



FGM_C

DOKUMENTATION



IN VIA



SKF



caritas

FGM_C – ein Thema in Beratungsfeldern der verbandlichen Caritas?!
vom 21.10.2019 bis 22.10.2019 in Frankfurt a.M.

FGM_C wird in den meisten Ländern als schwere Menschenrechtsverletzung rechtlich verurteilt, da die Praxis das Recht auf körperliche und psychische Unversehrtheit der Betroffenen erheblich verletzt. Dennoch schätzt die Weltgesundheitsorganisation (WHO), dass weltweit mehr als 200 Millionen Mädchen und Frauen von weiblicher Genitalbeschneidung und -verstümmelung betroffen sind. UNICEF zufolge wird FGM_C in 30 Ländern an Mädchen im Alter von 0 bis 15 Jahren durchgeführt – vornehmlich in Afrika und im Nahen Osten, aber auch in Asien und Südamerika. Mit dem Zuzug von Menschen aus FGM_C-Risikoländern steigt die Zahl der beschnittenen Frauen auch in Deutschland.

Mit der Fachtagung „FGM_C – ein Thema in Beratungsfeldern der verbandlichen Caritas!?“ haben der Deutsche Caritasverband (DCV), IN VIA Katholischer Verband für Mädchen- und Frauensozialarbeit und der Sozialdienst katholischer Frauen (SkF) alle Teilnehmenden eingeladen, sich mit dem stark tabuisierten Thema auseinanderzusetzen. Im Rahmen der Fachtagung wurde über die aktuelle Situation in Deutschland informiert und es wurden medizinische, (asyl-)rechtliche und kulturelle Aspekte des Themas beleuchtet.

Die Fachtagung ist insgesamt auf sehr positive Resonanz gestoßen. Wir freuen uns, Ihnen eine Dokumentation der Fachtagung zur Verfügung stellen zu können und bedanken uns bei allen Mitwirkenden und allen Teilnehmenden für die angeregten und engagierten Diskussionen!

Freiburg, Dortmund, Dezember 2019
Feven Michael (DCV), Sabine Fähndrich (DCV), Hanno Dihle (DCV),
Regine Hölscher-Mulzer (SkF Gesamtverein), Regine Rosner (IN VIA)

Vortrag	3
Weibliche Genitalbeschneidung: Verbreitung – Umgang – Prävention.	
Dr. Isabelle Ihring und Frauke Czelinski	
Autorinnen der INTEGRA-Studie, Freiburg i. Br.	
Vortrag	26
Körperbild und Rollenzuweisung – Gesundheitliche Folgen und kulturelle Hintergründe von FGM	
Dr. med. Christoph Zerm	
Gynäkologe, Herdecke	
Workshop	53
Umgang mit Betroffenen von FGM_C – Was muss beachtet werden?	
Fadumo Korn	
Frauenrechtlerin Autorin und Dolmetscherin, München	
Workshop	56
Die transnationale Arbeit der CHANGE Agents: Afrikanische Communities zum Umdenken bewegen	
Tiranke Diallo und Colette Tchoumbou	
CHANGE Trainerinnen, Terre des Femmes, Berlin	
Workshop	70
FGM_C – Proaktive und kultursensible Beratung und Unterstützung	
Charlotte Njikoufon und Olivia Reckmann	
Beraterin und Referentin	
FIM – Frauenrecht ist Menschenrecht e.V., Frankfurt a.M.	
Vortrag	82
FGM_C – Wie sieht die Rechtslage aus?	
Dr. jur. Anna Lena Göttsche	
Dissertation zum Thema FGM_C an der HU Berlin	
Workshop	93
Genitalverstümmelung bei Mädchen – (wie) mit den Menschen sprechen?	
Dr. Isabelle Ihring	
wissenschaftliche Mitarbeiterin PH Freiburg	
Co-Autorin der INTEGRA-Studie, Freiburg i.Br.	

Vortrag

**Weibliche Genitalbeschneidung:
Verbreitung – Umgang – Prävention.**

Dr. Isabelle Ihring und Frauke Czelinski

Autorinnen der INTEGRA-Studie, Freiburg i. Br.



Definition nach der WHO

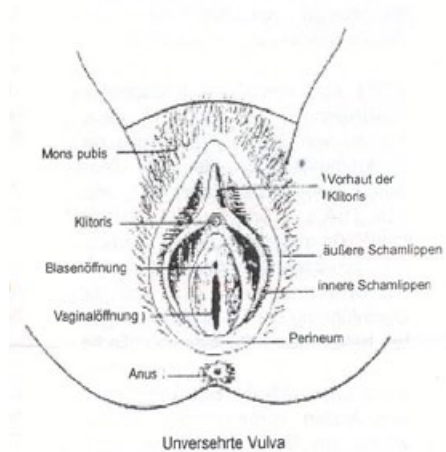
„FGM umfasst alle Verfahren, die die teilweise oder vollständige Entfernung der weiblichen äußeren Genitalien oder deren Verletzung zum Ziel haben, sei es aus kulturellen oder anderen nichttherapeutischen Gründen.“

Begriffserläuterung

- „weibliche Genitalverstümmelung“, „Female Genital Mutilation“ (FGM)
- FGM = Inter-African-Committee (IAC) – Beschluss;
- „Weibliche Beschneidung“ oder „Female Genital Cutting“ (FGC) im Umgang mit Betroffenen oder Bedrohten

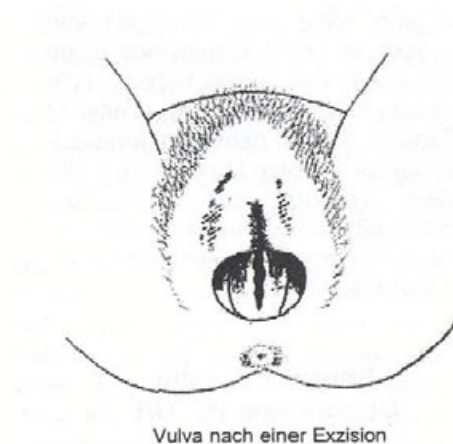
Formen der Beschneidung

- Typ I „Sunna“: teilweise oder ganze Entfernung der Klitoris



Formen der Beschneidung

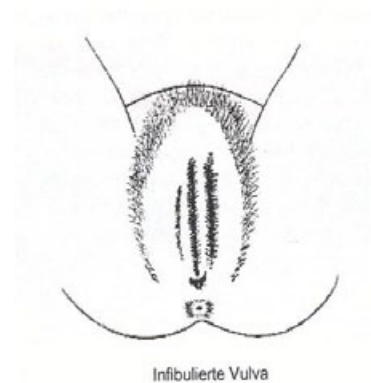
- Typ II „Exzision“: Exzision der Klitoris mit partieller oder totaler Entfernung der kleinen Labien.



Formen der Beschneidung

- Typ III „Infibulation“ oder „pharaonische Beschneidung“: Entfernung der ganzen oder eines Teiles der äußeren Genitalien und Vernähen der Wundränder bis auf eine minimale Öffnung.

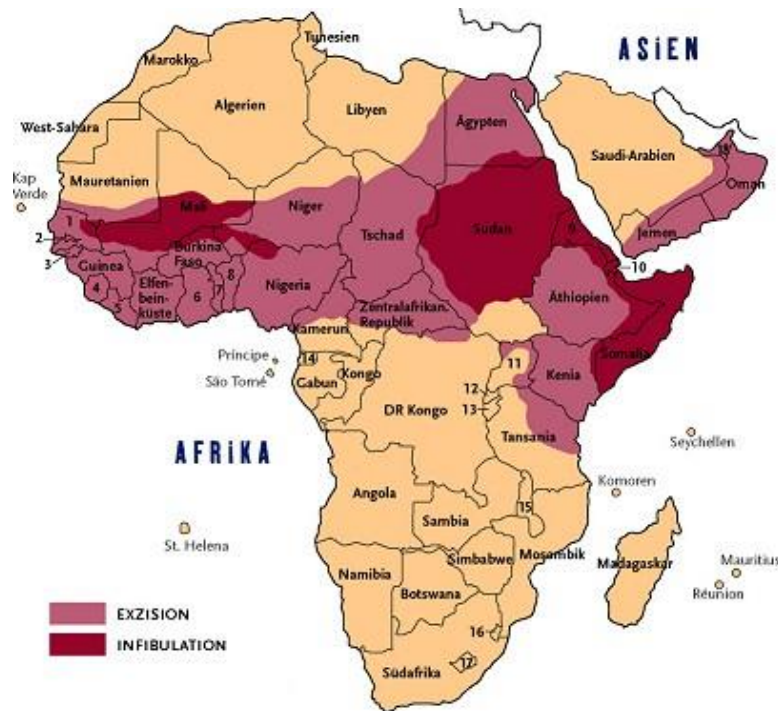
15% aller von FGM betroffenen Frauen weltweit werden dieser extremsten Form unterzogen.



Formen der Beschneidung

- Typ IV: Bezeichnet die verschiedenen Formen und Variationen der Beschneidung, welche nicht näher klassifiziert werden können
- Auch Beschneidungsformen, die nicht unter die Typen I-III fallen, werden dem Typ IV zugerechnet

Verbreitung von FGC



Geschätzte Zahlen:

- Nach Schätzungen der WHO ca. 200 Mio. Frauen weltweit betroffen (Stand: 2016)
- Die meisten der Frauen leben in 28 afrikanischen Staaten, im Süden der Arabischen Halbinsel, in einigen Ländern Südostasiens (z.B. Malaysia, Indonesien) und in Kurdistan
- Ca. ½ Mio. betroffene Mädchen und Frauen in Europa
- In Deutschland mind. 47 359 betroffene bzw. bedrohte Mädchen und Frauen (Ramboll 2016)

Die soziokulturellen Hintergründe von FGC

Beschnittene Frauen gelten
als schön und ehrbar

Ein Blick auf rurale gesellschaftliche Strukturen

(am Bsp. von Kenia und dem Senegal)

- Klare Rollenverteilung
- Ehe und Kinder stehen an oberster Stelle
- Nur eine verheiratete Frau ist eine ehrenwerte Frau
- Keine Sexualität außerhalb der Ehe
- Beschneidung sichert Jungfräulichkeit, ohne Beschneidung keine Ehe

Mythen und Aberglaube

- Unbeschnittene Frauen bringen Unglück
- Weibliches Genitale ist schmutzig
 - Beschnittene wurden vom unreinen Blut in ihrem Körper befreit, sind jetzt rein
 - Unbeschnittene Mädchen werden als schmutzig beschimpft
- Schwere Geburten ohne Beschneidung
- Säugling stirbt bei dem Kontakt mit der Klitoris
- Klitoris wächst ohne Beschneidung so lange wie ein Penis

Instrumentalisierung der Religionen

- Es würde im Koran bzw. in der Bibel stehen
- Der Papst würde es vorschreiben

ABER: Weder steht es in der Bibel noch im Koran

- Beschneidung ist älter als alle drei Weltreligionen
- In Saudi-Arabien wird nicht beschnitten

Ästhetik

- Ein beschnittenes weibliches Genitale ist schön, rein, hygienisch
- Schönheit ist relativ

→ Schönheitsoperationen in westlichen Ländern

Die Rolle der Männer

- Junge Männer heiraten nur eine beschnittene Frau
- Beschnittene Frauen sind treu und rein
- Da alle Männer beschnitten sind, müssen es auch die Frauen sein
- Sie wissen nicht, was bei FGC passiert

→ Organisation und Durchführung obliegt den Frauen

→ Interviewaussagen der Männer und Frauen

Zur Studie „Weibliche Genitalverstümmelung in Deutschland (2016)

Perspektive betroffener Menschen

Informationen zur Studie

- Studie vom BMFSFJ in Auftrag gegeben: Umgang mit weiblicher Genitalbeschneidung in Deutschland
- Durchgeführt durch INTEGRA → Multiplikator*innen
- Großteil der Befragten hatte Fluchterfahrung
- Thema nicht unabhängig vom gesellschaftlichen Kontext → etliche Fragen zu anderen Themen
- Interviews mit Frauen, Männern und Gruppen
- Interviewpartner_innen alle aus afrikanischen Staaten
- Alter: zwischen 15 – 65 Jahren

Interviewaussagen zu weiblicher Genitalbeschneidung

Die Sicht der befragten Frauen

- Umschreibungen/Wörter aus ihrer Muttersprache (S.33ff.)

Frauen bis 4 Jahre in D:

- Rolle im Heimatland: im gesellschaftlichen Kontext üblich und wichtig
- Begegnungen mit sozialem und medizinischem Fachpersonal:
 - einige machen positive Erfahrungen, die Mehrheit erlebte irritierende oder gar verstörende Begebenheiten
 - es ist schwierig Ärzt_innen zu finden, die sich im Umgang mit körperlichen Folgen auskennen
 - Beschneidung der Töchter: großer Druck von der Familie aus dem Heimatland
 - Mehrheit will FGC stoppen, aber Aussagen differieren auch (S. 35)

Sicht der befragten Frauen

Frauen länger als 4 Jahre in D:

- Angst vor strafrechtlichen Konsequenzen
 - Töchter meist unbeschnitten; diejenigen, die im Heimatland geblieben sind, wurden beschnitten
- in D ist eine Entscheidung ohne Risiko des sozialen Ausschlusses möglich
- wünschen sich zur Aufklärung/Sensibilisierung mehr Filme/Bilder, weniger Sprache

Sicht der befragten Männer

- eher ausweichend, sie halten sich eher bedeckt
- einer sagt, dass er seine Tochter nicht beschneiden hat lassen
- ein anderer hat sich von seiner Frau scheiden lassen, als sie die Beschneidung der gemeinsamen Tochter entschieden hat
- viele der Befragten sind mit beschnittenen verheiratet
- die unverheirateten Männer: jeder trifft individuelle Entscheidung, alles ist möglich
- Männer sind der Meinung, dass Frauen die Praktik tradieren

Interviewaussagen zum Ankommen und Leben in Deutschland

Warum sind Sie nach Deutschland migriert?

„In Kenia hatte ich keinen Grund mehr zu bleiben. Wir waren einfach nicht wirklich akzeptiert, wir haben keine Jobs bekommen, gut, ich muss sagen, immerhin hatten wir Frieden, aber ein Leben ohne Geld ist unmöglich.“

(25jährige Frau, Kenia)

„Weil die Flucht keine Ende mehr genommen hat.“

(22jährige Frau, Äthiopien)

„Ich bin im Rahmen der Familienzusammenführung nach Deutschland gekommen. Aber davor sind wir sehr viele Jahre innerhalb Somalias geflohen. Ich habe meinen Mann auch auf der Flucht kennengelernt.“

(36jährige Frau, Somalia)

Was schätzen Sie in Deutschland?

„Die Sicherheit und Freiheit. Ich kann mein Leben selbst bestimmen, wen ich heirate. Ich muss kein Kopftuch tragen. Ich kann anziehen was ich will. Ich kann weiter meine Ausbildung besuchen.“ (25jährige Frau, Somalia)

„Ich finde es toll hier zu leben. Ich habe keine Angst mehr, dass eine Bombe auf unser Haus fällt und uns alle tötet. Ich kann zur Schule, habe eine Vormündin, die echt sehr nett ist und mir manchmal etwas Neues zum Anziehen schenkt.“ (15jährige Frau, Somalia)

„Dass es hier keinen Krieg gibt und dass es gute Menschen gibt, die einem helfen.“ (21jährige Frau, Somalia)

Leben in Deutschland

Außerdem:

...Recht auf gesundheitliche Versorgung

...Recht auf soziale Unterstützung für alle

...Frauen- und Kinderrechte

...Bildung

...Meinungs- und Religionsfreiheit

...Geld verdienen zu können, um ihr Heimatland und die Menschen dort in Form von sozialen Projekten zu unterstützen

Was vermittelt Ihnen das Gefühl hier nicht zugehörig zu sein?

„Dass du nicht weißt, was die Zukunft bringen wird. Ob du hier bleiben darfst oder nicht und dass man uns verbietet zu arbeiten.“ (25jährige Frau, Somalia)

„Die langen Wartezeiten beim Asylantrag. Ich bin schon 1 Jahr und 6 Monate hier und habe noch keine Anhörung gehabt. Das macht mich ganz kaputt und frustriert mich sehr. Und dass ich noch keine vernünftigen Sprachkurse bekommen habe.“ (25jährige Frau, Somalia)

Was vermittelt Ihnen das Gefühl hier nicht zugehörig zu sein?

„Was mir an Deutschland absolut gar nicht gefällt, ist, dass sie meinen Sohn ‚Ausländer‘ nennen. Dann fühle ich immer einen riesen Schmerz in mir und habe Mitleid mit ihm, weil mein Sohn ist ein guter Junge und niemand darf ihm wehtun.“ (27jährige Frau, Eritrea)

„Ich kann dieses rassistische System nicht leiden, das was weiße Menschen Schwarzen Menschen antun. Ich bin von Diskriminierung betroffen, weil ich eine Frau bin und wegen meiner ‚Rasse‘.“ (19jährige Frau, Eritrea)

Was vermittelt Ihnen das Gefühl hier nicht zugehörig zu sein?

„Rassismus und Diskriminierung. Insbesondere in der Arbeit, wenn ich aufgrund meiner Hautfarbe keine bessere Arbeit bekomme.“ (30jähriger Mann, Kenia)

„Fremdenfeindlichkeit. Die Abweisung der Afrikaner, von Ausländern empört und entmutigt mich in meinem tiefsten Inneren. Auch wenn Abschiebungen stattfinden, berührt mich das sehr.“ (28jähriger Mann, Senegal)

„Manchmal das Gefühl, dass egal wie lange ich hier bin, ich werde nie dazu gehören. Ich hoffe, dass meine Tochter diesen Gefühlen mal entgehen kann.“ (32jähriger Mann, Eritrea)

Wenn Sie sich etwas wünschen könnten, was würden Sie in Ihrem Leben gerne machen wollen?

„Ich hätte gerne meine Eltern und Geschwister bei mir. Wenn ich einen zweiten Wunsch frei hätte, hätte ich den Krieg in Somalia beendet und die bösen Islamisten raus geworfen.“ (27jährige Frau, Somalia)

„Zu erleben, dass meine Kinder eine gesicherte Zukunft haben werden. Zu sehen, dass meine Kinder in Deutschland die beste Bildung bekommen haben. Ja, und dass ich hier abwarten kann, dass in meiner Heimat hoffentlich Frieden wiederkehrt, so dass wir alle zurück können.“ (36jährige Frau, Somalia)

„Meine Eltern holen und mit ihnen zusammen leben.“ (15jährige Frau, Somalia)

Zusammenfassung

- Beschneidung ist normal; Druck von Familie im Heimatland
→ in D: Bewusstsein, dafür dass nicht alle Frauen beschnitten sind
- erst in D: Entscheidung ohne sozialen Druck möglich
- Mehrheit erlebt von Seiten der Mediziner*innen irritierte und verstörte Reaktionen auf ihre Beschneidung
- Kaum Ärzt*innen, die informiert sind und Frauen sinnvoll unterstützen können
- Mehrheit der Frauen lehnt die Praktik ab
- Männer geben sich eher verhalten, Frauen tradieren Praktik
- Jüngere Männer lehnen die Praktik ab
- Männer sind unbedingt mit einzubeziehen in die Aufklärungsarbeit

Zusammenfassung

- Leben in Unterkunft = Ort sozialer Isolation
- Langes Warten auf Entscheidungen der Ausländerbehörde = zermürend
- Restriktive Gesetzgebungen, ausgrenzende Politik und Abschiebungen → starke emotionale Belastung
- Angst vor Abschiebung
- Kein Familiennachzug = enorme Sorge

Leben in D geprägt von

- (Alltags-)Rassismus, institutioneller Diskriminierung, kulturalisierende Vorstellungen sorgen für
- Betroffenheit und Ohnmacht
- Wiederholten Nicht-Zugehörigkeitserfahrungen, egal wie lange Menschen schon hier sind

Menschenrechte vs. deutsche Asylgesetzgebung

Rassismus und (Post)Kolonialismus im Asyldiskurs

- Rassismus als gesellschaftliches Ordnungsprinzip auch im Umgang mit geflüchteten Menschen sichtbar
- sowohl im medialen, wie politischen und gesellschaftlichen Diskurs rassistische Denk- und Umgangsweisen
 - statt Diskussionen über: globaler Ungleichheiten, Deutschlands Beteiligung an Kriegen und (post)kolonialer Ausbeutung der so genannten Entwicklungsländer
 - wird über die Unzulänglichkeiten der ‚Anderen‘ gesprochen
 - Statt über Gemeinsamkeiten zu sprechen, werden vermeintliche Unterschiede konstruiert
- Ein paar Beispiele...

Menschenrechte vs. Asylgesetzgebung

Artikel 14, 1:

Jeder hat das Recht, in anderen Ländern vor Verfolgung Asyl zu suchen und zu genießen.

Was passiert stattdessen?

- Die Schaffung von noch mehr vermeintlich sicheren Herkunftsländern
- Rückübernahmeabkommen also dem "Abkommen für die Erleichterung der Rückkehr ausreisepflichtiger Ausländer"

→ Ziel: schnell mehr Menschen abschieben, noch mehr Menschen von Europa fernhalten

Menschenrechte vs. Asylgesetzgebungen

Artikel 16, 3:

Die Familie ist die natürliche Grundeinheit der Gesellschaft und hat Anspruch auf Schutz durch Gesellschaft und Staat.

Was passiert stattdessen?

alle, die keine individuelle Verfolgung nachweisen können, erhalten nur eingeschränkten Schutz (subsidiären Schutz)

→ Aussetzung des Familiennachzugs für 2 Jahre, betrifft auch unbegleitete Minderjährige

Menschenrechte vs. Asylgesetzgebungen

Artikel 23, 1:

Jeder hat das Recht auf Arbeit, auf freie Berufswahl, auf gerechte und befriedigende Arbeitsbedingungen sowie auf Schutz vor Arbeitslosigkeit.

Was passiert stattdessen?

„Personen aus sicheren Herkunftsländern, wie etwa den Mitgliedstaaten der Europäischen Union, Albanien, Bosnien und Herzegowina, Ghana, Kosovo, Mazedonien, Montenegro, Senegal und Serbien [...] müssen während des gesamten Asylverfahrens (und im Falle der Ablehnung des Asylantrages in bestimmten Fällen bis zur Ausreise) in Aufnahmeeinrichtungen wohnen und dürfen somit keiner Beschäftigung nachgehen.“
(BAMF)

Menschenrechte vs. Asylgesetzgebungen

Artikel 1:

Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren. Sie sind mit Vernunft und Gewissen begabt und sollen einander im Geiste der Brüderlichkeit begegnen.

Was passiert stattdessen?

- Einteilung in „gute“ und „schlechte“ Flüchtlinge:
- Kategorien wie beispielsweise ‚Wirtschaftsflüchtling‘
→ Abwertung von existentiellen Fluchtgründen wie Armut und Hunger
- Anhand dieser Begriffe werde Menschen eingeteilt in Menschen mit guter und Menschen mit schlechter Bleibeperspektive
→ Wirkmächtige und folgenschwere Kategorisierung

Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit

Bedeutung für die Soziale Arbeit?

Auf struktureller Ebene

- Eingebundenheit der eigenen Person in Macht- und Herrschaftsverhältnisse
 - Reflexivität als Grundsatz einer (kritischen) Sozialen Arbeit, d.h. der eigenen Position und damit verbundenen Privilegien und Macht
- Eingebundenheit Sozialer Arbeit in diese Verhältnisse
 - gesellschaftliche und politische Diskurse im Hinblick auf Rassismen, Ausgrenzung und deren Wirkmächtigkeit zu reflektieren
 - Politisches Mandat Sozialer Arbeit = Notwendigkeit sich einzumischen und Verhältnisse zu kritisieren

Bedeutung für die Soziale Arbeit?

Auf individueller Ebene, bei der Begleitung der Menschen gilt es...

... parteilich zu sein, ihre Ressourcen zu erkennen und zu stärken

... ihre je spezifischen Bedürfnisse und Bedarfe zu hören und sich daran zu orientieren

... Menschen in ihrer Handlungsfähigkeit zu stärken und befähigen

... sie zu befähigen oder zu ermutigen, selbst zu erkennen, an welchen Stellen sie durch Bedingungen und Herrschaftsverhältnisse determiniert sind und sie darin zu bestärken gegen diese anzukämpfen (vgl. Bettinger 2012).

Umgang mit weiblicher Genitalbeschneidung: Handlungsempfehlungen

Handlungsempfehlungen

- Voneinander lernen
- Vernetzung NGO/Migrant_innenorganisationen mit städtischen/staatlichen Einrichtungen
- Anstellung/Qualifizierung von Mitarbeitenden aus jeweiligen Communities
- Aufklärungsaktionen speziell für Männer
- Einfluss sozialer und religiöser Menschen für Aufklärungsarbeit nutzen
- Beratung von Paaren zu gleichberechtigtem Umgang miteinander
- Aufnahme von FGM_C in staatliche Ausbildungen und Studiengänge

Handlungsempfehlungen

- Mitarbeitende aus Jugendamt im Umgang mit Thematik schulen
- Antidiskriminierungsschulung von Mitarbeitenden und Behörden
- Langfristig angelegte finanzielle Unterstützung
- Ehrenamtliche Tätigkeiten durch staatliches Engagement ergänzen und/oder ersetzen
- Kooperation auf EU – Ebene
- Einrichtung niedrighschwelliger Kontaktstellen
- Schulung medizinischer Fachkräfte im Umgang mit betroffenen Frauen und Mädchen
- Schulung von Kinderärzt_innen

Handlungsempfehlungen

- FGM_C als Asylgrund prüfen
- Schnellstmögliche Beratung und Aufklärung neuankommender Menschen bezüglich gesetzlicher Lage zu FGM_C (siehe auch Schaubild 8 der quantitativen Studie)
- Aufklärung und Beratung in der Muttersprache
- Behördengänge u.ä. immer von Dolmetscher_innen begleiten
- Traumatherapeutische Versorgung aufbauen
- Asylverfahren beschleunigen
- Integrations- und Sprachkurse anpassen, alternative didaktische Methoden entwickeln

Download der Studie unter:

<https://www.netzwerk-integra.de/startseite/studie-fgm/>

Vortrag

**Körperbild und Rollenzuweisung –
Gesundheitliche Folgen und
kulturelle Hintergründe von FGM**

Dr. med. Christoph Zerm

Gynäkologe, Herdecke





Dr. med. Christoph Zerm

Weibliche Genitalverstümmelung

Female Genital Mutilation /Cutting (FGM/C):

Körperbild und Rollenzuweisung - gesundheitliche Folgen und kulturelle Hintergründe von FGM - Ein verstörendes Thema -

Fachtagung „FGM_C“ des dt. Caritas-Verbandes et al., Frankfurt
„FGM_C – ein Thema in Beratungsfeldern der verbandlichen Caritas?!“
Montag/Dienstag, 21.-22.10.2019, im Landessportbund

Dr. med. Christoph Zerm

Frauenarzt, Herdecke

Früherer langjähriger Chefarzt der Frauenklinik des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke



AG FIDE e.V. (Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit/
Tropengynäkologie)

Sektion der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)

© 2019 für jede Art der Weiterverwendung nur nach Absprache mit dem Autor Dr. Zerm!



Dr. med. Christoph Zerm – Frauenarzt, Herdecke

Female Genital Mutilation

Definition

Zitat aus: An overview

World Health Organization, Geneva 1998

**„FGM umfaßt alle Verfahren, die die teilweise
oder vollständige Entfernung der weiblichen
äußeren Genitalien oder deren Verletzung
zum Ziel haben, sei es aus kulturellen oder
anderen nichttherapeutischen Gründen.“**

(„Female genital mutilation comprises all procedures involving partial or total removal of the external female genitalia or other injury to the female genital organs whether for cultural or other non-therapeutic reasons.“)



Die WHO unterscheidet 4 Typen von FGM:

(neueste Fassung 2008 des UN-Interagency Statement „Eliminating FGM“)

- Typ I: Partielle oder vollständige Entfernung der Klitoris und/oder der Klitorisvorhaut (Clitoridektomie)
- Typ II: Partielle oder vollständige Entfernung der Klitoris und der kleinen Schamlippen, mit oder ohne Entfernung der großen Schamlippen (Exzision)
- Typ III: Verengung der Vaginalöffnung mit Herstellung eines bedeckenden, narbigen Hautverschlusses nach Entfernen der kleinen und/oder großen Schamlippen durch Zusammenheften oder -nähen der Wundränder, meistens mit Entfernung der Klitoris (**Infibulation*** oder „Pharaonische Beschneidung“)

***Infibulation** (von lat. fibula = Spange) umfaßt die Entfernung der gesamten großen und kleinen Labien und der Klitoris. Die äußeren Wundränder werden anschließend mit Dornen oder anderem lokalen Material zusammengefügt, sodaß nach Abheilung eine glatte, vernarbte Hautplatte die Vagina bis auf eine winzige Öffnung (meist hinten) verschließt.



Die WHO unterscheidet 4 Typen von FGM:

(neueste Fassung 2017)

- Typ Ia: Partielle oder vollständige Entfernung des Präputiums (Vorhaut)
- Typ Ib: Partielle oder vollständige Entfernung der Glans clitoridis bzw. des gesamten sichtbaren Teils der Clitoris
- Typ IIa: Partielle oder vollständige Entfernung der Labia minora
- Typ IIb: Partielle oder vollständige Entfernung der Labia minora und der Clitoris
- Typ IIc: Partielle oder vollständige Entfernung der Labia minora, Labia majora und der Clitoris
- Typ IIIa: Abdecken (Verschluß) des Introitus durch Aufschneiden und Zusammenfügen der Labia minora
- Typ IIIb: Abdecken (Verschluß) des Introitus durch Aufschneiden und Zusammenfügen der Labia majora
- Typ IV: Alle anderen schädlichen Prozeduren, die sich nicht der Beschreibung der Typen I-III zuordnen lassen



Die WHO unterscheidet 4 Typen von FGM:

enthalten im **ICD-10 GM 2018:**

Z91.7- Weibliche Genitalverstümmelung in der Eigenanamnese

Info:

Die Schlüsselnummern dieser Kategorie sind bei aktuellen Zuständen weiblicher Genitalverstümmelung anzugeben, wenn diese Anlass der Behandlung sind oder die Behandlung anderer Zustände beeinflussen.

Ausgeschlossen sind Zustände nach vorausgegangenen Eingriffen aus medizinischen und kosmetischen Gründen und anderen ästhetischen Maßnahmen, wie z.B. Tattoos und Piercings.

Z91.70

Weibliche Genitalverstümmelung in der Eigenanamnese, Typ nicht näher bezeichnet

Inkl.: Female genital mutilation [FGM], Typ nicht näher bezeichnet
Weibliche Genitalverstümmelung, plastisch korrigiert
Weibliche Genitalverstümmelung o.n.A.

Z91.71 Weibliche Genitalverstümmelung in der Eigenanamnese, Typ 1

Z91.72 Weibliche Genitalverstümmelung in der Eigenanamnese, Typ 2

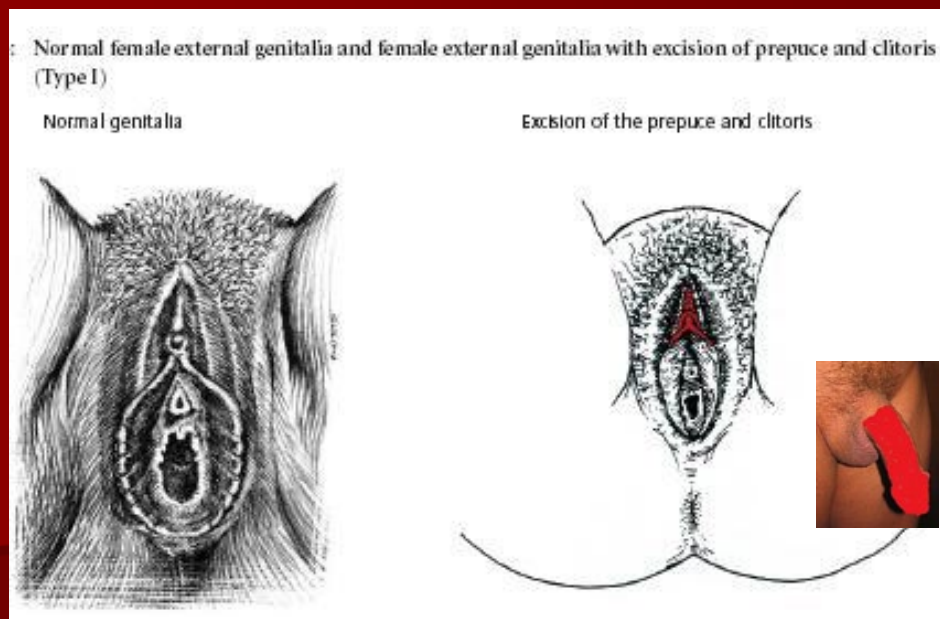
Z91.73 Weibliche Genitalverstümmelung in der Eigenanamnese, Typ 3

Z91.74 Weibliche Genitalverstümmelung in der Eigenanamnese, Typ 4

link: <http://www.icd-code.de/suche/icd/code/Z91.-.html?sp=Sfgm>

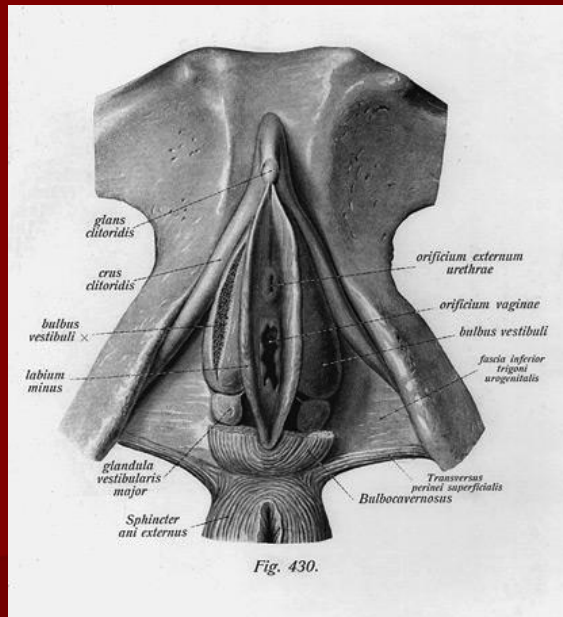


Female Genital Mutilation Typ 1 (Quelle: WHO)





Female Genital Mutilation - Anatomie der Clitoris



Johannes Sobotta, Klitoris und Schwellkörper, 1904



Female Genital Mutilation Typ 2 (Quelle: WHO)

Normal female external genitalia and genitalia with excision of the prepuce, clitoris and labia minora (Type II)

Normal genitalia



Excision of prepuce, clitoris and labia minora





Female Genital Mutilation FGM Typ 2-Tumor und OP-Ergebnis



Die WHO unterscheidet **4 Typen von FGM**:

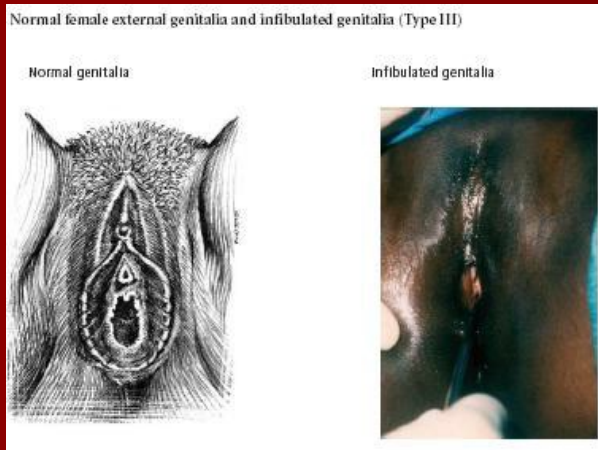
Die **Typen I und II** sind am weitesten verbreitet.
Weltweit sind etwa **80%** der genital verstümmelten Frauen in diesem Sinne beschnitten.

Zum **Typ III** gehören **ca. 15%** aller von FGM betroffenen Frauen.

Es gibt jedoch Länder bzw. Landesteile, in denen praktisch alle Mädchen dieser extremsten Form von FGM unterzogen worden sind.



Female Genital Mutilation Typ 3 / Infibulation (Quelle: WHO)



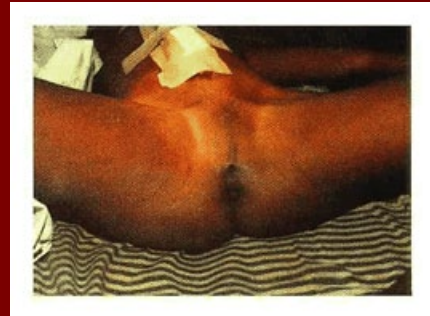
Female Genital Mutilation Typ 3 / Infibulation – Ergebnisse



Bei Typ III werden den Mädchen anschließend für ca. 6 Wochen die gesamten Beine fest umwickelt.



Female Genital Mutilation Typ 3 / Infibulation – Ergebnisse

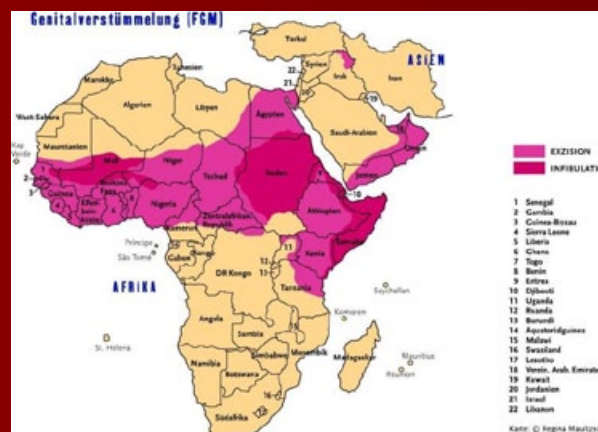


Seven-year-old Sudanese girl with infibulation.



Die WHO unterscheidet 4 Typen von FGM:

Zum **Typ III** gehören ca. 15% aller von FGM betroffenen Frauen.



Es gibt jedoch Länder bzw. Landesteile, in denen praktisch alle Frauen dieser extremsten Form von FGM unterzogen worden sind.



Die WHO unterscheidet **4 Typen von FGM:**

(neueste Fassung 2008 des UN-Interagency Statement „Eliminating FGM“)

- **Typ IV:** Alle anderen schädigenden Eingriffe, die die weiblichen Genitalien verletzen und keinem medizinischen Zweck dienen, zum Beispiel: Einstechen, Durchbohren, Einschneiden, Ausschaben, Ausbrennen, Verätzen, Dehnen

Diese Klassifizierung ist nur eine grobe Annäherung an die vielen lokalen Variationen. Besonders in ländlichen Gebieten wird die Prozedur entsprechend der jeweils überkommenen Tradition der Vorfahren ausgeführt.



Die WHO unterscheidet **4 Typen von FGM:**

Auch in Südost-Asien ist FGM verbreitet, zumeist **Typ I oder IV**



Terre des Femmes sammelt Berichte und Studien hierzu. Bisher liegen Hinweise aus **Indonesien, Malaysia, Sri Lanka, Thailand, Indien, Pakistan und Afghanistan** vor. (www.frauenrechte.de)



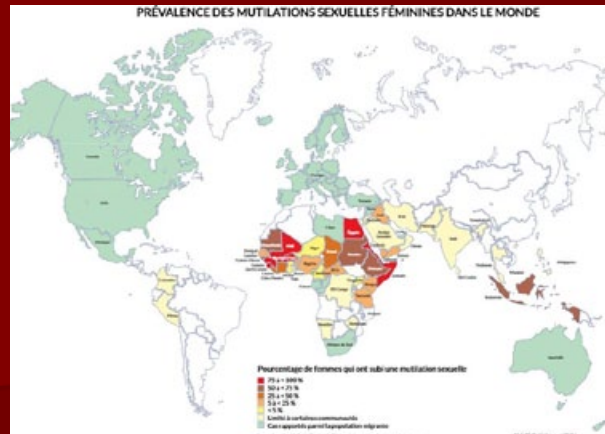
Female Genital Mutilation

Vorkommen und Verbreitung neueste Zahlen (2016) von UNICEF u. WHO:

ca. **200 Millionen** Mädchen und Frauen **weltweit** sind von FGM betroffen.

Es wird davon ausgegangen, dass **jedes Jahr 2-3 Millionen** Mädchen hinzukommen.

Die Betroffenen leben **weltweit in >70 Ländern**, davon 28 afrikanische sowie weitere im Mittl. Osten und vor allem **Südost-Asien**, durch Migration auch in Europa, Canada, Australien, Neuseeland und in den USA.



(c) GAMS Belgique 2016



Female Genital Mutilation

Wie wird es ausgeführt?

Mit allem, was gerade zur Hand ist:
Rasierklingen oder -messer, Scheren,
Küchenmesser, Beschneidungsmesser
(s. Foto), alte geschärfte Eisenblechstücke
(z.B. Konservendosen-Deckel), Glas-
scherben, zuweilen auch die Fingernägel.

Anatomische Kenntnisse können natürlich nicht erwartet werden.

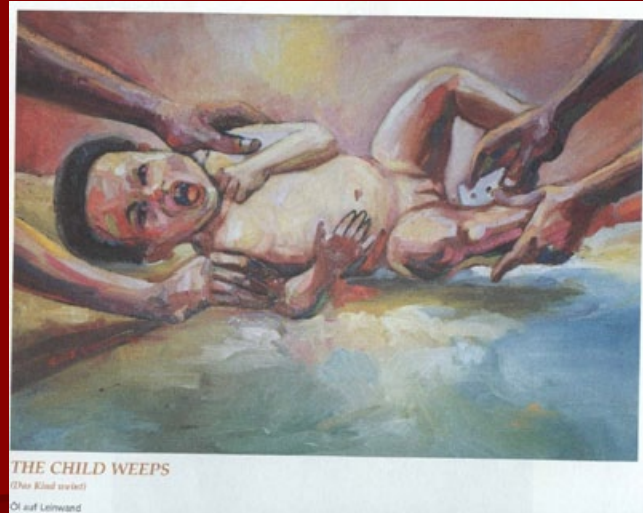
Zur **Schmerzlinderung** werden Kräuterzubereitungen o. ä. verwendet, häufig auch gar nichts, **Narkosen gibt es nicht.**





Female Genital Mutilation

„The child weeps“ by Wande George 1998



Aus einer Wanderausstellung nigerianischer Künstler
Ende 1990er Jahre



Female Genital Mutilation

Medizinische, psychologische und soziale Folgen I

Je nach Ausmaß der FGM kommt es zu unterschiedlich ausgeprägten Komplikationen:

1. (akute) Frühkomplikationen:

häufig:

Blutung Starker Blutverlust bis zur **Verblutung**, Anämie, hypovolämischer (Flüssigkeitsvolumen-Mangel-) und traumatischer **Schock** bis zu Todesfällen → **TOD!**

Infektion Lokalinfection, Allgemeininfektion, Vereiterungen, Sepsis, Septischer Schock → **TOD!**
HIV-, Hepatitis- etc. – Infektion, Tetanus, Gangrän (infektiöser Gewebeuntergang)

Verletzung von **Nachbarorganen** wie Darmausgang, Harnröhre, Harnblase, größere Arterien, die Vaginalwand mit der Gefahr von **Fistelbildung**, Frakturen (Knochenbrüche) (z.B. Femur, Clavicula, Humerus ...)

Schmerzbedingter **Kollaps** / ggfs. → **TOD!**



Female Genital Mutilation

Medizinische, psychologische und soziale Folgen II

2. (Langzeit-) Folgekomplikationen: (Vor allem Typ III, aber auch Typ II und I !!!)

GYN. und GEBURTSHILFE: *Dysmenorrhoe*, Menstrualstauungen, Haematokolpos,

- chronische *pelvine Entzündungen*, hierdurch begünstigt:
- Primäre und sekundäre Infertilität * bzw. *Sterilität*
- chronische Vulvodynie
- *Dyspareunien* (schmerzhafte Cohabitation, die häufigste Folge) und sexuelle Dysfunktion.
= **Eigentliches Ziel von FGM**: ► SUPPRESSION der SEXUALITÄT!
- *Geburtshilfliche* Schwierigkeiten jeglicher Art, hohe MMR, *obstructed labor* -
- dadurch verursachte *Vaginalfisteln* und Inkontinenz

HARNTRAKT:

- Rezidivierende *Harnwegsinfekte*, Pyelonephritiden, erschwerte und behinderte Miktion, Steinbildungen; **Spätfolge**: Urämie u. **TOD im Nierenversagen**

Weiteres:

- *Zysten* und Abszesse
- *Keloide* (Narbenwucherungen, z.T. groß und schmerzhaft),
- *Neurinome*, die sich aus der Durchtrennung von periclitoralen Nerven entwickeln können. Hierdurch wird die *gesamte Genitalregion* dauerhaft und *unerträglich schmerzhaft*

* L Almroth and others. Primary infertility after genital mutilation in girlhood in **Sudan. Lancet 2005; 366: 385**



Female Genital Mutilation

Medizinische, psychologische und soziale Folgen III a

(Langzeit-) Folgekomplikationen:

- Durch *Vaginalfisteln* und Inkontinenz bedingte ständige Nässe und Geruchsbildung, hierdurch Stigmatisierung und **SOZIALE ISOLATION**, "outcast"
- **Verlust des Urvertrauens** (Mutter als Traumaverursacher!)
- **lebenslange psychische Folgesymptomatik**, z. B. Depressionen, Perspektivlosigkeit, Gefühle von Unvollständigkeit, Angst, Libidoverlust, Ehekonflikte, chron. Gereiztheit, Psychosen, Dissoziation, und/oder
- **vielfältige psychosomatische Erscheinungen**, deren Grund den Betroffenen verborgen bleibt!
– **vergleichbar mit dem Trauma einer Vergewaltigung**



Female Genital Mutilation

Medizinische, **psychologische** und soziale **Folgen II**

(Langzeit-) Folgekomplikationen:

■ **Leiden im Stillen**

Grund: **Ehernes TABU**, über Sexualität allgemein und FGM im Besonderen zu sprechen.

Dadurch fehlende Möglichkeit, sich auszusprechen über eigene Gefühle und Probleme, über die eigene Traumatisierung.

Sich-aussprechen-können ist heute als elementare psychotherapeutische Maßnahme unerlässlich; dies **fehlt hier gänzlich!**

Leider existieren bis heute noch keine umfangreichen Untersuchungen, um wissenschaftlich gesicherte Aussagen machen zu können über das genauere Ausmaß der psychologischen und sozialen Folgeschäden von FGM und dessen Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung



Female Genital Mutilation

KEINE MEDIKALISIERUNG!

In manchen Ländern haben sich einzelne Akteure und örtliche Organisationen dafür eingesetzt, FGM unter klinischen Bedingungen durchzuführen, um die gesundheitlichen Risiken zu reduzieren.

Vor allem einige wohlhabendere Kreise versuchen daher, diese Prozedur in medizinischen Einrichtungen durch medizinisches Personal durchführen zu lassen. *Vorteilsargumente: Hygiene, Narkose, chirurg. Versorgung*

Jedoch und gerade deshalb sind besondere Anstrengungen geboten, diese „Medikalisierung“ jeglicher Form von FGM zu unterbinden.

Die Begründung dafür ist die Verpflichtung aller medizinisch Tätigen, sich an die ethischen Grundlagen aller Gesundheitsversorgung zu halten:

Niemals darf durch Angehörige der Medizinberufe eine körperliche Verstümmelung vorgenommen werden!



Female Genital Mutilation

KEINE MEDIKALISIERUNG!

In manchen Ländern haben sich einzelne Akteure und örtliche Organisationen dafür eingesetzt, FGM unter klinischen Bedingungen durchzuführen, um die gesundheitlichen Risiken zu reduzieren.

<Aktuell sorgen 94% der Mütter in Ägypten dafür, dass bei ihren Töchtern diese „medikalisierte“ Form von FGM vorgenommen wird, 76% in Yemen, 65% in Mauritania, 48% in Elfenbeinküste und 46% in Kenya.>

Aus: Progress Nr. 72, WHO 2006



Female Genital Mutilation

KEINE MEDIKALISIERUNG?-!!!

Die Präsidentin des 36. Dt. Evang. Kirchentags 2017 in Berlin und Wittenberg, Prof. Dr. Christina Aus der Au, sagte bei einer Podiumsdiskussion am 27. Mai 2017 während des Kirchentags in Berlin:

*„Wenn beispielsweise eine Muslima hierzulande mit ihrer Tochter zum Frauenarzt komme, um aus religiöser Tradition heraus deren Schamlippen zu beschneiden, sei das gegen die Menschenrechte. Doch weigerte sich der Arzt, das zu tun, würden sie möglicherweise zu einem ‚Kurfuscher‘ gehen, der die Gesundheit der jungen Frau gefährde. **Deshalb könnte der Arzt den Eingriff gegen seine eigentliche Überzeugung vornehmen** und dann gemeinsam mit Betroffenen etwas gegen diese religiöse Praxis unternehmen.“*

Dies ist **purere, naiver Kulturrelativismus!**

Welches Verständnis von **Menschenrechten** drückt die Kirchentagspräsidentin damit aus?!! Warum ist sie deshalb bisher nicht schärfstens kritisiert worden, z.B. von ihrer eigenen Kirche?

Es muß ein Aufschrei durch die gesamte Ärzteschaft und ihre Standes- und Interessenvertreter in Deutschland gehen!

FGM durch Ärztinnen und Ärzte in Deutschland? - NIEMALS!!!



Female Genital Mutilation

ERITREA – ein bislang einsames Beispiel für erfolgreiche Überwindung von FGM

National demographic and health survey / national research

Prävalenzzahlen:

1995	95% female > 15 years
2002	~89% female > 15 years
2014	4,3% female under 15 years 2,5% female under 5 years

Quelle: UNICEF - Eritrea Playing Exemplarily Role in Combating FGM

<http://allafrica.com/stories/201702270412.html>

Was half? Aktives Mitwirken der Regierung seit 1993 (Unabhängigkeit)
auf allen Ebenen: Kontinuierliche Aufklärung bis in die Dörfer, Schulcurriculum,
alle medizinischen Berufe einbezogen, Frauen-Union, Jugendorganisationen,
Medien (seit 2000 fast täglich thematisiert), religiöse Autoritäten etc.
AUFKLÄRUNG VOR BESTRAFEN! Strenges Anti-FGM-Gesetz erst im
April 2007, wird auch durchgesetzt!



Female Genital Mutilation

Alter der Mädchen

Das Alter, in dem die Prozedur vorgenommen wird,
variiert je nach Ethnie und Überlieferung,
ist unterschiedlich von Land zu Land,
von Provinz zu Provinz,
ja manchmal von Dorf zu Dorf.

Es kann in den **ersten Lebensstagen** oder -wochen vorkommen,
im **Kleinkindalter** oder vereinzelt auch in der **späten Pubertät**
als Teil der Hochzeitsvorbereitungen.

Sehr häufig ist das Alter 4 – 8 Jahre.



Female Genital Mutilation

Wer führt es aus?

Im Allgemeinen wird die Prozedur von einer älteren Frau im Dorf vorgenommen, die diese Aufgabe speziell übertragen bekommen hat, nicht selten schon in Generationenfolge von ihrer Mutter;

hier re. eine somalische Beschneiderin (2013) ►

häufig handelt es sich auch um „traditional birth attendants“ (TBA's = traditionelle Geburtshelferinnen).



In einigen Regionen gibt es keine speziellen "Beschneiderinnen"!

Häufig kommt es zu unbeabsichtigten Zusatzverletzungen durch stumpfes Werkzeug, schlechte Beleuchtung und/oder Sehvermögen, plötzliche Abwehrbewegungen des Opfers und unsaubere Bedingungen.

Das Mädchen wird von einigen Frauen (darunter oft auch die eigene Mutter) festgehalten.



Female Genital Mutilation

Ursprung

Es ist ungewiß, wo und wann FGM erstmals durchgeführt wurde. Beobachtungen an **ägyptischen Mumien** legen nahe, dass weibliche Genitalverstümmelung dort bereits

vor gut 5000 Jahren

praktiziert worden ist.

Möglich, dass sich diese Praxis von dort in alle Richtungen ausgebreitet hat.

Im **Rom der Antike** wurden **Metallringe** durch die kleinen Schamlippen der Sklavinnen gezogen, um sie an Geschlechtsverkehr und Empfängnis zu hindern. Im **Mittelalter** war der "**Keuschheitsgürtel**" im Gebrauch.

All dies Ausdruck männlichen Besitzwahns!

Und in mitteleuropäischen Ländern des sexualfeindlichen 19. Jahrhunderts war die chirurgische Amputation der Klitoris eine anerkannte Methode, um Masturbation, "Nymphomanie", sogar Epilepsie und Sterilität zu behandeln!

(cf. Marion Hulverscheidt: „Weibliche Genitalverstümmelung. Diskussion und Praxis in der Medizin während des 19. Jahrhunderts im deutschsprachigen Raum“, Frankfurt/M. 2002)



Female Genital Mutilation

FGM -Verbreitung und Islam

- FGM ist einige Tausend Jahre älter als der Islam
- Der Prophet praktizierte es nicht (seine Töchter blieben unbeschnitten), er verbreitete seine neue Religion jedoch **innerhalb einer FGM-Anwender-Gesellschaft**
- **Länder, in denen FGM am brutalsten praktiziert wird, sind überwiegend muslimischen Glaubens** – es gibt jedoch muslimische **Länder ohne bzw. mit geringer Prävalenz wie z.B. Saudi-Arabien**, immerhin Hüterin der heiligen Stätten des Islam!
- Für **patriarchalische Gesellschaften**, in deren Konzepten die **Frau eine minderrangige Rolle** spielt, stellt die brutale **frauenunterdrückende FGM-Praxis eine willkommene Ergänzung** dar, so geschehen für **große Teile muslimischer Länder**, aber auch u.a. für **christliche Völker** in Ost- u. West-Afrika (z.B. Nigeria)



Female Genital Mutilation

Gründe / Rechtfertigungen

Die Gründe, die zur Rechtfertigung von FGM angegeben werden, sind sehr zahlreich und spiegeln die weltanschauliche und historische Situation der Gesellschaften wider, in denen sich diese Praxis entwickelt hat.

Vor allem vier wesentliche Bereiche werden als besonders wichtig und grundlegend angesehen:

- Die Tradition
- Die Religion
- Die Initiation
- **Das Bestreben, die unterstellte “überschießende weibliche Sexualität” zu dämpfen**



Female Genital Mutilation

Andere Gründe / Rechtfertigungen

Als weitere Gründe werden häufig angeführt:

- Familienehre;
- Reinigung (im doppelten Sinn) / Hygiene (Sauberkeit);
- Ästhetische Gründe;

und auf Grundlage der ungleichen Machtverhältnisse:

- Die verinnerlichte Pflichtauffassung der Frauen, den Anforderungen der Gesellschaft Folge zu leisten; (Unbeschnittene Frau = Prostituierte!!!)
- **Nur eine beschnittene Frau kann verheiratet werden!**
- es verleiht das Gefühl, zur Gemeinschaft dazu zu gehören;
- sichert die Anerkennung im sozialen Zusammenhang (z.B. des Dorfes)

**(Den meisten Frauen ist vollkommen unbekannt,
dass FGM in weiten Teilen der Welt nicht praktiziert wird)**



Female Genital Mutilation

Beispiele für weitere schädliche traditionelle Bräuche

(harmful traditional practices):

- Uvulectomie (Abschneiden des Rachen-Zäpfchens)
- Ritzen, Kratzen und Einschneiden von Augenbrauen, Rücken und Bauchhaut
- Ein-/Abschnüren der Füße (früher in China)
- Plattdrücken („ironing“) der Brüste (z.B. Kamerun)
- Frühehen (underage-marriage)



Female Genital Mutilation

Die Rolle der Frau in der Gesellschaft in patriarchalischen Systemen

Als weitere Gründe werden häufig angeführt:

■ **FGM und gender-Diskriminierung**

treten im öffentlichen wie auch im privaten Leben der Prävalenz-Gesellschaften
(in deren politischen, kulturellen und ökonomischen Strukturen)

stets zusammen auf als Ausdruck des allgemeineren Problems

Gewalt gegen Frauen

dazu gehören ferner u.a.:

- Zwangs- und Früh-Ehen, Brautraub,
- Mitgiftsbezogene Zwänge und Gewalt,
- Ehrenmorde etc.

ABHILFE: ► **Menschenrechte, Zugang zu Bildung und medizinischer
Versorgung, Selbstbestimmung, Einkommen, Erbrechte ...**



Female Genital Mutilation

Fazit:

Weibliche Genitalverstümmelung ist

nicht nur ein medizinisches Problem

(und damit eine wesentliche Einflussgröße auf die

weltweite Frauengesundheit -

hierdurch wiederum lähmt es das ungeheure

volkswirtschaftliche Potential der weiblichen Bevölkerung –

*Frage: Wieviele Milliarden am BIP gehen den jeweiligen
Volkswirtschaften hierdurch verloren???) –*

es ist zugleich ein

Menschenrechtsproblem!



Female Genital Mutilation

Im Kampf um die Abschaffung von FGM ist Aufklärung über die medizinischen Fakten (Anatomie, Physiologie, gesundheitliche Komplikationen, lebenslanges Leiden) der wichtigste Baustein!

Die Thematisierung der **MENSCHENRECHTE** bedarf in **jeder** Gesellschaft einer politisch-historischen Vorbildung, daher kann diese **erst in späteren Aktionsphasen** erfolgen

Es existiert jedoch ein spontanes Gerechtigkeits- und Selbstbestimmungs-Bedürfnis des Menschen, - auch ohne „Bildung“!



Female Genital Mutilation

Situation von Migrantinnen in Europa IV

Es geht vor allem um 2 AKTIONSFELDER:

- 1) **Betroffenenbetreuung**
- 2) **Prävention** (Schwangerenbetreuung ist *ein* geeigneter Einstieg!)

zu 2) Prävention: **Überwindungsstrategien**
(angelehnt an die Erfahrungen in den Prävalenzländern)

Wie erreiche ich die Betroffenen?

Respektvoller Umgang („Dialog auf Augenhöhe“)

- ▶ Vertrauensbildung
Keine isolierte FGM – Thematisierung!

Mit den Communities in Kontakt kommen / gemeinsame Veranstaltungen
(Intra- und transethnische Kommunikation!)

Lokale und regionale Runde Tische etc.

Sensibilisierung der Nichtbetroffenen

- ▶ **Respekt dem „Gegenüber“, aber nicht Duldung von FGM**



Female Genital Mutilation

zu 1) **Betroffenenbetreuung:** Fürsorge und Behandlung für Frauen, die von FGM betroffen sind und unter Komplikationen leiden

in Deutschland ist bereits Einiges umgesetzt, Vieles bleibt noch zu tun! - in Prävalenzländern häufig noch ein Zukunftsziel!

■ Medizinisch

(Referenzzentren, spezifische Behandlungen etc.),
Behandlung, Beratung und Rehabilitation www.kutairi.de

■ Psychologisch

(Schulungsprogramme für gemeindezentrierte
Gesundheitshilfskräfte einschl. finanziellem Budget),

■ Bewußtseinsbildung und Sensibilisierung des sozialen Umfeldes,
gesellschaftliche Rahmenprobleme cf. z.B.: <https://www.eyesonfgm.de/>

■ “Selbsthilfegruppen” in “afrikanischer Variante”?!

■ **empowerment of women!**



Female Genital Mutilation

zu 1) **Betroffenenbetreuung:** Fürsorge und Behandlung

WAS EXISTIERT bereits:

■ Medizinisch-operativ:

Defibulation in einigen sachkompetenten Gyn-Abteilungen in D
Rekonstruktions-OP's (Luisenhospital Aachen, PD Dr. O'Dey):

- Clitoris
- Vulva

■ Sprechstunde für Migrantinnen

■ Psychologisch

PSZ (Psychosoziale Zentren) u.a.

■ Beratungsstellen z.B. Stop Mutilation e.V., Düsseldorf; Solwodi, Duisburg;
FPZ Berlin - Balance, u.v.a.m. in allen größeren Ballungszentren

■ Juristische Betreuung einige wenige RÄ sind engagiert u. erfahren

■ MultiplikatorInnenschulung, Workshops, Empowerment der Menschen in den Communities



Female Genital Mutilation

zu 1) **Betroffenenbetreuung:** Sprechstunde für Migrantinnen (Dr. Zerm)
in Witten, Düsseldorf, Köln, Frankfurt,
Bielefeld, Hamburg

„Sondersprechstunde für geflüchtete Frauen im Zusammenhang mit FGM und weiteren Menschenrechtsverletzungen“

Ab 2005 (Novellierung des Zuwanderungsgesetzes):

2005-2010:	insgesamt	23	Patientenkontakte (= Gutachten)
2011:	insgesamt	15	
2012:	“	19	
2013:	“	31	
2014:	“	35	
2015:	“	44	
2016:	“	54	
2017:	“	90	
2018:	insgesamt	99	2005-2018: 410
2019:	bis incl. 18.09.2019	80	

1 Patientenkontakt = Ø 45-60 Min. + Ø 120 Min. Formulieren des Gutachtens
= pro Gutachten rund 3 Stunden Aufwand

Vergütung bei Selbstzahlern 50 Euro, für Organisationen 50-80 Euro (ggfs. incl. Rückspende
in gleicher Höhe), in Düsseldorf monatl. Aufwandsentschädigung (Fahrkosten!) 190 Euro



Female Genital Mutilation

„Sondersprechstunde für geflüchtete Frauen im Zusammenhang mit FGM und weiteren Menschenrechtsverletzungen“

Aufbau des Gutachtens: (ggfs. incl. Tochtergutachten)

- Personalien, Datum u. Ort der Konsultation, Begleitung, Sprache
- Diagnosen
- Anamnese: Wo geboren und aufgewachsen, Eltern, Geschwister, evtl. Schulbildung, evtl. Berufsausbildung, welche Lebensbedingungen.
- Wann und wie (und wie oft) FGM
- Welche Gründe führten zu dem gravierenden Entschluß der Flucht? Wie konnte dieses Vorhaben umgesetzt werden, wer half etc.
- Wie gestaltete sich die Flucht, wie lange (Ausreisedatum Heimatland, Ankunftsdatum in Deutschland)
- (■ Häufige Probleme: Zwangsehe, Zweitbeschneidung, Mißhandlungen, sklavenähnliche Ausbeutung, Menschenhandel/Zwangsprostitution, Tochterschutz, PTBS...)
- Minutiöser Befund des äußeren Genitale **ggfs.: OP-Indikation!**
- **Zusammenfassende Beurteilung** incl. Schilderung der Gefahren, die bei Zurückweisung in das Herkunftsland drohen würden (mensenrechtswidrige, „nichtstaatliche, genderspezifische, individuelle Verfolgung“ aufgrund genau darzulegender Fakten/Verhältnisse incl. ggfs. Rache der MH-Banden und/oder der „verlassenen“ Zwangsehemänner); Verstoß gegen Verhaltenscodices für Frauen in der Herkunftsgesellschaft; Unmöglichkeit eines Binnenexils etc.
ggfs. Risiko-Schwangerschaft; medizinische Reiseunfähigkeit.



Female Genital Mutilation

„Sondersprechstunde für geflüchtete Frauen im Zusammenhang mit FGM und weiteren Menschenrechtsverletzungen“

Minimalbestandteile eines Gutachtens, wenn es sinnvoll sein soll:

Genauere Befundbeschreibung des Genitale incl. FGM-Typ (incl. Subtyp)

Alter bei Erst-FGM, ggfs. Alter bei Zweit-FGM

Bei Zust. nach Typ III: Seit wann defibuliert? Infolge Partus?

Gyn.-geburtshilfl. Anamnese (ggfs: welche Kinder –Mä/Ju- sind in D?)

Fluchtgründe: Droh. Zwangsehe (ZwE)? Flucht aus ZwE? Droh. 2.-FGM?

Schutz der Tochter vor FGM? (diese möglichst gleich mitbefunden!)

Flucht wg. Mißhandlungen/sklavenähnlicher Gefangenschaft?

Fluchtumstände: Voodoo-/Juju-Schwur? MH/Zwangsprostitution?

Mißhandlungen-/Vergewaltigungen unterwegs? Traumat. Bootsfahrt?

Verd.a. PTBS??!

Grobe Einschätzung der drohenden Gefahren bei Rückführung

Auszug aus: „Lehrmodule Befundgutachten“ 11/2018



Female Genital Mutilation

(9.4.1) ASYLUM SEEKING ON GROUNDS OF FGM

Claiming asylum on grounds of FGM is possible in different situations. Those who may be able to claim asylum on these grounds include (11,12):

- girls (unaccompanied or separated from their families) and women who seek protection from being subjected to FGM;
- girls and women who have already undergone FGM and who seek deinfibulation or protection from re-excision or re-infibulation upon marriage or at childbirth;
- women living with FGM who have had genital reconstructive surgery or deinfibulation (often abroad) and who fear being cut again or re-infibulated if they return to their country of origin;
- parents who seek international protection to protect their daughters from FGM;
- women who are under pressure from their families and/or communities in their countries of origin to cut their daughters, but who refuse to do so; and
- activists (both women and men) who are persecuted for their opinions and commitment to end FGM in their countries of origin.

Source:

“Care of girls and women living with female genital mutilation: a clinical handbook” © WHO 2018



Female Genital Mutilation

(9.4.1) Asylgesuche auf Grund von FGM (ASYLUM SEEKING ON GROUNDS OF FGM)

Asylgesuche aufgrund von FGM sind in verschiedenen Situationen möglich. Dabei kämen folgende Personen als Asylberechtigte in Frage (11,12):

- Mädchen (unbegleitet oder von ihren Familien getrennt) und Frauen, die Schutz davor suchen, FGM unterzogen zu werden;
- Mädchen und Frauen, die bereits von FGM betroffen sind und die deinfibuliert werden wollen oder Schutz suchen vor einer Zweitbeschneidung oder Re-Infibulation im Zusammenhang mit einer Verheiratung oder Geburt;
- Von FGM betroffene Frauen, die sich einer Rekonstruktions-OP unterzogen haben oder deinfibuliert worden sind (oft in Übersee) und die befürchten, erneut beschnitten oder reinfibuliert zu werden, wenn sie in das Land ihrer Herkunft zurückkehren (würden);
- Eltern, die internationalen Schutz suchen, um ihre Töchter vor FGM zu bewahren;
- Frauen, die unter dem Druck ihrer Familienangehörigen oder der Gesellschaft in ihren Herkunftsländern stehen, ihre Töchter beschneiden zu sollen, dies aber nicht wollen; und
- Aktivisten (sowohl Frauen als auch Männer), die in ihren Herkunftsländern wegen ihrer Überzeugungen und ihres Anti-FGM-Engagements verfolgt werden.

Source:

“Klinisches Handbuch: Betreuung von Mädchen und Frauen die von FGM betroffen sind” © WHO 2018



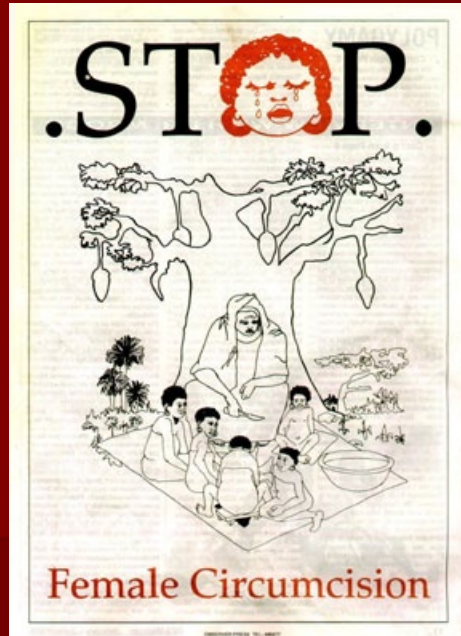
Female Genital Mutilation





Female Genital Mutilation

**Danke
für Ihr Interesse!**



**AG Frauengesundheit Mitglied im Netzwerk
in der Entwicklungszusammenarbeit – AG FIDE e.V. ,
Sektion der DGGG (Deutsche Gesellschaft
für Gynäkologie und Geburtshilfe)**

Mitglied im Netzwerk



Verfasser: Dr. med. Christoph Zerm,
Stellv. Vorsitzender AG FIDE e.V., Wilhelm-Huck-Str. 10, 58313 Herdecke

Im Internet zu finden unter: www.dr-zerm.de ► button: „Beratung“; und www.ag-fide.de;
und <http://www.frauenrechte.de/online/index.php/themen-und-aktionen/weibliche-genitalverstuemmelung2/informationsquellen/downloads>

„WEIBLICHE GENITALE BESCHNEIDUNG – ZU UMGANG MIT BETROFFENEN UND PRÄVENTION:
DEUTSCHE EMPFEHLUNGEN FÜR ANGEHÖRIGE DES GESUNDHEITSWESENS
UND ALLE WEITEREN POTENTIELL INVOLVIERTEN BERUFSGRUPPEN“
und

NEU: BÄK-Flyer (April 2016) ► link:
http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Empfehlungen/2016-04_Empfehlungen-zum-Umgang-mit-Patientinnen-nach-weiblicher-Genitalverstuemmelung.pdf



Female Genital Mutilation

„Knackpunkte“ in Deutschland:

Wo gibt es Unsicherheiten rechtlicher und praktischer Natur?

- Meldepflicht vs. Schweigepflicht z.B. bei Ärzten (cf. §4 KKG, 1.1.12)
(Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz – KKG)
- Eigener Strafrechtsparagraf 226a zu FGM seit 24.09.13 in Kraft! ***Cave!**
- **Prävention** der **kindlichen Mißhandlung**: Integration des Genitale in die Kontrollen der U1 – U10 ***Cave!**
- Für Ärzte: Besteht Pflicht zur Durchführung oder Ablehnung von Re-Infibulation? – ganz klar: **Keine Re-Infibulation!**

** Keine Stigmatisierung
von Menschen dunkler Hautfarbe/afrikan. Herkunft!*



In Deutschland

leben nach Berechnungen von Terre des Femmes inzwischen annähernd 80 000-100 000 Migrantinnen - aus Ländern, in denen FGM (noch) praktiziert wird (“Prävalenzländer”).

Aufgrund der prozentualen Verbreitung (Prävalenz) in diesen Ländern läßt sich errechnen, dass davon ca. **rund 50 000 Mädchen und Frauen** von FGM betroffen und einige Tausend Mädchen gefährdet sind.

Die Dunkelziffer dürfte noch deutlich höher liegen!



Information, Bildung:

Wissen und Bewußtsein fördern ist aktive Prävention

– in europäischen Ländern genauso wie
in den Prävalenzländern –

Ziele in Deutschland

(vor allem in den Bereichen Gesundheit, Verwaltung,
Ordnung, Fürsorge, Erziehung etc.):

- Keine entwürdigende Behandlung
- Adäquate, interkulturell kompetente Entscheidungen
- KEIN Kulturrelativismus, keine Teilnahmslosigkeit -
(z.B.: Flüchtlingshilfe, Asyl bei bedrohlichen Abschiebungen etc.)

= ZIVILCOURAGE / Bürgerschaftsengagement


Workshop

Umgang mit Betroffenen von FGM_C – Was muss beachtet werden?

Fadumo Korn, Frauenrechtlerin

Autorin und Dolmetscherin, München

Protokoll: Hanno Dihle



Zur Einführung in den Workshop berichtet Frau Korn über ihre eigenen Erfahrungen in Bezug auf ihre Beschneidung und ihren Weg von Somalia nach Deutschland. Anschließend bittet sie die Teilnehmenden laufend Fragen zu stellen und Themen zu benennen, die sie gerne mit ihr besprechen wollen.

Aus ihrer Erfahrung in der Beratung und Unterstützung von FGM_C-Betroffenen, weist Frau Korn darauf hin, dass es grundsätzlich Zeit brauche, bis sich betroffenen Frauen in Bezug auf ihre Beschneidung, den Folgen und ihren Ängsten öffneten. Es brauche mehrere Beratungstermine, um die nötige Vertrauensbasis hierfür zu legen. Viele betroffene Frauen öffneten sich mit der Zeit von selbst. Frau Korn rät dazu, mit „Kulturmittlerinnen“ zu arbeiten.

Ansprache schwer zu erreichender Frauen aus Somalia

Das erste Thema, das durch eine Teilnehmerin angesprochen wurde, betraf den Zugang zu somalischen Frauen. Konkret handelte es sich bei dem geschilderten Fall um das Erreichen einer Freundin einer betroffenen somalischen Frau, die nicht selbstständig Beratungsangebote wahrnahm. Frau Korn riet hier zunächst relevante Alltagsunterstützung anzubieten, bspw. bei der Suche nach einem Kindertagesstätten- oder Schulplatz zu helfen.

Grundsätzlich hilft es, das Thema FGM_C indirekt und unpersönlich anzusprechen. Für Frauen aus Somalia könne das z.B. durch die Bezugnahme auf Frau Korn selbst stattfinden. Als Beispiel für den Einstieg in das Thema durch eine Beraterin nannte Frau Korn etwa die Frage ‚Ich bin im Internet zufällig auf die somalische Frau Korn gestoßen, die über FGM_C in Somalia gesprochen hat. Ich wusste gar nicht, dass ...‘. Häufig würde dies eine – zunächst allgemeine – erläuternde Reaktion hervorrufen, die in einem weiteren Schritt zu einem Gespräch über die persönliche Betroffenheit der Klientin genutzt werden kann.

Grundlegende Stärkung von Frauen und Mädchen

Auf die Frage nach der Rolle der Mutter zur Stärkung von Mädchen, antwortet Frau Korn, dass eine nachhaltige Stärkung von Mädchen ein langfristiger Prozess sei, der früh ansetzen müsse. Starke Mütter seien eine Grundvoraussetzung für starke, selbstbewusste Töchter.

Die Gefahr von Beschneidungen in Europa

Die Teilnehmerinnen sprechen das Thema der Gefahr von Beschneidungen in Europa für ihre Klientinnen an und fragen, wie man diese gegebenenfalls verhindern kann. Frau Korn bejaht diese Gefahr. Es handele sich hierbei EU-weit um ein ungelöstes Problem. Insbesondere aus Frankreich seien Fälle von weiblicher Genitalbeschneidung bekannt. Erste Fälle seien in der Vergangenheit auch in Deutschland publik geworden. Aus Sicht von Frau Korn ist es wichtig, die Mütter nicht nur über die gesundheitlichen und rechtlichen Folgen von FGM_C sondern auch über die Bedeutung der Genitalverstümmelung als frauenspezifischen Fluchtgrund aufzuklären.



Schwangerschaft als Einstieg in die FGM_C Beratung

Auf die Frage nach der Bedeutung einer Schwangerschaft für einen Einstieg in die FGM_C-Beratung erläutert Frau Korn dass Schwangere Betroffene leichter auf das Thema FGM_C anzusprechen seien. Sie fordert, dass eine Beschneidung mit einer detaillierten Beschreibung im Mutterpass vermerkt sein sollte. Mögliche Komplikationen während der Schwangerschaft oder insbesondere auch der Geburt, die sich infolge einer Beschneidung ergeben könnten, sollten mit den Betroffenen in der Beratung besprochen werden. Da beschnittene Frauen in Deutschland ihre Kinder meist mittels eines Kaiserschnitts gebären, betont Frau Korn wie wichtig es sei, dass die Frauen selbst entscheiden, ob sie aufgrund ihrer Situation eine Kaiserschnittgeburt vorziehen oder nicht. Eine frühzeitige Aufklärung über die Möglichkeiten einer Geburt schaffe gleichzeitig die Möglichkeit geeignetes Fachpersonal für eine normale Geburt trotz FGM_C zu finden.

Workshop

Die transnationale Arbeit der CHANGE Agents: Afrikanische Communities zum Umdenken bewegen

Tiranke Diallo und Colette Tchoumbou

CHANGE Trainerinnen, Terre des Femmes, Berlin



Die transnationale Arbeit der Change Agents:

Afrikanische Communities zum Umdenken bewegen

Tiranke Diallo

- Gebürtig aus Guinea / Conakry
- Hauptberuflich im Personalwesen
- Seit 19 Jahren Mitglied im Verein Mama Afrika e.V.
- Seit 4 Jahren ehrenamtliche Vorstandsvorsitzende
- 2016 - 2018 ehrenamtlicher Change Agent
- 2018 - 2020 ehrenamtlicher Change Trainer
- Motivation: Tod meiner Mutter

Tiranke Diallo
Aufklärungsarbeit
in Guinea

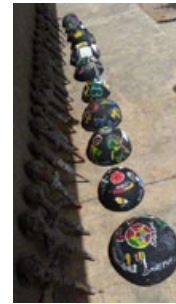


Colette
Tchoumbou

- Gebürtig aus Kamerun
- Lebensmitteltechnologin
- Seit 22 Jahren in Deutschland
- Gründungsmitglied von Assobul
- 2016 - 2018 ehrenamtlicher Change Agent
- 2018 - 2020 ehrenamtlicher Change Trainer
- Motivation: Künstlerin und Aktivistin Sister Fa

Colette Tchoumbou

Workshop
in Senegal



Inhaltsverzeichnis

- Situation in Deutschland
- Was ist das Let's Change Projekt?
- Change Agent Berlin
- Afrikas Vielfalt
- Change Trainer
- Was wurde bereits erreicht?
- Ziele des Let's Change Projekt
- Unsere Forderungen

Situation in Deutschland

- Mindestens 70.000 betroffene und 18.000 gefährdete Mädchen und Frauen (TDF 2019)
- Ankunft von Migranten aus Herkunftsländern mit hoher FGM-Prävalenz
- Mangel an Kenntnissen zu Auswirkungen von FGM, rechtlicher Situation etc. in betroffenen Communities
- Kompetenzmangel im Umgang mit betroffenen und gefährdeten Mädchen und Frauen bei Fachkräften

Fakten zum Let's Change Projekt

- Change Projekt: 2013 - 2015 in vier europäischen Ländern (DE, NL, SE, UK)
- Projekt CHANGE Plus: 2016 - 2018 in sieben europäischen Ländern (DE, NL, FR, PT, IT, BE, UK) Ausbildung von 50 CHANGE Agents (18 in DE)
- Let's Change Projekt: 2018 – 2020 in drei europäischen Ländern (DE, NL, FR) Ausbildung von 34 Change Agents und 24 Change TrainerInnen
- Aus FGM-praktizierten Ländern
- Im Alter zwischen 18 und 76 Jahre alt

Was ist das Let's Change Projekt?

- 2-jährige Ausbildung von einflussreichen Community-Mitglieder die in ihren Communities zur Abschaffung der weiblichen Genitalverstümmelung beitragen
- Rechtliche, soziokulturelle, religiöse und medizinische Argumente gegen FGM vorbringen
- Soziokulturellen Druck innerhalb der Community reduzieren und eine Verhaltensveränderung zu erreichen
- Fachkräfte auf die weibliche Genitalverstümmelung aufmerksam zu machen und Präventionsmöglichkeiten zu informieren

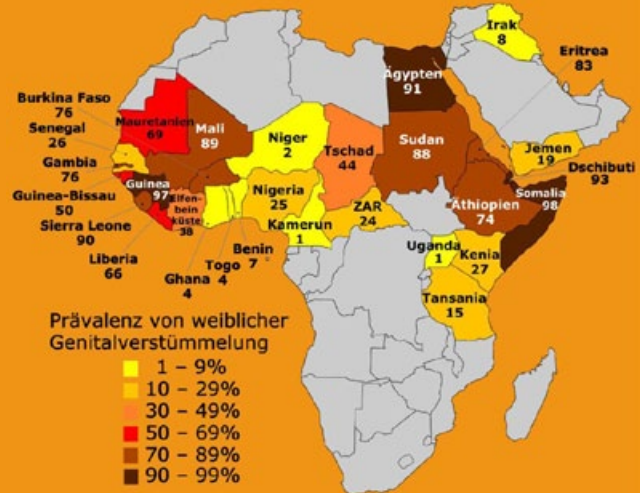
Change Agent Berlin 2016 - 2018

- Colette Tchoumbou - Kamerun
- Isatou Barry - Gambia
- Tiranke Diallo - Guinea
- Evariste Kapnang - Kamerun
- May Ali - Sudan
- Sister Fa - Senegal
- Fadhumu Musa - Somalia/Kenia



Afrikas Vielfalt

- Afrika hat 55 Länder
- 29 afrikanischen Ländern wird FGM praktiziert
- Über 2.000 eigenständige Sprachen
- ca. 8 Amtssprachen



Vielfalt der guineischen Community

- Niederguinea - Susu
- Mitteluinea - Peul/Fula
- Oberguinea - Malinke
- Waldguinea - Guerze
- und weitere 40 Landessprachen



Vielfalt der kamerunischen Community

- 10 Regionen
- 2 Amtssprachen
- Über 200 Ethnien / Landesprachen



Erstes Jahr der Change Agent - Schulung



Zweites Jahr der Change Agent – Durchführungen von Aktivitäten

Bei Communitytreffen

Taufen / Babypartys

Religiöse Feiertagen

Nationalfeiertagen

Zweites Jahr der Change Agent – Durchführungen von Aktivitäten

Somalische Community



Guineische Community



Was haben die Change Agent bis zum Ende des Change Plus Projekt 2018 erreicht?

200 Aufklärungs- und Sensibilisierungsaktivitäten in betroffenen Communities

Tabu gebrochen

Wissen über Folgen von FGM in den Communities vertieft

Infragestellen der Praktik

Mentoring durch erfahrene CHANGE Agents

Community-Events

Change Trainer

Change Trainer

Change Agent aus dem Vorgänger Projekt werden zu Change Trainer

Erhalten eine qualifizierte Schulung als Trainer und Fortbildungen für unterschiedliche Fachkräfte

Übernehmen ein Mentoringfunktion für die neue Generation CHANGE Agents

Hohe Nachfrage an Fortbildungen

Change Trainer



Weiterbildung von 24 CHANGE Trainers (12 in DE)



72 Fortbildungen: Grundlagen FGM, Umgang mit Betroffenen, Gefährdungen erkennen und professionell reagieren



Buchung der TrainerInnen-Teams über die Organisationen TERRE DES FEMMES

Change Agent 2018 - 2020

- Habiba Al-Hinai / Oman
- Sekou Kaba / Guinea
- Ferawty Simanjuntak-S. / Indonesien
- Sana Diedhiou / Senegal
- Audrey Ledjou / Elfenbeinküste
- Samreen Suliman / Sudan
- Yanick Djoubouossie / Kamerun
- Sahra Mahmud / Äthiopien
- Martha Waithaka / Kenia
- Bintu Fatty / Gambia



Let's Change Aktivitäten

1

Europaweite
Zusammenarbeit
zur Überwindung
von FGM

2

European
exchange
meeting für
Community-
AktivistInnen

3

Advocacy
meeting im
Europäischen
Parlament

4

Ministerien und
Behörden
unterstützen und
bewerben das
Programm

5

Presse- und
Öffentlichkeits-
arbeit, u. a. zwei
Pressekonferen-
zen (DE, FR)

6

Internationale
Abschluss-
konferenz in
Paris

Let's CHANGE: Ziele

Community-Empowerment durch CHANGE Agents, behaviour change activities und Community-Events

Nachhaltiger Einstellungs- und Verhaltenswandel in Bezug auf FGM in betroffenen Communities

Schaffen eines EU-weiten ExpertInnen-Pools an CHANGE Trainers, die Fortbildungen für Behörden und Fachkräfte anbieten

Interdisziplinäre Zusammenarbeit für verbesserten Kinderschutz

Integration von Communities aus Nordafrika, Asien und dem Mittleren Osten in FGM-Präventionsarbeit

Unsere Forderungen

Einführung von FGM in medizinischen und pädagogischen Ausbildungen

Langfristige staatliche Finanzierung von Projekten und Kampagnen

Spezialisierte FGM Beratungsstellen deutschlandweit

Colette Tchoumbou und Tiranke Diallo
Change Trainer

tchoumbou@frauenrechte.de
diallo@frauenrechte.de
www.frauenrechte.de

TERRE DES FEMMES -
Menschenrechte für die Frau e.V.
Brunnenstraße 128
13355 Berlin

Workshop

FGM_C – Proaktive und kultursensible Beratung und Unterstützung

Charlotte Njikoufon und Olivia Reckmann

Beraterin und Referentin

FIM – Frauenrecht ist Menschenrecht e.V.,

Frankfurt a.M.





FRAUENRECHT IST MENSCHENRECHT
Beraten | Informieren | Integrieren



FGM/C – Proaktive und kultursensible Beratung und Unterstützung

Charlotte Njikoufon und Ruth Abraha (Psychosoziale Beratung für Frauen aus afrikanischen Ländern)

21.-22.10.2019 | Fachtag „FGM_C – ein Thema in Beratungsfeldern der verbandlichen Caritas!“ | im Landessportbund Hessen e. V. in Frankfurt a.M

FIM e. V. – Interkulturelles Beratungszentrum



- Seit den 80er Jahren: Beratung und Unterstützung von Migrantinnen und ihren Familien in allen Lebenslagen
- Beratung und Empowerment der Klientinnen
- Sensibilisierung der (Fach-)Öffentlichkeit
- Verschiedene Arbeitsbereiche: Allgemeine Sozialberatung, Menschenhandel, FGM/C, Gewalt im Namen der Ehre, Prostitution...
- Besonderheit: muttersprachliche Beraterinnen
- FGM/C seit 2010 Schwerpunktthema (Beratung, Begleitung, Stellungnahmen...)

2

Hessen – engagiert gegen FGM!

- Projekt zur Verbesserung von Schutz und Versorgung für Frauen und Mädchen, die in Hessen von weiblicher Genitalverstümmelung (FGM) betroffen oder bedroht sind
- Gefördert vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration
- Umgesetzt von pro familia Hessen bzw. den lokalen pro familia Beratungsstellen in Kooperation mit einem sozio-kulturellen Fachbeirat (7 Fachorganisationen)
- wissenschaftlich begleitet vom Universitätsklinikum Frankfurt/Main
- August 2018 bis Dezember 2019
- Geplant sind: 10 interdisziplinäre Fortbildungen für Fachkräfte und 5 Fortbildung für Gesundheitspersonal
- Weitere Informationen und Termine: www.profamilia.de/hessen-fgm

3

Sozio-kultureller Beirat



4

Inhalt

- Legitimation, Haltung und Auftrag
- Proaktive und kultursensible Ansprache
- Ansprache bei Verdacht und Handlungsablauf bei Kindeswohlgefährdung
- Fazit
- Weiterführende Literatur und Links
- Kontakt zu FIM

Assoziationen - Emotionen

Aktiv werden
Reinheit Zugehörigkeit **Ahnen ehren** Dankbarkeit für Unversehrtheit
Schutzgedanke **Glaube** Schuldgefühl grausam **Status**
Anerkennung Atem stockt Empathie **Weiblichkeit** Trauer
Kampf Ausgrenzung Schandfleck **Wut** Fest
Fürsorge **Liebe** Frustration **erschüttert**
Unsicherheit **Gehorsamkeit** Trauer **Stolz** Hochzeit Wut
Schutz **Unverständnis** **Fruchtbarkeit** Verantwortung
Ohnmacht Schönheit körperliche Reaktionen **Unsicherheit**
Zugehörigkeit Kinder **grauenvoll**
Schmerz sozialer Druck erschreckend **Hilflosigkeit** **Normalität**
Gewalt Mutter an Tochter unvorstellbar

Einstellung gegenüber FGM/C und Umgang in der Praxis



7

Emotionen und Haltung reflektieren

- Empörung: (Sexuelle) Selbstbestimmung der Frau wird verletzt
- Unverständnis: Wie können das Frauen anderen Frauen und Mädchen antun?
- Körperliche Reaktionen: eigene körperlichen Schmerzen, Übelkeit, Zusammenziehen...
- Solidarität: Betroffenen Frauen helfen, Mädchen schützen, Praxis bekämpfen

**NEIN ZU FGM/C - Menschenrechte sind Frauenrechte, universal
und nicht verhandelbar!**

- Ambivalenz: Wissen um Hintergründe (FGM/C als ‚Akt der Fürsorge‘), gleichzeitiges Ablehnen der Praxis → Auftrag?
- Unsicherheit: Wie ansprechen ohne Klientin zu stigmatisieren? Wann ist ein Verdacht gerechtfertigt? → kultursensible Ansprache!

8

Mein Auftrag?

Ambivalenz: Wissen um Hintergründe (FGM/C als ‚Akt der Fürsorge‘),
gleichzeitiges Ablehnen der Praxis

1. **Darf** ich das Thema ansprechen?

- Bei Mädchen haben wir einen eindeutigen Schutzauftrag (§ 8a SGB VIII; § 4 KKG)
 - Kinderschutz erreichen über kultursensible Ansprache bei den Eltern
- Bei den betroffenen Frauen ist der konkrete Auftrag individuell an den Wunsch der Frau gebunden
 - Mit der Frau ins Gespräch über FGM/C kommen

9

Mein Auftrag?

2. Darf **ich** das Thema ansprechen?

- **neo-koloniale Vergangenheit** – was gibt „uns“ das Recht sich einzumischen?
 - Kulturrelativistische Überlegungen vs. universale Menschenrechte
- **Alles eine Frage der Herkunft?**
 - nein: andere Faktoren ausschlaggebend: Vertrauensbasis, Kontext...

**Wir haben eine frauen- und menschenrechtspolitische
Legitimation, FGM/C zum Thema zu machen!**

10

Kultursensible Ansprache beachten

- Begrifflichkeiten reflektieren (FGM oder FGC?)
- Entdramatisierung: Akzeptanz, dass FGM/C für betroffene Frauen (Kulturen) Lebensrealität und identitätsstiftend ist (≠ Bagatellisierung)
- Enttabuisierung: FGM/C und Sexualität sowie medizinische Komplikationen zum Thema machen
- Wissen um Wirkmächtigkeit: Dolmetscher*innen, Multiplikator*innen, Eltern stehen oft unter dem Druck der Community
- Eigene Emotionen reflektieren und klare Haltung entwickeln
 - Verstehen der Gründe für FGM/C ≠ Verständnis für die Praxis
 - Gemeinsame Werte hervorheben (z.B. Wohl des Kindes)

11

Gute Rahmenbedingungen schaffen

- Sensibilität, Respekt und Empathie zeigen
- gleichzeitig kritische Haltung verdeutlichen – NEIN zu FGM/C
- Zeitfaktor/Kontext berücksichtigen
- Räume schaffen, z.B. Frauentreffen (Fachreferentinnen einbinden)
- Türöffnerthemen suchen: Gesundheit, Erziehung, Asyl,...

**Entscheidend ist nicht, wer das Thema anspricht,
sondern wie es angesprochen wird.**

12

Rechtliche Situation in BRD

- Seit 2013 eigener Straftatbestand (§226a StGB)
 - Mindestens 1 Jahr Freiheitsentzug
 - Durchführung, Versuch und Beihilfe strafbar (ebenso Unterlassung)
 - Verjährungsfrist: 20 Jahre ab 21. Lebensjahr der Betroffenen (§78 StGB)
 - Abweichend zum ‚Recht des Tatorts‘ gilt die deutsche Staatsangehörigkeit der Täter*innen oder Deutschland als der gewöhnliche Wohnsitz der Betroffenen (§5 (9) StGB; soll ‚Ferienbeschneidungen‘ umfassen)
- Seit 2017 kann der Pass entzogen oder die Ausstellung verweigert werden, wenn eine Auslandsreise FGM/C dienen soll (§7 (1) Nr. 11 PassG)

13

Schutzauftrag bei KWG

- Art. 6 GG iVm §1631 BGB iVm §1666 BGB
 - Pflege und Erziehung sind das natürlich Recht der Eltern und ihre Pflicht. Kinder haben ein Recht auf eine gewaltfreie Erziehung.
 - Über die Erfüllung wacht die Gemeinschaft
- Wächteramt haben alle Bürger*innen, unabhängig vom Berufsfeld

14

Schutzauftrag bei KWG

- In der Jugendhilfe gelten die Maßgaben des § 8a SGB VIII
- In anderen relevanten Berufsfeldern von Geheimnisträger*innen (Ärzt*innen, Sozialpädagog*innen...) gilt § 4 KKG:
 - Gewichtige Anhaltspunkte für KWG verpflichten zur Beratung von Eltern/Jugendlichen
 - Anspruch auf Gefährdungseinschätzung durch insoweit erfahrene Fachkraft (IseF) und Beratung durch Fachkraft der Jugendhilfe – (Pseudonymisierung!)
 - Befugnis zur Information des Jugendamtes, wenn Gefährdung nicht anders abgewendet werden kann

15

Handlungsablauf nach §4 KKG

Verdacht auf Kindeswohlgefährdung

- Verdachtsmomente prüfen (mit Kolleg*innen)
 - Kollegiale Beratung durch Fachberatungsstelle und/oder IseF-Beratung (pseudonymisiert!)
 - Situation mit den Eltern erörtern (wenn ohne weitere Gefährdung des Kindes möglich) und auf Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken
 - Wirksamkeit überprüfen
 - Information Jugendamt, wenn Maßnahmen nicht wirksam!

Prozess dokumentieren!

16

Ansprache bei Verdacht

- Hinweise: Klientin oder Partner ist aus Prävalenzregion/-community, Kinder (insb. Mädchen), Schwangerschaft, geplante Auslandsreise, konservative Einstellungen, geplante Festlichkeiten...
- Proaktive Ansprache (wenn ohne Gefährdung Mädchen möglich):
 - Ist die Frau selbst betroffen? Weiß sie, ob sie betroffen ist? Kann sie sich erinnern wann und wie es war? Hat sie körperliche Schmerzen? Wie waren bisherige Geburtsverläufe?
 - Hat sie vor, ihre Mädchen zu beschneiden? Würde sie ihre Mädchen beschneiden lassen, wenn sie es könnte?
 - Wie steht der Ehemann dazu? Wie stehen andere Bezugspersonen aus der Community dazu?
- Erste Ansprache sollte über die Mutter erfolgen

17

Aufklärungsinhalte

- Rechtliche Aufklärung
 - Straftatbestand/ Verbot Deutschland
 - Straftatbestand/ Verbot im Herkunftsland
 - Kindeswohlgefährdung
 - (drohende) FGM/C als Asylgrund
- Körperliche bzw. medizinische Aufklärung
 - Unterschiedliche Typen
 - Körperliche medizinische wie seelische Folgen
 - Folgen in Bezug auf die eigene und die Paarsexualität
 - Medizinische Möglichkeit zur Wiederherstellung

18

Fazit

- FGM/C ist vor allem Ausdruck patriarchaler Gewaltstrukturen und männlichen Besitzwahns
- FGM/C älter als alle heutigen monotheistischen Weltreligionen
- Prävalenz/Ausformung unterscheidet sich stark von Region zu Region
- In Prävalenzgesellschaften Grundlage für soziale Anerkennung und Zugehörigkeit → enormer gesellschaftlicher Druck → ‚Akt der Fürsorge‘
- Proaktive kultursensible Aufklärungsarbeit und Unterstützung → Verstehen ≠ Verständnis
- Entdramatisieren = Lebensrealität der Frauen anerkennen
- Klare Abläufe und Zuständigkeiten bei Kindeswohlgefährdung

19

Weiterführende Literatur

- Allgemeine Informationen:
 - https://www.unicef.org/cbsc/files/UNICEF_FGM_report_July_2013_Hi_res.pdf
 - <https://data.unicef.org/resources/fgm-country-profiles/>
 - <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
 - https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/progress72_fgm.pdf
 - <https://www.bundestag.de/blob/575542/dc94a30f001c4f45c6d206a4791e031f/wd-1-014-18-pdf-data.pdf>
 - <https://www.netzwerk-integra.de/startseite/studie-fgm/>
 - <https://opus4.kobv.de/opus4-fau/files/2215/JannaGrafDissertation.pdf>
 - <https://www.28toomanv.org/>
- Dokumentationen und Berichte:
 - https://www.youtube.com/watch?v=PBlTteoq_eg (Beitrag zum Film ‚In search...‘ von Beryl Magoko)
 - <https://www.youtube.com/watch?v=byH9smc7Jx0> (BR-Dokumentation)
 - <https://www.youtube.com/watch?v=55t4fAJ4nXo> (ARTE-Reportage)

20

Weiterführende Literatur

- Intervention und Unterstützung:
 - [https://www.frankfurt.de/sixcms/detail.php?id=703665&_ffmparf_id_inhalt\]=5078333](https://www.frankfurt.de/sixcms/detail.php?id=703665&_ffmparf_id_inhalt]=5078333) (Kinder-/Jugendschutztelefon der Stadt Frankfurt)
 - https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Empfehlungen/2016-04_Empfehlungen-zum-Umgang-mit-Patientinnen-nach-weiblicher-Genitalverstuemmelung.pdf
 - <https://www.bundestag.de/blob/561142/43d8815883ffeb4e5cefaa88e1bd73d/wd-9---022-18-pdf-data.pdf> (zu Kostenübernahme durch Krankenkasse)
 - <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2018/block-z80-z99.htm> (ICD-Index)
 - <https://www.hamburg.de/contentblob/4556016/883551d7bfd7a9ff10f858bb8b9fe573/data/intervention-genitalverstuemmelung.pdf>
 - <https://www.fim-frauenrecht.de/images/pdf/FGM-Abschlussbericht.pdf>
 - https://www.vielfalt-bewegt-frankfurt.de/sites/default/files/medien/downloads/amka_gesundheit_vorort_ly10_20_4_2018.pdf (S. 32ff)
 - https://uefgm.org/wp-content/uploads/2016/11/COUNTRY-INFO-PAGES_GERMANY_GERMAN_HIGH.pdf
 - https://dav-migrationsrecht.de/files/page/0_15745600_1413236518s.pdf (Dienstanweisung BAMF zu Prüfung und Anerkennung FGM/C)
 - <https://www.refworld.org/pdfid/4a0c28492.pdf> (Leitfaden UNHCR zu FGM als Asylgrund)
 - <http://www.dr-zerm.de/EmpfehlenFGM2007.pdf> (Empfehlungen für Angehörige des Gesundheitswesens und weitere potentiell involvierte Berufsgruppen)

21

Kontakt zu FIM

- Charlotte Ndam-Njikoufon
Tel. +49 (0)69 9709797-22
charlotte.njikoufon@fim-beratungszentrum.de
- Ruth Abraha
Tel. +49 (0)69 9709797-24
ruth.abraha@fim-beratungszentrum.de

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Vortrag

FGM_C –

Wie sieht die Rechtslage aus?

Dr. jur. Anna Lena Göttsche

Dissertation zum Thema FGM_C an der HU Berlin



FGM_C:

Wie sieht die Rechtslage aus?

- Öffentliches Recht:
 - Asylrechtliches **Aufenthaltsrecht**
 - Passgesetz
- Zivilrecht:
 - **Kindschaftsrecht**
- Straf- und Strafprozessrecht
 - insb. **§ 226a StGB**
 - Strafprozessrecht

**Einschlägige
Rechtsgebiete**

- § 226a StGB
Verstümmelung weiblicher Genitalien:
 - In-Kraft-Treten: September 2013
 - Ausgestaltet als Verbrechen
 - Körperverletzungsdelikt
- § 225 StGB
Misshandlung von Schutzbefohlenen
- § 227 StGB
Körperverletzung mit Todesfolge

Strafrecht

- Strafverfahren insgesamt: ?
- Bislang keine **veröffentlichten** gerichtlichen Entscheidungen
- Strafverfolgungsstatistik:
Zahl der Aburteilungen

Aburteilungen	Einstellung	Verurteilungen (jeweils Geldstrafe)
2017	1	1
2016	1	-
2015	1	3
2014	1	1

Strafrecht – Strafverfolgung

- § 78b StGB
Ruhe der Verjährung:
 - Verjährungsfrist: 20 Jahre
 - beginnt erst mit Vollendung des 30. Lebensjahres zu laufen

Strafrecht – Verjährung

- § 7 StGB
Geltung für Auslandstaten
- § 5 StGB
Auslandstaten mit bes. Inlandsbezug
 - Strafverfolgung unabhängig vom Recht des Tatorts möglich
 - wenn Täter*in Deutsche*r
 - oder Opfer gewöhnlichen Aufenthalt in D

Strafrecht – Auslandsbezug

- § 395 StPO
Nebenklagerecht
- § 397a StPO
Rechtsbeistand und Prozesskostenhilfe
- § 406f und g StPO
Verletztenbeistand und psychosoziale
Prozessbegleitung

Strafprozessrecht

- § 203 StGB:
unbefugtes Offenbaren von Geheimnissen
durch bestimmte Berufsgruppen
- § 4 KKG („Gesetz zur Kooperation und
Information im Kinderschutz“):
Offenbarungsbefugnis an Jugendamt
bei gewichtigen Anhaltspunkten für
Gefährdung des Kindeswohls

Strafrecht – Berufsgeheimnis- träger*innen

- Elterliche Sorge (§§ 1626 ff. BGB)
- Schutzauftrag Jugendamt (§ 8a SGB VIII)

Zivilrecht – Kindschaftsrecht

- § 1626 BGB
elterliche Sorge, insb. Personensorge
- § 1631 BGB
Personensorge umfasst
 - Pflege, Erziehung, Beaufsichtigung und
Aufenthaltsbestimmung des Kindes
 - unter Verzicht auf Gewalt

Zivilrecht – Kindschaftsrecht

- § 8a SGB VIII
Schutzauftrag des Jugendamts
 - Gewichtige Anhaltspunkte für Gefährdung des Kindeswohls
 - Zunächst Einbeziehung der Eltern
 - Ggf. Anrufung des Familiengerichts, bei dringender Gefahr Inobhutnahme
 - ggf. Einschaltung weiterer Behörden, auch Polizei

behördliche Schutzmaßnahmen

- § 1666 BGB
Entziehung der elterlichen Sorge in Bezug auf das Aufenthaltsbestimmungsrecht
 - Eltern können mit ihrer Tochter nicht ausreisen
- § 1666 BGB
Einschränkung der Gesundheitsorge
 - Pflicht zur Vorstellung zwecks Untersuchung der körperlichen Unversehrtheit (bei Aufforderung)
 - Auftrag zur Schweigepflichtentbindung aller behandelnden Kinderärzt*innen
- § 1684 BGB
Einschränkung des Umgangsrechts

Zivilrecht – gerichtliche Anordnungen

- § 7 Passgesetz
 - Ergänzung der Passversagungsgründe um FGM/Cs im Jahr 2017
 - In Verbindung mit § 8 PassG: Passentziehung
 - Folge: Untersagung der Ausreise, § 10 PassG
 - Ziel: Verhinderung der Ausreise zum Zwecke sog. „Ferienbeschneidungen“
 - Bis 4/2019 kein Fall bekannt
- PassG gilt grds. nur für deutsche Staatsbürger*innen
- § 46 Aufenthaltsgesetz
 - Ausreiseverbot auch für Personen ohne deutsche StAng. (entsprechende Anwendung des § 10 PassG)

Öffentliches Recht – Passwesen

- Anerkennung als Asylberechtigte
- Anerkennung als Flüchtling (Genfer Flüchtlingskonvention)
- Subsidiärer Schutz
- Nationale Abschiebungsverbote

Öffentliches Recht – asylrechtliches Aufenthaltsrecht

- Anhörung und Beurteilung durch sog. Entscheider*innen (BAMF)
 - Keine systematische Erfassung des behördlichen Verfahrens (BAMF) hinsichtlich FGM/Cs
- Bei Negativ-Bescheid:
 - Klage vor dem Verwaltungsgericht möglich
 - Gerichtliche **Überprüfung** des behördlichen Verfahrens/der behördlichen Entscheidung
 - Entscheidungen zum Teil veröffentlicht

Asyl-/ Flüchtlingsschutz- verfahren

- FGM/Cs sind als eine Form von geschlechtsspezifischer Verfolgung anerkannt
- Geschlechtsspezifische Verfolgung
 - Im gesamten Verfahren zu beachten
 - Sonderbeauftragte
 - Nicht-staatliche Verfolgung
 - Inländische Fluchtalternative

Asyl-/ Flüchtlingsschutz- verfahren (BAMF)

- Problem: BAMF wird Anforderungen von geschlechtsbezogener Verfolgung nicht flächendeckend gerecht
- Problem: Antragstellerin trägt drohende/erfahrene FGM/C nicht vor
- Problem: Antragstellerin trägt FGM/C erst später vor

Asyl-/ Flüchtlingsschutz- verfahren (BAMF)

- Hinzuziehung von Sonderbeauftragter*in
- ärztliche Bescheinigung bzgl. Vorliegen von FGM/C
- Härtefallkommission
- Abgeleiteter Flüchtlingsschutz

Asyl-/ Flüchtlingsschutz- verfahren (BAMF)

- Vortrag unglaubhaft / Antragstellerin unglaubwürdig
- Keine beachtliche Gefährdungswahrscheinlichkeit, da Schutz durch Mutter/Eltern/Familie
- Keine beachtliche Gefährdungswahrscheinlichkeit, da inländische Fluchtalternative
- Keine Verfolgung mehr, da FGM/C bereits erfolgt

Asyl-/ Flüchtlingsschutz- verfahren (Gerichte)

- Zuerkennung der Familienflüchtlingseigenschaft bei einem erst in D geborenen Mädchen
- Zuerkennung der Flüchtlingseigenschaft trotz bereits erfolgter FGM/C

Asyl-/ Flüchtlingsschutz- verfahren (Gerichte)

Workshop

Genitalverstümmelung bei Mädchen – (wie) mit den Menschen sprechen?

Dr. Isabelle Ihring

wissenschaftliche Mitarbeiterin PH Freiburg,

Co-Autorin der INTEGRA-Studie, Freiburg i.Br.





Kurzer Austausch

- Warum habe ich mich für diesen Workshop angemeldet?
- Was sind meine Vorstellungen, Befürchtungen, Ängste im Hinblick auf betroffene oder bedrohte Mädchen?
- Was sind meine Vorstellungen, Befürchtungen, Ängste im Hinblick auf deren Eltern und Familien?

Schutzmöglichkeiten von Kindern in Deutschland

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

§ 1666 Gerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls

(1) 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.

[...]

(3) Zu den **gerichtlichen Maßnahmen** nach Absatz 1 gehören insbesondere

1. Gebote, öffentliche Hilfen wie zum Beispiel **Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe und der Gesundheitsfürsorge** in Anspruch zu nehmen,
2. Gebote, für die Einhaltung der Schulpflicht zu sorgen,
3. **Verbote, vorübergehend oder auf unbestimmte Zeit die Familienwohnung oder eine andere Wohnung zu nutzen**, sich in einem bestimmten Umkreis der Wohnung aufzuhalten oder zu bestimmende andere Orte aufzusuchen, an denen sich das Kind regelmäßig aufhält,
4. Verbote, Verbindung zum Kind aufzunehmen oder ein Zusammentreffen mit dem Kind herbeizuführen,
5. die Ersetzung von Erklärungen des Inhabers der elterlichen Sorge,
6. **die teilweise oder vollständige Entziehung der elterlichen Sorge.**

[...]

Kinder- und Jugendhilferecht

Achtes Buch (VIII) - Kinder- und Jugendhilfe - (Artikel 1 des Gesetzes v. 26. Juni 1990, BGBl. I S. 1163)
§ 8a Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung

(1) 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. Soweit der wirksame Schutz dieses Kindes oder dieses Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird, hat das Jugendamt die Erziehungsberechtigten sowie das Kind oder den Jugendlichen in die Gefährdungseinschätzung einzubeziehen und, sofern dies nach fachlicher Einschätzung erforderlich ist, sich dabei einen unmittelbaren Eindruck von dem Kind und von seiner persönlichen Umgebung zu verschaffen. Hält das **Jugendamt zur Abwendung der Gefährdung die Gewährung von Hilfen für geeignet und notwendig, so hat es diese den Erziehungsberechtigten** anzubieten.

(2) Hält das Jugendamt das **Tätigwerden des Familiengerichts** für erforderlich, so hat es das **Gericht anzufragen**; dies gilt auch, wenn die Erziehungsberechtigten nicht bereit oder in der Lage sind, bei der Abschätzung des Gefährdungsrisikos mitzuwirken. Besteht eine **dringende Gefahr** und kann die Entscheidung des Gerichts nicht abgewartet werden, so ist das Jugendamt verpflichtet, **das Kind oder den Jugendlichen in Obhut** zu nehmen.

(3) Soweit zur **Abwendung der Gefährdung** das **Tätigwerden anderer Leistungsträger**, der Einrichtungen der Gesundheitshilfe oder der Polizei notwendig ist, hat das Jugendamt auf die Inanspruchnahme durch die Erziehungsberechtigten hinzuwirken. Ist ein **sofortiges Tätigwerden** erforderlich und wirken die Personensorgeberechtigten oder die Erziehungsberechtigten nicht mit, so schaltet das Jugendamt die anderen zur Abwendung der Gefährdung zuständigen Stellen selbst ein.

(4) In Vereinbarungen mit den Trägern von Einrichtungen und Diensten, die Leistungen nach diesem Buch erbringen, ist sicherzustellen, dass

1. deren **Fachkräfte bei Bekanntwerden gewichtiger Anhaltspunkte** für die Gefährdung eines von ihnen betreuten Kindes oder Jugendlichen eine Gefährdungseinschätzung vornehmen,
2. bei der Gefährdungseinschätzung eine **insoweit erfahrene Fachkraft** beratend hinzugezogen wird sowie
3. **die Erziehungsberechtigten sowie das Kind oder der Jugendliche in die Gefährdungseinschätzung** einbezogen werden, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.

In die Vereinbarung ist neben den Kriterien für die Qualifikation der beratend hinzuzuziehenden insoweit erfahrene Fachkraft insbesondere die Verpflichtung aufzunehmen, dass die Fachkräfte der Träger bei den Erziehungsberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, wenn sie diese für erforderlich halten, und das Jugendamt informieren, falls die Gefährdung nicht anders abgewendet werden kann.

(5) Werden einem örtlichen Träger gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt, so sind dem für die Gewährung von Leistungen zuständigen örtlichen Träger die Daten mitzuteilen, deren Kenntnis zur Wahrnehmung des Schutzauftrags bei Kindeswohlgefährdung nach § 8a erforderlich ist. **Die Mitteilung soll im Rahmen eines Gesprächs zwischen den Fachkräften der beiden örtlichen Träger erfolgen, an dem die Personensorgeberechtigten sowie das Kind oder der Jugendliche beteiligt werden sollen**, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.

Vorgehen

Gespräch mit der Mutter:

- Dolmetscher*in!
- offenes und vertrautes Setting schaffen: angekündigt bei ihr Zuhause oder in der Einrichtung (ebenfalls vereinbarter Termin)
- erstes Gespräch mit Bezugserzieher/ oder Erzieher*in, die der Mutter bekannt ist und der Einrichtungsleitung
- sensibel vorgehen, ihr nichts unterstellen, dennoch Sorge äußern
- ihr Zeit geben zu Antworten, bestenfalls ohne, dass sie unter Druck/ Rechtfertigungszwang gerät → Verständnis zeigen
- Rechtliche Lage erklären und Verpflichtung Schutz des Kindes erklären → ohne ihr zu drohen, mehr als Erklärung dafür, dass Erzieher*innen die Pflicht haben Kinder zu schützen

Vorgehen

Körperliche Ebene:

- abklären lassen, ob es sich wirklich um eine Beschneidung handelt → bei einem/r Kindergynäkolog*in
- Mutter begleiten

Vernetzung:

- mehrperspektivisch arbeiten und die Mutter begleiten
- sich von erfahrenen Fachkräften unterstützen lassen (wie immer: bsp.: sexueller Missbrauch, Gewalt usw.)
- Absprachen treffen ohne jemals über den Kopf der Mutter/ die Eltern hinweg zu gehen
- Aufenthaltsstatus mitdenken

Kinderschutz

... Ruhe bewahren

- Panik, Schnellschüsse ohne Rücksprachen, emotionale Reaktionen sorgen eher für Rückzug und nutzen dem Kind nichts

... nie ohne Eltern möglich

- Gespräch suchen, davon ausgehen, dass sie immer das Beste für ihre Kinder wollen

... erfordert viel Hintergrundwissen und ein sehr klar geregeltes Vorgehen

- Fragen stellen, eigene Vorurteile, Annahmen, Interpretationen hinterfragen und gegebenenfalls korrigieren

... Risikoanalyse

... insoweit erfahrene Fachkraft

... breites Leistungsangebot HzE nutzen:

- Aufklärungsarbeit nur auf Vertrauensbasis und durch Gespräche