



Universität Hamburg

DER FORSCHUNG | DER LEHRE | DER BILDUNG



Bachelorarbeit

Zwischen Hilfe und Kontrolle – Hebammen im Spannungsfeld von Aufklärung, Prävention und Asylrecht bei FGM

Tag der Abgabe: 17. Dezember 2025

Vorgelegt von: Kamilla Koch, [REDACTED]

Studiengang: Hebammenwissenschaft B.Sc.

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Fakultät Gesundheit

Universität Hamburg, Medizinische Fakultät, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Gutachter:innen:

Prof. Dr. med. Anke Diemert, Erstprüferin (Medizinische Fakultät)

Gudula Hansen, M.Sc., Zweitprüferin (Medizinische Fakultät)

Vorwort

Mein besonderer Dank geht an meine Kommilitonin Antonia Zapf, mit der ich mich täglich zum gemeinsamen Schreiben und gegenseitigen Austausch getroffen habe. Durch ihre kontinuierliche Unterstützung, die konstruktiven Rückmeldungen und die geteilte Motivation wurde die Entstehung dieser Arbeit maßgeblich bereichernd begleitet.

Sprachliche Hinweise

Die in dieser Arbeit verwendete Literatur nutzt die Begriffe 'Mädchen und Frauen' und in der Bewertung dieser wird die Terminologie übernommen. Mit der Begriffsverwendung soll unter anderem auf die patriarchalen Machtstrukturen hingewiesen werden, durch die FGM unter anderem weiter besteht, sowie darauf aufmerksam gemacht werden, dass von FGM primär nur Menschen mit Vulva betroffen sein können. Doch auch Personen die sich nicht der weiblichen Geschlechtsidentität zuordnen, können aufgrund ihrer biologischen Geschlechtsmerkmale betroffen sein und sollen in dieser Arbeit ebenfalls angesprochen und mitgedacht werden.

Der Begriff 'Betroffene' ist nicht als Wertung der Praktik oder als Opferrolle der Personen gemeint, die eine FGM erlebt haben. Er wird verwendet, um hervorzuheben, dass in den meisten Fällen ein Ritual, ohne ein Ein- und/oder Verständnis der Folgen, vollzogen wird. 'Gefährdete' sind Personen, die keine FGM erfahren haben aber gefährdet sind, von einem zukünftigen Eingriff betroffen zu sein.

Wenn der Begriff 'FGM' verwendet wird, sind, soweit nicht gegenteilig definiert, alle Formen (Typ I-IV und Fälle, die nicht eindeutig einer Kategorie zugeordnet werden können) gemeint.

Um den Leitlinien der Hochschule für Angewandte Wissenschaften zu folgen, werden, wenn möglich, geschlechtsneutrale Begriffe wie 'Asylsuchende', 'Betroffene' oder 'betroffene Person' genutzt. Wenn Personenbezeichnungen notwendig sind, wird der Genderstern (*) genutzt, um eine geschlechtergerechte Sprache zu verwenden. Die Berufsbezeichnung der Hebamme schließt nach §3 des Hebammengesetzes alle Berufszugehörigen, unabhängig des Geschlechts, mit ein [1].

Abstract

Hintergrund

Die vorliegende Arbeit beleuchtet die Verschränkung von Female Genital Mutilation (FGM) als schwerer Menschenrechtsverletzung und geschlechtsspezifischer Verfolgung mit den Strukturen des deutschen Asylsystems sowie der Hebammenarbeit. Ausgangspunkt ist die Beobachtung, dass trotz klarer straf- und asylrechtlicher Einordnung viele Betroffene oder Gefährdete von FGM den ihnen zustehenden Schutz nur begrenzt erreichen.

Methode

Methodisch handelt es sich um eine theoretische Arbeit auf Grundlage einer unsystematischen, theoriegeleiteten Literaturrecherche nach dem Schneeballsystem, ergänzt um die Auswertung zentraler rechtlicher Grundlagen, Leitlinien und Publikationen von Fachorganisationen. Die Analyse verknüpft Perspektiven aus Menschenrechts-, Asyl- und Gesundheitspolitik mit den Kompetenzbereichen von Hebammen.

Ergebnisse

In den Ergebnissen werden zentrale Hürden im Asylverfahren herausgearbeitet: fehlende oder unsichere Identifikation besonders schutzbedürftiger Personen, Sprach- und Informationsbarrieren, lückenhafte oder nicht unabhängige Beratung sowie hohe Anforderungen an die Glaubhaftmachung geschlechtsspezifischer Verfolgung. Gleichzeitig zeigt sich eine Diskrepanz zwischen strafrechtlicher Kriminalisierung von FGM und der geringen Zahl dokumentierter Verfahren, während die Zahl der Betroffenen und Gefährdeten in Deutschland steigt.

Diskussion

Die Diskussion verdeutlicht, dass rechtliche Normen allein nicht ausreichen, wenn sie nicht von traumasensiblen, kultursensiblen und zugänglichen Strukturen unterstützt werden. Hebammen werden als Berufsgruppe identifiziert, die aufgrund ihrer kontinuierlichen Begleitung in sensiblen Lebensphasen, ihres Wissens zu FGM und ihrer Erfahrung im Umgang mit Scham- und Gewalterfahrungen eine wichtige Schnittstellenfunktion zwischen Betroffenen, Gesundheitswesen, Beratungsstellen und Asylstrukturen einnehmen kann.

Fazit

Abschließend kommt die Arbeit zu dem Schluss, dass Hebammen im Kontext von FGM und Asyl insbesondere durch Information, frühzeitige Risikoerkennung, sensible Gesprächsführung und gezielte Weitervermittlung zu Schutz und Prävention beitragen können, strukturelle Defizite des Systems jedoch nicht allein ausgleichen können. Zugleich wird auf die begrenzte Datenlage zu FGM im Asylkontext hingewiesen und der Bedarf an empirischer Forschung betont, um die hier entwickelten theoretischen Ansatzpunkte für Praxis, Ausbildung und Gesundheitspolitik weiter zu konkretisieren.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
2. Theoretischer Hintergrund.....	3
2.1. FGM.....	3
2.1.1. Definition.....	3
2.1.2. Gründe der Durchführung.....	4
2.1.3. Begriffsbezeichnung FGM.....	4
2.1.4. Aktuelle Zahlen.....	5
2.1.5. Rechtslage und Strafverfolgung	5
2.2. Asylrecht.....	6
2.2.1. Schutzformen	7
2.2.1.1. Asyl.....	7
2.2.1.2. Flüchtlingsschutz	7
2.2.1.3. Subsidiärer Schutz.....	7
2.2.1.4. Abschiebungsverbot	7
2.2.2. Anrecht auf Asyl bei FGM.....	8
2.3. Kompetenzbereiche von Hebammen	8
3. Methode	10
3.1. Literaturrecherche	10
3.2. Literaturauswahl	11
3.3. Ein- und Ausschlusskriterien	12
3.4. Theoriegeleitete Analyse	13
4. Ergebnisse.....	14
4.1. Lücke zwischen Strafbarkeit und tatsächlicher Verfolgung	14
4.2. Asylantrag bei FGM.....	15
4.2.1. Komplexe Antragstellung, Sprachbarriere & lückenhafte Aufklärung ...	15
4.2.2. (Re-)Traumatisierung, Attestierung, fehlende Kompetenz	16
4.3. Hebammen im Kontext von FGM und Asyl.....	19
5. Diskussion	23
5.1. Zusammenfassung und Beantwortung Fragestellung	23
5.1.1. Die Rolle der Hebamme	24
5.1.2. Aus-, Fort- und Weiterbildung.....	26
5.1.3. Gesundheitspolitische Maßnahmen	27
5.1.4. Forschung.....	28
5.2. Diskussion der Methode und Limitationen.....	29
6. Fazit.....	32
I. Literaturverzeichnis	34
II. Eidesstattliche Erklärung	39

1. Einleitung

Female Genital Mutilation (FGM) ist ein kulturelles Ritual, das bei Mädchen und Frauen durchgeführt wird, bei dem Teile oder die gesamten äußeren primären Geschlechtsmerkmale von Frauen ein- oder weggeschnitten, verätzt, eingestochen, durchbohrt, weggeschabt und / oder zugenäht (infibuliert) werden [2]. Die Gründe für die Durchführung variieren [2; 3, 843-845]. Für die Praktik selbst sind keine gesundheitlichen Vorteile bekannt [2; 4, 1; 5]. Die psychische und physische Gesundheit der Betroffenen kann sowohl kurz- als auch langfristig stark eingeschränkt werden [2].

Unabhängig von den Folgen verletzt FGM mehrere Menschenrechte: das Recht auf körperliche Unversehrtheit, das Recht auf Gleichheit und Diskriminierungsfreiheit, da ausschließlich das weibliche Geschlecht betroffen ist, sowie das Recht auf Freiheit von Folter und von erniedrigender oder unmenschlicher Behandlung. Je nach Ausmaß der Folgen kann auch der Tod eintreten, womit das Recht auf Leben und, bei minderjährigen Betroffenen, das Recht des Kindes auf psychische und physische Unversehrtheit berührt wird [2; 6, 4; 7].

Aufgrund dieser Auswirkungen ist FGM international als Verfolgungsgrund anerkannt [8, 4]. Sowohl die drohende als auch die bereits durchgeführte FGM kann daher auch in Deutschland als Asylgrund geltend gemacht werden [9, 568].

Die Umsetzung dieses Rechts setzt sowohl das Wissen um das Antragsrecht als auch die Bereitschaft voraus, sehr intime und häufig traumatische Erfahrungen offenzulegen [10; 11, 18-19]. Darüber hinaus führt unzureichend geschultes Personal, im Gesundheitssektor wie in staatlichen Einrichtungen, dazu, dass die Betroffenen häufig auf Unwissen, mangelnde Sensibilität und fehlende Empathie stoßen oder dass FGM und ihre Folgen nicht erkannt bzw. adäquat behandelt werden (10; 11, 18-19; 12). Zwischen 2015 und 2018 erhielten nur ein bis sechs Prozent der Anträge aufgrund von geschlechtsspezifischer Verfolgung Flüchtlingsschutz [13, 27].

Weltweit sind etwa 230 Millionen Frauen und Mädchen von FGM betroffen [5]. Im Jahr 2022 waren in Deutschland über 100.000 Frauen und Mädchen betroffen, sechs Jahre zuvor waren noch weniger als 50.000 [14, 23; 15].

Die Durchführung von FGM, sowie Anstiftung, Beihilfe oder Mittäterschaft stehen in Deutschland unter Strafe. Wird FGM im Wissen der Eltern ausgeführt, verletzen diese ihre Fürsorge- und Erziehungspflicht und machen sich ebenfalls strafbar. Das Strafmaß reicht, je nach Tatbestand, von einer Geldstrafe bis zu zehn Jahren Freiheitsentzug [16; 17].

Trotz der Möglichkeit, Asyl aufgrund von FGM zu beantragen und der klaren Rechtslage könnte man annehmen, dass Deutschland ein sicherer Zufluchtsort ist. Da die Zahlen der Betroffenen und Gefährdeten jedoch weiter steigen und die Zahl der anerkannten Asylanträge im einstelligen Bereich liegen, soll in dieser Arbeit untersucht werden, welche Lücken im System bestehen und warum die Beantragung und Anerkennung von FGM im Asylverfahren schwieriger ist, als es die Rechtslage vermuten lässt.

Da FGM sich zudem signifikant auf Sexualität, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett auswirken kann, ist es Teil der Studien- und Prüfungsverordnung des Hebammenstudiums [18, 11; 19, Anl. 1]. Als Gesundheitsfachpersonal begleiten Hebammen Frauen in diesen sensiblen Lebensphasen. Momentan erhalten Migrant*innen jedoch weniger Hebammenhilfe [20, 77]. In welcher Form Anknüpfungspunkte zwischen Betroffenen von FGM und Hebammen geschaffen werden können, soll in dieser Arbeit entwickelt werden.

Durch die Betrachtung der rechtlichen Hintergründe zum Asylantrag bei FGM sowie der praktischen Schwierigkeiten in der Anerkennung soll gezeigt werden, welche Bedeutung Hebammen in diesem Kontext einnehmen könnten. Sie verfügen über das nötige Fachwissen und die Sensibilität im Umgang mit intimen Themen rund um den weiblichen Körper und die reproduktive Gesundheit [21]. Dass durch eine mögliche Addition von Hebammen im Asylprozess Lücken geschlossen werden können, die entscheidenden Probleme im System aber strukturell behoben werden müssen, sollte der Leserschaft vorab bewusst sein.

Im Rahmen dieser Bachelorarbeit soll herausgearbeitet werden, warum die Berufsgruppe der Hebammen besonders geeignet ist, im Kontext von FGM und Asyl eine aktive Rolle einzunehmen und wie diese gestaltet werden könnte.

Fragestellung: Welche Rolle können Hebammen im Asylverfahren bei FGM einnehmen?

2. Theoretischer Hintergrund

Im folgenden Kapitel wird das grundlegende Wissen zu FGM und Asyl dargestellt, um der Leserschaft ein gemeinsames Verständnis der zentralen Begriffe und Rahmenbedingungen zu ermöglichen. Zunächst wird FGM definiert, einschließlich der Gründe für die Durchführung der Praktik, der verwendeten Begriffsbezeichnung sowie aktueller Zahlen zu betroffenen und gefährdeten Mädchen und Frauen.

Anschließend wird der Prozess der Beantragung von Asyl in verkürzter Form beschrieben und die verschiedenen Schutzformen erläutert, um die Komplexität des Asylsystems nachvollziehbar zu machen. Ebenfalls wird erläutert, warum FGM als Asylantragsgrund vorgebracht werden kann.

Abschließend werden die Kompetenzbereiche des Hebammenberufs dargestellt, sodass eine fachliche Grundlage geschaffen wird, auf der die Rolle von Hebammen im Kontext von FGM und Asylverfahren und damit die Forschungsfrage dieser Arbeit fundiert diskutiert werden kann.

Diese Darstellung schafft den Rahmen für die methodische Untersuchung der Forschungsfrage und integriert den aktuellen Forschungsstand.

2.1. FGM

2.1.1. Definition

Je nachdem, wie und welche Bereiche der Vulva verletzt werden, unterscheidet die WHO in vier verschiedene Formen der FGM:

Typ I: teilweise oder vollständige Entfernung von Klitoriseichel und/oder Klitorisvorhaut

Typ II: teilweise oder vollständige Entfernung von Klitoriseichel und Labien

Typ III (Infibulation): Verengung oder Verschießung der Vaginalöffnung durch Vernähen der Haut, meist nach Entfernung der Klitoris und der Labien

Typ IV: alle sonstigen Eingriffe, die die weiblichen Genitalien ohne medizinische Indikation verletzen (z. B. Piercing, Schnitte, Risse, Schaben, Verätzen) [2]

Durch die FGM wird in die natürlichen Funktionen des Körpers der Betroffenen eingegriffen. Die daraus resultierenden Folgen können unmittelbar auftreten, zum Beispiel starke Schmerzen, übermäßige Blutungen, Fieber, Infektionen durch verunreinigtes Material (z.B. Tetanus), Harn oder auch Menstruationsblut, die nicht abfließen können, Wundheilungsstörungen, Schock oder Tod. Aber auch lebenslange, verzögert einsetzende oder chronische Beschwerden können durch FGM hervorgerufen werden, wie Schmerzen beim Urinieren, Harnwegsinfekte infolge von Harnverhalt, vaginale Infektionen, schmerzhafte Menstruationen, Tumore und Narbengewebe, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr (Dyspareunie), Fistelbildungen, Unfruchtbarkeit, geburtshilfliche Risiken (Kaiserschnitt, ver-

stärkte Blutung, erschwerte Geburt, Tod des Neugeborenen), erforderliche Operationen zur Ermöglichung von Geschlechtsverkehr oder Geburt sowie Angststörungen, Depressionen und posttraumatische Belastungsstörungen [2; 22].

2.1.2. Gründe der Durchführung

Die Praktik der FGM besteht trotz strafrechtlicher Verbote in fast allen betroffenen Ländern weiter, da die Gründe tief in kulturellen Traditionen verwurzelt sind und für die Aufrechterhaltung sozialer und familiärer Strukturen einen hohen Stellenwert haben. Auch gesellschaftliche Mechanismen, die sozialen Druck erzeugen, spielen eine zentrale Rolle [3, 845]. Menschen tendieren dazu, sich an das Verhalten der Gemeinschaft anzupassen, da die Angst vor Nicht-Dazugehören und Ausschluss groß ist. Dies betrifft sowohl Mädchen und Frauen als auch deren Familien, die gesellschaftliche Akzeptanz anstreben [2; 23]. Auch die Angst vor Stigmatisierung und sozialem Ausschluss bei ausbleibender FGM verdeutlicht, warum die Praktik fortbesteht [24]. Mädchen oder Frauen ohne FGM können in vielen Gemeinden nicht heiraten oder verheiratet werden [2; 25, 3]. In diesem Kontext wird FGM häufig als notwendiger Schritt des Erwachsenwerdens und der Aufnahme in die Gemeinschaft verstanden und mit Feierlichkeiten und Geschenken verbunden [2; 24]. Der mit Unbeschnittenheit verbundene Glaube an Unreinheit spielt ebenfalls eine wichtige Rolle [24]. Ein weiterer Grund für die Fortführung der Praktik ist die Vorstellung, sexuelle Lust und Aktivität von Mädchen und Frauen durch FGM zu begrenzen, um sexueller Freizügigkeit oder Prostitution vorzubeugen [23, 19; 24]. Mancherorts gilt zudem der Glaube, die Klitoris könne Unfruchtbarkeit verursachen oder das Neugeborene bei Berührung schädigen, sodass ihre Entfernung als erstrebenswert gilt [24].

Über Risiken und Nachteile von FGM sind viele Betroffene und Familien nicht ausreichend informiert, weshalb die Praktik ohne gezielte Aufklärung selten hinterfragt wird [23, 13]. Die genannten Gründe zeigen, dass FGM weniger individuell, sondern vor allem strukturell bedingt ist.

2.1.3. Begriffsbezeichnung FGM

Anders als bei der Beschneidung von männlichen Genitalien sind für die FGM keine gesundheitlichen Vorteile bekannt [2; 4, 1; 5]. Die Bezeichnung 'weibliche Beschneidung' ist daher irreführend und verharmlost den Eingriff. Dass mit FGM grundlegende Menschenrechte verletzt werden, wird durch den Begriff der 'Mutilation' (= Verstümmelung) deutlicher hervorgehoben [4, 22; 5]. Im Englischen wird synonym der Begriff FGM/C verwendet, wobei das 'C' für 'Cutting' (= Schneiden) steht. Die Ergänzung soll verdeutlichen, dass praktizierende Gemeinschaften nicht pauschal verurteilt werden sollen, weil der Eingriff aus Sicht der Ausführenden nicht zwingend böswillig erfolgt [5; 26, V]. Der Begriff 'Cutting' bildet jedoch nicht alle Formen von FGM ab, die über das Schneiden hinausgehen. Aus diesem Grund wird im Folgenden der Begriff FGM verwendet.

In der Kommunikation mit Betroffenen ist es sinnvoll, die Selbstbezeichnung und kulturell gebräuchliche Begriffe zu erfragen, um retraumatisierende und wertende Sprache zu vermeiden [18, 17-18; 27, 8].

2.1.4. Aktuelle Zahlen

Aufgrund der hohen Dunkelziffer basieren die Zahlen auf Schätzungen oder Hochrechnungen.

Weltweit sind über 230 Millionen Mädchen und Frauen von FGM betroffen, davon mehr als 144 Millionen in Afrika, 80 Millionen in Asien und sechs Millionen im Mittleren Osten [28, 2]. Im Jahr 2016 waren es weltweit noch rund 15 Prozent weniger, das entspricht einer Zunahme um über 30 Millionen innerhalb von acht Jahren [28, 21]. Jährlich wird bei mehr als zwei Millionen Mädchen FGM noch vor ihrem fünften Geburtstag durchgeführt [28, 6].

Länder, in denen der Anteil der 15- bis 49-jährigen Mädchen und Frauen mit FGM über 80 Prozent liegt, sind unter anderem Somalia, Guinea, Djibouti, Mali, Ägypten, der Sudan, Sierra Leone und Eritrea [28, 4].

Obwohl die Durchführung und Beteiligung an der Praktik inzwischen nicht nur in Deutschland, sondern in den meisten Ländern, in denen FGM praktiziert wird, unter Strafe stehen, sind jedes Jahr mehr als vier Millionen Frauen und Mädchen weltweit gefährdet [2; 28, 2]. In Europa liegt die Zahl der Betroffenen bei über 600.000, weitere 190.000 sind gefährdet [29]. In Deutschland waren 2016 ungefähr 48.000 Mädchen und Frauen betroffen, die Zahl der Gefährdeten lag bei etwa 1.500 bis 5.700 [14, 23-24]. Zwischen 2017 und 2020 stieg, vor allem durch Migration aus Ländern mit hoher FGM-Prävalenz, die Zahl der Betroffenen um 40 Prozent und die Zahl der Gefährdeten um 160 Prozent [29; 30; 31]. Im Jahr 2022 waren in Deutschland über 100.000 Frauen und Mädchen betroffen und mehr als 17.000 bedroht [15].

2.1.5. Rechtslage und Strafverfolgung

In Deutschland wird FGM seit der Einführung des §226a im Strafgesetzbuch als eigenständiger Straftatbestand erfasst. Die Verstümmelung der äußeren Genitalien einer weiblichen Person wird mit einer Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren geahndet [17, §226a]. Durch diese hohe Strafandrohung wird FGM rechtlich als Menschenrechtsverletzung eingeordnet und deutlich schärfer sanktioniert als einfache oder gefährliche Körperverletzung [16, 5]. Neben der unmittelbaren Durchführung können auch weitere strafrechtliche Vorschriften greifen. Je nach Beteiligungsform kommen Mittäterschaft, Anstiftung oder Beihilfe in Betracht, etwa wenn Eltern die Durchführung organisieren, finanzieren oder aktiv veranlassen [16, 11; 17, §25, §26, §27]. Hinzu kommen Tatbestände

wie die Verletzung der Fürsorge- und Erziehungspflicht, gegebenenfalls gefährliche oder schwere Körperverletzung sowie in Einzelfällen Misshandlung von Schutzbefohlenen, sofern eine böswillige Gesinnung oder besondere Rohheit nachweisbar ist [16; 17, §171, §224, §225, §226]. Eine Einwilligung kann die Rechtswidrigkeit einer FGM nicht aufheben, selbst wenn die betroffene Person zustimmt [16, 7-8; 17, §228]. Für medizinische Fachkräfte kann bei Ausführung der FGM zusätzlich ein Berufsverbot angeordnet werden [17, §70(1)].

Die Strafbarkeit von FGM beschränkt sich nicht nur auf Eingriffe, die innerhalb Deutschlands vorgenommen werden, sondern ist auch dann anwendbar, wenn das Opfer zum Tatzeitpunkt seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hatte oder die ausführende Person die deutsche Staatsangehörigkeit besitzt [16, 12; 17, §5(9a)]. Ebenso kann eine Strafbarkeit bestehen, wenn die Tat aus Deutschland heraus veranlasst wird, die Durchführung aber im Ausland erfolgt [16, 12].

2.2. Asylrecht

Jede Person, die in Deutschland Asyl sucht, hat das Anrecht auf die Prüfung der Gründe der Flucht in einem Asylverfahren [32]. Ein Asylantrag kann erst gestellt werden, nachdem sich die Person unmittelbar nach der Einreise bei einer staatlichen Einrichtung als asylsuchend gemeldet hat. Anschließend erfolgt eine Registrierung der persönlichen Daten, die im Ausländerzentralregister gespeichert werden. Asylsuchende erhalten daraufhin einen Ankunftsnachweis, der den Zugang zu staatlichen Leistungen wie Verpflegung, Unterbringung und medizinischer Versorgung ermöglicht. Die Unterbringung erfolgt zunächst in Erstaufnahmeeinrichtungen der Bundesländer. Der folgende, zentrale Schritt ist die persönliche Antragstellung, zu deren Vorbereitung das Bundesamt und verschiedene Verbände und Organisationen Beratungen anbieten. In manchen Fällen kann bereits vor der formalen Antragstellung erkannt werden, ob es sich um eine vulnerable und schutzbedürftige Person mit geschlechtsspezifischem Bezug handelt, sodass für die Anhörung entsprechend geschultes Personal eingesetzt werden kann [33]. Betroffene von FGM zählen laut Amtsblatt der Europäischen Union zu besonders schutzbedürftigen Personen [34, 106]. Die Identifizierung, wer als besonders vulnerabel und daher als schutzbedürftig gilt, soll durch das Personal in den Erstaufnahmeeinrichtungen stattfinden [9, 291].

Die persönliche Antragstellung findet in Anwesenheit einer dolmetschenden Person statt. Die Antragstellenden werden über ihre Rechte und Pflichten im Asylverfahren informiert und erhalten wichtige Unterlagen in ihrer jeweiligen Sprache. Das Gespräch dient der präzisen und widerspruchsfreien Schilderung der Lebenssituation, der Fluchtgründe, des Fluchtwegs sowie einer Einschätzung möglicher Folgen bei Rückkehr ins Herkunftsland.

Die Angaben müssen wahrheitsgemäß sein und relevante Beweismittel, z.B. Atteste, sind vorzulegen. Anschließend entscheidet das Bundesamt über den Asylantrag und ermittelt, im Falle einer Anerkennung, die zutreffende Schutzform [33].

2.2.1. Schutzformen

Die Schutzformen, die unter den Begriff Asyl fallen, sind Asyl, Flüchtlingsschutz, subsidiärer Schutz und Abschiebungsverbot [35]. Diese werden im Folgenden kurz erläutert, um die Komplexität des Asylrechts zu verdeutlichen. In dieser Arbeit wird der Überbegriff Asyl verwendet, der alle Schutzformen umfasst.

2.2.1.1. Asyl

Nach Artikel 16a des Grundgesetzes haben Personen Anspruch auf Asyl, die in ihrem Herkunftsland politisch verfolgt werden, die Bedrohung geht dabei vom Staat aus. Des Weiteren darf die Einreise nicht über einen sicheren Drittstaat erfolgt sein (z.B. kein EU-Staat, Norwegen oder die Schweiz) [36, Art. 16a]. Da damit faktisch nur der Luft- oder Seeweg ohne Zwischenstopp in sicheren Drittstaaten bleibt, ist diese Schutzform in der Praxis selten die zutreffende.

2.2.1.2. Flüchtlingsschutz

Der Flüchtlingsschutz umfasst, anders als das Asyl, auch die Verfolgung durch nichtstaatliche Akteure, eine Einreise über sichere Drittstaaten ist möglich [37]. Die individuellen Verfolgungsgründe für die Anerkennung sind in der Genfer Flüchtlingskonvention, einer international gültigen Rechtsgrundlage zum Schutz von Flüchtlingen, definiert: die Verfolgung muss an die "Rasse" (dieser Begriff ist aus der Konvention übernommen), die Nationalität, die politische Überzeugung, die religiöse Grundentscheidung oder die Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe, wie bspw. das Geschlecht, geknüpft sein [37; 38, 6].

2.2.1.3. Subsidiärer Schutz

Subsidiärer Schutz greift, wenn weder Anspruch auf Asyl noch auf Flüchtlingsschutz besteht, eine Rückkehr ins Herkunftsland aber mit ernsthaftem Schaden verbunden wäre, etwa durch Krieg, Folter oder Todesstrafe [39, §4; 40].

2.2.1.4. Abschiebungsverbot

Das Abschiebungsverbot kann angeordnet werden, wenn keine der genannten Schutzformen erfüllt ist, die Rückführung aber eine Verletzung der Europäischen Menschenrechtskonvention bedeuten oder eine erhebliche konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit darstellen würde [41].

2.2.2. Anrecht auf Asyl bei FGM

FGM ist rechtlich mehr als eine schwere Form der Körperverletzung, der Eingriff gilt als Menschenrechtsverletzung [16, 5]. Dabei wird gesundes Gewebe zerstört und in die sexuelle Selbstbestimmung eingegriffen. FGM geht mit psychischen und physischen Beschwerden, Spätfolgen sowie Komplikationen in Schwangerschaft und Geburt einher [2].

Durch die Ausübung von FGM werden das Recht auf Diskriminierungsfreiheit und das Recht auf das erreichbare Höchstmaß an körperlicher und psychischer Gesundheit verletzt, zu deren Einhaltung sich die Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen im Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte verpflichtet haben [2; 6, 4; 7]. Aufgrund der schwerwiegenden Auswirkungen auf Mädchen und Frauen wird FGM als Form geschlechtsspezifischer Gewalt eingestuft [8, 4].

Bereits 2011 wurde die vom Europarat erarbeitete Istanbul-Konvention verabschiedet. Sie verpflichtet alle Mitgliedstaaten zu einem umfassenden Vorgehen gegen geschlechtsspezifische Gewalt, die Frauen besonders trifft oder sich gegen sie richtet [42, 3-5]. Am 1. Februar 2018 ist die Istanbul-Konvention auch in Deutschland in Kraft getreten und bildet damit die Grundlage für die Auslegung des Gesetzes [43]. Das Europäische Parlament fordert einen möglichst umfassenden Schutz für Menschen, die aufgrund von FGM Schutz suchen und bezeichnet FGM als eine der vorhersehbarsten Formen von geschlechtsspezifischer Gewalt. Es betont die Bedeutung präventiver Maßnahmen bereits in Flüchtlingslagern und Integrationsprozessen sowie die Bereitstellung entsprechender Informationen über die EU-Asylagentur. Fachkräfte, die maßgebliche Berührungspunkte mit Betroffenen haben und Einfluss auf die Prävention nehmen können, sollen Grundlagen zu FGM in ihrer Ausbildung vermittelt bekommen [44].

FGM wird seit den frühen 1990er Jahren in vielen Ländern als Verfolgungsgrund anerkannt und durch die geschlechtsspezifische Verfolgung auch als Asylgrund eingestuft [39, §3a-b; 45, 6]. Auch in Deutschland gilt FGM aufgrund der schwerwiegenden Menschenrechtsverletzung als Verfolgungshandlung, die in der Regel genehmigte Schutzform ist der Flüchtlingsschutz [9, 568].

2.3. Kompetenzbereiche von Hebammen

Hebammen sind in Deutschland für die Betreuung und Beratung von Personen in Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit zuständig. Zu ihren fachlichen Kompetenzen gehört es, Abweichungen vom physiologischen Verlauf zu erkennen und notwendige, medizinische Schritte einzuleiten. Eine enge interprofessionelle Zusammenarbeit mit

anderen Gesundheitsberufen ist vor allem bei besonderen oder pathologischen Verläufen zentral, um gemeinsame, patientenorientierte Lösungen zu finden [1, §1; 19, Anlage 1].

Ein wichtiger Kompetenzbereich liegt in der sensiblen Kommunikation innerhalb der Profession und in der netzwerkübergreifenden Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen. Eine individuell abgestimmte, wertschätzende Gesprächsführung trägt vor allem im Umgang mit den Betreuten und ihren Familien zur Qualität der Betreuung und Versorgung bei.

Die Tätigkeiten von Hebammen umfassen ein breites Aufgabenspektrum, das über die medizinische Betreuung hinausgeht und die individuelle Situation von Frauen und Familien in den Mittelpunkt stellt. In ihrer Arbeit beachten Hebammen unterschiedliche Lebensentwürfe und -phasen sowie die biografischen, kulturellen, religiösen und sozialen Hintergründe. Ein wesentliches Ziel ist es, die Eigenverantwortung und Selbstbestimmung der betreuten Personen zu fördern und zu schützen. Im Rahmen der Ausbildung erwerben Hebammen die Fähigkeit, psychische Belastungen und schwierige soziale Situationen frühzeitig zu erkennen und bei Bedarf geeignete Hilfsangebote zu initiieren. Themen und Bedürfnisse von Frauen, die Gewalt erfahren haben, darunter auch Betroffene von FGM, sollen besonders berücksichtigt werden [1, §9; 19, Anlage 1].

Hebammen verstehen sich zudem nicht nur als Fachpersonen in der peri- und postpartalen Betreuung, sondern auch als aktive Mitgestaltende gesundheitspolitischer und gesellschaftlicher Diskurse zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen geburtshilflichen Versorgung. Eine kontinuierliche kritische Reflexion der eigenen Arbeit und die Anwendung evidenzbasierten Wissens sind zentrale Fähigkeiten, die im Studium gefördert werden und ihre Anwendung in der Ausübung des Berufs finden [1, §9; 19, Anlage 1].

3. Methode

Die vorliegende Arbeit ist eine Theoretische Arbeit, die anhand einer unsystematischen Literaturrecherche, dem 'Schneeballsystem' durchgeführt wurde. Diese Methode wurde gewählt, da eine systematische Recherche aufgrund von nicht vorhandener, wissenschaftlicher Datenlage nicht möglich war. Um das Thema aus den Blickwinkeln FGM, Asyl und daraus resultierenden Problematiken beleuchten zu können und unterschiedlichste Literatur inkludieren zu können, wurde nach dem Schneeballsystem recherchiert.

Die Ausgangspunkte, Auswahlkriterien für die Recherche und die Wahl der Methode werden im Folgenden aufgeführt.

3.1. Literaturrecherche

Zu Beginn der Recherche wurden systematisch zwei große Datenbanken durchsucht. In der ersten Datenbank, der 'Cochrane Library', wurde der 'Title Abstract Keyword' erst nach dem Suchbegriff 'FGM/C' gefiltert. Erzielt wurden zwei Suchergebnisse, die zwar FGM als Oberthema behandelt haben, jedoch keinen Bezug zu Asyl und Deutschland aufwiesen. Eine zweite Suche mit dem Begriff 'FGM' wurde durchgeführt, mit dem Ergebnis eines Reviews sowie 299 Trials. Um die Suchergebnisse einzugrenzen wurde der Suchbegriff 'FGM' durch 'AND 'asylum'' ergänzt, daraus ergaben sich null Treffer.

In der zweiten Datenbank 'PubMed' wurde die erste Suche ebenfalls für 'Title/Abstract' mit dem Begriff 'FGM/C' durchgeführt, mit 336 Ergebnissen. Um inhaltlich passende Ergebnisse zu erzielen, wurde ergänzend nach 'AND asylum AND germany' gesucht, mit null Ergebnissen.

Anschließend wurde dieselbe Suche des 'Title/Abstract' für "FGM" AND 'asylum' AND 'germany' durchgeführt, resultierend in einem Treffer. Die dem Artikel zugrunde liegenden Informationen bezüglich des Asylrechts und des zu dem Zeitpunkt noch nicht existierenden Strafrechts aufgrund von FGM sind veraltet, da der Artikel 2011 veröffentlicht wurde. Diese Publikation wurde daher von der Verwendung in dieser Arbeit ausgeschlossen.

Die durchgeführten Datenbanksuchen zeigen, dass zu dem gewählten Thema keine wissenschaftlichen Arbeiten veröffentlicht wurden, die sich mit dem aktuellen Stand des Asylrechts aufgrund von FGM in Deutschland befassen.

Die weitere Literaturrecherche hat daher unsystematisch stattgefunden, hierbei wurde nach dem 'Schneeballsystem' gearbeitet. Dabei werden die Quellen einer Ausgangsliteratur auf ihre Anwendbarkeit für das gewählte Thema durchgearbeitet. Diese Quellen wiederum liefern die Grundlage für weitere Recherchen und Quellen, dadurch entsteht ein

guter Überblick über das gewählte Thema. Standardliteratur und entscheidende Akteure können dadurch identifiziert werden, wenn diese immer wieder zitiert werden [46, 53-54]. Im ersten Schritt der Recherche wurden Organisationen und Akteure identifiziert, die im Bereich der FGM in Deutschland tätig sind. Dafür wurde unter anderem nach Verein, Organisation, FGM, Genitalverstümmelung und Hebamme gesucht.

Ein Nachteil der unsystematischen Recherche nach dem Schneeballsystem besteht darin, dass ausgehend von der Startliteraturquelle nur Publikationen gefunden werden können, die bereits vor Herausgabe der Startliteraturquelle publiziert wurden.

Ein weiterer Nachteil birgt die Einseitigkeit der Literatur. Durch die Tiefenrecherche der Quellen einer Publikation kann eine Sichtweise entstehen, die nicht differenziert genug ist und die Gefahr der Voreingenommenheit besteht [47, 548].

Um diese Nachteile auszuräumen wurden weitere Recherchen durchgeführt. Dafür wurden die Gesetze identifiziert, die den Ablauf von Asyl und den rechtlichen Hintergrund auf Anspruch darauf, beim Vorliegen von FGM, definieren.

Ebenfalls wurde grundlegende Literatur, die den Ablauf des Asylantrags erläutert und welche Bedingungen erfüllt sein müssen, um den Anspruch bei FGM geltend zu machen, recherchiert.

Ergänzend wurde nach Publikationen gesucht, die die aktuelle Situation in Deutschland in Bezug auf Asyl und FGM beleuchten.

3.2. Literatúrauswahl

Ausgewählt wurden die Quellen, die aus öffentlicher Hand finanziert werden, wie bspw. das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF), das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und der Deutsche Bundestag. Ebenfalls wurden passende Inhalte von Organisationen oder Vereinen integriert, die im Bereich der FGM tätig sind, wie bspw. das END FGM European Network, das deutsche Netzwerk zur Überwindung weiblicher Genitalverstümmelung - Integra, Plan International Deutschland e.V., Mama Afrika e.V. und Terre des Femmes. Auch Organisationen, die sich auf Asyl spezialisiert haben, wie der Förderverein PRO ASYL e.V., der Flüchtlingsrat Niedersachsen e.V. oder die UNO Flüchtlingshilfe wurden als qualifizierte Quellen ausgewählt.

Federführend für die weitere Recherche war die Publikation "Weibliche Genitalverstümmelung im Flüchtlingskontext" vom Plan International Deutschland e.V., einer unabhängigen Kinderrechtsorganisation, die sich weltweit engagiert [11].

Durch das Schneeballsystem wurden die Referenzen der Publikation für die weitere Recherche verwendet. Anhand der Detailrecherche nach den Originalinhalten, auf Webseiten, in Artikeln und Publikationen erwähnte weitere Quellen wurden maßgebliche Organi-

sationen, Projekte und Beschlüsse gefunden, die für die Beantwortung der Fragestellung verwendet wurden.

Wenn ein möglicher Bezug zur Hebammenarbeit erwähnt wurde, so wurde auch diese Literatur inkludiert.

3.3. Ein- und Ausschlusskriterien

Während der Literaturrecherche wurde darauf geachtet, das Thema aus verschiedenen, aber für das Thema relevanten Sichtweisen zu betrachten und auf ihre inhaltliche Korrektheit zu achten. So wurden bspw. Publikationen von Organisationen mit den darin erwähnten Paragraphen aus dem Gesetz abgeglichen.

Inhalte zur rechtlichen Lage wurden dann von der Verwendung ausgeschlossen, wenn das Straf- oder Asylrecht zum Zeitpunkt der Veröffentlichung nicht der aktuellen Rechtslage entspricht und sich inhaltlich aber in relevanten Aussagen darauf berufen wurde.

In Ermangelung von verfügbaren Daten zur Asylstatistik ist eine Anfrage beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge erfolgt. Aus der offiziellen Antwort geht hervor, dass vorgebrachte Gründe für Asylgesuche in der Regel nicht statistisch erfasst werden und daher nicht zur Verfügung gestellt werden können.

Während der Recherche hat sich gezeigt, dass keine Daten zu Asylanträgen - erfolgten oder genehmigten - auf Basis von vorliegender oder drohender FGM erfasst werden. Die einzigen zur Verfügung stehenden Daten fassen alle Formen von geschlechtsspezifischer Gewalt zusammen. Dies ist an den verwendeten Stellen in der Arbeit kenntlich gemacht.

In Publikationen, die sich auf 'geschlechtsspezifische Verfolgung' beziehen, ohne FGM differenziert zu behandeln, wurde überprüft, ob die Inhalte abstrahiert trotzdem eine Relevanz für die Fragestellung beinhalten.

Aufgrund der geringen Datenlage von Inhalten, die sich mit Asyl, FGM und Deutschland in Bezug auf Hebammenarbeit befassen, wurden die verfügbaren Quellen nicht durch weitere Kriterien dezimiert.

3.4. Theoriegeleitete Analyse

Um die der Arbeit zugrundeliegende Fragestellung beantworten zu können, ist die Beleuchtung des Themas aus mehreren Blickwinkeln notwendig. Aufgrund der spezifischen Wahl des Themas und der inhaltlichen Komplexität war eine systematisches Vorgehen nicht ausreichend. Daher wurde bei der Recherche eine breite Auswahl an Inhalten eingeschlossen. Durch diese breite Datengrundlage lassen sich verschiedene Perspektiven zusammenführen, Wissenslücken sichtbar machen und Ansatzpunkte für die Praxis, die Forschung und gesundheitspolitische Entscheidungen ableiten.

Das verwendete Konzept der theoriegeleiteten Analyse eignet sich hierfür, um verschiedenste Inhalte gemeinsam auszuwerten und ein möglichst umfassendes Bild des vorliegenden Problems zu gewinnen.

Der theoretische Rahmen wurde bereits in Kapitel zwei dargelegt, um das Hintergrundwissen zur Verfügung zu stellen. Die recherchierten Inhalte zur Beantwortung der Fragestellung werden dann in den Ergebnissen zerlegt, geordnet und in der Diskussion erschlossen.

4. Ergebnisse

Um Lösungsansätze zu entwickeln, welche Rolle Hebammen im Asylverfahren bei vorliegender oder drohender FGM einnehmen können, werden im Folgenden zentrale Hürden und Problematiken im System dargestellt. Der Ergebnisteil zeigt Lücken in rechtlicher Umsetzung, Verfahren, Kommunikation und Versorgung auf, die Retraumatisierungen begünstigen, das Erlangen eines Schutzstatus verhindern und die Unterstützung für Betroffene erschweren. Darauf aufbauend wird die Relevanz des Berufsbildes der Hebammen für Versorgung, Prävention und Aufklärung herausgearbeitet.

4.1. Lücke zwischen Strafbarkeit und tatsächlicher Verfolgung

Die Durchführung der FGM in Deutschland ist durch eine strikte Gesetzeslage nicht ohne erhebliche Strafen möglich [17, §226a]. Trotz der klaren und vergleichsweise strengen Rechtslage sind in Deutschland bislang keine rechtskräftigen Verurteilungen aufgrund von FGM dokumentiert [48]. Auch auf Ebene der Europäischen Union wird nur eine geringe Zahl von Urteilen berichtet [44]. Auf den ersten Blick könnte dies den Eindruck erwecken, es bestehe nur ein geringer Bedarf an strafrechtlicher Verfolgung. Dieser Eindruck relativiert sich jedoch deutlich, wenn die stark steigenden Schätzungen zu betroffenen und gefährdeten Mädchen und Frauen in Deutschland berücksichtigt werden [29; 30; 31].

Erschwerend wirkt außerdem, dass viele Fälle vom Statistischen Bundesamt nicht erfasst werden, insbesondere wenn der Eingriff im Ausland durchgeführt wurde oder zunächst keine Anzeige erfolgt [16, 12; 49, 2]. Gleichzeitig ist aus anderen europäischen Ländern bekannt, dass es Netzwerke oder beständige Strukturen gibt, die FGM praktizieren, wie etwa in Frankreich [23, 9]. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass Kriminalisierung allein keine ausreichende Maßnahme zur Prävention darstellt [50, 9]. Zwar setzt die Norm ein wichtiges Signal und schafft eine formale Hürde, doch eröffnen Auslandsbezüge, familiäre Dynamiken und Beweisprobleme erhebliche Spielräume, in denen Taten weiterhin stattfinden können, ohne strafrechtlich sanktioniert zu werden.

Die Diskrepanz zwischen Strafnorm und tatsächlicher Verfolgung zeigt, dass strafrechtliche Maßnahmen allein nicht ausreichen, um Betroffene wirksam zu schützen – und unterstreicht die Bedeutung nichtjuristischer Akteure im Gesundheitssystem, die frühzeitig erkennen, beraten und unterstützen können.

4.2. Asylantrag bei FGM

4.2.1. Komplexe Antragstellung, Sprachbarriere & lückenhafte Aufklärung

Die Voraussetzungen, dass ein Antrag auf Asyl aufgrund von FGM genehmigt wird, sind komplex. Gerade hier braucht es trotz der Wichtigkeit der Gefahrenfeststellung einen sensiblen Umgang und Fachwissen, um Betroffene nicht durch mehrfaches Untersuchen oder detailliertes Thematisieren zu retraumatisieren [11, 16-20; 13, 21-24].

Viele Asylsuchende kommen ohne Deutschkenntnisse ins Land, auch fehlende Kenntnisse beim Lesen und Schreiben sowie eine geringe Schulbildung sind bei Asylsuchenden häufig ein Thema [11, 4; 24; 51, 39]. Daraus entstehen Hürden in der Verständigung, dem Informationszugang sowie der Informationsbeschaffung [10; 11, 22; 13, 24].

Um unter anderem bei der komplexen Antragstellung behilflich zu sein, haben verschiedene Wohlfahrtsverbände und nicht staatliche Organisationen (NGOs) seit Jahren umfangreiche Beratungsleistungen für Asylsuchende angeboten. Durch die Unabhängigkeit der Organisationen wurde ein schützender Raum geschaffen, um Hilfestellungen zu geben, Probleme zu identifizieren und Vorgehen sowie best-practices zu besprechen. Finanziert wurden diese Beratungsleistungen unter anderem durch Projektmittel. Allerdings wurden diese unabhängigen Beratungen durch die, seit 2020 flächendeckend eingeführte, staatliche Asylverfahrensberatung (AVB) abgelöst. Diese findet in den Erstaufnahmeunterkünften statt, wo im ersten Schritt in Gruppen über den Ablauf der persönlichen Anhörung aufgeklärt wird und dann bei Bedarf auch Einzelberatungen folgen können.

Doch die AVB ist kapazitiv begrenzt, nicht einklagbar und institutionell nicht unabhängig. Dadurch ist fraglich, ob private, sensible Informationen dort geteilt werden, wenn keine klare Trennung von Entscheidern und Beratung für die Asylsuchenden besteht [13, 21-22]. Im Asylgesetz sind die AVB und der Umfang der Leistungen aufgeführt, in der Umsetzung zeigen Erfahrungsberichte jedoch, dass nur wenig davon tatsächlich umgesetzt wird [13, 21-22; 39, §12a]. Ein geschützter Raum und eine qualifizierte Aufklärung über das Anrecht auf geschlechtsspezifische Rechte sind nicht ausreichend vorhanden. Durch die zur Verfügung Stellung des staatlichen Angebots ist es für die Verbände und NGOs deutlich schwieriger geworden, das bisherige Angebot aufrecht zu erhalten, da die Finanzierung durch geförderte Projektmittel nicht weiter gegeben ist. Das staatliche Angebot ist jedoch weder vom Inhalt noch vom vorgegebenen Rahmen mit der bisherigen Beratung vergleichbar [13, 21-22].

Die fehlende Beratung ist dahingehend problematisch, weil den Betroffenen unter anderem das Wissen um ihre Rechte fehlt, wie bspw. das Anrecht auf Anwesenheit einer dolmetschenden Person in der persönlichen Anhörung [11, 22; 39, §17].

Die Erstaufnahmeeinrichtungen der Bundesländer sind für die Identifizierung von vulnerablen Personen zuständig. Wird eine besondere Schutzbedürftigkeit, durch geschlechtsspezifische Verfolgung, erkannt und ist diese für die Anhörung relevant, bspw. für die Bereitstellung einer dolmetschenden Person oder das Dazuziehen von geschultem Personal bei geschlechtsspezifischer Verfolgung, dann soll diese Schutzbedürftigkeit dem BAMF mitgeteilt werden [9, 291; 13, 19-20; 52, 1].

Unterschiedliche Verfahren in den Bundesländern führen dazu, dass nur ein Bruchteil der vulnerablen Personen früh identifiziert wird; viele werden, wenn überhaupt, erst später erfasst [13, 19-20; 52, 10-14].

In nachweisbaren Fällen können Anträge auf gleichgeschlechtliche Anhörer*innen und Entscheider*innen, auf Sonderbeauftragte für geschlechtsspezifische Verfolgung und auf Dolmetschende gestellt werden. Das Dazuziehen von Sonderbeauftragten und gleichgeschlechtlichen Dolmetscher*innen sollte frühstmöglich beantragt werden, ein Anspruch auf eine Durchführung in geschulter Begleitung besteht jedoch nicht und kann mangels Personal oder aus inhaltlichen Gründen abgelehnt werden. Gesichert ist lediglich das Recht auf Anhörung durch eine Frau, aber auch nur nach Antragstellung [13, 23; 39, §17; 52, 2; 53; 54, 89].

Häufig fehlt das Wissen, dass die Erwähnung einer erlebten oder drohenden FGM die Schutzchancen verbessert [10; 11, 19-20]. Die "Dienstanweisung Asylverfahren" weist darauf hin, dass das Thema bei Anhaltspunkten aufgrund des Herkunftslands auch ohne Eigenvortrag der beantragenden Person anzusprechen ist [9, 572].

Durch diese Komplexität von Rechten, Antragstellung und Kapazitäten ist den Betroffenen kein sensibler Umgang mit dem erfahrenen Trauma garantiert, die große Gefahr der Retraumatisierung besteht [11, 16-20; 13, 21-24]. Die beschriebenen Informations- und Beratungslücken verdeutlichen den Bedarf an niedrigschwelligen, vertrauensbasierten Zugängen, in denen sensible Themen wie FGM angesprochen werden können – ein Bereich, in dem Hebammen durch ihre Nähe zu Schwangeren und Familien eine besondere Rolle einnehmen könnten.

4.2.2. (Re-)Traumatisierung, Attestierung, fehlende Kompetenz

Für einen glaubhaften Vortrag ist eine inhaltlich schlüssige, nachvollziehbare Schilderung des Erlebten erforderlich [11, 18-20]. Bei der FGM findet eine gewaltsame, meistens nicht durch Analgetika betäubte, Verletzung gesunden Gewebes statt [2; 11, 10; 55, 4-5]. Den Betroffenen werden in den meisten Fällen ohne Einverständnis bzw. ohne Wissen darüber, was bei der FGM passiert und welche Folgen diese haben kann, Teile ihrer gesunden Körper entfernt [2; 24]. Während der Durchführung ist es den Mädchen und Frauen nicht erlaubt, ihren Schmerz zu zeigen oder sich zu wehren, gedroht wird mit sozialer Isolation durch Ausschluss aus der Gemeinschaft. Kein verbales Outlet für den Schmerz zu

haben oder dagegen ankämpfen zu können, führt dazu, dass das erlebte Trauma noch stärker ist und verdrängt wird [24; 56].

Die erlebte Gewalt wird von den Betroffenen unterschiedlich erlebt und wahrgenommen, kann aber für das Bewusstsein so schwer zu ertragen sein, dass die Erinnerungen daran nicht mehr abrufbar sind, eine strukturierte und lückenlose Schilderung des Erlebten daher nicht möglich ist [11, 18-19].

FGM findet oft im Kindes- oder Jugendalter statt, die meisten Eingriffe bei Mädchen im Alter von null bis 15 Jahren [2; 45, 4]. Durch den Altersaspekt zum Zeitpunkt der Durchführung und das entstandene Trauma besteht bei den Betroffenen möglicherweise keine genaue Erinnerung an das Ereignis oder überhaupt das Wissen darum, dass sie beschnitten sind [9, 571; 11, 18-19].

Wenn die Betroffenen wissen, dass eine erlebte oder drohende FGM ihrem Asylgesuch zuträglich ist und sie Erinnerungen an das Erlebte haben, bedeutet das noch nicht, dass die Thematisierung dessen einfach ist. Aufgrund des betroffenen Bereichs des Körpers und der gesellschaftlichen Tabuisierung im Heimatland kann das Reden über FGM besonders schambehaftet sein [9, 571; 11, 18-19]. In Ermangelung adäquater Kinderbetreuung findet die Anhörung ggf. in Anwesenheit der Kinder statt, häufig ist auch der (Ehe-)Mann anwesend. Dadurch sind die Betroffenen eingeschränkter in dem, was sie sich trauen in der Anhörung zu teilen [13, 24].

Auch sind Betroffene sehr abhängig von der dolmetschenden Person, wie und ob das Gesagte genauso übersetzt wird, und ob eine (Be-)Wertung der Aussagen und eine Zensur des Gesagten stattfinden [11, 22; 13, 24]. Durch sprachliche Unterschiede der Bedeutung und Verfügbarkeit von Wörtern kann es ebenfalls passieren, dass trotz lückenloser und wertfreier Übersetzung der dolmetschenden Person Missverständnisse aufkommen. Praktizierende Gemeinden nutzen oft Begriffe, die die Praktik der FGM befürworten und eher positiv besetzt sind. Sie bedeuten ins Deutsche übersetzt bspw. gegenseitige Hilfe, Tradition, Initiation, Reinheit, Komprimierung, Heilung, Säubern, Reduzieren oder Behandlung. Wird von der dolmetschenden Person der Begriff FGM nun in die Muttersprache übersetzt und die Betroffene dann mit dem Begriff Verstümmelung oder Verletzung konfrontiert, stimmt dieser Begriff nicht mit dem Namen der Praktik aus der Gemeinde überein und wird verneint, da es nicht das ist, was ihnen passiert ist [11, 5; 23, 5-6].

Eine Retraumatisierung kann erfolgen, wenn die Betroffenen im Rahmen der Anhörung mit ungeschultem Personal konfrontiert sind, unvorbereitet auf eine vorliegende FGM angesprochen werden oder das Erlebte einer dolmetschenden Person schildern müssen [11, 16-20; 13, 21-24].

Um eine vorliegende FGM nachweisen zu können, sind Betroffene verpflichtet, ein Attest über die Bestätigung einer FGM, den Typ sowie die daraus resultierenden gesundheitlichen Einschränkungen und zu erwartenden Folgen einzureichen. Denn ohne eine ärztliche Bescheinigung kann nicht abschließend geurteilt werden [9, 574; 10]. Die Betroffenen haben jedoch keinen regulären Krankenversicherungsschutz und wissen nicht, wie sie an ein solches Attest kommen [10; 13, 33]. Die Kosten für ein Attest werden ggf. getragen wenn die Beantragung im Rahmen einer Anhörung nachgefordert wird, anderenfalls müssen die Antragstellenden die Kosten selber tragen [9, 40-47]. Aufgrund der Sprachbarriere ist es für die Betroffenen ratsam, für den Termin der Attestierung eine dolmetschende Person dabeizuhaben, um neben den sichtbaren Verletzungen ihre Symptome und psychische Verfassung sowie Fragen kommunizieren zu können, bestenfalls handelt es sich aufgrund des intimen Termins dabei um eine gleichgeschlechtliche Person. Die Kosten für eine dolmetschende Person werden jedoch nur bei der persönlichen Anhörung vom Staat übernommen, für alle weiteren Termine müssen die Betroffenen eine Übernahme der Kosten beantragen oder sie eigenständig tragen [13, 25+37; 57].

Berechtigt für die Diagnostik einer FGM und die Ausstellung eines Attests sind Gynäkolog*innen [9, 574]. Um die FGM zu erkennen und einem Typ zuzuordnen, sowie die daraus entstehenden Komplikationen und Langzeitfolgen zu kennen und abschätzen zu können, wie diese durch eine Rückkehr in das Heimatland begünstigt werden können, bedarf es Fachwissen, konsultierte Gynäkolog*innen müssen dementsprechend qualifiziert sein. Gezielte Nachfragen zu bspw. rezidivierenden Infektionen, Dyspareunie oder starken Menstruationsbeschwerden müssen von der Fachkraft gestellt werden. Die Betroffenen nehmen ihre Probleme und Beschwerden oft als gegeben hin, da sie bereits ihr ganzes Leben damit zu tun haben, genau wie die Mädchen und Frauen in ihrem familiären und kulturellen Umfeld [11, 24-25].

In Deutschland ist jedoch keine ausreichende medizinische Versorgung gewährleistet, weil nicht genügend geschultes Personal vorhanden ist, auch gibt es keine Liste für auf FGM spezialisierte Ärzt*innen [12; 13, 35-36; 57]. Begünstigt ist das durch die Tatsache, dass FGM kein Teil des Medizin Curriculums, dem bundesweit geltenden Studieninhalt, ist [12]. In der Approbationsordnung für Ärzte sind lediglich "Wundbehandlung ... Krankheiten und Verletzungen von ... äußeren und inneren Genitalorganen ..." [58, Anlage 15] aufgeführt. Durch Unwissen und daraus resultierender Unsicherheit stellen viele Ärzt*innen kein Attest aus [11, 25].

Die Fristen für das Nachreichen von Attesten ist oft zu kurz. Um einen Termin bei einer Gynäkolog*in zu bekommen, mit den notwendigen Qualifikationen um ein ausreichend aussagekräftiges Attest zu erstellen das beim BAMF als Beweismittel für eine vorliegende FGM anerkannt wird, müssen Betroffene mit langen Wartezeiten, Wartelisten und schwie-

rig gestalteter Terminvergabe rechnen, da auch hier die Sprachbarriere eine entscheidende Rolle zum Nachteil der Betroffenen spielt [13, 26; 57].

In Betracht gezogen werden muss, dass eine erneute Retraumatisierung der Betroffenen erfolgen kann, wenn eine gynäkologische Untersuchung erforderlich ist [11, 24-25].

Um den Aufenthaltsstatus zu klären, Zugang zu ausgeweiteten Wohnrechten, Bewegungsradius und Zukunftsaussichten zu haben, ist die Terminierung einer zeitnahen Anhörung für Asylsuchende wünschenswert. Eine schnelle Terminvergabe der persönlichen Anhörung kann jedoch zum Nachteil von Betroffenen von FGM werden, wenn diese Zeit benötigen, Vertrauen zu fassen um sich öffnen zu können, Nachweise zu erbringen und sich emotional vorzubereiten [13, 21-22].

Die Attestpflicht, die eigentlich der Absicherung dienen soll, wirkt damit in der Praxis häufig als zusätzliche Hürde im Asylverfahren.

Trotz der eindeutigen Rechtslage zum Anrecht auf Asyl bei FGM fällt die Auslegung der Antragstellung oft zum Nachteil der Betroffenen aus [10; 11, 20; 57]. Bei vorliegender FGM Typ I und Typ II erfolgt oft keine Anerkennung des Flüchtlingsschutzes. Argumentativ wird dies damit begründet, dass nur bei einem FGM Typ III eine Bedrohung durch eine Öffnung (Deinfibulation) und eine anschließende Wiederverschließung (Reinfibulation) besteht, nicht jedoch beim FGM Typ I oder II [9, 570-571; 10]. Doch auch für FGM Typ I und Typ II drohen weitere Formen von Mutilation, z.B. im Rahmen von Disziplinierung durch männliche Verwandte oder als Vorbereitung auf eine anstehende Hochzeit. Auch sind die mit der FGM verbundenen Komplikationen und Langzeitfolgen in Betracht zu ziehen, das Erlebte, der dadurch entstandene körperliche Schaden durch den Eingriff in die Unversehrtheit von gesundem Gewebe und dem, was die Betroffenen langfristig begleiten wird [2; 8, 6; 10; 22, 19-24; 45, 8; 57].

Einer der Gründe, warum Entscheidungen gegen die Aufenthaltserlaubnis getroffen werden, ist der, dass die Folgen der FGM unterschätzt oder durch Unwissenheit gar nicht eingeschätzt werden können [11, 20-25; 13, 28-29; 23, 23].

Das Anhörungspersonal ist in den meisten Fällen ungeschult, auf Sonderbeauftragte besteht kein Anspruch und die Kapazitäten sind begrenzt [13, 23; 52, 2].

4.3. Hebammen im Kontext von FGM und Asyl

Eine vorliegende FGM gefährdet die Gesundheit von Mutter und Kind in mehrfacher Hinsicht. Sie kann den Schwangerschaftsverlauf beeinflussen und führt insbesondere unter der Geburt zu einem erhöhten Risiko für operative Entbindungen, stärkere Blutungen und geburtshilfliche Komplikationen. Auch für das Neugeborene entstehen durch erschwerte

Geburtsverläufe Risiken bis hin zu erhöhter Mortalität [2; 18, 11]. Vor diesem Hintergrund ist eine frühzeitige, kontinuierliche Betreuung und Aufklärung durch Hebammen von zentraler Bedeutung. Aktuelle Zahlen zeigen, dass rund 40 Prozent der Asylantragstellenden weiblich sind und mehr als 40 Prozent dieser Gruppe sich im reproduktiven Alter zwischen 16 und 40 Jahren befinden [59, 8].

Gleichzeitig weist die Datenlage darauf hin, dass Migrant*innen insgesamt seltener Hebammenhilfe in Anspruch nehmen als andere Bevölkerungsgruppen [20, 77]. Der Anspruch auf gesundheitliche Versorgung und Hebammenhilfe während der Schwangerschaft und Geburt besteht jedoch laut dem Asylbewerberleistungsgesetz [60, §4]. Daher empfiehlt der Deutsche Hebammenverband (DHV) ausdrücklich, "...dass Hebammen mit ihren Angeboten auf benachteiligte und unterversorgte Bevölkerungsgruppen zugehen" [20, 77]. Im Rahmen der Schwangerenvorsorge und Geburtshilfe können Hebammen FGM frühzeitig erkennen, Beschwerden gezielt explorieren und Betroffene niedrigschwellig auf gesundheitliche, psychosoziale und rechtliche Unterstützungsmöglichkeiten hinweisen.

Da Hebammen in Deutschland Fachpersonal für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit sind, begrenzen sich die Berührungspunkte mit Betroffenen von FGM momentan auf den zeitlichen Rahmen der bereits erfolgten Reproduktion [1, §9; 61, 1].

Gleichzeitig kann eine bestehende FGM die Erfüllung eines Kinderwunsches erheblich erschweren. FGM kann Dyspareunie verursachen oder zu Unfruchtbarkeit der Betroffenen führen. Es kann erforderlich sein, eine Operation durchzuführen, um das vernähte Gewebe soweit zu eröffnen, um die Penetration der Vagina zu ermöglichen [2; 22, 19-24]. Das Wissen um diese, insbesondere auf die natürliche Fortpflanzung bezogenen, Folgen von FGM steht Betroffenen oft nicht zur Verfügung. In praktizierenden Communities findet Aufklärung über Risiken und Langzeitfolgen, durch Unwissenheit, oft nicht statt [23, 13].

Um eine starke Einschränkung des Sexuallebens für Betroffene zu verhindern oder zumindest zu behandeln, empfiehlt die WHO in ihrer Leitlinie zur Prävention von FGM und zum klinischen Management von Komplikationen unter anderem eine qualifizierte Beratung zur sexuellen Gesundheit [62, 28-32]. Hebammen bringen das fachliche Profil mit, das körperliche, psychosexuelle und soziale Aspekte integrieren kann.

Laut Hebammengesetz werden Hebammen unter anderem für Beratung und Aufklärung im Bereich Familienplanung und Sexualerziehung ausgebildet und sind damit befähigt, dieses Aufgabenfeld selbstständig abzudecken [1, §1; 19, Anlage 12]. Im Hebammenhilfevertrag, der die mit den Krankenkassen abrechenbaren Leistungen freiberuflicher Hebammen definiert, wird die Familienplanung jedoch nicht aufgeführt. Entsprechende Beratungen können zwar auf Grundlage der im Studium erworbenen Kompetenzen durchgeführt werden, müssen dann aber von den betreuten Personen als Eigenleistung finanziert werden [61, 6]. Sexualerziehung ist nach dem Hebammenhilfevertrag nur im Rahmen der

“Bindungsförderung und Stärkung von Elternkompetenzen und des Selbstvertrauens...” [61, 9] in der Geburtsvorbereitung abrechenbar. In der Studien- und Prüfungsverordnung wird Sexualerziehung dagegen explizit als Bestandteil der Grundfächer genannt und in einem Punkt mit Familienplanung aufgeführt [19, Anlage 12]. Daraus ergibt sich eine Diskrepanz zwischen der, in der Ausbildung verankerten, inhaltlichen Kompetenz und den strukturellen Möglichkeiten, dieses Wissen im Rahmen regulär vergüteter Versorgung einzusetzen. Für geflüchtete Frauen mit FGM bedeutet dies, dass vorhandenes Hebammen-spezifisches Wissen zu Sexualität, Fertilität und FGM nicht automatisch in niedrigschwellige, kostenfreie Angebote übersetzt wird – eine Lücke, die die Rolle von Hebammen im Kontext von FGM und Asyl aktuell begrenzt, aber zugleich ein klares Potenzial markiert.

Eine weitere Kompetenz die im Rahmen des Studiums der Hebammenwissenschaft entwickelt wird, ist das Grundlagenwissen zu FGM [19, Anlage 1(III)]. Im Medizinstudium ist FGM hingegen nicht verpflichtend im Curriculum verankert [58]. Für das Asylverfahren ist das ärztliche Attest dennoch die zentrale, formale Grundlage, um das Vorliegen oder Nicht-Vorliegen einer FGM sowie deren gesundheitliche Folgen nachzuweisen [9, 574]. Für die Attestierung einer FGM ist die Bescheinigung einer Hebamme nicht ausreichend. Das BAMF führt jedoch in der “Dienstanweisung Asylverfahren” eindeutig die Möglichkeit auf, dass das “... gewonnene fachliche Urteil eines anderen Angehörigen eines Heilberufs in die ärztliche Bewertung einfließt, das aus der Bescheinigung hervorgeht” [9, 26]. Damit kommt der Einschätzung von Hebammen ein hinweisgebender Charakter zu, der den Anlass geben kann, eine abschließende fachärztliche Stellungnahme einzuholen [9, 574]. Hebammen können im Rahmen ihrer Betreuung Symptome, funktionelle Einschränkungen, psychische Belastungen und biografische Kontextfaktoren systematisch erfassen und dokumentieren, die für die asylrechtliche Bewertung einer FGM von Bedeutung sind. Die Rolle der Hebamme ist dabei nicht nur fachlich, sondern auch strukturell von Bedeutung. Hebammen unterliegen der Schweigepflicht und sind daher nicht verpflichtet, gegenüber Ausländerbehörden Meldung zu erstatten [20, 78]. Dies schafft die Voraussetzung für ein besonderes Vertrauensverhältnis, in dem sensible Themen wie FGM, sexualisierte Gewalt oder familiärer Druck eher angesprochen werden können als im unmittelbaren Kontakt mit den Behörden.

Die Kontaktaufnahme zu Frauen aus Familien, in denen FGM praktiziert wird, ist dennoch herausfordernd. Die Praktik wird von vielen Migrant*innen weiterhin als positiv angesehen, aber je höher der Bildungsgrad, desto eher sind Befragte gegen die FGM [23, 23]. Für Hebammen bedeutet dies, im Spannungsfeld zwischen kultureller Sensibilität und klarer Positionierung, gegen Menschenrechtsverletzungen zu agieren.

Die Balance, allen betreuten schwangeren Personen, unabhängig von ihrem kulturellen Hintergrund wertschätzend zu begegnen und zugleich FGM klar abzulehnen ist an-

spruchsvoll, insbesondere, wenn das Vertrauen erst aufgebaut werden muss. Der DHV schlägt vor, die Ausbildung von Hebammen mit Migrationshintergrund besonders zu fördern, um kultursensible Zugänge zu stärken und die Kommunikation mit Communities zu erleichtern [20, 78].

Die WHO betont in ihrer Leitlinie, dass Wissensvermittlung in Form von Gruppen- und Einzelberatungen zur Gesundheit, einschließlich FGM-bezogener Themen, ein zentraler Bestandteil von Prävention und Management ist [62, 28-32].

Projekte von Terre des Femmes zu Aufklärung und Prävention in Flüchtlingsunterkünften zeigen, dass eine enge Zusammenarbeit mit Communities und das Aufgreifen von FGM in vertrauten Settings auf hohe Akzeptanz stoßen und zur Sensibilisierung beitragen können [63]. Darüber hinaus besitzen Hebammen durch ihr Wissen zu FGM, Sexualität und reproduktiver Gesundheit das Potenzial, im Rahmen von Gruppenangeboten und Community-Arbeit präventiv tätig zu sein – sowohl in Bezug auf zukünftige Eingriffe als auch auf die Unterstützung bereits betroffener Frauen.

Die dargestellten Ergebnisse verdeutlichen, dass strafrechtliche Regelungen und asylrechtliche Schutzmöglichkeiten zwar formal existieren, in der praktischen Umsetzung aber durch Sprachbarrieren, unzureichende Beratung, komplexe Attestierungsanforderungen und fehlende fachliche Sensibilisierung erheblich begrenzt werden. In diesem Spannungsfeld eröffnet sich für Hebammen ein mehrdimensionales Rollenprofil. Sie können FGM im Rahmen der Schwangerenvorsorge und Geburtshilfe frühzeitig erkennen, Beschwerden und Belastungen systematisch erfassen und Betroffene niedrigschwellig über gesundheitliche und rechtliche Unterstützungsmöglichkeiten informieren.

Durch ihre kontinuierliche Betreuung, ihre Schweigepflicht und die hohe Vertrauensbasis eignen sie sich als Brückenbauer*innen zwischen Betroffenen, medizinischer Versorgung, Beratungsstellen und dem Asylverfahren. Ihre fachliche Einschätzung zu gesundheitlichen Folgen, psychosozialer Belastung und Unterstützungsbedarf kann zudem ärztliche Atteste vorbereiten und ergänzen und so die asylrechtliche Bewertung indirekt beeinflussen. Darüber hinaus ermöglicht ihr Fachwissen zu Sexualität, Familienplanung und FGM die Mitwirkung an präventiven, communityorientierten Angeboten, die sowohl das Risiko weiterer Eingriffe reduzieren, als auch die Selbstbestimmung betroffener Frauen stärken können.

5. Diskussion

Die vorliegende Arbeit sollte untersuchen, welche Rolle Hebammen im Asylverfahren bei vorliegender oder drohender FGM einnehmen können. Ausgehend von der Einordnung von FGM als schwere Menschenrechtsverletzung und als geschlechtsspezifischer Verfolgungsgrund wurden der rechtliche Rahmen, die praktische Umsetzung im Asylverfahren sowie die spezifischen Kompetenzen und Handlungsmöglichkeiten von Hebammen betrachtet. Die Ergebnisse verdeutlichen ein Spannungsfeld zwischen formal bestehenden Schutzrechten und deren begrenzter Wirksamkeit in der Praxis. Sowohl durch den Prozess der eigentlichen Beantragung von Asyl als auch durch die Sprachbarriere, lückenhafte Aufklärung und durchgehende Gefahr der Retraumatisierung im gesamten Prozess für die Betroffenen. In diesem Spannungsfeld eröffnen sich für Hebammen verschiedene, teilweise bisher unzureichend genutzte Rollen an der Schnittstelle von Gesundheitsversorgung, Beratung und asylrechtlicher Einordnung. Wie diese Rollen aussehen können, welcher Bedarf für Aus-, Weiter- und Fortbildung besteht und welche bildungspolitischen Maßnahmen notwendig sind, wird im Folgenden dargestellt. Ein kurzer Ausblick auf die weitere mögliche Forschung im Bereich von Hebammen, FGM und Asyl wird gegeben. Anschließend wird die zur Beantwortung der Fragestellung gewählte Methode kritisch reflektiert und die Stärken sowie Limitationen derer ausgearbeitet.

5.1. Zusammenfassung und Beantwortung Fragestellung

Die Analyse der Rechtslage hat gezeigt, dass FGM sowohl im Strafrecht als auch im Asylrecht als schwerwiegende Verletzung grundlegender Rechte anerkannt ist [17, §226a; 39, §3a-b]. Gleichzeitig stehen dieser klaren Einordnung nur sehr wenige, dokumentierte Strafverfahren und ein zurückhaltender Umgang mit der Anerkennung von FGM als Schutzgrund gegenüber [44; 48]. Die Lücke zwischen Strafbarkeit und tatsächlicher Verfolgung bzw. Anerkennung macht deutlich, dass gesetzliche Regelungen allein nicht ausreichen, um Betroffene zu schützen [50, 9]. In der Praxis wirken verschiedene Hürden im Asylsystem zusammen, wie Sprachbarrieren, fehlende oder unzureichende Aufklärung über Rechte, ein Mangel an traumasensiblen Vorgehen und hohe Anforderungen an die medizinische Attestierung. Diese Faktoren tragen dazu bei, dass der bestehende Anspruch auf Schutz häufig nicht umgesetzt wird [9; 10; 11; 13].

Betroffene müssen im Asylverfahren ein sehr belastendes Ereignis in einem fremden und formalisierten Rahmen möglichst lückenlos schildern, sind dabei auf Dolmetschende und die Sensibilität der anhörenden Personen angewiesen und müssen parallel medizinische Nachweise erbringen, deren Beschaffung mit vielen Hürden verbunden ist [10; 11; 13]. Durch Unwissen, sowohl bei Attestierenden als auch bei Anhörenden, werden FGM-be-

dingte gesundheitliche und psychische Folgen häufig unterschätzt und FGM nicht konsequent als anhaltende Gefährdung verstanden [11, 20-25; 13, 28-29; 23, 23]. Damit werden wichtige körperliche, psychische und reproduktive Beeinträchtigungen im Asylkontext nur unvollständig berücksichtigt. Die identifizierten Lücken im System bieten Raum und Bedarf für Lösungen, damit Betroffenen und Gefährdeten der Schutz zukommt, der ihnen menschen- und strafrechtlich zusteht.

Vor diesem Hintergrund lässt sich die Fragestellung so beantworten, dass Hebammen an mehreren Stellen im System eine wichtige Rolle übernehmen können. Aufgrund der kontinuierlichen Betreuung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, ihrer Schweigepflicht und der Nähe zu Schwangeren und Familien können Hebammen zudem Vertrauenspersonen sein, bei denen Betroffene eher bereit sind, über FGM zu sprechen als im direkten Kontakt mit den Behörden [13, 21-22; 20, 78]. Darüber hinaus verfügen Hebammen über Wissen in den Bereichen Sexualität, Familienplanung und FGM, das sie in beratende und stärkende Angebote einbringen können [19]. Insgesamt wird deutlich, dass Hebammen eine vertrauensbasierte Brückenfunktion zwischen Betroffenen, dem Gesundheitswesen, spezialisierten Beratungsstellen und dem Asylverfahren einnehmen können.

5.1.1. Die Rolle der Hebamme

Aus den Ergebnissen lassen sich mehrere Hinweise für die praktische Arbeit von Hebammen ableiten. Durch die kontinuierliche Präsenz der Hebammen und ihre Rolle als Vertrauensperson sollte FGM in Anamnese und Untersuchung mitgedacht werden, ohne die Betroffenen zu überfordern oder zu stigmatisieren. Eine behutsame und ressourcenorientierte Gesprächsführung kann dazu beitragen, Beschwerden, die bisher als 'normal' hingenommen wurden, als mögliche Folgen der FGM zu erkennen und einzuordnen. In einem nächsten Schritt können Hebammen Betroffene über medizinische, psychosoziale und rechtliche Unterstützungsangebote informieren und bei Bedarf an spezialisierte gynäkologische, psychotherapeutische oder beratende Einrichtungen weiterleiten.

Hebammen sollten außerdem ihre Möglichkeiten bei der Dokumentation von FGM-bezogenen Befunden und Belastungen bewusst nutzen. Auch wenn das formale Attest von Ärzt*innen ausgestellt werden muss, kann eine klare, strukturierte Dokumentation der Hebamme eine wichtige Grundlage für ein aussagekräftiges Gutachten sein, insbesondere dann, wenn FGM-bedingte Beschwerden im Asylverfahren eine Rolle spielen.

Ein weiterer praktischer Ansatz betrifft die Vorbereitung auf die persönliche Anhörung im Asylverfahren. Um einer Retraumatisierung entgegenzuwirken, sollten Betroffene im Vorfeld ausreichend informiert werden, dass das Vorbringen einer erlebten oder drohenden FGM für den Ausgang des Verfahrens bedeutsam sein kann. Die besondere Vertrauens-

stellung von Hebammen kann für diese Vorbereitung genutzt werden. In einem geschützten Rahmen können sie dazu beitragen, Erwartungen an die Anhörung zu klären, auf mögliche Fragen vorzubereiten und gemeinsam zu überlegen, wie über das Erlebte gesprochen werden kann. Wichtig ist dabei eine sensible und wertfreie Kommunikation, damit die Betroffenen sich nicht be- oder abgewertet fühlen. Auf diese Weise kann eine Verbindung zwischen gesundheitlicher Versorgung und asylrechtlicher Beratung entstehen, die das Risiko der Retraumatisierung verringert und die Sicherheit der Betroffenen im Umgang mit dem Verfahren stärkt.

Durch entsprechende Fortbildungen können Hebammen ihr Grundwissen erweitern, um FGM und ihre Folgen zuverlässig zu erkennen, Beschwerden gezielt zu erfragen und Zusammenhänge zwischen Symptomen und erlebter Gewalt herzustellen. Durch eine strukturierte Dokumentation von Befunden, Belastungen und biografischen Angaben können sie ärztliche Atteste inhaltlich vorbereiten und damit indirekt Einfluss auf die Bewertung im Asylverfahren nehmen.

Um überhaupt den Raum zu schaffen, in denen Betroffene von FGM mit Hebammen in Kontakt kommen, können Gruppenberatungen in Erstaufnahmeunterkünften angeboten werden. In einem solchen Rahmen können Hebammen schrittweise Vertrauen aufbauen, grundlegend über FGM und ihre gesundheitlichen Folgen informieren und darüber aufklären, welche Rolle eine drohende oder bereits erfolgte FGM im Asylverfahren spielt. Durch die Schweigepflicht der Hebamme kann ein geschützter Raum entstehen, in dem sensible Themen angesprochen werden können. Das dort erworbene Wissen kann von den Teilnehmer*innen in die jeweiligen Communities weitergetragen werden. Projekte von Terre des Femmes zeigen, dass Aufklärung und Prävention zu FGM in enger Zusammenarbeit mit den Communities erfolgversprechend sind [64]. Ein aktives Zugehen von Hebammen auf potenziell Betroffene sollte deshalb verstärkt stattfinden und strukturell gefördert werden.

Aufgrund der Sensibilität des Themas wird in der Literatur empfohlen, FGM nicht isoliert zu behandeln, sondern in andere, thematisch nahe Felder einzubetten, wie zum Beispiel in Veranstaltungen zu Sexualität, Schwangerschaft und Geburt. Dies kann helfen, Vertrauen aufzubauen und ein Klima zu schaffen, in dem Fragen zu FGM leichter gestellt werden können [23, 20]. Hebammen könnten hier Informationsangebote mitgestalten oder durchführen, in denen neben allgemeinen Inhalten zu Körperwissen, Schwangerschaft und Geburt auch FGM, ihre Folgen und Schutzmöglichkeiten angesprochen werden.

Hebammen können im Kontext von FGM und Asylverfahren insgesamt eine Schlüsselrolle an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsaufklärung, psychosozialer Unterstützung und

rechtlicher Schutzbegleitung einnehmen [18; 20]. Im Asylverfahren aufgrund von FGM sind sie sowohl medizinisches Fachpersonal als auch Sprachrohr der Betroffenen, Multiplikator*innen für Aufklärung und wichtige Partner*innen im interdisziplinären Kontext. Wenn Hebammen im Prozess der Beantragung eines Schutzstatus aufgrund von FGM systematisch mitgedacht und eingesetzt werden, können sie auf Prävention, Unterstützung und die rechtliche Anerkennung von FGM als Flucht- und Asylgrund Einfluss nehmen.

Da für FGM keine gesundheitlichen Vorteile bekannt sind, die Praktik aber mit erheblichen Risiken und Langzeitfolgen verbunden ist, kommt präventiven Maßnahmen eine große Bedeutung zu [2; 4, 1; 5]. Studien zeigen, dass mit steigendem Bildungsstand die Bereitschaft sinkt, FGM zu akzeptieren und fortzuführen [23, 13]. Hier setzen Aufklärung und Wissensvermittlung in den Communities an, insbesondere bei Mitgliedern aus praktizierenden Gemeinden. Hebammen verfügen aufgrund ihrer Ausbildung zu FGM, Sexualität und reproduktiver Gesundheit sowie ihrer etablierten Rolle in der Familiengesundheit über ein besonderes Potenzial, sich an solchen communityorientierten Angeboten zu beteiligen oder sie mitzugestalten. Sie können damit sowohl auf die Reduktion zukünftiger Eingriffe hinwirken als auch bereits betroffene Frauen in ihrer körperlichen und psychischen Selbstbestimmung stärken.

Gleichzeitig muss berücksichtigt werden, dass FGM tief in Traditionen und sozialen Strukturen verwurzelt ist und daher durch reine Informationsvermittlung allein nicht beendet werden wird [50, 9]. Präventive Arbeit von Hebammen kann deshalb nur ein Baustein in einem umfassenderen Ansatz sein, der rechtliche, soziale, pädagogische und community-basierte Maßnahmen miteinander verbindet.

5.1.2. Aus-, Fort- und Weiterbildung

Damit Hebammen eine unterstützende Rolle im Asylprozess einnehmen können, sind die im Studium erlernten Grundlagen zu FGM in Fortbildungen zu vertiefen und auszuweiten. Da im Medizinstudium keine standardmäßige Lehre über FGM stattfindet, können sich diese Fortbildungsangebote an Hebammen und Ärzt*innen gleichermaßen richten. Besonders hilfreich wären Fortbildungen, die sich gezielt mit der Dokumentation, der Formulierung fachlicher Stellungnahmen, der Einschätzung von Retraumatisierungsrisiken und der Beratung von Frauen mit FGM im Kontext Flucht und Asyl befassen, um Hebammen in ihrer Rolle an dieser Schnittstelle zu stärken.

Für die gesicherte Versorgung von Betroffenen und Gefährdeten von FGM müssen sich die jeweiligen Professionen besser verständigen, gemeinsame Vorgehensweisen im Umgang mit FGM entwickeln und Abstimmungswege verbessern. Daher wäre es zielführend, interprofessionelle Fortbildungen zu entwickeln, an denen neben Hebammen auch Gynä-

kolog*innen, Psychotherapeut*innen, Dolmetschende und Mitarbeitende aus Erstaufnahmeeinrichtungen, Beratungsstellen und Asylbehörden teilnehmen.

Zu beachten ist bei allen Vorschlägen und Ideen, dass das Problem der Sprachbarriere auch im Umgang zwischen Betroffenen und Hebammen vorhanden sein wird. Das Dazuziehen einer dolmetschenden Person, durch eine Organisation oder einen Verein der sich für die Aufklärung und Abschaffung der FGM einsetzt, ist daher entscheidend. Dadurch wird gewährleistet, dass den Betroffenen keine Wertung droht und beim Übersetzen keine Informationen verloren gehen und Begriffe nicht falsch oder mit anderer Bedeutung übersetzt werden.

5.1.3. Gesundheitspolitische Maßnahmen

Auf gesundheitspolitischer Ebene machen die Ergebnisse deutlich, dass die bestehenden gesetzlichen Regelungen zu FGM und Asyl durch konkrete strukturelle Maßnahmen ergänzt werden müssen, damit sie im Alltag wirksam werden. Eine bessere Vernetzung von Asylsystem und Gesundheitswesen ist dabei zentral. Dazu gehören verbindliche Kooperationsstrukturen zwischen Erstaufnahmeeinrichtungen, Gesundheitsämtern, gynäkologischer und hebammenspezifischer Versorgung sowie Organisationen und Verbänden, die im Bereich der FGM tätig sind. Ebenso wichtig wäre es, Hebammen in Programme zur Verbesserung der Versorgung von Frauen mit FGM ausdrücklich einzubeziehen, zum Beispiel in Form von Projekten, in denen Hebammen in Unterkünften oder Communitynah beraten und aufklären und bei Bedarf weiterführende Hilfe vermitteln. Eine unabhängige, rechtzeitige und lückenlose Beratung ist notwendig, um das, im Gesetz verankerte, Recht auf Asylanspruch in der Praxis anwenden zu können. Auch wird ein einheitliches System benötigt, um vulnerable Personen zu identifizieren.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Frage der Attestierung und der fachlichen Zuständigkeit. Damit eine vorliegende FGM im Asylverfahren angemessen bewertet werden kann, braucht es ausreichend geschultes medizinisches Personal, das FGM sicher erkennen, typisieren und die gesundheitlichen Folgen einschätzen kann. Da Grundlagenwissen zu FGM in der Hebammenausbildung verankert ist, sollten Hebammen als fachlich qualifizierte Akteurinnen in die interprofessionelle Aufgabenteilung einbezogen werden. Ärzt*innen bleiben für die formale Attestierung zuständig, können aber von der einschätzenden und dokumentierenden Vorarbeit der Hebammen profitieren. Parallel dazu ist es notwendig, das Personal in den Anhörungen besser zu schulen, um Retraumatisierungen entgegenzuwirken und Entscheidungen auf Basis ausreichenden Hintergrundwissens zu treffen.

Damit Hebammen im Asylprozess überhaupt als Ressource genutzt werden können, braucht es gesundheitspolitische Maßnahmen, die Berührungspunkte zwischen Asylsuchenden und Hebammen systematisch stärken. Während der Schwangerschaft und der Geburt besteht auch für Asylsuchende ein Anspruch auf Hebammenhilfe [60, §4]. Momentan erhalten Migrant*innen jedoch weniger Hebammenhilfe [20, 77]. Angesichts der möglichen Auswirkungen von FGM auf Sexualleben, Fruchtbarkeit, Schwangerschaft, Geburt und das Neugeborene wäre es sinnvoll, den Zugang zu Hebammenhilfe für Betroffene und Gefährdete von FGM gezielt zu fördern [2; 18, 11]. Dazu gehört, dass in Erstaufnahmeunterkünften über das Anrecht auf Hebammenhilfe informiert und aktiv auf entsprechende Angebote hingewiesen wird.

Eng damit verknüpft ist die Frage der Finanzierung. Die fachliche Kompetenz von Hebammen in den Bereichen Sexualberatung und Familienplanung wird im Studium vermittelt und gesetzlich anerkannt, ist aber im Hebammenhilfevertrag nur eingeschränkt abgebildet [61, 9; 19, Anlage 12]. Beratungsleistungen zu Sexualität, Familienplanung und FGM, die Hebammen fachlich anbieten könnten, sind bisher nur privat abrechenbar. Solange dies so bleibt, hängt der Zugang zu diesen Leistungen von der individuellen finanziellen Situation der Betroffenen ab und ein wichtiger Teil des beruflichen Potenzials von Hebammen bleibt ungenutzt. Gesundheitspolitische Maßnahmen sollten daher darauf abzielen, Beratungs- und Präventionsangebote von Hebammen für besonders vulnerable Gruppen – darunter geflüchtete Betroffene oder Gefährdete – strukturell zu verankern und regelhaft zu vergüten. Wenn Inhalte im Studium gelehrt und im Gesetz als Aufgabenfeld von Hebammen benannt sind, sollte die Finanzierung dieser Leistungen konsequent daran angepasst werden.

Darüber hinaus erscheint es wichtig, bestehende Leitlinien und Handlungsempfehlungen zu FGM konsequent umzusetzen und regelmäßig zu überprüfen. Dies betrifft insbesondere standardisierte Verfahren zur Identifikation von Betroffenen und Gefährdeten, klare Überweisungspfade zwischen Asylsystem und Gesundheitsversorgung sowie Schutzkonzepte, welche die medizinische, psychosoziale und rechtliche Unterstützung miteinander verbinden. In all diesen Bereichen können Hebammen eine feste Rolle einnehmen, wenn gesundheitspolitische Entscheidungen ihre Kompetenz und ihre Nähe zu den Betroffenen ausdrücklich berücksichtigen.

5.1.4. Forschung

Die vorliegende Arbeit zeigt deutlich, dass in mehreren Bereichen Forschungsbedarf besteht. Unklar ist bislang, in welchem Umfang Hebammen in Deutschland tatsächlich mit Frauen mit FGM im Kontext von Flucht und Asyl in Kontakt stehen und wie sie diese Begegnungen erleben. Qualitative Studien mit Hebammen, betroffenen Frauen und gegebene-

nenfalls Dolmetschenden könnten hier einen wichtigen Beitrag leisten. Darüber hinaus wäre es sinnvoll, Modelle, in denen Hebammen bereits aktiv an Präventions- und Unterstützungsangeboten zu FGM beteiligt sind, systematisch zu untersuchen. Dabei wären sowohl die Auswirkungen auf die betroffenen Frauen (z.B. Wissen, Nutzung von Angeboten, körperliche und psychische Gesundheit, Asylentscheidungen) als auch die Erfahrungen und Belastungen der Hebammen von Interesse.

Auch die Wirksamkeit von Aus- und Fortbildungsmaßnahmen im Bereich FGM, Trauma und Asylrecht sollte stärker in den Blick genommen werden. Langfristig könnten vergleichende Studien, die unterschiedliche rechtliche und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen in anderen Ländern mitberücksichtigen, dazu beitragen, Bedingungen zu identifizieren, unter denen Hebammen besonders gut in FGM-bezogene Asylkontexte eingebunden werden können. Schließlich stellt sich die Frage, wie die Perspektiven betroffener Frauen systematisch in die Entwicklung von Versorgungs- und Beratungsstrukturen einfließen können, damit Angebote an ihren tatsächlichen Bedürfnissen und Erfahrungen ausgerichtet werden.

Auch besteht ein Forschungsbedarf, um die in der Arbeit entwickelten Annahmen zu überprüfen und weiterzuentwickeln.

Zusammenfassend zeigt sich, dass Hebammen im Asylverfahren von Betroffenen oder Gefährdeten von FGM momentan keine entscheidende oder rechtsprechende Funktion haben, aber an verschiedenen Stellen im System wichtige Aufgaben übernehmen können. Dazu gehören die frühe Identifikation und Einschätzung von FGM und ihren Folgen, die traumasensible Begleitung und Aufklärung der Betroffenen, die fachlich begründete Dokumentation als Grundlage für ärztliche Atteste sowie die Mitarbeit an präventiven und communityorientierten Angeboten. Damit diese Rollen ihr Potenzial entfalten können, braucht es passende strukturelle, interprofessionelle und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen, die die Einbindung von Hebammen in die Unterstützung von Frauen mit FGM im Kontext von Flucht und Asyl ausdrücklich vorsehen und fördern.

5.2. Diskussion der Methode und Limitationen

Die gewählte Vorgehensweise als theoretische Arbeit mit unsystematischer Literaturrecherche im Schneeballsystem ist für die Bearbeitung der Fragestellung grundsätzlich geeignet. Die systematischen Recherchen in Cochrane Library und PubMed haben gezeigt, dass es kaum Studien gibt, die sich explizit mit FGM, Asylrecht in Deutschland und der Rolle von Hebammen beschäftigen. Von einem streng systematischen Vorgehen in weiteren großen Datenbanken wurde unter diesen Bedingungen abgesehen. Um der Komplexität des Themas gerecht zu werden wurde die anschließende Schneeballrecherche mit der

Einbindung von Rechtsquellen und Veröffentlichungen relevanter Organisationen kombiniert und konnte dadurch einen guten Überblick der aktuellen Situation abbilden.

Ein zentrales methodisches Limit der unsystematischen Recherche birgt das Risiko, einzelne Arbeiten oder Perspektiven nicht zu erfassen. Da das Schneeballsystem von vorhandenen Quellen ausgeht, werden vor allem Publikationen berücksichtigt, die in diesen Quellen bereits zitiert sind. Neuere Arbeiten können dadurch leichter übersehen werden. Des Weiteren kann durch die Abhängigkeit von den Referenzen der Ausgangsliteratur eine inhaltliche Einseitigkeit entstehen, wenn unbewusst bestimmte Positionen stärker gewichtet werden, als andere.

Um diese Risiken auszuräumen wurde ergänzend gezielt nach Gesetzen, offiziellen Stellungnahmen und unabhängigen Organisationen gesucht, die sich mit FGM, Asyl und geschlechtsspezifischer Verfolgung befassen. Dennoch kann nicht ausgeschlossen werden, dass relevante Forschung, insbesondere aus anderen Disziplinen oder in weniger naheliegenden Publikationskontexten, unentdeckt geblieben ist.

Die fehlende statistische Erfassung von FGM als Asylgrund durch das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge begrenzt die Möglichkeit, quantitative Aussagen zu Häufigkeiten und Verläufen zu treffen. Die Arbeit stützt sich daher vor allem auf qualitative und rechtliche Quellen, auf Berichte von Organisationen sowie auf Einschätzungen und Handlungsempfehlungen. Diese Quellen ermöglichen eine fundierte Beschreibung von Strukturen, Lücken und potenziellen Rollen von Hebammen, können aber keine generalisierbaren Aussagen im statistischen Sinn liefern.

Offen bleibt insbesondere, wie die beschriebenen Problemlagen von den unmittelbar Betroffenen und von Hebammen selbst erlebt werden. Die vorliegende Arbeit kann nur beschreiben, was in rechtlichen Texten, Berichten und Handreichungen dokumentiert ist. Nicht beantwortet werden kann, wie häufig Hebammen in der Praxis tatsächlich mit FGM im Asylkontext konfrontiert sind, wie sie ihre eigene Rolle einschätzen und welche Barrieren sie im Alltag erleben. Auch die Perspektiven geflüchteter Frauen mit FGM, ihre Erfahrungen mit dem Asylverfahren, mit medizinischer Versorgung und mit Hebammen sind in dieser theoretischen Arbeit nur über Sekundärquellen und nicht über eigene Erhebungen abgebildet.

Ergänzend zum Schneeballsystem hätte eine qualitative Befragung stattfinden können, um den tatsächlichen Einblick und die Wahrnehmung von Betroffenen und Gefährdeten abbilden zu können. Dieser Prozess hätte jedoch den Rahmen dieser Bachelorarbeit übertroffen.

Der Hinweis darauf, dass Hebammen und andere Gesundheitsfachberufe eine wichtigere Rolle bei der Identifikation, Dokumentation und Begleitung von Betroffenen einnehmen könnten, findet sich in Handlungsempfehlungen und Leitfäden wieder. Gleichzeitig überschreitet die Arbeit den bisherigen Forschungsstand insofern, als sie die Rolle von Hebammen im Asylkontext systematisch in den Mittelpunkt stellt und mit rechtlichen, organisatorischen und versorgungsbezogenen Aspekten verknüpft. Gerade weil empirische Studien zu diesem spezifischen Schnittfeld fehlen, müssen die hier formulierten Schlussfolgerungen als theoretisch begründete Annahmen verstanden werden, die in zukünftigen Untersuchungen überprüft und differenziert werden sollten.

Diese Arbeit hat nicht den Anspruch, fertige Lösungen für die aufgeführten Problematiken und Lücken im System anzubieten. Sie soll aufzeigen, mit welchen Hürden Betroffene konfrontiert sind und deutlich hervorheben, dass Handlungsbedarf besteht. Aufgrund ihrer Ausbildung und Kompetenzen ist die Profession der Hebammen als zusätzliches Fachpersonal dazu geeignet, an den aufgezeigten Stellen im Prozess anzudocken und die benötigten Schritte ergänzend auszuführen, sowohl in der Beratung, der Aufklärung als auch in der Attestierung.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die gewählte Methode unter den gegebenen Rahmenbedingungen sinnvoll gewählt wurde, um die Fragestellung zu bearbeiten und verschiedene Perspektiven zusammenzuführen. Die Arbeit ist jedoch durch die begrenzte Datenlage, die unsystematische Suche und das Fehlen eigener empirischer Erhebungen eingeschränkt. Diese Limitationen betreffen vor allem die Vollständigkeit der erfassten Literatur, die Möglichkeit, Aussagen zu quantifizieren, und die direkte Abbildbarkeit der Erfahrungen von Betroffenen und Hebammen. Die Ergebnisse liefern damit vor allem eine strukturierte Grundlage und erste theoretisch fundierte Ansatzpunkte, auf deren Basis weiterführende, empirisch ausgerichtete Forschung und praxisorientierte Projekte aufbauen können.

Diese Arbeit soll erstmals die Rolle der Hebammen im Kontext von FGM und Asyl beleuchten und kann nachfolgend als Grundlage für weitere Forschung sowie die Entwicklung spezieller Versorgungspläne bezüglich sensibler Betreuung betroffener Frauen dienen.

6. Fazit

FGM ist in Deutschland klar als schwere Verletzung grundlegender Rechte eingeordnet, sowohl strafrechtlich als auch im Rahmen des Flüchtlingsschutzes, dennoch zeigt die Literatur, dass Betroffene den ihnen zustehenden Schutz in den meisten Fällen nicht erhalten. Sprach- und Informationsbarrieren, unsichere Identifikationsprozesse, hohe formale Anforderungen im Asylverfahren sowie eine unzureichende Sensibilisierung zentraler Akteur*innen führen dazu, dass geschlechtsspezifische Verfolgung häufig nicht benannt, nicht erkannt und nicht konsequent berücksichtigt wird.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass rechtliche Normen allein nicht ausreichen, um Betroffene und Gefährdete von FGM wirksam zu schützen, wenn diese nicht von zugänglichen, vertrauensbasierten und traumasensiblen Strukturen unterstützt werden. Hier setzt die Arbeit an, indem sie zeigt, dass Hebammen durch ihre kontinuierliche Begleitung in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, ihrem Wissen zu FGM und ihrer Erfahrung im Umgang mit intimen und schambesetzten Themen eine zentrale Schnittstellenfunktion einnehmen könnten.

Hebammen könnten Betroffene niedrigschwellig informieren, Belastungen und Gefährdungslagen frühzeitig wahrnehmen, bedarfsgerecht zu spezialisierten Beratungsstellen, psychologischer Unterstützung oder rechtlicher Beratung weitervermitteln und damit dazu beitragen, Schutzpotenziale im Asylsystem überhaupt erst nutzbar zu machen. Voraussetzung dafür sind eine vertiefte Auseinandersetzung mit FGM und Asylrecht in Aus- und Fortbildung, klare Kooperationswege mit relevanten Einrichtungen sowie zeitliche und strukturelle Ressourcen, um diese Aufgaben verantwortungsvoll wahrzunehmen.

Die theoretische Analyse macht zugleich sichtbar, dass die hier beschriebenen Möglichkeiten der Hebammentätigkeit strukturelle Defizite im Asyl- und Gesundheitssystem nicht beheben können, sondern diese nur punktuell abfedern. Notwendig sind deshalb sowohl eine konsequente Umsetzung geschlechtsspezifischer Schutzstandards im Asylverfahren als auch der Ausbau unabhängiger, kultursensibler Beratungsangebote, in die Hebammen als spezialisierte Ansprechpartner*innen eingebunden sind.

Angesichts der begrenzten Datenlage zu FGM im Asylkontext und zur tatsächlichen Rolle von Hebammen sind die herausgearbeiteten Handlungsmöglichkeiten als fundierte, aber vorläufige Orientierung zu verstehen, die in zukünftigen empirischen Studien mit Fachpersonen und Betroffenen überprüft und weiter präzisiert werden sollten. Damit leistet die Arbeit einen Beitrag dazu, FGM als Querschnittsthema von Menschenrechten, Asylpolitik

und geburtshilflicher Versorgung zu verorten und die besondere Verantwortung der Hebammenprofession in diesem Feld sichtbar zu machen.

I. Literaturverzeichnis

1. Hebammengesetz - Gesetz über das Studium und den Beruf von Hebammen [Internet]. Nov 22, 2019 [zitiert 26. November 2025]. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/hebg_2020/
2. World Health Organization (WHO). Female genital mutilation [Internet]. 2025 [zitiert 12. Juni 2025]. Verfügbar unter: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
3. Berg RC, Denison E. A Tradition in Transition: Factors Perpetuating and Hindering the Continuance of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) Summarized in a Systematic Review. *Health Care for Women International*. 2013;34(10):837–59.
4. OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, u. a. Eliminating female genital mutilation. An interagency statement. World Health Organization; 2008.
5. United Nations Population Fund (UNFPA). Female genital mutilation (FGM) frequently asked questions [Internet]. 2025 [zitiert 12. Juni 2025]. Verfügbar unter: <https://www.unfpa.org/resources/female-genital-mutilation-fgm-frequently-asked-questions>
6. Khosla R, Banerjee J, Chou D, Say L, Fried ST. Gender equality and human rights approaches to female genital mutilation: a review of international human rights norms and standards. *Reproductive Health*. 2017;14(1):59.
7. United Nations (UN). International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. New York: 1967.
8. UN High Commissioner for Refugees (UNHCR). Guidelines on International Protection No. 1: Gender-Related Persecution Within the Context of Article 1A(2) of the 1951 Convention and/or its 1967 Protocol Relating to the Status of Refugees. Report No.: HCR/GIP/02/01. The UN Refugee Agency; 2022.
9. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF). DA-Asyl. 2025.
10. Förderverein PRO ASYL e.V. Weibliche Genitalverstümmelung ist ein Asylgrund! [Internet]. 2021 [zitiert 14. Juni 2025]. Verfügbar unter: <https://www.proasyl.de/news/weibliche-genitalverstuemmung-ist-ein-asylgrund/>
11. Plan International Deutschland e.V. Weibliche Genitalverstümmelung im Flüchtlingskontext. Hamburg: 2018.
12. Tonk S. Stand in Deutschland. In: Fritschen U, Strunz C, Scherer R. *Female Genital Mutilation: Medizinische Beratung und Therapie genitalverstümmelter Mädchen und Frauen*. 1. Auflage. Walter de Gruyter GmbH & Co KG; 2020.
13. PRO ASYL, Bayerischer Flüchtlingsrat, Flüchtlingsrat Brandenburg, Hessischer Flüchtlingsrat, Flüchtlingsrat Niedersachsen, Flüchtlingsrat Sachsen-Anhalt, u.a. Zur Umsetzung der Istanbul-Konvention in Bezug auf geflüchtete Frauen und Mädchen in Deutschland - Schattenbericht für GREVIO. 2021.

14. Deutsches Netzwerk zur Überwindung weiblicher Genitalverstümmelung - INTEGRA. Eine empirische Studie zu weiblicher Genitalverstümmelung in Deutschland. Freiburg: 2017.
15. Menschenrechte für die Frau e.V. - Terre des Femmes. TDF-Dunkelzifferschätzung zu FGM in Deutschland [Internet]. 2022 [zitiert 12. November 2025]. Verfügbar unter: <https://frauenrechte.de/unsere-arbeit/weibliche-genitalverstuemmung/unser-engagement/dunkelzifferstatistik-zu-fgm-in-deutschland>
16. Deutscher Bundestag. Strafbarkeit der Beschneidung von Mädchen, insbesondere in Fällen mit Auslandsbezug. Aktenzeichen: WD 7-3000-075/18. 2018.
17. Strafgesetzbuch [Internet]. 1998 [zitiert 11. November 2025]. Verfügbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/BJNR001270871.html>
18. Familienplanungszentrum BALANCE. Leitfaden für Hebammen im Umgang mit FGM_C in Berlin Brandenburg. Berlin: 2021.
19. Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen [Internet]. 2020 [zitiert 17. November 2025]. Verfügbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/hebstprv/BJNR003900020.html>
20. Deutscher Hebammenverband e.V. Empfehlungen für traumasensible Begleitung durch Hebammen. 1. Auflage. Karlsruhe: 2012.
21. International Confederation of Midwives. International Code of Ethics for Midwives. CD2008_001 V2014 ENG. 2014.
22. Pallitto C, Ruiz-Vallejo F, Mochache V, Stein K, Vogel JP, Petzold M. Exploring the health complications of female genital mutilation through a systematic review and meta-analysis. BMC Public Health. 2025;25(1):1387.
23. Behrendt A. Afrikanische Stimmen zur weiblichen Genitalverstümmelung in Hamburg: Kenntnisse, Einstellungen und Praktiken. Plan International Deutschland e.V.; 2011.
24. Mama Afrika e.V. Kultureller Hintergrund der Genitalverstümmelung [Internet]. o.J. [zitiert 12. November 2025]. Verfügbar unter: <https://mama-afrika.org/info/kultureller-hintergrund/>
25. Balogun OO, Hirayama F, Wariki WM, Koyanagi A, Mori R. Interventions for improving outcomes for pregnant women who have experienced genital cutting (Review). Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, Herausgeber. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013;2:Art. No.: CD009872. DOI: 10.1002/14651858.CD009872.pub2
26. UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO, FIGO, u. a. Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation. WHO/RHR/10.9. World Health Organization; 2010.
27. Plan International Deutschland e.V. Weibliche Genitalverstümmelung/Beschneidung (FGM/C). Hamburg; 2022.
28. United Nations Children's Fund (UNICEF). Female Genital Mutilation: A global concern: 2024 Update. New York; 2024.

29. End FGM European Network. FGM in Europe [Internet]. 2024 [zitiert 17. November 2025]. Verfügbar unter: <https://www.endfgm.eu/female-genital-mutilation/fgm-in-europe/>
30. United Nations Children's Fund (UNICEF). Female Genital Mutilation (FGM) [Internet]. 2024 [zitiert 6. November 2025]. Verfügbar unter: <https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/>
31. Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Weibliche Genitalverstümmelung [Internet]. 2020 [zitiert 14. Juni 2025]. Verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/gleichstellung/frauen-vor-gewalt-schuetzen/weibliche-genitalverstuemmung-80720>
32. Förderverein PRO ASYL e.V. Asyl in Deutschland [Internet]. o.J. [zitiert 13. Dezember 2025]. Verfügbar unter: <https://www.proasyl.de/thema/asyl-in-deutschland/>
33. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF). Ablauf des deutschen Asylverfahrens - Ein Überblick über die einzelnen Verfahrensschritte und rechtlichen Grundlagen. 5. aktualisierte Fassung. Nürnberg: 2024.
34. European Union. Directive 2013/33/EU of the European Parliament and of the Council of 26 June 2013 laying down standards for the reception of applicants for international protection (recast) [Internet]. OJ L; 2013. Verfügbar unter: <http://data.europa.eu/eli/dir/2013/33/oj>
35. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF). Schutzformen [Internet] o.J. [zitiert 27. Oktober 2025] Verfügbar unter: <https://www.BAMF.de/DE/Themen/AsylFluechtlingsschutz/AblaufAsylverfahrens/Schutzformen/schutzformen-node.html>
36. Grundgesetz [Internet]. 1993 [zitiert 27. Oktober 2025]. Verfügbar unter: https://www.-gesetze-im-internet.de/gg/art_16a.html
37. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF). Flüchtlingsschutz [Internet]. 2019 [zitiert 27. Oktober 2025]. Verfügbar unter: <https://www.BAMF.de/DE/Themen/AsylFluechtlingsschutz/AblaufAsylverfahrens/Schutzformen/Fluechtlingsschutz/fluechtlingsschutz-node.html>
38. UN High Commissioner for Refugees (UNHCR) Deutschland. Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 28. Juli 1951 [Internet]. 2015 [zitiert 27. Oktober 2025]. Verfügbar unter: <https://www.unhcr.org/de/media/gfk-pocket-2015-rz-final-ansicht-pdf>
39. Asylgesetz [Internet]. 1992 [zitiert 29. Oktober 2025]. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/asylvfg_1992/index.html
40. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF). Subsidiärer Schutz [Internet]. 2024 [zitiert 29. Oktober 2025]. Verfügbar unter: <https://www.BAMF.de/DE/Themen/AsylFluechtlingsschutz/AblaufAsylverfahrens/Schutzformen/SubisidiaerSchutz/subisidiaerschutz-node.html>

41. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF). Nationales Abschiebungsverbot [Internet]. 2019 [zitiert 30. Oktober 2025]. Verfügbar unter: <https://www.BAMF.de/DE/Themen/AsylFluechtlingsschutz/AblaufAsylverfahrens/Schutzformen/Abschiebeverbote/abschiebeverbote-node.html>
42. Council of Europe. Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt und erläuternder Bericht. Report No. 210. Istanbul; 2011.
43. United Nations Women Deutschland (UN Women Deutschland). Die Istanbul-Konvention [Internet]. 2023 [zitiert 13. November 2025]. Verfügbar unter: <https://unwomen.de/die-istanbul-konvention/>
44. Europäisches Parlament. Entschließung des Europäischen Parlaments vom 7. Februar 2018 zum Thema „Null Toleranz gegenüber Genitalverstümmelung bei Frauen“ [Internet]. Report No.: P8_TA(2018)0033. 2018 [zitiert 11. November 2025] Verfügbar unter: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-8-2018-0033_DE.html
45. UN High Commissioner for Refugees (UNHCR). Guidance Note on Refugee Claims relating to Female Genital Mutilation. Genf: 2009.
46. Köhler C. Basiswerkzeuge zur Erstellung wissenschaftlicher Arbeiten: Starthilfen und Tools zur praktischen Umsetzung. Wiesbaden: Springer Gabler; 2020. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-31238-1>
47. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. Journal of Advanced Nursing. 2005;52(5):546–53. doi/10.1111/j.1365-2648.2005.03621
48. End FGM European Network. Germany - Criminal law [Internet]. 2024 [zitiert 12. November 2025]. Verfügbar unter: <https://map.endfgm.eu/map/21/Criminal%20law/501/Germany>
49. Deutscher Bundestag. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Nicole Höchst, Franziska Gminder, Jürgen Pohl, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD – Drucksache 19/1447 – Beschneidungen von Frauen in Deutschland. Drucksache 19/1641. 2018.
50. Deutscher Bundestag. Weibliche Genitalverstümmelung im menschenrechtlichen Kontext Völkerrechtliche Vorgaben und Anforderung an deren nationale Umsetzung. Report No.: WD 2-3000-034/18. 2018.
51. Forschungsprojekt „Gender, Flucht, Aufnahmepolitiken“, Flüchtlingsrat Niedersachsen e.V., Bundesverband Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe (bff). „Wir wollen Sicherheit“ - Anregungen für eine gender- und fluchtsensible Praxis im Umgang mit geflüchteten Frauen*. 2019.
52. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF). Die Identifizierung vulnerabler Personen im Asylverfahren. 1. erweiterte und aktualisierte Auflage. Nürnberg: 2022.
53. Flüchtlingsrat Niedersachsen e.V., Aufnahmemanagement & Beratung für Asylsuchende in Niedersachsen (AMBA). Betroffenheit von FGM/C als Schutzgrund - Was

- tun, wenn das BAMF einen Nachweis verlangt? [Internet]. 2022 [zitiert 29. Oktober 2025]. Verfügbar unter: <https://www.nds-fluerat.org/infomaterial/unsere-handreichungen/>
54. Grote J. Anlage 6: Informationsmerkblatt zur Asylantragstellung. In: Zuverlässig, aktuell, interoperabel: Datenmanagement im Asylverfahren in Deutschland [Internet]. 2021 [zitiert 3. November 2025]. Verfügbar unter: <https://www.BAMF.de/SharedDocs/Anlagen/DE/EMN/Studien/wp90-datenmanagement.html?nn=282022>
 55. Frauenrecht ist Menschenrecht e.V. (FiM). Dossier: Was ist FGM/C? Frankfurt am Main: 2019.
 56. Mama Afrika e.V. Gesundheitliche Folgen der Genitalverstümmelung [Internet]. o.J. [zitiert 12. November 2025]. Verfügbar unter: <https://mama-afrika.org/info/gesundheitliche-folgen/>
 57. Ronte L, Fränkel R, Bruns M, Lehmann I, Meyerhöfer A. Offener Brief zu den Pressemitteilungen des BMFSFJ und des HMSI zum internationalen Tag gegen Genitalverstümmelung [Internet]. 2021 [zitiert 20. November 2025]. Verfügbar unter: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.proasyl.de/wp-content/uploads/Offener-Brief-zu-den-Pressemitteilungen-des-BMFSFJ-und-des-HMSI-zum-Internationalen-Tag-gegen-Genitalverstuemmung-jeweils-vom-05.02.2021.pdf>
 58. Approbationsordnung für Ärzte [Internet]. 2002 [zitiert 25. November 2025]. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/_appro_2002/BJNR240500002.html
 59. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF). Aktuelle Zahlen. Ausgabe: Oktober 2025. 2025.
 60. Asylbewerberleistungsgesetz [Internet]. Abschn. 4. 1993 [zitiert 27. November 2025]. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/asylblg/_4.html
 61. GKV-Spitzenverband. Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V [Internet]. 2025 [zitiert 26. November 2025]. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/hebammen_geburts-haeuser/hebammenhilfevertrag/hebammenhilfevertrag.jsp
 62. World Health Organization (WHO). WHO guideline on the prevention of female genital mutilation and clinical management of complications. Genf: 2025.
 63. Terre des Femmes. Unsere Forderungen [Internet]. o.J. [zitiert 13. November 2025]. Verfügbar unter: <https://frauenrechte.de/unsere-arbeit/weibliche-genitalverstuemmung/unsere-forderungen>
 64. Terre des Femmes. Sicher gestartet mit SAFE [Internet]. 2025 [zitiert 21. Oktober 2025]. Verfügbar unter: <https://frauenrechte.de/aktuelles/detail/sicher-gestartet-mit-safe>

II. Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, Kamilla Koch, [REDACTED] dass ich die vorliegende Bachelorarbeit mit dem Titel:

„Zwischen Hilfe und Kontrolle – Hebammen im Spannungsfeld von Aufklärung, Prävention und Asylrecht bei FGM“

selbstständig und ohne fremde Hilfe, insbesondere ohne entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- und Beratungsdiensten sowie ohne die Anwendung von KI-Sprachmodellen wie z.B. Chat-GPT, angefertigt und keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Alle wörtlichen oder sinngemäßen Entlehnungen aus anderen Arbeiten sind an den betreffenden Stellen als solche kenntlich gemacht und im entsprechenden Verzeichnis aufgeführt, das gilt insbesondere auch für alle Informationen aus Internetquellen. Ich erkläre zudem, dass ich die an der Medizinischen Fakultät Hamburg geltende „Satzung zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis und zur Vermeidung wissenschaftlichen Fehlverhaltens an der Universität Hamburg“ in der jeweils gültigen Fassung eingehalten habe.

Des Weiteren versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit vorher nicht in dieser oder ähnlicher Form in einem anderen Prüfungsverfahren dieser oder einer anderen Fakultät bzw. Hochschule eingereicht habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Bachelorarbeit zum Zweck der Plagiatsprüfung gespeichert und von meiner/-m Erst- und Zweitprüfenden mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Ich erkläre mich einverstanden, dass oben genannte Bachelorarbeit oder Teile davon von der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg oder von der HAW Hamburg veröffentlicht werden.

Hamburg, 17.12.2025

[REDACTED]