



FGM/C Medizinische Atteste im Asylverfahren – Stellungnahme Dr. Chr. Zerm

Problem:

Seit vielen Jahren fliehen heranwachsende Mädchen und Frauen wegen FGM/C und anderen Menschenrechtsverletzungen nach Deutschland (bzw. Europa, viele kommen später in D an). Entweder sie fliehen wegen anderer geschlechtsspezifischer Verfolgung und Gewalt mit bereits erfolgter Beschneidung, oder sie fliehen vor einer drohenden Erst- oder auch Zweit-/Mehrfachbeschneidung oder zum Schutz einer bereits geborenen Tochter vor FGM/C. Zu den fluchtauslösenden Gründen gehören praktisch immer weitere Formen menschenrechtswidriger Gewalt gegen Frauen. Dazu gehören versklavungsähnliche Ausbeutung sowie körperliche und psychische Dauermißhandlungen, oft bereits ab der Kindheit, Verkauf als Zwangs"ehfrau" an meist viel ältere Männer als deren Zusatzbesitz (oft als dritte oder vierte „Ehfrau“), meistens im Alter ab 12 oder 13 Jahren, mit der Konsequenz strafloser Dauervergewaltigungen und Mißhandlungen bei Widerstand, dazu Verweigerung nennenswerter Schulbildung etc.

Zu diesen schweren Traumatisierungen kommen sehr häufig weitere unsägliche Traumatisierungen auf den Fluchtwegen hinzu.

In ihrer Unwissenheit und Verzweiflung geraten viele der Frauen ungewollt an Agent:innen der international vernetzten und agierenden Menschenhändler-Banden, die die Frauen nach Europa schleusen und dort zur Prostitution zwingen, in nicht wenigen Fällen sogar mehrere Jahre lang, bis endlich eine Flucht gelingt. Ein erheblicher Anteil dieser Frauen sind Analphabetinnen, manche wissen gar nicht, was „Europa“ bedeutet und wo es liegt. Sie wollen einfach nur so weit wie möglich weg, um nicht dem Tod oder endlosem Leid und Quälerei ausgesetzt zu sein. Viele sterben bereits auf den Fluchtwegen durch die Wüste oder auf dem Meer, von diesen Opfern erfahren wir hier nichts. Diejenigen, die bis hierher durchkommen, stellen dann einen Asylantrag in Deutschland.

Rechtliche Grundlagen (Auswahl):

Novellierung des Asylgesetzes (AsylG) 2005, indem u.a. auch nichtstaatliche Verfolgung als Asylgrund inkludiert wurde.

Genfer Flüchtlingskonvention (GFK) 1952,

Istanbul-Konvention 2011,

Urteil des EuGH vom 16.01.2024 (ECLI-Identifikator: ECLI:EU:C:2024:47): Bekräftigung des Schutzanspruches der von genderspezifischer Gewalt bedrohten Frauen und Mädchen als besondere soziale Gruppe, unabhängig von deren Größe, u.v.a.m.

Aufgaben des BAMF (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, weisungsabhängig vom Bundes-Innen-Ministerium):

Das BAMF steht vor der Herausforderung, einerseits eine staatliche „Defensivaufgabe“ (die Anzahl der Migrant:innen in Grenzen zu halten) zu erfüllen, andererseits sich um die Berücksichtigung menschenrechtlicher Prinzipien und asylrelevanter Gefährdungen zu bemühen (die Vorgaben kommen vom Ministerium). Es hat somit die Aufgabe, „unberechtigte“ Asylanträge herauszufinden – im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben und einschlägiger Gerichtsurteile (*einige RÅ gehen von sehr hohen zu erfüllenden, inoffiziellen Ablehnungsquoten aus*), konkret: ob die vorgebrachten Fluchtgründe für eine Asylzuerkennung auf Basis der Gesetze ausreichen, FGM/C gehört seit 2005 zu solchen Fluchtgründen dazu. Das BAMF steht dabei vor der Schwierigkeit, daß kaum schriftliche oder sonstige physische Beweise vorgelegt werden können, sondern lediglich abwägen zu müssen, ob die vorgebrachten Schilderungen mit hinlänglicher Wahrscheinlichkeit zutreffend sind oder nicht. Dabei besteht ein großer individueller Ermessensspielraum der Entscheider*innen („Zuflucht gewähren vs. Abschottung“). Die *tatsächlichen* Entscheidungskriterien für die insgesamt hohen Ablehnungsquoten bleiben weithin intransparent, was sich u.a. in großen regionalen Unterschieden, auch von Bundesland zu Bundesland differierend, ausdrückt. Diese regional unterschiedlichen Beurteilungen finden sich auch bei den Entscheidungen der Verwaltungsgerichte in erster und zweiter Instanz wieder. Nur sehr selten wird die völlig andere Lebensrealität in den Herkunftsländern (als Basis für die Fluchtgründe und fortdauernde Bedrohung) berücksichtigt.

Entscheidungsgrundlagen:

Dies sind neben Schulungen u.a. zum gesetzlichen Rahmen, zu Länderinformationen und neben der persönlichen Einstellung, amtsinterne Infos und Rundschreiben.

Beispiel „BAMF Entscheiderbrief 7/2020“ zu FGM: Im 1. Kapitel wird die Möglichkeit einer Zweit-FGM bei Typ I und II kategorisch bestritten (*was nicht den Tatsachen entspricht!*). Auf Seite 5 hingegen wird ein Urteil des VWG Münster vom 24.1.2020 (betr. Guinea, Volksgruppe Malinke) zitiert: „... nicht selten eine



Zweitbeschneidung vor der Hochzeit“ – ohne auf den Widerspruch zu der vorher aufgestellten Behauptung einzugehen.

Ferner findet man in Ablehnungsbescheiden Verweise auf Publikationen des Auswärtigen Amtes (= AA, Länderberichte der jeweiligen Botschaften), auf internationale Publikationen verschiedener Organisationen und gelegentlich weitere Quellenverweise, die manchmal schwer nachzuverfolgen sind.

Anmerkungen hierzu:

Der Verweis auf Länderberichte des AA ist leider nur eine sehr begrenzte Auskunftshilfe, wenn es um die Alltagsrealität der Mehrheit der einfachen Menschen vor Ort geht. Angehörige der Botschaften haben, wenn überhaupt, im Wesentlichen Kontakte zu den einflußreichen Angehörigen der führenden Oberschicht, ggfs. auch der oberen Mittelschicht. Deren Alltag ähnelt noch am ehesten dem wohlhabenden Alltag in Europa. Eher ausnahmsweise kann man von aussagekräftigen, nachhaltigen Kontakten zu den einfachen Menschen der unteren Mittelschicht und der bedürftigen Bevölkerung ausgehen, die aber gleichwohl die große Mehrheit darstellen. Hier ergibt sich eine Wahrnehmungslücke, die für gewöhnlich kaum auffällt, weil sie für die Politik keine nennenswerte Rolle spielt. Um jedoch die Alltagsrealität einfacher Menschen in diesen Ländern kennen zu lernen, bedarf es nachhaltiger Kontakte und Schilderungen genau dieser Menschen, um sich ein zutreffendes Bild machen zu können. Daher sind solche Berichte kaum geeignet, die Schilderungen der Asylbewerberinnen als unglaubwürdig abzuqualifizieren.

Die immer wieder zitierten, diversen Quellen zu den FGM-Prävalenzzahlen sind in den meisten Fällen nur sehr eingeschränkt zuverlässig, insbesondere, wenn es sich um von der Regierung beauftragte Publikationen handelt. Studien, Statistiken, Befragungen sind abhängig von dem Setting, wer und wie befragt wird und wie repräsentativ diese Befragungen sind. Ein besonders fragwürdiges Beispiel ist Benin, wo bereits vor Jahren die endgültige Beseitigung der FGM-Tradition festlich (unter Beteiligung einer deutschen Regierungsdelegation) gefeiert wurde, während die Tradition in vielen Gegenden des Landes fast unvermindert weiter praktiziert wurde und wird. Lokale Aktivistinnen haben es seither ungleich viel schwerer, noch Fördergelder für ihre Arbeit zu generieren, da FGM ja angeblich überwunden sei.

Hauptablehnungsargumente bei Asylanträgen im Kontext FGM/C und weiteren, geschlechtsspezifischen Menschenrechtsverletzungen:

- a) angebliche „Unglaubwürdigkeit“ der vorgebrachten Fluchtgründe
- b) Verweis auf die (angebliche) Möglichkeit, in einem anderen Teil des Herkunftslandes Schutz zu finden gemäß § 3e AsylG („innerstaatliche Fluchtalternative“)
- c) angeblicher staatlicher Schutz im Herkunftsland aufgrund bestehender Anti-FGM-Gesetze sowie staatlicher und/oder NGO-betriebener Anlaufstellen, keine Würdigung der allseits grassierenden Korruption
- d) Behauptung, FGM sei ein einmaliger Akt, Zweit- und Mehrfachbeschneidungen gebe es nicht
- e) Reduktion der Fluchtgründe auf FGM ohne erkennbare Berücksichtigung weiterer asylrelevanter menschenrechtswidriger Bedrohungen und Traumatisierungen

Bei all diesen Argumenten zeigt sich stets ein Eurozentrismus, der sich andere Lebensverhältnisse als die in Deutschland/Europa gewohnten nicht vorstellen kann und daher nur aus deutscher Sozialisation heraus urteilt.

Ferner ist eine konsequente Nichtwürdigung schwerster Traumatisierungen (meist mit PTBS = posttraumatische Belastungsstörung) schon bei den Anhörungen und stets bei den Ablehnungen erkennbar, von den fast immer traumatisierten Asylsuchenden im vorliegenden Zusammenhang wird das Verhalten und die Aussagefähigkeit einer „normalen“ (nicht-traumatisierten) Person erwartet, ansonsten wird Unglaubwürdigkeit unterstellt. Dabei impliziert die amtsinterne Fortbildung zur „Sonderbeauftragten für geschlechtsspezifisch verfolgte Asylsuchende“ genau die Umstände und Traumafaktoren, die zu PTBS führen – was denn sonst?

Das BAMF soll von FGM bedrohte/betroffene Frauen und Mädchen schützen, aber außerdem – was häufig nicht mehr berücksichtigt wird – Asyl gewähren im Falle von weiterer genderspezifischer, individueller Verfolgung, da bei gleichbleibendem Kontext im Herkunftsland die Gefahr andauert und nicht einfach ignoriert werden kann. Dies muß logischerweise bereits erfolgte Traumata mit einschließen.

Zu den Lebensumständen der betroffenen Frauen und Mädchen in den Herkunftsländern und den Folgen bzw. Symptomen bei Zustand nach schweren Traumatisierungen wird vom Autor eine weitere Stellungnahme vorbereitet.

Spezifische Probleme bei FGM/C:

Die Prävalenzen (prozentuale Anteile der betroffenen Frauen an der Gesamtbevölkerung) variieren bei den vielen Herkunftsländern teilweise stark. Daher argumentiert das BAMF: Es wird bei den Asylanträgen eine medizinische Bestätigung benötigt, die aussagt, ob die Asylsuchende von FGM/C betroffen ist oder nicht, ggfs. auch im Hinblick auf die Gefahrenabwägung bei vorhandenen Töchtern, deren Unversehrtheit oder



nicht ebenfalls attestiert werden soll. Um eine mögliche Beschneidung in Deutschland auszuschließen, wird eine weitere Kontrolle der Tochter nach drei Jahren vorgesehen.

Begründung: Die Herkunft aus einem Prävalenzland mit z.B. niedriger bis mittlerer Prävalenz allein reicht nicht aus, um die tatsächliche Betroffenheit oder Bedrohung ohne medizinische Prüfung zu beurteilen.

Wenn aber Entscheider:innen

- bei bereits erfolgter FGM (ggfs. von Mutter u/o Tochter) eine weitere Bedrohung verneinen
- bei Unversehrtheit behaupten, es gebe gar keine Gefahr
- bei betroffener Mutter und unversehrter Tochter auf § 3e AsylG (s.o.) verweisen
- Zweit- und Mehrfachbeschneidungen generell als nicht existent erklären

→ wozu soll dann überhaupt ein medizinisches „Attest“ ausgestellt werden? Welchen Sinn hat dies dann noch?

Ein weiteres Problem: Das BAMF ist sich inzwischen bewußt, daß die Mehrzahl der Atteste (bisher) unzuverlässige bzw. falsche Befunde aufweisen. Da die Entscheider:innen aber selber keine medizinische Expertise haben, sind sie auf ärztliche Atteste angewiesen und müssen notgedrungen diese (zunächst) als korrekt betrachten. Einige Entscheider:innen sind bereit, ein Zweitgutachten zu akzeptieren, wenn ein solches vorgelegt wird und das erste Attest korrigiert.

Folgendes Dilemma geht aus einer Diskrepanz zwischen der Anamnese und einem (häufig) unzutreffenden ärztlichen Attest hervor:

- entweder das Attest wird als Beweis für die grundsätzliche Unglaubwürdigkeit des Vortrags der Asylsuchenden genommen, was nicht selten geschieht und zu einer Ablehnung führt;
- oder die Entscheider:in setzt sich über das Attest hinweg und stützt ihr Urteil auf alle anderen, vorgebrachten Angaben und/oder eine bekannt hohe Prävalenz im Herkunftsland. Einige handhaben dieses Dilemma „wohlwollend“, andere sind ohnehin negativ eingestellt...

Es erheben sich Fragen:

Welchen Stellenwert sollen solche Gutachten/Atteste überhaupt haben?

Muss eine Behörde wie das BAMF zwingend medizinische Atteste über den Genitalzustand einer Frau in die Entscheidung einbeziehen, die dann von Nicht-Medizinern bearbeitet werden?

Welchen Sinn hat ferner die daran anschließende Frage in dem entsprechenden Frageformular des BAMF bezüglich gesundheitlicher Folgen und einer evtl. Therapie-Indikation (diese Fragen sind ohnehin eigentlich nur von FGM-Spezialisten fundiert beantwortbar, insbesondere als individuelle Therapieplanung, letzteres gehört datenschutzrechtlich ohnehin nicht in die Hände von Nicht-Medizinern), wenn diese Angaben kaum je ernsthaft für sich genommen zur Asylgewährung führen würden? Insbesondere angesichts der Tatsache, daß wichtige andere Aspekte, vor allem die fast immer vorliegende PTBS, bei den meisten Entscheidungen außer Acht bleiben?! Diese geforderte Entscheidungsgrundlage ist insofern äußerst fragwürdig – jedenfalls in der bisher praktizierten Form.

Weitere Detailfrage: Welchen Beitrag für die Gewährung oder Ablehnung eines Asylantrags soll die Differenzierung in die verschiedenen Typen – und schon gar die Subklassifikation – von FGM/C beisteuern, wo doch bereits JEDE Art von FGM/C eine asylrelevante Menschenrechtsverletzung darstellt? Allenfalls könnte damit eine mögliche drohende Zweitbeschneidung noch plausibler gemacht werden – dafür müßte diese Bedrohung als solche jedoch erst einmal vom BAMF grundsätzlich zur Kenntnis genommen werden.

Ein weiterer Aspekt, der kaum je explizit berücksichtigt wird, genauso wie auch in anderen Bereichen der Medizin, ist die mögliche Diskrepanz zwischen körperlichem Befund und Beschwerden/Schmerzen, insbesondere was den Zustand nach Traumatisierungen betrifft. Eine überwiegend somatisch fokussierte Medizin fördert die Verengung der Sicht und damit der Beurteilung auf sicht- und meßbare Befunde. Dies würde jedoch wichtige Erkenntnisse der letzten Jahrzehnte auf dem Gebiet der Psychologie, Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin außer Acht lassen. Psychische Traumata können ebenso gravierende Wunden und Narben im Bereich der Psyche verursachen wie körperliche (somatische) Traumata = Verletzungen, mit dem Unterschied, daß sie nicht sichtbar sind. Dies gilt grundsätzlich auch für den Zustand nach FGM/C. Die Tatsache, daß eine nicht unbeträchtliche Anzahl der von FGM/C betroffenen Frauen keine Beschwerden angibt, steht dem nicht entgegen. Eine Vielzahl von Mechanismen und Faktoren psychologischer, sozialisationsbedingter, ideologischer, religiöser, überlebensstrategischer und sonstiger Art auf häufig unbewußter Ebene helfen Betroffenen, ihr Leben auch mit erlittenen Traumata hinreichend gut führen zu können. Potentiell können jedoch jederzeit Beschwerden oder gar Schmerzen auftreten, für viele andere Überlebende nach FGM/C ist dies dauerhafter Alltag bzw. durch kleinste Trigger auslösbar.



Das Ausmaß, die Häufigkeit oder Persistenz solcher Beschwerden ist nicht abhängig von der Größe eines somatischen Befundes, ja noch nicht einmal von dessen Erkennbarkeit. Daher können auch quantitativ minimale Befunde nach FGM/C mit teils erheblichen Beschwerden korrelieren, ebenso wie ausgedehnte Befunde von einzelnen Frauen als beschwerdefrei beschrieben werden. Dabei ist noch nicht der Funktionsverlust berücksichtigt, insbesondere bezüglich der Funktionalität der Clitoris. Je früher im Leben der Eingriff erfolgte, desto eher kann jegliche Erinnerung daran fehlen und damit auch die Vergleichsmöglichkeit, wie das Erleben und die Sensibilität vor dem Trauma war und wie danach. Ein Verlust, den man nicht kennt und der dadurch unbewußt bleibt, wird weniger schmerzhaft erlebt, als wenn man bewußt vergleichen kann. Das schließt jedoch nicht Beschwerden aus, die dennoch ursprünglich mit einem erlittenen Trauma zusammenhängen, die dann aber subjektiv nicht „eingeordnet“ werden können.

Diese Ausführungen sollen darauf aufmerksam machen, daß ein rein somatisch orientiertes „Attest“ über den Zustand des äußeren weiblichen Genitale nicht das ganze Ausmaß der durch FGM/C verursachten Traumatisierung erfasst, nicht erfassen kann. Im Asylverfahren geht es aber um das ganze Ausmaß als rechtliche Grundlage einer asylrelevanten Verfolgung und deren Anerkennung als Asylgrund. Somit kann ein solches Attest allenfalls einen Hinweis auf eine erlebte und/oder drohende geschlechtsspezifische Verfolgung geben, in manchen Fällen noch nicht einmal dies – ganz abgesehen davon, daß die meisten Betroffenen außer FGM/C noch weitere, schwere, menschenrechtswidrige Traumatisierungen erlitten haben und/oder davon bedroht sind.

Ausweg:

Statt der bisher eingeforderten ärztlichen Atteste wird eine anamnestisch gestützte ärztliche oder auch psychotherapeutische Stellungnahme akzeptiert – mit oder auch ohne Genital-Untersuchung (die Entscheidung über die Notwendigkeit einer solchen Untersuchung bleibt in ärztlicher Verantwortung). Um den Einwand des „Mißbrauchs“ („Gefälligkeitsgutachten“) vorweg zu nehmen: Welcher relevante Schaden würde entstehen bei den voraussehbar wenigen bis gar keinen solchen möglichen Fällen? Wäre das nicht einfach in Kauf zu nehmen, auch zur Vermeidung fortgesetzten Leides bei den vielen anderen Betroffenen mit berechtigten Asylgesuchen?

Abschließend sei darauf hingewiesen, daß die für den Themenkomplex FGM/C spezifisch qualifizierte und zuständige wissenschaftliche Arbeitsgruppe innerhalb der deutschen Gynäkologen-Gesellschaft DGGG, die AG FIDE e.V., seit 2023 digitale FGM-Boards für interessierte Kolleg:innen zwecks Schulung und Austausch anbietet und ferner Lehr-Module ausarbeitet, die für die Implementierung des FGM-Themas in die medizinische Aus- und Weiterbildung für Ärzt:innen, Hebammen und Pflegenden geeignet sind.

Kontakt: <https://ag-fide.org/> ; Board-Anmeldung: fgmboard@gmail.com

**AG Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit /
Tropengynäkologie e.V. – FIDE –
Sektion der Deutschen Gesellschaft für
Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)**



Herdecke, im April 2024

gez.

Dr. med. Christoph Zerm

FGM-Beauftragter im Vorstand der AG FIDE e.V.