweise Ausbildungssystem	●	●	●		
Anhørungsberatung sollte unbedingt vor der Anhörung beim BAMF stattfinden (bestenfalls noch vor dem Asylantrag)	●	●	●	●	
Anhørungsberatung		●	●	●	●
psychologische Therapie als Grundversorgung	●	●	●	●	
Schulungen beim BAMF sollten von psychologischen, pädagogischen und gynäkologischen Fachpersonal durchgeführt werden		●			
Schulungen für Dolmetschende im FGM/C-Bereich erweitern und mehr Dolmetscherinnen	●	●	●	●	●
Aufbau von Beratungsstellen (Beratung durch Migrantinnen und Migranten) im Bereich FGM/C	●	●	●	●	●
Capacity Building in den jeweiligen Communities, um sofortige Beratung für Betroffene zu gewährleisten	●	●	●	●	●
Schaffung eines Multiplikatoren-Netzwerks, das das Wissen auf lokaler, regionaler, nationaler und internationaler Ebene weitergibt	●	●	●	●	●
Empowerment der Betroffenen in den Communities	●	●	●	●	●
Legitimation der Schulungen für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Bereich FGM/C	●	●	●	●	
Vernetzung der Ärztinnen und Ärzte gegen FGM/C	●	●	●	●	●
Schulungen für Kinderärztinnen und -ärzte zum Thema FGM/C	●	●	●	●	
Schulungen für Flüchtlingshelferinnen und -helfer	●	●	●	●	●
Schulungen im Gesundheitsbereich		●			
Dokumentation der Reexzisionsfälle	●	●	●	●	●
Beratungsstellen für ambulante psychologische Hilfe als Kontaktmöglichkeit		●	●	●	
Nationale Datenbank von geschulten Dolmetschenden, die in Kooperation mit den Krankenkassen arbeiten		●			
Kostenübernahme der Krankenkasse für medizinisches Attest		●			
Expertenpool: Konsens über rechtsmedizinisches Gutachten	●	●	●	●	
langfristige transkulturelle Therapie	●	●	●	●	●
Gegen gesellschaftlichen Rassismus und berufliche Diskriminierung verstärkt handeln, da dies zur Isolation der Communities und zu einer erschwerten Sensibilisierungsarbeit mit den betroffenen führt.	●	●	●	●	●
	Internationale Ebene	Nationale Ebene	Regionale Ebene	Lokale Ebene	Community-Ebene

MEDIZINISCHES GLOSSAR

Abort/Abortus	Beendigung der Schwangerschaft vor der 24. SSW
Abruptio	Absichtlich herbeigeführte Beendigung einer Schwangerschaft
adipös	fettreich, verfettet
Adipositas	Vermehrung des Körperfetts über das Normalmaß hinaus
Amenorrhö	Zyklusstörung mit Ausbleiben der Menstruation
Anämie	Verminderung von Erythrozytenzahl, Hämoglobinkonzentration und/oder Hämatokrit
Anästhesie	Völlige Unempfindlichkeit gegen Schmerz-, Temperatur- und Berührungseize. Umgangssprachlich wird der Begriff auch für die Durchführung einer Narkose verwendet.
Anamnese	Krankengeschichte eines Patienten
Apgarscore/ Apgar-Index	Punkteschema zur Beurteilung des kindlichen Wohlergehens nach der Geburt
Atonie	Schlaffheit, Erschlaffung infolge fehlender Gewebespannung
caudal/kaudal	Schwanzwärts, fußwärts, abwärts liegend
Corpus clitoridis	Klitorischaft, der einen Teil des Corpus cavernosum clitoridis enthält. Er befindet sich zwischen den Klitorisschenkeln (Crus clitoridis) und der Klitoriseichel (Glans clitoridis)
cranial/cranialis/ kranial	Zum Kopf gehörend bzw. kopfwärts oder scheidelwärts
Defibulation	Im Rahmen genitaler Verstümmelung vorgenommene operative Eröffnung des durch Infibulation verschlossenen Ostium vaginae
Drucknekrosen	Durch Druckeinwirkung abgestorbener Gewebebezirk
Dysmenorrhö	Primär (seit der Menarche) oder sekundär schmerzhafte Menstruation (z. T. kolik- bzw. wehenartig)
Dyspareunie	Seit mindestens 6 Monaten bestehende ständige oder sehr häufige Schmerzen unterschiedlicher Genese bei Frauen oder Männern während des Koitus im Bereich des Genitales und im kleinen Becken
Episiotomie	Geburtshilflicher operativer Eingriff zur Erweiterung des Beckenausganges (Dammschnitt)
Eumenorrhö	Menstruation von normaler Stärke und 3- bis 7-tägiger Dauer
genitofemoralis (Nervus genitofemoralis)	Gemischter Nerv aus dem Plexus lumbalis (Nervengeflecht im Bereich der Lendenwirbelsäule)

Gestationsdiabetes	Erstmals in der Schwangerschaft auftretende gestörte Glukosetoleranz der Mutter
Glans clitoridis	Eichel der Klitoris, in der die beiden Klitorisschwellkörper zusammenlaufen
Hypertonie	Spannungs- oder Druckerhöhung über den physiologischen Wert hinaus, z. B. der Muskulatur, des Hirndrucks oder des Drucks in Blutgefäßen
Infibulation	Genitale Verstümmelung mit partiellem Verschluss des Scheideneingangs durch Ringe oder Klammern bzw. durch Vernarbung nach Verstümmelung und Naht
Introitus vaginae	Äußerer Eingang zur Vagina, der sich im Scheidenvorhof (Vestibulum vaginae) befindet
Inzision	Durchtrennung körpereigenen Gewebes oder Eröffnung eines pathologisch entstandenen Hohlraums, z. B. zur Behandlung eines Abszesses
Keloid	Derbe, platte oder strangförmige, manchmal juckende Bindegewebswucherung
Klitorisspitze	Weibliches erektilen Genitale am vorderen Ende der kleinen Schamlippen
Kohabitationsfähigkeit	Im engeren, traditionellen Sinn heterosexueller Geschlechtsverkehr mit Einführen des Penis in die Vagina
Konzeption	Befruchtung durch Verschmelzung von Samen und Eizelle
Kraurosis	Veraltete Bezeichnung für atrophisch-sklerosierende Dystrophie (Schrumpfungszustand) der Übergangsschleimhäute, besonders im Genitalbereich (Craurosis vulvae bzw. Craurosis penis). Dabei kommt es zu starkem Juckreiz
Labia maiora/ Labia maiora pudendi	äußere Schamlippen
Labia minora/ Labia minora pudendi	kleine Schamlippen
Labium minus/ Labium minus pudendi	Paarige Hautfalten, als Teil der Vulva zum äußeren Genital zählend
LSA	(Engl.: Liebowitz Social Anxiety) Fremdbeurteilungsverfahren zur Erfassung von sozialer Angst
Lubrikation	Transsudation einer mukoiden Substanz (Gleitsubstanz) durch das Vaginalepithel während der sexuellen Erregungsphase

mediolaterale Episiotomie	Die mediolaterale Episiotomie wird ausgehend vom Mittelpunkt im 45°-Winkel vorgenommen und kann wegen der fehlenden Begrenzung durch den After länger geführt werden, was zu einem höheren Raumgewinn führt
Menarche	Erstes Auftreten der Menstruation in der Pubertät zwischen 9. und 16. Lebensjahr in den westlichen Industriestaaten
Miktion	Harnlassen bzw. Entleerung der Harnblase
Nervi clitoridis	Von Bindegewebe umgebene Bündel aus Nervenfasern, die der Erregungsleitung dienen
Neurotisation	Regeneration, Neubildung eines durchtrennten Nervs
Nulligravida	Lateinische Bezeichnung für eine Frau, die noch nie schwanger war
Orificium externum urethrae	äußere Harnröhrenöffnung
orthotop	Örtlich übereinstimmend, z. B. orthotope Transplantation eines Organs
Ovarteilresektion	Operative Entfernung einer weiblichen Keimdrüse (Eierstock)
palpabel	unter der Haut fühlbar (z. B. von Organen), greifbar, tastbar
palpieren	abtasten, betastend untersuchen
Pap-Abstrich	Papanicolaou-Abstrich / Gynäkologischer Abstrich mit anschließender Spezialfärbung (Papanicolaou-Färbung) zur Zytodiagnostik
Periduralanästhesie	PDA, zentrale rückenmarksnahe Leitungsanästhesie
Perinealriss	das Einreißen des Damms, meist auch des vorderen Scheidendrittels
Perineum	Struktur aus Muskelfasern und Bindegewebszügen zwischen Anus und Skrotum (Mann) bzw. Vagina (Frau)
Präputium clitoridis	Klitorisvorhaut
Proteinurie	Ausscheidung von Proteinen im Harn
Pubes	Schamhaare, Schamgegend
Reinfibulation	erneute genitale Verstümmelung mit partiellem Verschluss der Vorhaut des Scheideneingangs durch Ringe oder Klammern bzw. durch Vernarbung nach Verstümmelung und Naht
Reinnervation	die durch Nervenregeneration erfolgende Wiederherstellung der nervalen Versorgung

Resektion	Operative Entfernung eines (kranken) Organteils
Sepsis	Komplexe systemische Entzündungsreaktion auf eine Infektion mit Gefährdung von Vitalfunktionen (Blutvergiftung)
SGA	(Engl.: Small for Gestational Age) mangelhaftes, unterdurchschnittliches Größenwachstum
Spontanpartus	spontane Geburt, Entbindung, Fehlgeburt
SSW	Tatsächliche Dauer der Gravidität (Schwangerschaftsdauer)
subcutan	unter der Haut
Sulcus	Furche oder Rinne, z. B. an der Hirnoberfläche die Begrenzung der Hirnwindungen
Trimenon	Zeitraum von 3 Monaten. Die Schwangerschaft wird in 3 Trimester eingeteilt: erstes Trimenon bis zur 12. SSW, zweites Trimenon von der 13. bis zur 28. SSW, drittes Trimenon ab der 29. SSW bis zur Geburt (40. SSW)
Umbilicalhernie	Angeborene oder erworbene, oft schmerzlose Hernie, die durch den Nabelring (Anulus umbilicalis) tritt (Nabelhernie, Nabelbruch)
Uricult	bakteriologische Diagnostik von Harnwegsinfekten
Uterusruptur	Riss der Gebärmuttermuskulatur, tritt in der Schwangerschaft (selten) oder unter der Geburt auf
Vestibulum	Eingangsbereich, Vorhof einer Struktur oder Körperhöhle, z. B. Vestibulum vaginae (Scheidenvorhof)
Virgo	Jungfrau
VU	Vorsorgeuntersuchung/vaginale Untersuchung
Zirkumzision	Beschneidung
Zirkumzisionsnarbe	Narbe aufgrund der Beschneidung

Quellen:
Vgl. www.pschyrembel.de (Abruf: 03.11.2018)
Vgl. www.duden.de (Abruf: 03.11.2018)

Quellen und weiterführende Literatur

Amtsblatt der Europäischen Union (Hg.) (2012): Richtlinie 2012/29/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 25. Oktober 2012 über Mindeststandards für die Rechte, die Unterstützung und den Schutz von Opfern von Straftaten sowie zur Ersetzung des Rahmenbeschlusses 2001/220/JI. Online verfügbar unter <https://www.frauenrechte.de/online/images/downloads/frauenhandel/EU-Opferschutzrichtlinie.pdf>.

Amtsblatt der Europäischen Union (Hg.) (2013): Richtlinie 2013/33/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen. Online verfügbar unter <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=celex%3A32013L0033>.

Behrendt, Alice (2011 a): Afrikanische Stimmen zur weiblichen Genitalverstümmelung in Hamburg: Kenntnisse, Einstellungen und Praktiken. Hg. v. Plan International Deutschland e. V. Online verfügbar unter <https://www.change-agent.eu/index.php/download/german?download=1:afrikanische-stimmen-zur-weiblichen-genitalverstuemmung-in-hamburg-kenntnis-einstellungen-und-praktiken>.

Behrendt, Alice (2011 b): Listening to African Voices. Female Genital Mutilation/Cutting among Immigrants in Hamburg: Knowledge, Attitudes and Practice. Hg. v. Plan International Deutschland e. V. Online verfügbar unter https://www.frauenrechte.de/online/images/downloads/fgm/plan_listening_to_african_voices_2011.

Berg, Rigmor C.; Denison, Eva; Fretheim, Atle (2010): Psychological, Social and Sexual Consequences of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C). A Systematic Review of Quantitative Studies. Oslo.

Berg, Rigmor C.; Underland, Vigdis; Odgaard-Jensen, Jan; Fretheim, Atle; Vist, Gunn E. (2014 a): Effects of female genital cutting on physical health outcomes. A systematic review and meta-analysis. In: *BMJ open*, Volume 4 - 11. Online verfügbar unter <https://bmjopen.bmj.com/content/4/11/e006316>

Berg, Rigmor C.; Odgaard-Jensen, Jan; Fretheim, Atle; Underland, Vigdis; Vist, Gunn (2014 b): An updated systematic review and meta-analysis of the obstetric consequences of female genital mutilation/cutting. In: *Obstetrics and Gynecology International*. Online verfügbar unter <https://doi.org/10.1155/2014/542859>.

Bundesärztekammer (Hg.) (2016): Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung (female genital mutilation Abk.: FGM). Online verfügbar unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Empfehlungen/2016-04_Empfehlungen-zum-Umgang-mit-Patientinnen-nach-weiblicher-Genitalverstuemmung.pdf.

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (Hg.) (2017): Gesetz im Internet. Asylgesetz. Online verfügbar unter https://www.gesetze-im-internet.de/asylvfg_1992/index.html#BJNR111260992BJNE016300311

Boldt, Julia; Fuhrmann, Gabriele; Gerhard, Maria; Gindorf, Beatrix; Maris-Popescu, Paul; Schmitz, Roland; Schulze, Gisela (2013): Intervention bei weiblicher Genitalverstümmelung. Handlungsempfehlung der Hamburger Jugendämter. Anlage zur Arbeitsrichtlinie zum Schutzauftrag nach § 8 a SGB VIII. Hg. v. Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration. Online verfügbar unter <https://www.frauenrechte.de/online/images/downloads/fgm/hh-intervention-bei-weiblicher-genitalverstuemmung.pdf>.

Deutscher Bundestag (Hg.) (2018): Antwort der Bundesregierung, auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Nicole Höchst, Franziska Gminder, Jürgen Pohl, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD – Drucksache 19/1447 – „Beschneidungen von Frauen in Deutschland“. Online verfügbar unter <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/19/016/1901641.pdf>.

Deutscher Bundestag (Hg.) (2018 a): Weibliche Genitalverstümmelung im menschenrechtlichen Kontext. Völkerrechtliche Vorgaben und Anforderung an deren nationale Umsetzung. Wissenschaftliche Dienste. Online verfügbar unter <https://www.bundestag.de/blob/557652/45473f1d675e8544357d-02bfa60a55b4/wd-2-034-18-pdf-data.pdf>.

Deutscher Bundestag (Hg.) (2018 b): Strafbarkeit der Beschneidung von Mädchen, insbesondere in Fällen mit Auslandsbezug. Online verfügbar unter <https://www.bundestag.de/blob/557600/f56055a9a0d7a4d-c25096a798d8c8569/wd-7-075-18-pdf-data.pdf>.

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (Hg.) (2011): Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach Weiblicher Genitalbeschneidung/Genitalverstümmelung (Female Genital Cutting/Mutilation, FGC/FGM). Online verfügbar unter <https://www.frauenrechte.de/online/images/downloads/fgm/2012-02-FGC-FGM-DGGG-TDF-AKF.pdf>.

END FGM Netzwerk (Hg.) (2016): FGM innerhalb der EU-Asylrichtlinien. Qualifikation, Verfahren und Aufnahmebedingungen. Leitlinien des END FGM Netzwerks für die Zivilgesellschaft. Online verfügbar unter http://www.endfgm.eu/editor/files/2017/03/Qualification_Procedures_and_Reception_Conditions_DE-email.pdf.

Europäisches Parlament (Hg.) (2012): Genitalverstümmelung bei Frauen und Mädchen. Entschließung des Europäischen Parlaments vom 14. Juni 2012 zur Ausmerzung der Genitalverstümmelung bei Mädchen und Frauen. Online verfügbar unter <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2012-0261+0+DOC+XML+V0//DE>.

European Parliament (Hg.) (2018): Zero Tolerance for female genital mutilation. European Parliament resolution of 7 February 2018 on zero tolerance for Female Genital Mutilation (FGM) (2017/2936(RSP)). Online verfügbar unter http://www.endfgm.eu/editor/files/2018/03/EP_resolution_on_FGM_7.2.18_1.pdf.

Europäische Kommission (Hg.) (2013): Mitteilung der Kommission an das Europäische Parlament und den Rat/Abschaffung der weiblichen Genitalverstümmelung (FGM). Online verfügbar unter <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2013:0833:FIN:DE:PDF>.

Europäisches Institut für Gleichstellungsfragen (EIGE) (2017): Female genital mutilation. Online verfügbar unter <http://eige.europa.eu/gender-based-violence/eiges-studies-gender-based-violence/female-genital-mutilation>.

Europäisches Institut für Gleichstellungsfragen (EIGE) (2013): Aktuelle Situation. Weibliche Genitalverstümmelung in Deutschland. Publications Office. Online verfügbar unter http://eige.europa.eu/sites/default/files/documents/current_situation_and_trends_of_female_genital_mutilation_in_germany.pdf.

Europäisches Parlament (Hg.) (2009): Entschließung des Europäischen Parlaments vom 24. März 2009 zur Bekämpfung der Genitalverstümmelung bei Frauen in der Europäischen Union. Online verfügbar unter <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2009-0161+0+DOC+XML+V0//DE>.

FORWARD (Hg.) (2012): Traditional and local terms for FGM. Online verfügbar unter <http://www.forwarduk.org.uk/key-issues/fgm/definitions>.

Graf, Janna (2012): Weibliche Genitalverstümmelung und die Praxis in Deutschland: Hintergründe, Positionen zur Ethik, ärztliche Erfahrungen. Dissertation. Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU). Online verfügbar unter <https://opus4.kobv.de/opus4-fau/frontdoor/index/docId/2215>.

Gruber, Franziska; Kulik, Katrin; Binder, Ute (2005): Studie zu weiblicher Genitalverstümmelung. Hg. v. TERRE DES FEMMES – Menschenrechte für die Frau e. V. Online verfügbar unter <https://www.frauenrechte.de/online/images/downloads/fgm/EU-Studie-FGM.pdf>.

DIMDI, im Auftrag des BMG (Hg.) (2014) ICD-10: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. Ausgabe 10. Z91.7 – Weibliche Genitalverstümmelung in der Eigenanamnese. Online verfügbar unter <http://www.icd-code.de/icd/code/Z91.-.html>.

INTEGRA (Hg.) (2017): Eine empirische Studie zu Genitalverstümmelung in Deutschland. Daten – Zusammenhänge – Perspektiven. Online verfügbar unter <https://www.netzwerk-integra.de/startseite/studie-fgm/>.

Kuckert, Andrea; Sagawe, Angelina; Weskamm, Andrea; Zielke-Nadkarni, Andrea (2008): Genitalverstümmelung an Mädchen und Frauen – Hintergründe und Hilfestellung für professionell Pflegenden. Hg. v. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) e. V. Online verfügbar unter <https://www.frauenrechte.de/online/images/downloads/fgm/DBfK-Broschuere-FGM.pdf>.

Lavazzo, Christos; Sardi, Thalia A.; Gkegkes, Ioannis D. (2013): Female genital mutilation and infections. A systematic review of the clinical evidence. In: *Archives of Gynecology and Obstetrics* 287 (6), S. 1137–1149.

National FGM Centre (Hg.) (o. J. a): Traditional Terms for Female Genital Mutilation. Online verfügbar unter <http://nationalfgmcentre.org.uk/wp-content/uploads/2018/02/FGM-Terminology-for-Website.pdf>.

National FGM Centre (Hg.) (o. J. b): World FGM Interactive Map. Online verfügbar unter <http://nationalfgmcentre.org.uk/world-fgm-prevalence-map>.

O'Dey, Dan mon; Bozkurt, Ahmet; Pallua, Norbert (2010): The anterior Obturator Artery Perforator (aOAP) flap. Surgical anatomy and application of a method for vulvar reconstruction. In: *Gynecologic oncology* 119 (3), S. 526–530.

O'Dey, Dan mon (2017): Die komplexe Rekonstruktion der Vulva nach weiblicher Genitalverstümmelung/ Genitalbeschneidung. In: *Der Urologe*. Ausg. A 56 (10), S. 1298–1301.

Prechtel, Günter (2017): Die Bedeutung der Glaubwürdigkeit und des persönlichen Eindrucks für die Beweiswürdigung. In: *Zeitschrift für Internationale Strafrechtsdogmatik* (4), S. 381–395.

Richter, Gritt (2001): Weibliche Genitalverstümmelung – ein Thema für Hebammen? Hg. v. Bund Deutscher Hebammen e. V. Online verfügbar unter <https://www.frauenrechte.de/online/images/downloads/fgm/Hebammenkongress.pdf>.

Streng, Dorin Katharina (2013): Traumatisierung durch weibliche Genitalverstümmelung. Ein Prozessmodell unter besonderer Berücksichtigung der Migration. In: *Trauma und Gewalt* 7 (4), S. 324–337.

Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (Hg.) (Stand 2005/ratifiziert 2013): Patientinnen mit genitaler Beschneidung: Schweizerische Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegefachkräfte. Online verfügbar unter https://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/3_Fachinformationen/2_Guidelines/De/Patientinnen_mit_genitaler_Beschneidung_2005.pdf.

stop mutilation e. V. (Hg.) (2013): Leitfaden für medizinische Fachkräfte. Online verfügbar unter http://www.stop-mutilation.org/library/pdf/leitfaden_medizinische_fachkraefte.pdf.

stop mutilation e. V. (Hg.) (2015): Leitfaden für Polizei, Juristen und Behörden. Düsseldorf.

stop mutilation e. V. (Hg.) (2016): Leitfaden für Fachkräfte und Ehrenamtliche in der Flüchtlingsarbeit. Düsseldorf.

stop mutilation e. V. (Hg.) (2017): Leitfaden für Ärzte, Psychologen, Hebammen und Pflegekräfte. Düsseldorf.

TERRE DES FEMMES – Menschenrechte für die Frau e. V. (Hg.) (2017): Weibliche Genitalverstümmelung – Aufklärung, Prävention und Umgang mit Betroffenen. Berlin.

TERRE DES FEMMES – Menschenrechte für die Frau e. V. (Hg.) (2018): Dunkelzifferstatistik zu weiblicher Genitalverstümmelung in Deutschland. Online verfügbar unter <https://www.frauenrechte.de/online/index.php/themen-und-aktionen/weibliche-genitalverstuemmung2/unser-engagement/aktivitaeten/1787-dunkelzifferstatistik-zu-weiblicher-genitalverstuemmung>.

UNHCR (Hg.) (2003): Sexual and Gender-Based Violence Against Refugees, Returnees and Internally Displaced Persons. Guidelines for Prevention and Response. Online verfügbar unter https://www.unicef.org/emerg/files/gl_sgbv03.pdf.

UNHCR (Hg.) (2013): Too much pain. Female Genital Mutilation & Asylum in the European Union. A Statistical Overview. Online verfügbar unter <https://www.change-agent.eu/index.php/download/english?download=54:too-much-pain-female-genital-mutilation-asylum-in-the-european-union-a-statistical-overview&start=20>.

UNHCR (Hg.) (2014): Female Genital Mutilation and Asylum in the European Union. A Statistical Update (March 2014). Online verfügbar unter <http://www.unhcr.org/53187f379.pdf>.

UNICEF (Hg.) (2016): FGM Country Profiles. Online verfügbar unter <https://data.unicef.org/resources/female-genital-mutilation-cutting-country-profiles>.

UNICEF (Hg.) (2018 a): Female genital mutilation. Online verfügbar unter <https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/#more--1556>.

UNICEF (Hg.) (2018 b): Global Database. Female Genital Mutilation / Cutting (FGM/C). Online verfügbar unter https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2015/12/FGMC-Women-prevalence-database_Feb-2018.xlsx.

Vloeberghs, Erick; van der Kwaak, Anke; Knipscheer, Jeroen; van den Muijsenbergh, Maria (2012): Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in The Netherlands. In: *Ethnicity & health* 17 (6), S. 677–695.

WHO (2006): Female genital mutilation and obstetric outcome. WHO collaborative prospective study in six African countries. In: *The Lancet* 367 (9525), S. 1835–1841.

WHO (Hg.) (2016): WHO Guidelines on the Management of Health complications from Female Genital Mutilation. Online verfügbar unter <https://www.change-agent.eu/index.php/download/english?download=154:who-guidelines-on-the-management-of-health-complications-from-female-genital-mutilation&start=40>.

Zerm, Christoph (2007): Weibliche genitale Beschneidung – Umgang mit Betroffenen und Prävention. Empfehlungen für Angehörige des Gesundheitswesens und weitere potentiell involvierte Berufsgruppen. Hg. v. AG Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit. Online verfügbar unter <https://www.frauenrechte.de/online/images/downloads/fgm/EmpfehlungenFGM-2007.pdf>.

Zinka, Bettina; Bormann, Claudia; Graw, Matthias; Ackermann, Ines. (2018 a): Morphologische Befunde nach Verstümmelung des weiblichen Genitales. In: *Gynäkologie* 51 (5), S. 433–444.

Zinka, Bettina; Ackermann, Ines; Bormann, Claudia; Graw, Matthias (2018 b): Würden Sie eine weibliche Genitalverstümmelung erkennen? In: *gynäkologie + geburtshilfe* 23 (3), S. 40–41.

Informationsportale

Migrationsrecht.net (Hg.): Gesetze Ausländerrecht (Deutschland). Sammlung aktueller Gesetze. Online verfügbar unter <https://www.migrationsrecht.net/gesetze-auslaenderrecht.html>.

WEIBLICHE GENITALVERSTÜMMELUNG/-BESCHNEIDUNG IN ANDEREN SPRACHEN⁷²

Land	Sprache	Bezeichnung	Bedeutung
Ägypten	Arabisch	khitan	Beschneidung
		khifad	Vom arabischen Wort „khafad“, das bedeutet senken (wird eher selten verwendet)
		thara	Säubern/Reinheit
Äthiopien	Amharisch	megrez	Beschneidung/Schneiden
	Harrari	absum	Name des Rituals
Benin	Französisch	excision	Exzision (Herausschneiden)
Burkina Faso	Französisch	excision	Exzision (Herausschneiden)
Burundi	Französisch	excision	Exzision (Herausschneiden)
	Swahili	tohara kwa wanawake	Beschneidung einer Frau
Demokratische Republik Kongo	Swahili	kukeketwa	weibliche Beschneidung
	Swahili	tohara kwa wanawake	Beschneidung einer Frau
Dschibuti	Französisch	excision	Exzision (Herausschneiden)
	Swahili	gudnin	Beschneidung
Elfenbeinküste	Französisch	excision	Exzision (Herausschneiden)
	Englisch	excision	Exzision (Herausschneiden)
Eritrea	Tigreña	mekhnishab	Beschneidung/Schneiden
	Amharisch	grazate	Beschneidung
Gambia	Mandinka	niaka	Wörtlich Schneiden/Säubern
		kuyungo	Die „Angelegenheit“/auch Hütte, wo die Initiation stattfindet
		musolula karoola	Die Vorderseite der Frau/das, was sie ausmacht
Ghana	Englisch	female circumcision	Weibliche Beschneidung
Guinea	Englisch	female circumcision, excision	Weibliche Beschneidung Exzision (Herausschneiden)
	Französisch	excision	Exzision (Herausschneiden)
Guinea-Bissau	Kreol	fanado	Beschneidung
		fanadu di mindjer	Mädchenbeschneidung
Indien	Lisan ud-Dawat (Dialekt Gujarati)	khatnauracion	Beschneidung
Indonesien	Malay	sunat perempuan	Weibliche sunnah oder Tradition
		sunat	Beschneidung
Iran	Kurdisch Sorani	khatana (خنته)	Beschneidung
	Farsi	sunat	Beschneidung
Irak Kurdistan		khatana (خه ته نه)	Beschneidung
Java	Javanesisch	kres	Schraffierung/Stechen
		tetesan	
Jemen	Arabisch	al-takmeed (التكميد)	Kompression
Kenia	Swahili	kutairi	Beschneidung
		kutairi was ichana	Mädchenbeschneidung
		kukeketwa	Weibliche Beschneidung
		tohara kwa wanawake	Frauenbeschneidung
Kolumbien	Embera	curación	Heilung/Behandlung
Malawi	Englisch	initiation	Schritt ins Erwachsenenleben

⁷² Vgl. National FGM Centre (o. J. a); FORWARD 2012

Land	Sprache	Bezeichnung	Bedeutung
Malaysia	Malay	wajib sunnah	Jede von Allah (Gott) kommende religiöse Pflicht Religiöse Tradition/Pflicht (für Muslime)
Malediven	Divehi	sunnah	Religiöse Tradition/Pflicht (für Muslime)
Mali	Französisch/Bambara	selidjili bolokoli sunna	Reinigungsritual, Ablution (religiöse Waschung) Seine Hände waschen Religiöse Tradition/Pflicht (für Muslime)
	Französisch	excision	Exzision (Herausschneiden)
Mosambik	Swahili	tohara kwa wanawake kukeketwa	Frauenbeschneidung Weibliche Beschneidung
		kaciyar mata	Weibliche Beschneidung
Niger	Hausa	kaciyar mata	Weibliche Beschneidung
Nigeria	Igbo	ibi/ugwu	Der Akt des Schneidens
	Yoruba	dida abè fun omobirin	weibliche Beschneidung
	Ibo	isa aru	Baden vor Entbindung
	Mandingo	sunna	Religiöse Tradition/Pflicht (für Muslime)
Oman	Arabisch	khifad (خفاد) badhr (بضر)	Beschneidung Klitoris
		khatna	Beschneidung
Pakistan	Urdu	khatna	Beschneidung
Panama	Embera	curación	Heilung/Behandlung
Peru	Embera	curación	Heilung/Behandlung
Philippinen	Filipino	pag-islam/tuli sunnah	Beschneidung Religiöse Tradition/Pflicht (für Muslime)
		bukgukuna imishino guca imyeyo	Labia (Schamlippen) Dehnung
Saudi-Arabien	Arabisch	sunnah	Religiöse Tradition/Pflicht (für Muslime)
Sierra Leone	Soussou	sunna	Religiöse Tradition/Pflicht (für Muslime)
	Mendee	bondo/sonde	Integrierter Bestandteil des Initiationsritus (für Nicht-Muslime)
	Mandinka	halalays	Erlaubt – impliziert Reinheit
	Mandingo, Limba, Temenee	bondo	Integrierter Bestandteil des Initiationsritus (für Nicht-Muslime)
Simbabwe	Arabisch	u kwevha sunnah	Dehnung der inneren Schamlippen Religiöse Tradition/Pflicht (für Muslime)
		sunat perempuan sunat khitan perempuan	Weibliche Sunna/Beschneidung oder Tradition Beschneidung Weibliche Beschneidung
Somalia	Somali	gudiniin halalays qodiin	Beschneidung Vom arabischen „halal“, bedeutet erlaubt – impliziert Reinheit (verwendet im nördlichen Teil) Einstechen/Straffen/Nähen – in Bezug zur Infibulation
		sunnah	Religiöse Tradition/Pflicht (für Muslime)
		khifad tahoor takhor	Senken Reinigung/Reinheit/Beschneidung Reinigung/Reinheit/Beschneidung

Land	Sprache	Bezeichnung	Bedeutung
Tansania	Swahili	kukeketwa	Weibliche Beschneidung
		tohara kwa wanawake	Frauenbeschneidung
	Malay	sunat perempuan	Weibliche Sunna/Beschneidung oder Tradition
		sunat	Beschneidung
Tschad	Nilo Sudanisch (Gruppe Sara Madjingaye)	bagne	Traditionelle weibliche Initiation
		gadja	Abgeleitet von „ganza“, verwendet in der Zentralafrikanischen Republik
Togo	Englisch	female circumcision	Weibliche Beschneidung
	Französisch	excision	Exzision (Ausschneiden)
Türkei	Türkisch	kadin sunneti	Frauenbeschneidung
Uganda	Swahili	sunnah	Religiöse Tradition/Pflicht (für Muslime)
		kukeketwa	Weibliche Beschneidung
		tohara kwa wanawake	Frauenbeschneidung
Zentralafrikanische Republik	Französisch/Sango	ganza	Beschneidung

Hinweis: Übersetzungen sind generell nicht immer eindeutig und daher auch interpretativ. Dies trifft auch hier zu.

SONDERSPRECHSTUNDE FÜR GEFLÜCHTETE FRAUEN IM ZUSAMMENHANG MIT FGM UND WEITEREN MENSCHENRECHTSVERLETZUNGEN

Deutsch/Englisch/Französisch/...../Übersetzerin:

Fragebogen Sondersprechstunde für geflüchtete Frauen im Zusammenhang mit FGM und weiteren Menschenrechtsverletzungen

Datum: **Uhrzeit:** **Stadt:**

Name: **Vorname:**

Geburtsdatum: **Volkszugehörigkeit/Ethnie:**

Herkunftsland: **Religionszugehörigkeit:**

Wo genau geboren/aufgewachsen (Stadt/Gebiet):

Familie/Geschwister (wieviele, wer lebt (noch) und wo): Schwestern: Brüder:

Mutter an welcher Stelle steht sie?

Vater

Ausbildung (Schule bis Kl./Abschluss: /Berufsausbildung)

Wann vom Heimatland ausgereist: Transportmittel: **Seit wann in Deutschland:**

..... Landweg/ Flug/

Grund der Ausreise: ggf. Fortsetzung Rückseite! (droh.) **Zwangsehe** (...) wann:

FGM in welchem Alter: **Menschenhandel/Zwangsprostitution (...)**

(Vergewaltigung/en wann, wo)

Operationen, schwere Erkrankungen:

Menarche: J.; Zyklus: nicht erinnerlich un-/regelm. mtl./; **Eu-/Dys-Menorrhoe;** **LP:**

Schwangerschaft: **Sp.-/Sectio-Partus:**

Abortus:

Kinder (welche?) mit ihr in D?

Statur: schlank / mittel / kräftig / adipös (ca. cm / lt. Ausweis) **Verd. a. PTBS (...)**

untersetzt

Bereits anwaltlich vertreten? Name/Anschrift der RAin/des RA:

Wem soll das Gutachten geschickt werden? E-Mail-Adresse? Wer erhält die Rechnung?

Derzeitige Adresse:

Telefon:

Dolmetscherin/Dolmetscher:

Kommt allein/mit **Betreuerin:**

Betreuende Organisation:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

PLAN INTERNATIONAL

Plan International ist eine religiös und weltanschaulich unabhängige Hilfsorganisation, die sich weltweit für die Chancen und Rechte der Kinder engagiert: effizient, transparent, intelligent. Seit mehr als 80 Jahren arbeiten wir daran, dass Mädchen und Jungen ein Leben frei von Armut, Gewalt und Unrecht führen können. Dabei binden wir Kinder in über 70 Ländern aktiv in die Gestaltung der Zukunft ein. Die nachhaltige Gemeindeentwicklung und Verbesserung der Lebensumstände in unseren Partnerländern ist unser oberstes Ziel. Wir reagieren schnell auf Notlagen und Naturkatastrophen, die das Leben von Kindern bedrohen. Die nachhaltigen Entwicklungsziele der Vereinten Nationen bestärken uns in unserem Engagement für die Gleichberechtigung von Mädchen und Frauen. Unser globales Ziel: 100 Millionen Mädchen sollen lernen, leiten, entscheiden und ihr volles Potenzial entfalten.



Gibt Kindern eine Chance

**Plan International
Deutschland e.V.**

Bramfelder Straße 70
22305 Hamburg

Tel.: +49 (0) 40 61140 - 0
Fax: +49 (0) 40 611 40 - 140
E-Mail: info@plan.de

www.plan.de

gefördert vom



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend