



Wortprotokoll der 18. Sitzung

Unterausschuss Globale Gesundheit (14)

Berlin, den 29. Januar 2024, 13:00 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung Reichstagsge-
bäude, DIE LINKEN.-Fraktionssaal (RTG, 3 S037)
und Webexmeeting

Vorsitz: Prof. Dr. Andrew Ullmann, MdB

Tagesordnung

Tagesordnungspunkt 1 **Seite 4**

Bericht der Bundesregierung zu aktuellen Entwicklungen in der globalen Gesundheit und zur Bekämpfung von vernachlässigten Tropenkrankheiten

Selbstbefassung S-20(14-1)43

Tagesordnungspunkt 2 **Seite 6**

a) **Weibliche Genitalverstümmelung (nationale Perspektive)**

Selbstbefassung S-20(14-1)44

b) **Weibliche Genitalverstümmelung (globale Perspektive)**

Selbstbefassung S-20(14-1)45

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
SPD	Coße, Jürgen Diaby, Dr. Karamba Kersten, Dr. Franziska Rudolph, Tina Stüwe, Ruppert	Engelhardt, Heike Katzmarek, Gabriele Ortleb, Josephine Seitzl, Dr. Lina Wollmann, Dr. Herbert
CDU/CSU	Albani, Stephan Braun, Dr. Helge Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg	Gröhe, Hermann Pilsinger, Stephan Rüddel, Erwin Stegemann, Albert
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Düring, Deborah Schulz-Asche, Kordula Wagner, Johannes	Grau, Dr. Armin Grützmacher, Sabine Schauws, Ulle
FDP	Gerschau, Knut Ullmann, Dr. Andrew	Helling-Plahr, Katrin Mansmann, Till
AfD	Dietz, Thomas Schneider, Jörg	Baum, Dr. Christina Rinck, Frank
Fraktionslos	Möhring, Cornelia	Vogler, Kathrin



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung: 17:00 Uhr

Vor Eintritt in die Tagesordnung

Der **Vorsitzende**, Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP), begrüßt die Anwesenden zur 18. Sitzung des Unterausschusses.

Der Unterausschuss beschließt einvernehmlich, zu der gesamten Tagesordnung öffentlich zu tagen.

Tagesordnungspunkt 1

Bericht der Bundesregierung zu aktuellen Entwicklungen in der globalen Gesundheit und zur Bekämpfung von vernachlässigten Tropenkrankheiten¹

Selbstbefassung S-20(14-1)43

Der **Vorsitzende**: Ich rufe den Tagesordnungspunkt 1 auf, die Berichte der Bundesregierung zu aktuellen Entwicklungen in der globalen Gesundheit und zur Bekämpfung von vernachlässigten Tropenkrankheiten, die uns dankenswerterweise in der vergangenen Woche übermittelt wurden. Wir wollen heute aufgrund des morgigen Welt-NTD-Tages den Fokus auf NTDs legen, Neglected Tropical Diseases.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Wenn man die Liste der zahlreichen Aktivitäten Revue passieren lässt, stellt man fest, dass dieses Thema zwischenzeitlich zwingenden Eingang in zahlreiche Arbeitsprozesse gefunden hat. Daraus leitet sich für mich die Frage ab, ob es eine zu intensive Tendenz zur Fragmentierung vieler für sich gesehen sehr interessanter und nützlicher Tätigkeiten gibt, mit der Folge, dass dann möglicherweise die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel für alle diese Aktivitäten nicht reichen oder mit einer gewissen Bündelung, auch im Hinblick auf nationale Tätigkeiten, ein noch besserer Output erreicht werden könnte.

Dr. Wolfram Morgenroth-Klein (Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ)): Es ist unbestritten, dass das Feld der globalen Gesundheitspolitik insgesamt ein relativ fragmentiertes ist, und das spiegelt sich sicher-

lich hier und da auch bei der Behandlung der Thematik vernachlässigte Tropenkrankheiten wider. Gleichwohl glauben wir, dass es auch einiger spezifischer Ansätze bedarf, die man auch unterstützen kann, zum Beispiel das ESPEN (Expanded Special Project for Elimination of Neglected Tropical Diseases) -Programm der Weltgesundheitsorganisation (WHO), das wir auch im Bericht zitieren, weil es Kenntnisse geben muss, wie spezifische Krankheiten sich verbreiten und wie man sie bekämpfen kann. Und da ist die Herausforderung, dass man Anknüpfungsmöglichkeiten an all das, was andere tun, schafft und sieht. Zum Beispiel, wenn man im Bereich Neglected Tropical Diseases aktiv ist, wird man ganz oft auf den Global Fund stoßen, der Malaria, Tuberkulose und Aids behandelt und ähnliche Systeme und Diagnosemethoden aufbauen muss. Und deswegen sind die Querbezüge wichtig. Beim Global Fund beispielsweise gibt es ein Fenster, mit dem man Neglected Tropical Diseases aufnehmen kann und wir sind der Meinung, das sollte auch stärker genutzt werden, als es bisher der Fall ist. Wir können hier die Welt nicht ändern, wie sie ist. Wahrscheinlich wäre es besser, das zentralisierter oder noch abgestimmter zu haben, aber wir sehen durchaus einige Möglichkeiten, das Schritt für Schritt zu verbessern.

Dr. Sinan Akdeniz (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)): Ich würde nur kurz ergänzen, dass ich dem Kollegen aus dem BMZ recht geben würde. Die Gesundheitspolitik und die Entwicklungszusammenarbeit sind eng verwoben. Wir arbeiten eng mit den Ministerien in der Bundesregierung zusammen, um beispielsweise bei der WHO Personal auszubilden und auch in den Kommunen der Länder, die betroffen sind, entsprechende Gesundheitseinrichtungen auszubauen und unser Engagement vor Ort zu stärken. Das trennscharf zu begrenzen, ist eine Schwierigkeit und dennoch sind wir bemüht, kohärent zu handeln und Ineffizienzen bzw. Doppelungen zu vermeiden.

Abg. **Tina Rudolph** (SPD): Welches Potenzial wird der lokalen Impfstoffproduktion im Kampf gegen vernachlässigte und armutsassoziierte Tropenkrankheiten zugerechnet? Die Frage geht vorrangig an das BMZ, weil da die Förderschwerpunkte der Impfstoffproduktion bzw. des Aufbaus der Impfstoffproduktion liegen, aber auch gerne an das BMG. Eine Potenzial- und Schwerpunktsetzung,

¹ S. Ausschussdrucksachen 20(14-1)59 und 20(14-1)60



die aus Ihrer Sicht sinnvoll ist in den nächsten Jahren. Wir haben bei Malaria zum Beispiel den Durchbruch, dass wir jetzt eine Impfung haben, aber für welche Erkrankungen könnte das aus Ihrer Sicht noch in den nächsten Jahren erfolgsversprechend sein? Und wie sieht es mit dem Kapazitätsausbau auch in dieser Richtung aus, nicht nur Richtung Covid?

Dr. Wolfram Morgenroth-Klein (BMZ): Der Aufbau der Impfstoffproduktion wird von uns mit über 500 Millionen Euro gefördert an fünf verschiedenen Standorten in Afrika, weil er das Problem aufgreift, dass nur zwei Prozent der in Afrika benötigten Impfstoffe auch in Afrika produziert wird. Perspektivisch geht es nicht primär um Covid-19-Impfstoffe bei diesen Impfstoffstandorten, sondern um Impfstoffproduktion jedweder Art, wie sie vom Markt von den einzelnen Ländern abgefragt und angefragt wird. Bei Malaria gibt es jetzt eine Impfung, da hoffen wir, dass das sich gut entwickelt. Bei den vernachlässigten Tropenkrankheiten ist das nur in Teilen möglich. Ich bin kein Humanmediziner, aber da gibt es auch andere Medikamente, die eingesetzt werden sollen und müssen und die verbreitet werden. Insofern stellt sich im weiteren Sinne nicht nur die Frage der Impfstoffproduktion, sondern generell auch die Frage der Pharmaproduktion in Afrika, die wir mit dieser Kampagne Impfstoffproduktion noch nicht aufgegriffen haben. Bei Impfstoffen sehen wir erhebliche Möglichkeiten in neue Impfstoffe zu gehen, aber möglicherweise auch effizient bekannte Impfstoffe zu produzieren und afrikanisch zu produzieren und in Afrika zu vertreiben. Das müssen wir uns nochmal genau angucken und das hängt auch von den Marktperspektiven, die die Firmen, die diese Impfstoffproduktion aufbauen, ab.

Abg. **Tina Rudolph (SPD):** Wie genau ist der Stand? Was wird eruiert oder kann man da schon was sagen?

Dr. Wolfram Morgenroth-Klein (BMZ): Da bin ich leider nicht der Spezialist für, das macht das Nachbarreferat, aber die Standorte sind – Ruanda beispielsweise ist nun auch eingeweiht worden – im Aufbau. Und wie genau die Produktion sich gestalten wird, bin ich gerade überfragt, das müsste ich Ihnen nachliefern.

Abg. **Kordula Schulz-Asche (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):** Bei der Bekämpfung von vernachlässigten Tropenkrankheiten ist der One-Health-Ansatz international akzeptiert und das BMZ unterstützt auch diesen Ansatz mit Vorhaben wie der Bekämpfung vernachlässigter Tropenkrankheiten, dem Programm Pandemieprävention und One-Health in der ECOWAS (Economic Community Of West African States)-Region. Nun ist auch von einer kleinen Minderheit in diesem Hause das BMZ für viele Maßnahmen in Entwicklungsländern kritisiert worden. Und deswegen möchte ich das BMG fragen, da die vernachlässigten Tropenkrankheiten auch zunehmend in europäischen Räumen, auch aufgrund des Klimawandels, auftauchen und im letzten Jahr mehrere Fälle von Dengue und West-Nil-Fieber verzeichnet worden sind, wie das deutsche Monitoring dieser Tropenkrankheiten aussieht und in welchen Ländern, auch gerade des globalen Südens, die seit vielen Jahren Erfahrungen mit diesen Erkrankungen haben, wir aus Sicht der Bundesregierung lernen können?

Dr. Sinan Akdeniz (BMG): Grundsätzlich ist das Robert Koch-Institut hier in federführender Funktion tätig, über Infektionsgeschehnisse an das BMG zu berichten. Wir sehen das als Auftrag, schriftlich nachzureichen, welche Aktivitäten hier bestehen vor dem Hintergrund des Trends, dass einige NTDs jetzt auch vermehrt im europäischen Raum auftreten. Ich nehme die Frage gerne mit und berichte dann im Nachgang an das Ausschusssekretariat.

Der **Vorsitzende:** Die Studie zur Einschätzung des Beitrags deutscher Institutionen zur Forschung zu NTDs wurde 2018 erstellt. Welche spezifischen Fortschritte und Veränderungen wurden seitdem identifiziert und wie werden diese in die laufenden Bemühungen zur Bekämpfung der NTDs integriert?

Dr. Sinan Akdeniz (BMG): Zu der Vorbereitung auf diese spezialisierte Studie, die Sie genannt haben, liegen mir keine Informationen vor Ort vor, aber das kann ich gerne auch im Nachgang beantworten durch die Kolleginnen und Kollegen im Haus.

Abg. **Dr. Herbert Wollmann (SPD):** Viele Krankheiten werden durch Mücken übertragen. Es gibt in einigen Ländern – ich glaube Italien, Griechenland, möglicherweise auch Niederlande – schon Bekämpfungsmaßnahmen mit Insektiziden in Bezug



auf die Brutstätten dieser Insekten. Ist so etwas in Deutschland auch vorgesehen?

Dr. Sinan Akdeniz (BMG): Das muss ich auch im Nachgang beantworten, Informationen zu diesen spezifischen Maßnahmen liegen mir hier de facto nicht vor.

Tagesordnungspunkt 2

a) Weibliche Genitalverstümmelung (nationale Perspektive)

Selbstbefassung S-20(14-1)44

Der **Vorsitzende**: Weibliche Genitalverstümmelung stellt eine schwerste Form der geschlechtsbasierten und körperlichen Gewalt dar und betrifft vor allem Frauen und Mädchen. Es ist eine der schwersten Verletzungen der Menschenrechte, etwa des Rechts auf Gesundheit und des Rechts auf körperliche Unversehrtheit. Nach Angaben von UNICEF sind weltweit über 200 Millionen Frauen und Mädchen betroffen und drei Millionen Mädchen bedroht, vor allem im nördlichen Afrika, aber auch in südostasiatischen Ländern und im Mittleren Osten. In Deutschland ist die Zahl weiblicher Genitalverstümmelung seit 2017 stark angestiegen. Gemäß einer aktuellen Schätzung gibt es in Deutschland über 100 000 Mädchen und Frauen, die von Genitalverstümmelung betroffen sind. Wir wollen uns zunächst mit den konkreten nationalen Herausforderungen und Lösungsansätzen befassen, um danach mit Top 2b internationale Fragen zu beleuchten.

Anne Dahlbüding (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)): Das Ministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat die Federführung für die Bund-Länder-Nichtregierungsorganisations-AG zur Überwindung von weiblicher Genitalverstümmelung in Deutschland. In der Regel tagt die AG einmal jährlich und dort sind Mitglieder vertreten aus sechs Ressorts. Neben dem Familienministerium ist dort auch das Bundesministerium der Justiz, das Bundesministerium des Innern und für Heimat, das Auswärtige Amt, das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für wirtschaftliche Zu-

sammenarbeit und Entwicklung. Weitere Mitglieder sind Vertretungen aus dem Bundeskanzleramt, den Bundesländern, der Bundesärztekammer und des Stabs der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. Und die NGOs werden dort vertreten durch die Sprecherinnen und Sprecher des bundesweiten Dachverbands INTEGRA. Das ist ein Netzwerk von NGOs, die sich gegen weibliche Genitalverstümmelung in Deutschland einsetzen. Und man sieht schon anhand der Mitgliedschaft, dass diese AG sehr interdisziplinär ist und auch die Zuständigkeiten in der Bundesregierung sehr interdisziplinär sind. In diesen Sitzungen werden immer aktuelle Herausforderungen im Kontext weibliche Genitalverstümmelung diskutiert. Es werden Informationen geteilt über aktuelle Entwicklungen aus den jeweiligen Zuständigkeiten der Mitglieder, es werden Best Practices vorgestellt und es werden Maßnahmen und Projekte geplant und konzipiert. Diese Arbeitsgemeinschaft ist ein zentraler Ort für Austausch, Kooperation und Netzwerk-Building.

Und ich möchte Ihnen zwei Maßnahmen, die in dieser AG in den letzten Jahren entwickelt wurden, heute gerne vorstellen. Das ist zum einen die Erhebung von Zahlen von Frauen, die durch weibliche Genitalverstümmelung betroffen sind, und von Mädchen, die durch sie bedroht sind. Das Bundesministerium hat im Jahr 2017 begonnen Zahlen zu erheben, auch vor allem aufgrund dringender Bitten der NGOs. Und eine weitere Maßnahme, die gemeinsam mit den AG-Mitgliedern entwickelt und konzipiert wurde, ist der Schutzbrief gegen weibliche Genitalverstümmelung der Bundesregierung. Als erstes möchte ich Sie über die Entwicklung der Zahlen informieren und vorwegnehmen möchte ich dabei Folgendes: Es handelt sich bei diesen Zahlen um Schätzzahlen. Die Zahlen sind sehr schwer zu erheben, weil wir uns in einem Dunkelfeld bewegen. Zum einen, weil weibliche Genitalverstümmelung in Deutschland strafbar ist nach § 226a StGB (Strafgesetzbuch) und des Weiteren, weil das Thema weibliche Genitalverstümmelung auch innerhalb der Communities ein großes Tabuthema ist und sehr schambehaftet ist. Das Europäische Institut für Gleichstellungsfragen der EU hat eine Methode zur Berechnung entwickelt, anhand derer sich auch die Berechnungen des Familienministeriums orientieren und die es ermöglicht, Zahlen auch mit Zahlen aus anderen EU-Staaten zu vergleichen. Dabei wird jeweils ein Minimal- und Ma-



ximal-Szenario errechnet. Somit wird der sogenannte Akkulturationsfaktor mit abgebildet, der berücksichtigt, dass durch das neue kulturelle Umfeld die durchgeführten Genitalverstümmelungen möglicherweise auch zurückgehen. Die Zahlen beziehen sich auf Frauen und Mädchen ohne deutsche Staatsangehörigkeit und Stichtag ist der 31. Dezember 2022. Ich möchte Sie auch insbesondere darauf hinweisen, dass die Zahlen, die ich jetzt präsentiere, gegenwärtig noch interne Zahlen sind. Sie sind noch nicht veröffentlicht vom Familienministerium. Die Bekanntmachung erfolgt in den nächsten Wochen. Die Berechnungen zeigen, dass die Zahlen der betroffenen Frauen wieder leicht gestiegen sind und die Zahlen der bedrohten Mädchen sogar bis zu mehr als einem Drittel. Zwischen 73 232 und 73 602 Frauen sind in Deutschland von weiblicher Genitalverstümmelung betroffen. Im Vergleich zu den Zahlen vom 31. Dezember 2019 ist das ein Anstieg von bis zu zehn Prozent. Die Hauptherkunftsländer sind dabei Eritrea, Somalia, Ägypten, Indonesien und Irak, gefolgt von Äthiopien und Guinea. Zwischen 2 664 und 20 219 Mädchen sind in Deutschland von weiblicher Genitalverstümmelung bedroht. Im Vergleich zu den Zahlen vom 31. Dezember 2019 ist das ein Anstieg von bis zu 34 Prozent. Dabei sind die Hauptherkunftsländer Somalia, Eritrea, Ägypten, Nigeria und Guinea, gefolgt von Äthiopien und Sudan. Diese Zahlen zeigen uns auch, dass die Aufklärung über weibliche Genitalverstümmelung weiterhin erforderlich ist und die präventive Arbeit weiterhin unterstützt werden muss. Der Schutzbrief gegen weibliche Genitalverstümmelung der Bundesregierung ist für diese präventive Arbeit ein sehr wichtiger Baustein. Er ist im Jahr 2020 zum ersten Mal veröffentlicht worden. Der Wortlaut wurde im Vorfeld mit allen AG-Mitgliedern abgestimmt und von den Hausleitungen der beteiligten Ressorts unterzeichnet. Auch in dieser neuen Legislaturperiode ist er von fünf Bundesministerinnen und -ministern unterzeichnet worden, auch von Herrn Bundesminister Prof. Dr. Karl Lauterbach. Der Schutzbrief gibt Auskunft über die Strafbarkeit von weiblicher Genitalverstümmelung, auch bei der Durchführung im Ausland, über mögliche ausländerrechtliche Konsequenzen nach der Durchführung der Straftat. Er informiert auch über gesundheitliche Folgen physischer und psychischer Art und über Stellen, an die bedrohte Frauen und Mädchen, die Schutz suchen, sich wenden können.

Er dient zur Aufklärung der betroffenen und bedrohten Frauen und Mädchen und ihren Familien sowie der Fachöffentlichkeit und Öffentlichkeit. Weiterhin vermittelt er präventiven Schutz bei Reisen in den Herkunftsländern. Er ist in 16 Sprachen übersetzt, unter anderem Englisch, Französisch, Portugiesisch und Arabisch sowie weitere afrikanische und asiatische Sprachen und er kann auf der Seite des Familienministeriums kostenlos heruntergeladen oder bestellt werden. Seit der Veröffentlichung im Jahr 2020 wurden bereits über 86 000 Schutzbriefe gegen weibliche Genitalverstümmelung bestellt. Derzeit ist er in den meisten Sprachen vergriffen. Der Nachdruck ist beauftragt und ich habe die letzten Ansichtsexemplare mitgebracht in deutscher und englischer Sprache. Und in diesem Jahr haben wir noch geplant, den Schutzbrief auch in kindgerechter Sprache zu veröffentlichen. Im letzten Jahr hat das Bundesfamilienministerium zwei Projekte gefördert. Von Juli 2023 bis Ende Januar 2024 fördert das BMFSFJ ein Projekt, in dem gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern aus Communities ein Kurzfilm zur Aufklärung über weibliche Genitalverstümmelung und dem Schutzbrief entwickelt und produziert wurde. Und dieser Film wird in der nächsten Woche, am 6. Februar, dem Internationalen Tag gegen weibliche Genitalverstümmelung, seine Premiere haben. Ein weiteres Projekt wurde gefördert von August bis Dezember 2023. Dort wurden zwei Kurzfilme entwickelt für Fachkräfte des Gesundheitswesens, die darin über weibliche Genitalverstümmelung informiert und aufgeklärt werden.

Der **Vorsitzende**: Nun bitte ich Herrn Dr. Akdeniz vom BMG, kurz zu Fragen der Gesundheitsversorgung und Abrechnung zu ergänzen.

Dr. Sinan Akdeniz (BMG): Ich würde diese Frage zweiteilen und mit der Sensibilisierung von Personal beginnen.

Wie wir gehört haben, sind weltweit viele Millionen Frauen und Mädchen von weiblicher Genitalverstümmelung betroffen, vor allem im nördlichen Afrika, aber auch in südostasiatischen Ländern. Auch in Deutschland gibt es eine hohe Dunkelziffer. Die Kollegin hat gerade konkreter ausgeführt. Deshalb ist bei der Handlung von betroffenen Mädchen und Frauen für medizinische Fachkräfte neben einem guten Fachwissen auch eine besondere Spezialisierung im Bereich der Sensibilität erfor-



derlich für die soziale und psychische Situation der Betroffenen. Die Bundesärztekammer hat auf Anregung des BMG durch eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe 2005 bereits Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach Genitalverstümmelung erarbeitet und 2013 erneut aktualisiert. Diese Empfehlungen sind sowohl in deutscher, englischer als auch französischer Sprache abrufbar. Und gleichzeitig hat sich das BMG in den vergangenen Jahren auf verschiedenen Ebenen weiter für strukturelle Verbesserungen im Umgang mit dieser Genitalverstümmelung eingesetzt. Neben der Sensibilisierung der Ärzteschaft im Rahmen der Aus- und Fortbildung wurde ein für die Vergütung ärztlicher Leistungen notwendiger Diagnosecode im ICD-10-GM-Katalog etabliert.

Im Leistungsbereich möchte ich den stationären Bereich highlighten. Wir haben auf Grundlage der Maßnahmen, die ich gerade erwähnt hatte, aufbauend in der vertragsärztlichen Versorgung bereits umfangreiche Abrechnungsmöglichkeiten für medizinische und psychotherapeutische Leistungen zur Behandlung der Folgen von weiblicher Genitalverstümmelung, unter anderem für operative Eingriffe und eine psychotherapeutische Behandlung von Patientinnen mit Traumata oder Belastungsstörungen eingeführt. Die Behandlungskosten werden durch die gesetzliche Krankenversicherung übernommen. Darüber hinaus sind die behandelnden Ärztinnen und Ärzte gemäß den Empfehlungen der Bundesärztekammer, die ich erwähnte, dazu angehalten, kultursensibel auf die medizinischen, psychischen und strafrechtlichen Folgen von weiblicher Genitalverstümmelung hinzuweisen. Die Abrechnung stationärer Leistungen erfolgt grundsätzlich über DRG (Diagnosis Related Groups)-Fallpauschalen. Die Zuordnung von Behandlungsfällen zu DRG-Fallpauschalen erfolgt mittels der deutschen Fassung der internationalen Klassifikation der Krankheiten. Und um hier das mal etwas plastischer zu machen: Die Codierung von weiblicher Genitalverstümmelung erfolgt mit den spezifischen Schlüsselnummern des Code-Bereichs. Weibliche Genitalverstümmelung wäre Z91.7 in der Eigenanamnese. Und wir arbeiten eng mit dem INEK zusammen. Das INEK ist das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhauswesen und versucht das DRG-System weiterzuentwickeln. Und hier haben wir im stationären Bereich im Jahr 2022 80-mal als Hauptdiagnose weibliche Genitalverstümmelung aus dem System erfahren. Bei diesen Fällen wur-

den vor allem OPS-Codes aus folgenden Code-Bereichen codiert, wobei auch teilweise mehrere Code-Bereiche betroffen sein können: Operationen an der Vulva, operative Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut und andere Operationen an Nerven und Nervenganglien. Das sind die Haupt-Codes, die wir im OPS-System haben und die sich unterordnen unter den großen Fallpauschalbereich der MDC 13 „Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane“. Selbstverständlich sind die Patientinnen auch befugt sich im ambulanten Bereich behandeln zu lassen. Der Anspruch auf Krankenbehandlung ist unabhängig von der möglichen Ursache zu betrachten und Voraussetzung grundsätzlich für eine Behandlung ist, dass die betroffenen Frauen in der GKV versichert sind.

Der **Vorsitzende**: Noch zu ergänzen: Sollten Sie PKV versichert sein, haben Sie auch Anspruch auf Behandlung. Vielen Dank, dazu werden sicherlich einige Fragen kommen. Vorallem die niedrigen Fallzahlen fand ich schockierend niedrig. Nun freuen wir uns auf den Bericht von Dr. Zerm vom bundesweiten Netzwerk INTEGRA.

Dr. Christoph Zerm (INTEGRA): Ich beziehe mich auf eine Sondersprechstunde, die ich seit 2005 betreibe, wo ich bis zum heutigen Stand 670 ausführliche Gutachten erarbeitet habe, die die relevanten Gründe für die Flucht aus dem Heimatland darlegen und dokumentieren, mit der Gefährdungsanalyse, wenn man diese Frauen zurückschicken würde. Auf diese Zahlen kann ich mich stützen und aus dem heraus möchte ich vier Punkte ansprechen. Das eine ist zu FGM/C (Female Genital Mutilation/Cutting). Wir sprechen über die Versorgung von Betroffenen und deswegen müssen wir auch über FGM/C sprechen, allerdings nur ergänzend, denn ich setze voraus, dass Sie da die Grundinformationen selbstverständlich haben. Der zweite Punkt wäre die Theorie und Praxis des Asylverfahrens, weil alle diese Betroffenen sind in irgendeiner Weise involviert in die Asylverfahren. Der dritte Punkt wäre die Frage, was ist zu tun? Und der vierte Punkt wären dringende Empfehlungen an die Politik.

Zunächst würde ich gerne auf zwei wichtige Aspekte ergänzend zu Punkt 1 hinweisen: FGM/C ist die Voraussetzung dafür verheiratet werden zu können, Passivform wohlgemerkt. Ohne Verheira-



tung kein anerkanntes Mitglied der Community. Das muss man sich klar machen. Der Hintergrund ist die patriarchale Gesellschaft und letztendlich darauf basierend Gewalt gegen Frauen weltweit. Frauen sollen durch Abschneiden von Körperteilen abgeschnitten werden von ihrer Sexualität, denn die weibliche Lust ist gesellschaftlich unerwünscht. All diese Sätze sind Merksätze, die notwendig sind, um das ganze Phänomen verstehen zu können. Und wenn wir uns über die wirklichen Fluchtgründe Klarheit verschaffen wollen, dann geht es um Gewalt gegen Frauen und dazu gehört als Menschenrechtsverletzung zum einen FGM/C und auf der anderen Seite auch der unsägliche Verkauf von minderjährigen Mädchen an meist alte reiche Männer als Dritt- oder Viert-„Ehefrau“ zwecks sexuellen Missbrauchs und Gewalt, genannt Frühehe. Das ist für mich ein verharmlosender Begriff und ist Zwangsverheiratung. Die Folge davon sind Misshandlungen, Ausbeutung und Versklavung in der Zwangsehe, die unter Umständen Jahre oder Jahrzehnte lang andauern kann. Kein Rückhalt, keine Zuflucht, schon gar nicht bei der eigenen Familie. Die wird sie immer wieder zurückschicken zu dem Peiniger. Häufig keine oder wenig Bildungschancen. Frauen als vulnerabelster Teil der Gesellschaft, ich glaube, darüber sind wir uns alle einig. Denken wir nur auch an sexualisierte Gewalt als Kriegswaffe, ein ewig aktuelles Thema leider seit Jahrtausenden. Insofern sind sie am wenigsten prädestiniert ihre vertraute Heimat zu verlassen und in das vollkommen Unbekannte zu fliehen. Das muss man sich immer wieder klarmachen. Das zeigt das Ausmaß an Verzweiflung und die Ausweglosigkeit, denn vor diesen Frauen steht als einzige Alternative entweder umgebracht zu werden, sich selbst das Leben zu nehmen oder die Flucht. In dieser Lage sind sie ideale Opfer der Agent:innen von Menschenhändlerbanden und Zwangsprostitution, zum Teil bis nach Deutschland. Auch das sollten wir uns klarmachen. Auch hier in Deutschland findet Zwangsprostitution auf dieser Basis statt. Teilweise haben diese Frauen eine jahrelange Flucht hinter sich. Und wir sollten auch an die denken, die hier Deutschland nicht mehr erreichen, weil sie in den globalen Massengräbern ihr Leben beenden mussten: im Mittelmeer, in der Sahara, in libyschen Folterlagern. Diese Frauen sind mit keiner anderen Migrantinnengruppe vergleichbar. Sie haben auch keinen Zusammenhang mit sogenannten Pull-Effekten, die von

der Politik häufig gerne angesprochen werden, weil diese Frauen meistens gar keine Ahnung von Europa haben. Manchmal denken sie, das ist ein Nachbarland und sie wollen einfach nur weg von der schon angesprochenen sehr misslichen Alternative.

Kommen wir zur Theorie und Praxis im Asylverfahren. Auch alles nur Stichworte. Eigentlich sind die Gesetze auf nationaler und europäischer Ebene sehr großzügig und bieten Schutz für verfolgte Menschen an, aber die Anhörungssituation ist sehr bedrückend gerade für diese Frauen. Ich rede nur immer von diesen Frauen, ich rede nicht von allen Migrantinnen und Migranten. Es sind Existenz- und Abschiebeängste, die diese Frauen in Schach halten. Unbekannte Strukturen, völlig andere Sozialisationen, oft Analphabetinnen. Sie haben schlimme Vorerfahrungen mit Behörden, der Polizei, usw. im Herkunftsland. Das BAMF (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge) produziert hohe Ablehnungsquoten. Wodurch? Einmal durch die Suche nach Unglaubwürdigkeit: Die Asylsuchende soll auch schlimmste Erlebnisse anschaulich und detailreich schildern können. Wenn man weiß, dass alle diese Frauen oder fast alle diese Frauen schwerstens traumatisiert sind und wir uns klarmachen, was sind denn die Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung, dann ist gerade das völlig unmöglich. Dann wird auf eine völlig illusionäre innerstaatliche Fluchtalternative in diesem Zusammenhang nach § 3e Asylgesetz verwiesen. Dabei wird falsch fokussiert auf geografische Aspekte statt auf ethnisch gebundene Tradition. Dann, weiterer Punkt, eine drohende erneute FGM/C oder die Gefahr für eine Tochter wird negiert. Es wird immer noch vom BAMF teilweise behauptet, eine Zweit-FGM/C findet nicht statt, das sei eine Schutzbehauptung. Daher sind ärztliche Atteste ein doppeltes Lotteriespiel. Einmal, circa 90 Prozent aller Fachärzt:innen in Deutschland können FGM/C nicht zutreffend erkennen oder beschreiben. Zweitens ist es dem Ermessensspielraum – man könnte auch ein bisschen schärfer formulieren, der Willkür der BAMF-Entscheider:innen überlassen, ob sich ein Befund positiv oder negativ auswirkt. Ein Befund „Ja oder Nein“ der Betroffenheit. Weiteres: Nicht-Berücksichtigung der fast immer vorliegenden schwersten Multitraumatisierung mit dem Verdacht auf PTBS (Postraumatische Belastungsstörung) bei



der Anhörung und bei der Asylentscheidung. Und letzter wichtiger Punkt: der Eurozentrismus. Beurteilt wird, als wäre der Alltag in den Herkunftsländern genauso wie in Europa. Wenn das davon abweicht, ist es unglaublich. Und das ist unsäglich, wenn man das 700 Mal schon in Ablehnungsbescheiden gelesen hat.

Der trügerische Bezug auch auf Berichte des Auswärtigen Amtes und/oder fragwürdige Studien. Die Berichte des Auswärtigen Amtes sind ehrenwert, selbstverständlich. Aber wenn wir die Praxis anschauen – ich habe das selbst an Eritrea in der Deutschen Botschaft in Asmara eben erlebt –, die Kontakte sind allenfalls mit der Oberschicht oder der oberen Mittelschicht, aber mit dem einfachen Volk und dem Alltag der einfachen Menschen hat das nichts zu tun. Und wie soll auf diese Weise eine Botschaft überhaupt Kenntnis haben von dem Alltag der Menschen dort? Das wird aber dann zugrunde gelegt für Ablehnungsbescheide. Da ist eine große Lücke, die es zu schließen gilt.

Kommen wir zu der Frage, was ist zu tun? Notwendig ist ein kritischer Blick auf den latenten Rassismus im Denken und Handeln der aufnehmenden Gesellschaft und damit von uns allen. Ich will zwei Beispiele zur Untermauerung sagen. Viele Fragen bei den Anhörungen würden sogenannten deutschen Frauen gewiss so nicht gestellt werden. Da könnte ich Ihnen aus vielen Protokollen Beispiele geben. Und denken wir auch an den Umgang mit Flüchtlingen aus der Ukraine. Ich bin absolut dafür, dass die Millionen Menschen, die vor Krieg geflohen sind, Schutz und Aufnahme hier in Deutschland finden. Dazu sind wir moralisch verpflichtet. Aber dass Unterschiede gemacht worden sind, wenn farbige, dunkelhäutige Menschen aus der Ukraine geflohen sind, dass die dann nicht die gleiche Behandlung hatten, zeigt den latenten Rassismus in unserer Gesellschaft. Und die EU und die WHO (Weltgesundheitsorganisation) betonen immer wieder die besondere Schutzwürdigkeit dieser Frauen, zuletzt durch das Urteil des EuGH (Europäischer Gerichtshof) kürzlich am 16. Januar 2024. Leider hat das bisher immer noch viel zu wenig Folgen. Dann zu der operativen Versorgung: Wir haben als einziges hochqualifiziertes Zentrum das Luisenhospital Aachen unter der Leitung von Chefarzt und Privatdozent Dr. med. O'Dey. Er hat in zehnjähriger Habilitationsarbeit völlig neue und hocheffiziente Rekonstruktionstechniken entwickelt, anfangs für Patientinnen nach Vulvakarzi-

nom und anderen destruktiven Vulvaerkrankungen. Erstmals sekundär hat er dann Kenntnis über die Anwendbarkeit seiner Operationstechnik auch für von FGM/C betroffene Frauen bemerkt durch Kontakt mit dem Runden Tisch in NRW. Daher ist das, was er entwickelt hat, mit anderen Abteilungen nicht vergleichbar. Das Ziel ist die Wiederherstellung von Form und Funktion. Eine reine Defibulation, eine Eröffnung eines verschlossenen inneren Eingangs zur Vagina, schafft Erleichterung, ist aber noch keine Rekonstruktion, wird aber manchmal so bezeichnet. Es sind auch Fälle belegt, dass bei der Abrechnung – und da ist eben Theorie und Praxis etwas unterschiedlich – ein Zustand nach FGM-3 zugrunde gelegt wurde, während die Patientin nachweisbar „nur“ FGM-2 hatte. Das ist die Praxis dessen, was Sie geschildert haben. Insofern müssen wir gucken, dass das berücksichtigt wird. Die Defibulation sollte so ausgeführt werden, dass eine mögliche spätere Rekonstruktion nicht erschwert wird.

Kommen wir zur Prävention. Was kann man dazu sagen? Es geht um Dialog auf Augenhöhe mit den Communities. Endlich sollte man mit den Betroffenen sprechen, statt über sie. Die Sensibilisierung der Gesellschaft ist eine Notwendigkeit, auch im selbstkritischen Kontext. Wir sollten vorsichtig sein, nicht in Selbstgerechtigkeit zu verfallen. Die U-Untersuchung als allgemeiner Beitrag zum Schutz aller Kinder, einschließlich FGM/C-Gefährdung, könnte ein Ansatzpunkt sein, aber für alle Kinder, nicht nur für die dunkler Hautfarbe. Und die Schwangerschaft ist ein guter Einstieg in die Prävention. Berücksichtigung der besonderen traumatisierten Situation dieser Frauen, gezielte Unterstützung in allen Aspekten des Alltags, Abbau der gläsernen Wände und die Bitten an die Politik, die lesen Sie bitte nach, da sind einige markante Punkte einfach noch mit aufgeführt.

Abg. **Heike Engelhardt** (SPD): Herr Dr. Zerm, Sie haben den Schutzbrief angesprochen. Ich frage mal ein bisschen ketzerisch, erfüllt er seinen Zweck der Information, der Aufklärung und auch Abschreckung? Führt er tatsächlich zu Verhinderungen im größeren Stil von FGM/C? Und welchen Bekanntheitsgrad genießt dieser Schutzbrief Ihrer Einschätzung nach in Deutschland? Wird er von zivilgesellschaftlichen Akteur:innen überhaupt genutzt? Erreicht er die Betroffenen? Erreicht er vor allem auch die jungen Mädchen?



Dr. Christoph Zerm (INTEGRA): Ich würde sagen, selbstverständlich kann er nicht das Ruder rumreißen, aber das ist von den Initiatoren auch sicherlich nicht so gedacht. Aber schon im Herbst oder gegen Ende des Jahres 2021 bei einer großen Online-Konferenz – damals war Corona – haben viele Vertreter:innen von Communities sich sehr positiv zu diesem Schutzbrief geäußert, weil sie gesagt haben, wir haben etwas in der Hand, womit wir etwas tun können. Dass das nicht alle Probleme lösen kann, ist selbstverständlich, aber das muss ich gar nicht betonen. Nur die positive Resonanz der Communities, das halte ich für das Allerwichtigste, denn wir können uns viele Gedanken darüber machen, aber wichtig ist, was bei den Menschen selbst ankommt und darauf würde ich mich beziehen. Und seitdem sind auch schon wieder zwei Jahre vergangen und ich gehe davon aus, dass diese Tendenz sich weiter fortgesetzt hat.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Mich berühren etwas die Differenzen der Zahlen, die hier diskutiert worden sind. Die vermutete Dunkelziffer im immerhin fünf- oder sechsstelligen Bereich, gleichzeitig aber eine relativ geringe Zahl an Behandlungsfällen bzw. auch sonstigen juristisch aufgearbeiteten Fällen. Gibt es hier einen Nachholbedarf, Sie haben es eben angesprochen, Herr Dr. Zerm, im Hinblick auf die Kompetenz zur Diagnostik, die Verletzung zu erkennen bei der ärztlichen Versorgung, Punkt eins. Dann die Nachfolge der adäquaten Versorgung durch entsprechende Operationsmethoden, aber auch die Fragestellung, inwieweit können die strafrechtlichen Maßnahmen, die auch zur Generalprävention dienen sollen, eingesetzt werden? Es muss die Einleitung eines Strafverfahrens veranlasst werden. Das können Mediziner von sich aus nicht, sie sind keine Officialbehörde. Sie können allenfalls darauf hinwirken, dass diejenige, die betroffen ist, Anzeige erstattet. Wie sind die Aufklärungsmechanismen und Strafverfolgungsmechanismen, um aus dem Gesichtspunkt der Spezial- und Generalprävention Botschaften im Hinblick auf die Täter zu senden? Nicht nur hier in Deutschland, sondern auch durchaus im Ausland.

Dr. Christoph Zerm (INTEGRA): Wir haben seit September 2013 den § 226a StGB. Seitdem ist nach meiner Kenntnis kein einziges Strafverfahren abgeschlossen worden – vielleicht eingeleitet, aber nicht abgeschlossen worden –, soweit ich weiß.

Wenn es anders ist, dann korrigieren Sie mich bitte. Und ich habe mir auch zu dieser Frage Gedanken gemacht und kam zu folgendem Schluss: Wir müssen bedenken, dass alle Betroffenen, sprich potenzielle Opfer oder schon eingetretene Überlebende von dieser Praxis aus Gesellschaften stammen, wo die Familie über allem steht, und die höchste Priorität genießt. Wenn ein solches Mädchen, eine Heranwachsende oder auch eine junge Frau gegen ihre eigene Familie aussagt, denn ein Gericht braucht gerichtsfeste Aussagen und Beweise, dann bricht sie sämtliche Brücken hinter sich ab, die bisher ihre Lebensgrundlage dargestellt haben. Und das kann man sich gar nicht brutal genug vorstellen. Das heißt, um diese Kraft aufzuwenden, braucht es ein Alternativ-Auffangnetz an sozialen Kontakten, woran es bisher mangelt. Und da sehe ich eine Einladung und Aufforderung an unsere Aufnahmegesellschaft, immer intensiver mit den Communities, mit den betroffenen Familien und auch Mädchen und Kindern in Kontakt zu kommen, ein gemeinsames Leben zu führen, sodass genau diese alternativen Auffangnetze da sein können, damit Mädchen und junge Frauen den Mut haben, gerichtsfest auszusagen und etwas zu tun. In unserem Nachbarland Frankreich haben einige Verurteilungen schon stattgefunden und es sind Menschen ins Gefängnis gekommen, auch innerhalb der Familie. Die scheinen an der Stelle weiter zu sein. Aber ich sehe mit Blick auf uns selbst, dass wir die Voraussetzung schaffen, dass dieser von uns sehr erkämpfte § 226a StGB Realität werden kann. Und er muss ein Signal sein, da stimme ich Ihnen zu.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich bin Vorsitzende der Parlamentariergruppe Östliches Afrika und werde sicherlich noch einmal auf Sie zurückkommen, um sich dem Thema intensiver zu widmen, Herr Dr. Zerm. Meine Frage richtet sich an das BMFSFJ. Es ist dargestellt worden, Schutzbrief, Weiterbildung usw., aber es ist auch deutlich geworden, dass weitere Aufklärung, auch in der Bevölkerung, notwendig ist. Es wurde auch angesprochen, dass man auch diese Frauen vor Ort unterstützen muss und das findet vor allem in den Ländern und in den Kommunen statt. Und deswegen meine Frage an das Familienministerium, inwieweit es gerade bei diesem Thema zwischen dem Bundesministerium und den Ländern und Kommunen eine enge Zusammenarbeit gibt, um auch vor allem die Aufklärungsarbeit,



aber auch die Unterstützungsarbeit besser zu vernetzen.

Anne Dahlbüdding (BMFSFJ): Ich habe gerade schon von der Bund-Länder-NRO-AG zur Überwindung weiblicher Genitalverstümmelungen berichtet und das ist ein Gremium, was sehr gut funktioniert, wo wir sehr eng zusammenarbeiten, auch Menschen aus den Ländern jeweils miteinander verbinden. Die NGOs sind dort – nicht nur die Vertreter:innen von INTEGRA, sondern wir laden immer NGOs ein, die gute, innovative Projekte machen – und die Bundesärztekammer ist dabei. Und das hat sich eigentlich in den letzten Jahren als sehr gut erwiesen, weil, wie Sie sagen, vieles von der Arbeit in den Ländern und Kommunen vor Ort stattfinden muss und dadurch haben wir einen großen Informationsaustausch und das funktioniert sehr gut.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Sind in dieser Arbeitsgruppe auch Sozialarbeiter, Richterinnen und Richter und/oder andere Berufsgruppen, als die, die ohnehin mit dem Thema befasst sind, auch vertreten?

Anne Dahlbüdding (BMFSFJ): In den Arbeitsgruppen sind zum Beispiel aus den Ländern Vertreter:innen aus den Ministerien, aber viele Länder haben runde Tische, wo sich dann auch die Berufsgruppen treffen. Oder wir haben zum Beispiel als Familienministerium im Jahr 2021 ein Projekt gefördert, um die Schutzbriefe weiter bekannt zu machen und da wurden auch die Berufsgruppen, die Sie geschildert haben, mithin Vertreter:innen nicht nur aus dem Gesundheitsbereich, sondern auch aus der Justiz, auch Lehrer und Lehrerinnen sowie Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen geschult.

Der **Vorsitzende**: Ich frage für meine Fraktion, da der Vertreter der FDP nicht anwesend ist. Herr Dr. Zerm, die Problematik in der ärztlichen Versorgung ist eminent. Sie haben gesagt, dass es nur einen Arzt eines Krankenhauses im Aachener Raum gibt, der diese Operationen durchführt und diese möglicherweise unzureichend auch finanziert werden mit den Erlösen. Die Frage ist, erstens, ist das Haus auch ein Referenzkrankenhaus für DRG, weil da könnte man einiges machen, damit auch die Behandlung besser wird. Aber, zweitens, wie sieht es insgesamt aus, wie beurteilen Sie das? Sie sind

selbst ärztlicher Kollege. Wie sieht die fachärztliche Ausbildung, aber auch die hausärztliche Ausbildung, diesbezüglich aus, Prävention zu betreiben und das zu erkennen? Die Zahlen, die Herr Dr. Akdeniz vorgestellt hat, finde ich schockierend niedrig, wenn man bedenkt, wie die Zahl hier in Deutschland tatsächlich ist, die Dunkelziffer. Und wie läuft die Aufklärung? Mir wurde mal berichtet, dass es auch sogenannte „Partyfahrten“ gibt nach Paris, wo solche Operationen illegal durchgeführt werden. Wie weit kann man da Prävention betreiben?

Dr. Christoph Zerm (INTEGRA): Vielleicht das Letzte zuerst: Von Partyfahrten habe ich noch nie etwas gehört, aber dass im europäischen Ausland solche Eingriffe durchgeführt werden scheint schon der Fall zu sein, um eine von Ihnen gestellte Frage sofort zu beantworten. Wir wissen nicht, wie viele Beschneidungen tatsächlich in Deutschland stattfinden, wir können es nur schätzen, aber sämtliche Kontakte in die Communities hinein bestätigen, dass Beschneidungen an einigen tausend Mädchen pro Jahr in Deutschland oder auch außerhalb Deutschlands, die aber in Deutschland ansässig sind, durchgeführt werden. Und das kann man nur dann aufheben, wenn wir mit den Communities in einen viel näheren und engeren Kontakt treten. Wandel durch Annäherung – das ist das alte brandtsche Prinzip in dem Zusammenhang –, indem wir durch Vertrauensaufbau einen Wandel auch der Einstellung und damit des Verhaltens herbeiführen können. Ich darf vielleicht mit Bezug auf meine Praxis von fast 700 Frauen, die ich gesehen habe und die betroffen waren, sagen, weniger als ein Prozent von denen würden diese Praxis in Deutschland, in Europa weiter fortsetzen, weil die sind vor FGM/C geflohen für sich selbst oder für eine möglicherweise bestehende Tochter oder eine künftige Tochter. Die sind alles andere als weiter Fortsetzerinnen von diesem Brauch, sondern einige sind sogar ungeduldig gewesen, was kann ich tun, um das zu bekämpfen und mich damit einzubringen in den Kampf?
Und der erste Teil Ihrer Frage war nochmal?

Der **Vorsitzende**: Das war zu der ärztlichen Fort- und Weiterbildung bezüglich allgemeinmedizinischer und fachärztlicher Leistungen, was man da verbessern sollte.



Dr. Christoph Zerm (INTEGRA): Das hat vor ein/zwei Jahren auch mal die Bedrohung gehabt, in eine Prestigefrage abzudriften, dass man die ganze Ausbildung in diesem komplexen Thema dann einfach als Ordinarius für sich reklamiert, auch wenn man herzlich wenig Ahnung davon hat. Das heißt, wir haben innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, DGGG, die wissenschaftliche Fachgesellschaft für unser Fachgebiet und die Arbeitsgemeinschaft Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit, die im Grunde für diese internationale Gesundheit der entsprechende Facharbeitskreis ist. Und wir haben im letzten Jahr angefangen, Module zu erarbeiten, auf der einen Seite für eine solche Ausbildung, denn die Auszubildenden müssen erst mal instruiert werden. Teach the Teachers. Das muss erst mal geschehen und das kann nur von denjenigen geschehen, die nachweislich eine gründliche Kenntnis in diesem Zusammenhang haben. Und zum anderen haben wir seit einem Jahr auch angefangen, Online-Boards anzubieten, für alle interessierten Kolleg:innen, die in der Diagnosestellung noch Nachhilfe haben möchten und Unterstützung bekommen möchten, sodass wir mehrfach im Jahr, und geplant ist jeden Monat oder jeden zweiten Monat spätestens, sowas anzubieten, damit sich das weiter verbreitet und damit auch die Kenntnis. Aber das ist noch nicht der kulturhistorische Hintergrund. Die Frauen kultursensibel ansprechen ist noch ein anderes Thema. Und diese Ausbildung muss auch passieren und in die Module hinein und das wird es auch.

Der **Vorsitzende**: Kleine Nachfrage nochmal zu dem Referenzkrankenhaus wegen der Reoperation. Ist es ein Referenzkrankenhaus für DRG-Systeme? Wie lange ist die Abrechnung?

Dr. Christoph Zerm (INTEGRA): Das Luisenhospital Aachen, die rechnen nach DRG ab und machen bei jeder Operation ein Defizit. Der **Vorsitzende**: Noch einmal: DRG ist das Abrechnungssystem, aber es gibt Referenzhäuser, wo dann anhand dieser Referenzen der Originalkosten DRG-Ziffern...[unverständlich]

Dr. Christoph Zerm (INTEGRA): Da muss ich passen.

Abg. Heike Engelhardt (SPD): Ich kann vieles von

dem, was Sie sagen, aus Gesprächen mit Kolleg:innen aus europäischen Nachbarländern bestätigen. Ich weiß von einem österreichischen feministischen Netzwerk Stop FGM. Die hatten Untersuchungen gemacht und Fragebogen an Ärztinnen und Ärzte geschickt. Da haben sich von über 20 Prozent Rücklauf fast alle dafür ausgesprochen, eine bessere Ausbildung zu bekommen, sowohl Gynäkolog:innen als auch Kinderheilkundler:innen. Ich denke, da ist sehr wohl ein Nachholbedarf. Das müssen wir auf dem Schirm haben. Die Uni Graz hat eine Studie gemacht und sich vor allem mit betroffenen Frauen, die schwanger mit Mädchen waren, beschäftigt und da scheinen die nach Deutschland Geflüchteten weiter zu sein als die, die in Österreich ankommen. Ich habe so ein bisschen meine Zweifel, dass die gezielt auch Sozialarbeiter:innen mit diesen Frauen in Kontakt bringen. Da glaube ich Ihnen noch nicht ganz, dass das nur ein Prozent ist oder habe ich Sie falsch verstanden?

Dr. Christoph Zerm (INTEGRA): Ja, insofern falsch verstanden, als dass ich mich ausschließlich auf die Frauen beziehen kann, die zu mir kommen und das ist eine Selektion, dessen bin ich mir völlig bewusst. Das kann nicht stellvertretend für alle Migrant:innen stehen.

Abg. **Heike Engelhardt** (SPD): Gut, dass wir das nochmal klarstellen.

Meine Frage zum Thema: Ich möchte auf die Frauen zu sprechen kommen, die nicht in der GKV (Gesetzlichen Krankenversicherung) und schon gar nicht in der PKV (Private Krankenversicherung) sind, sondern es sind sehr viele Frauen, die unter dem Asylbewerberleistungsgesetz stehen. Die sollen künftig nicht mehr 18, sondern 36 Monate abgesenkte Leistungen erhalten. Wie bewerten Sie diese Situation für Frauen, die von FGM/C betroffen sind, die jetzt nochmal zusätzlich ein Gutachten brauchen, um überhaupt eine Leistung, eine wiederherstellende oder traumabegleitende Behandlung zu bekommen?

Dr. Christoph Zerm (INTEGRA): Vor allem für infibulierte Frauen ist das unerträglich. Und das müsste, trotz des eingeschränkten Leistungsumfanges, als Ausnahme mindestens zugelassen werden. Bei der Rekonstruktion der Klitoris kann man sich auf den Standpunkt stellen – ich stehe da nicht drauf –, dass sie das wahrscheinlich schon das ei-



nige Jahre so haben und wenn es noch ein weiteres Jahr des Wartens ist, dann ist das vielleicht mit Kopfschmerzen zuzumuten. Sie merken, wie ich mich herumdruckse, aber schon die Ausweitung der Wartezeit in diesem Zusammenhang ist eine arge Einschränkung.

Der **Vorsitzende**: Vielleicht können wir ergänzend Herrn Dr. Akdeniz vom BMG bitten uns schriftlich zu beantworten, inwieweit diese abgesenkte Leistung dann von der medizinischen Seite her zu weiteren Folgeerkrankungen führen können. Vor allem die posttraumatische Belastungsstörung sehe ich als Problem, weil sich so etwas chronifiziert. Und deswegen wären wir Ihnen sehr dankbar, wenn Sie vielleicht im Nachgang die Frage beantworten, ob und wie weit diese Leistungsabsenkung in diesem Bereich für Asylbewerberinnen gilt oder nicht.

Abg. **Tina Rudolph** (SPD): Wir haben etwas zu den stationären Daten und die Anwendung der DRGs und Abrechnung gehört, mich würde das Ambulante noch interessieren.

Dr. Sinan Akdeniz (BMG): Da hatte ich in unserem Fachreferat nachgefragt und dazu haben wir keine konkreten Daten, zumindest im Haus, aber wir können gerne nochmal an das Fachreferat herantreten und die konkreten Fragen extern einholen.

Der **Vorsitzende**: Ich glaube, ich mache es nicht so einfach. Ich weiß nicht, Sie sind besser im Vertragsärztlichen Bereich drin. Ich glaube, die EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab)-Ziffer dazu ist möglicherweise gar nicht existent. Ich weiß es aber nicht.

Dr. Christoph Zerm (INTEGRA): Ich wüsste es nicht. Ich bin allerdings mit dem Kassensystem nicht sehr vertraut.

Abg. **Dr. Franziska Kersten** (SPD): Frau Dahlbüdding, ich weiß nicht, ob ich Sie richtig verstanden habe, Sie sagten, dass die Zahlen im Graubereich sind und dass es sich nur auf Menschen mit nicht deutscher Staatsangehörigkeit bezieht. Es gibt vielleicht auch schon welche, die die deutsche Staatsangehörigkeit haben. Wo finden wir die Zahlen?

Anne Dahlbüdding (BMFSFJ): Diese Zahlen haben wir nicht. Zur Berechnung schaut man sich die

Herkunftsländer an, in denen FGM durchgeführt wird, schaut sich dort die Prozentzahlen an, schaut sich dann an, wie viele Frauen und Mädchen aus diesen Ländern da sind, geht mit diesem Akkulturationsfaktor, den ich beschrieben habe, vor und macht dann die Berechnung. Das heißt, die Frauen, die schon einen deutschen Pass haben, aber noch in den Communities leben, können wir mit dieser Berechnung nicht erfassen. Deshalb sind es Schätzwahlen.

Der **Vorsitzende**: Vielen Dank an unsere Experten, ich glaube, das waren sehr bewegende Informationen, die Sie mit uns geteilt haben.

b) Weibliche Genitalverstümmelung (globale Perspektive)

Selbstbefassung S-20(14-1)45

Der **Vorsitzende**: Nun kommen wir zu Top 2b, zur globalen Perspektive der Bekämpfung der weiblichen Genitalverstümmelung, und dazu begrüße ich zunächst online Frau Dr. Hanna Lena Reich von der Deutschen Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit, kurz GIZ. Sie arbeitet für die GIZ in Äthiopien. Unsere zweite Expertin ist Frau Fadumo Korn, die Gründerin des Vereins NALA – nachhaltig, aktiv, lebensnah und aufklärend, die heute persönlich als Sachverständige über das Thema berichten wird.

Dr. Hanna Lena Reich (Deutschen Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit (GIZ)): Guten Tag und viele Grüße aus Äthiopien und vielen Dank schon mal, dass ich auch heute zum Thema weibliche Genitalverstümmelung, FGM sprechen darf aus globaler Perspektive oder eher, ich würde sagen, aus Umsetzungsperspektive der GIZ. Frau Dahlbüdding hatte bereits erwähnt, dass nächste Woche, genauer gesagt am 6. Februar, sich bereits zum 21. Mal der Internationale Tag gegen weibliche Genitalverstümmelung jährt, um auf diese schwere Form der Menschenrechtsverletzung aufmerksam zu machen. Mindestens seit dem Jahr 2003 wird mithin bereits über das Thema gesprochen. Es werden Initiativen gefordert und gefördert und wir haben auch schon Beispiele gehört und dennoch, mit Blick auf die reinen Zahlen, ist es nach wie vor ein



Problem. Weltweit sind 200 Millionen Mädchen und Frauen von FGM betroffen. Jährlich kommen etwa vier Millionen Mädchen und Frauen hinzu, allein 45 Millionen in den Ländern Äthiopien, Somalia und Sudan, in denen wir das Vorhaben umsetzen.

Um erfolgreich gegen die Praktik vorzugehen, muss man zunächst einmal verstehen, was Menschen antreibt. Wieso entscheidet sich eine Mutter, die selbst seit 40 Jahren unter den schwerwiegenden Folgen von FGM leidet, dazu, ihre Tochter dennoch beschneiden zu lassen? Ich erinnere mich gut an ein Interview, was wir geführt haben mit einer Frau aus der Afar-Region in Äthiopien. Sie war 40 Jahre alt, wurde mit 15 verheiratet, hatte zehn Kinder, ist bereits als Säugling selbst Opfer von FGM geworden und hat vier ihrer fünf Töchter ebenfalls der Prozedur unterzogen. Bei jeder Geburt wurde sie, ich muss es so nennen, vorher aufgeschnitten und im Nachgang wieder zugenäht. Das heißt, diese Frau hat mehrmals FGM erlebt. Niemand von uns kann sich diese Schmerzen und dieses Leiden vorstellen. Und trotzdem wieder die Frage, warum entscheidet sich eine Mutter dennoch dazu, ihre Tochter beschneiden zu lassen? Weibliche Genitalverstümmelung wird aus einer Reihe kultureller, religiöser und sozialer Gründe in Familien und Gemeinschaften durchgeführt, die von Kontext zu Kontext variieren. Und ich spreche heute hier über die Länder Äthiopien, Somalia und Sudan, auch wenn ich gleich anmerken möchte, dass sich die Begründungsmuster auch in anderen Ländern häufig ähneln. FGM wird häufig als Tradition bezeichnet. Es gehöre einfach dazu. Es sei immer so gemacht worden und sei Teil der Identität einer Gruppe. FGM wird oft als notwendiger Bestandteil der Erziehung eines Mädchens und der Vorbereitung auf das Erwachsenenalter, hier insbesondere auf die Ehe, angesehen. Dazu gehört auch, die sexuelle Lust der Frau einzuschränken und voreheliche Jungfräulichkeit zu garantieren. Die Praktik ist oftmals mit kulturellen Idealen von Weiblichkeit, Anständigkeit und Bescheidenheit verbunden, zu denen auch die Vorstellung gehört, dass Mädchen erst nach der Entfernung der Klitoris und oder der Schamlippen sauber und schön seien. Obwohl keine der religiösen Schriften die Praktik vorschreibt, glauben Praktizierende oft, dass FGM religiös unterstützt wird. Dort, wo FGM eine gesellschaftliche Konvention ist – also beispielsweise in den Regionen, in denen wir umsetzen – ist der soziale und

wirtschaftliche Druck teilweise so groß oder wird zumindest so wahrgenommen, dass die Praktik fortbesteht. Familien werden stigmatisiert. Menschen haben Angst, ausgegrenzt zu werden oder befürchten, dass ihre Töchter keinen Ehemann finden. Auch wenn viele verschiedene Gründe angeführt werden, geht es letztendlich immer um eines: Die Sexualität und den Körper von Mädchen und Frauen zu kontrollieren.

Das Vorhaben „Überwindung weiblicher Genitalverstümmelung“, das vom Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung beauftragt ist, wird durch die GIZ umgesetzt. Wir arbeiten am Horn von Afrika in drei Ländern, in Äthiopien, Somalia und Sudan. Das Vorhaben hat bereits im Februar 2020 begonnen und wird noch bis Ende 2026 umgesetzt. Ich würde gerne zwei Beispiele aus der Implementierung mit Ihnen teilen, um auch zu zeigen, welche Ansätze erfolgreich sind. Das erste sind Schulungen mit Lehrpersonal und Schülerinnen zum Verständnis sozialer Normen und Verhaltensänderungen zur Beendigung von FGM. Das Programm umfasste zwei Aktivitäten, die zum einen aufeinander aufbauen, sich aber auch ergänzen. In einem ersten Schritt wurden Schulungen für Lehrer und Lehrerinnen und Schulleiter und Schulleiterinnen durchgeführt. Und in diesen Schulungen wurde ein Grundverständnis zu sozialen Normen und Geschlechterrollen gelegt, die FGM in den jeweiligen Gesellschaften begünstigen. Im Anschluss daran wurde für ein halbes Jahr ein pädagogisches Unterstützungs- und Beratungsprogramm angeboten, das sowohl das Lehrpersonal als auch Mitglieder der schulischen Gender Clubs, also Schülerinnen und Schüler selbst, einbezogen hat. In diesem Rahmen wurden Sensibilisierungsaktivitäten entwickelt und von der Idee der Initiative bis zur Durchführung der Veranstaltung für die gesamte Schule begleitet. Ziel war es, mit dieser Aktivität die Kompetenzen des Lehrpersonals zum Thema FGM zu stärken und Präventionsinitiativen umzusetzen, die häufig über die in den Lehrplänen vorgeschriebenen Themen hinausgehen. Eine zweite Aktivität, über die ich gerne sprechen würde, sind die Generationendialoge. Für uns, die in Deutschland aufgewachsen sind, ist es ganz selbstverständlich mit der eigenen Großmutter und dem Großvater zusammen zu sitzen und sich zu unterhalten. Es ist ebenfalls selbstverständlich als Frau Gespräche mit einem Mann zu führen. In Somalia beispielsweise ist beides oftmals nicht der



Fall. Es gibt keine Räume, in denen Männer und Frauen zusammenkommen und auch keine Räume, in denen generationenübergreifend gesprochen wird. Ein Ansatz, der aus Umsetzungsperspektive große Erfolge erzielt hat, sind die sogenannten Generationendialoge. Es ist eine Methode, in der Männer und Frauen aus verschiedenen Altersgruppen über einen Zeitraum von bis zu einem Jahr zusammenkommen und in einer sicheren Umgebung diskutieren, vor allem über ihre jeweilige Sichtweise zu FGM. Und dabei ist vor allem wichtig, dass es nicht darum geht, Menschen und ihre Meinungen oder Erfahrungen zu verurteilen, sondern wirklich zuzuhören und einander zuzuhören. Zunächst diskutieren junge Frauen und ältere Frauen gemeinsam. Zeitgleich sprechen auch junge und ältere Männer miteinander. Nach mehreren Sitzungen, die geschlechtergetrennt durchgeführt werden, kommen dann beide Geschlechtergruppen zusammen, besprechen ihre Erkenntnisse und erarbeiten Versprechen, die sie als Dialogteilnehmer und Dialogteilnehmerinnen an die Gemeinde formulieren, aber auch Erwartungen, die dann an eine breitere Öffentlichkeit adressiert werden. Die Generationendialoge sind meines Erachtens so erfolgreich, weil sie auch Jungen und Männer einbinden. Viele von ihnen haben erst durch die offenen Gespräche im Rahmen der Dialogformate die schwerwiegenden Auswirkungen von FGM auf Frauen und die Gesellschaft als Ganzes begriffen. In öffentlichen Veranstaltungen werden andere Gemeindemitglieder, Lehrer und Lehrerinnen, Politiker und Politikerinnen, aber auch religiöse Autoritäten, Gesundheitspersonal und andere Vertreter und Vertreterinnen von Institutionen eingeladen, sodass das Thema FGM noch breiter in die Gesellschaft getragen wird. Generationendialoge schaffen Verbindungen und Verbindlichkeit. Einerseits wird Vertrauen geschaffen und die Beziehungen zwischen den Generationen werden gestärkt und andererseits verpflichten sich auch die Teilnehmer und Teilnehmerinnen der Dialoge und durch die Versprechen, die sie dann auch in den öffentlichen Meetings vortragen, auch die gesamte Gemeinde, aktiv zu werden und gegen FGM vorzugehen. Unser Vorhaben setzt präventiv an und auch in den anderen Beiträgen ist schon die Bedeutung von Prävention angesprochen worden. Das heißt, wir versuchen durch verschiedene Aktivitäten Menschen dazu zu befähigen, die sozialen Normen und Geschlechtervorstellungen, die mit FGM verbunden werden, zu

hinterfragen. Nur, und ich glaube, da sind wir uns wahrscheinlich alle einig, wenn Menschen selbst zu der Erkenntnis gelangen, dass FGM negative Folgen hat für Mädchen und Frauen und sich selbst dazu entscheiden, die Praktik abzulehnen, kann nachhaltiger gesellschaftlicher Wandel angestoßen werden. Dennoch möchte ich an dieser Stelle auch gerne betonen, dass Prävention und die Versorgung betroffener Frauen eng verzahnt sein müssen. Gerade in Krisenkontexten wie hier in der Region steigen die Fälle geschlechtsspezifischer Gewalt an und Frauen benötigen mehr Unterstützung.

Der Vorsitzende: Vielen Dank für Ihren Bericht, wir kommen nachher in der Fragerunde auf Sie zurück. Wir freuen wir uns nun auf den Bericht von Frau Korn. Sie erlangte Bekanntheit durch ihre Autobiografie „Geboren im großen Regen“, die 2004 veröffentlicht wurde, sowie ihr Engagement gegen die weibliche Genitalverstümmelung. Im Jahr 2011 wurde ihr die Verdienstmedaille der Bundesrepublik Deutschland verliehen. Im Jahr 2020 initiierte sie eine Petition mit dem Ziel, das Bewusstsein für das Thema weibliche Genitalverstümmelung in der Ausbildung von Schlüsselpersonen wie Ärztinnen und Ärzten sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter zu verankern.

Fadumo Korn (NALA e. V.): Mein Name ist Fadumo Korn. Ich bin 1964 in Somalia geboren, man kann somit hochrechnen, dass ich 60 Lebensjahre überschritten habe. Ich bin seit 42 Jahren mit einem Münchner verheiratet und daher ist bei uns die erste Sprache bayerisch, dann somalisch, dann deutsch oder umgekehrt, je nachdem. Ich freue mich, dass das Interesse endlich geweckt ist in der Politik und dass das Thema Genitalverstümmelung dahin gekommen ist, wo es hingehört, nämlich in die Köpfe der Entscheiderinnen über die Gesundheit von betroffenen Frauen. Oder nicht. Es ist nämlich das Nicht, das uns immer sehr häufig im Weg steht.

Ich wurde selbst mit sieben Jahren als Nomadin an den Genitalien verstümmelt, ohne jegliche medizinische Hilfe und ohne Schmerzmittel. Es wurde heute sehr viel über mich gesprochen. Es ist häufig so, dass man über die Betroffenen spricht und nicht mit ihnen. Deswegen gebe ich allen eine Stimme und erlaube mir, Ihnen ein bisschen den Schmerz mitzuteilen, den ich mit sieben Jahren erlebt habe, ohne Vorbereitung auf irgendwas. Was erwartet



dich? Es wird nicht über FGM/C gesprochen, es ein Tabuthema. Es wird oft mit Religion begründet. Dieser 4 000 Jahre alte Brauch hat mit der Religion, die wir jetzt kennen, rein gar nichts zu tun. Es ist, wie Frau Dr. Reich und Herr Dr. Zerm gesagt haben, eine Geschichte, die nur dafür erfunden wurde, um die Sexualität und die Lust der Weiblichkeit zu eliminieren und zu kontrollieren. Als ich aus unseren Hütten freudehüpfend hinter meiner Mutter hergelaufen bin, ohne zu ahnen, was mit mir geschieht, sind zwei Dinge passiert: Der Verlust des Vertrauens in einen geliebten Menschen ohne Vorbereitung durch einen Überfall auf mich, der den Verlust meiner Genitalien ohne Narkose zur Folge hatte. Und hier sind sehr viele Ärzte. Abgesehen davon, dass sich jeder, der hier sitzt, mal tief in den Fingern geschnitten hat und angefangen hat zu weinen, das ist gar nichts. Die Klitoris ist der empfindlichste Teil der Frau und der Weiblichkeit. Wenn man sich vorstellt, man schneidet das ab und entfernt die inneren Labien, das kann sich hier keiner vorstellen. Und dann ist das passiert. Das Zweite ist, dass ich keinen Körper mehr hatte. Meine Seele wurde auch ein bisschen rausgeschnitten, meine Energie. Dr. Zerm kennt mich sehr lange und ich habe mir meine Energie zum Teil wieder zurückbekommen, ich habe es mir zurückerkämpft. Um das abzukürzen, die Frau, die mich beschnitten hat, war fast blind. Ich wurde mit Dornen genäht, nichts, was Sie sich vorstellen können. Ich wurde abgelegt unter einem Baum und natürlich war ich nicht allein. Meine Mutter, deren Vertrauen ich verloren habe, war da. Ich hatte keine Gefühle für niemanden, nicht für mich und nicht für meine Mutter. Es passiert nämlich dieser Bruch, ein gestörtes Verhältnis zur Mutter. Das wird unter anderem verursacht durch die Beschneidung, der wirkliche Schnitt zwischen Tochter und Mutter, damit ich genauso grausam ohne Gefühle meiner Tochter das Gleiche antun kann. Alle werden sich fragen, wie grausam, wie kann eine Mutter das tun? Wenn ich keinen Platz habe in der Gesellschaft, in der ich lebe, dann muss ich so handeln, damit mein Kind ein Teil der Gesellschaft wird. Wir haben gerade in Deutschland einen heftigen politischen Ruck, diese sogenannte Remion. Als ich das gehört habe, ploppte ein Bild in meinem Kopf auf: Ich war 16, ich war in Dachau im KZ mit meinem damaligen Vormund und ich sah diese Leichenberge, die ich für Baumstämme gehalten habe. Als er mir sagte, das sind tote Menschen, die zu Tode gehungert

wurden und dann vergast wurden, habe ich erstmal zwei Tage und zwei Nächte lang gekotzt, weil das für mich unverständlich war. Ich bin ein sehr gefühlvoller Mensch. Ich bin ein Mensch, der sehr kämpfen kann. Ich bin ein Mensch, der emotional viel rausholen kann. Das kostet mich jedes Mal Kraft. Und wenn ich mich dann zurückversetze in die kleine Fadumo mit sieben Jahren, die von zwei starken Frauen festgehalten wurde, eine davon ist die geliebte Mutter, und die Gesellschaft hier wirft sich vor, „Warum machen sie das“, oder „Das ist unglaublich“, dann sagt das Bundesamt zum Beispiel, man könne woanders in Somalia oder in Nigeria hinziehen. Ich kann hier in Deutschland, wenn ich von meiner Familie weg will, in Schutzhäuser, ich habe Sozialarbeiter, ich habe Ärzte und ich habe einen Kreis, der für mich aufgebaut wird und mich beschützt. Aber dort ist man dem ausgeliefert, wovon die Frauen geflogen sind. In meinem Kopf sind sehr viele Geschichten, die sich ständig überschlagen, im Bezug darauf, dass mir mein Deutschsein nicht angesehen wird, nicht zuletzt aufgrund meiner Sprache. Das ist klar. Zudem heiße ich auch noch Korn, was ohnehin oft zu Verwirrung führt, wenn ich bei Ärzten auftauche. Als ich nach Deutschland gekommen bin, dachten alle, ich bin nicht geflüchtet. Ich bin ein privilegiertes Kind, ich bin die Nichte des damaligen Präsidenten von Somalia, Mohamed Siad Barre. Ich habe ein Nomadenleben gehabt und ich habe eine Schulbildung gehabt. Ich bin dann nach Deutschland geschickt worden, um gesund zu werden, weil ich durch die Beschneidung krank geworden bin. Die Beschneidung erfolgte fast blind, Instrumente waren Dornen und als Faden hat man ein Schwanzhaar von einem Elefanten genommen. Es wurde Baumharz als Mittel drüber geklatscht. Ich hatte dann kein erkennbares äußeres weibliches Geschlechtsmerkmal. Ich hatte eine Narbenplatte und das sollte mich verfolgen. Ich habe mich entzündet. An meinem Geschlechtsteil lief der Eiter raus. Ich bin am selben Tag ins Koma gefallen und ich bin, damit Sie sich vorstellen können, als sie meine Beerdigung organisiert haben und meine Mutter um mich weinte, wieder aufgewacht. Dass ich nicht vertrocknet und verdurstet bin, verdanke ich trotzdem meiner Mutter, die eine sehr kluge Frau war, ohne Schulbildung, aber eine Bildung für das Leben hatte. Sie hat mir durch die Nase Wasser in den Magen gepresst und mich in feuchte Tücher gewickelt. Überleben habe ich gelernt. Als ich sieben Jahre alt war, konn-



te ich in der Steppe Somalis allein überleben. Es gibt Buchstabenbildung, was natürlich nicht bedeutet, dass ich emotional klug bin. Aber es gibt Buchstabenbildung, die wir nutzen können, um Menschlichkeit zu zeigen. Ich habe das ohne Buchstabenbildung bekommen und ich habe Gott sei Dank mit Buchstabenbildung bekommen und kann sagen, die deutsche Sprache hat mir gutgetan. Ich kann mich, Gott sei Dank, artikulieren, sodass jeder mich verstehen kann, je nachdem, wo wir stehen. Wenn ich aber hierherkomme – und ich war 19 Jahre alt, als ich meinen Mann kennengelernt habe, wir waren verheiratet – und dann zu einem Gynäkologen gehe und der Gynäkologe stürzt von seinem Hocker und krabbelt aus dem Raum, schreiend, dann bin ich nochmal traumatisiert. Das passiert hier auch mit den Frauen. Frau Dr. Eiman Tahir, die einzige schwarze bayerische Gynäkologin aus dem Sudan, wurde von der Kassenärztlichen Vereinigung zu einer Gefängnisstrafe verurteilt, weil die Kassenabrechnungsstelle nicht glaubt, dass eine beschnittene Frau anders zu behandeln sei als eine nicht Beschnittene. Das heißt, wenn ich zum Gynäkologen gehe mit somalischen, sudanesischen oder nigerianischen Frauen, haben sie erst einmal ein Problem, uns auszuziehen. Denn das Ausziehen bedeutet, jemand guckt dahin, wo ich gar nicht will, dass man dahin guckt. Dann ist sie vielleicht zugenäht und ist infibriert und hat nur eine drei bis vier Millimeter große Öffnung. Wie soll man da vaginale Untersuchungen machen? Dann ist die Frau Dr. Tahir eine Art Psychologin, Sozialarbeiterin, Ärztin, große Schwester und Mutter zugleich – je nachdem, wo man gerade steht und wie alt man ist. Dann dauert es, bis sie sich ausgezogen hat, bis zu zehn Minuten. Ich habe erlebt bei Frau Dr. Tahir, dass sich eine junge Somalierin eingenässt hat, obwohl man gar nicht geschaut hat, aber sie konnte nicht unterscheiden, bin ich in einem Safe House oder bin ich wieder an der Stelle, wo dieses Unrecht geschah. Dieses getriggert werden können sich, hoffe ich, hier ganz wenig vorstellen, aber jeder, der sich den Arm gebrochen hat, hört das Geräusch, wenn man Armbruch sagt, egal wie lange es hier ist. Das lässt einen nicht los.

Die medizinische Versorgung für betroffene Frauen und Mädchen ist im Wesentlichen gut in Deutschland. Ich möchte die Medizin in Deutschland nicht schlecht reden. Ich weiß, wovon ich spreche. Wir arbeiten in Burkina Faso mit NALA e.V., da weiß ich, wie die medizinische Versorgung sein kann.

Aber wenn die Ärztin sagt, sie hat zu oft die gleiche Patientin gehabt, bedeutet das: Erstmal ist alles verunreinigt, das heißt reinigen und nochmal von vorne anfangen, das dauert schon 30 Minuten. Das heißt aber, wenn diese Patientin nicht untersucht werden kann, aber wieder kommen muss, weil sie zum Beispiel schwanger ist, dann hat Frau Dr. Tahir ein Problem, weil dann muss sie die Frau, die in einem Quartal bis zu 10, 12, 15-mal kommt, umsonst nochmal angucken, so sagt es die Kasse. Was wir hier verlangen, ist nicht viel. Wir verlangen nur, dass die medizinische Versorgung und die Gynäkologinnen, die diese Frauen behandeln, nicht kriminalisiert werden, sondern dass man hier eine Unterscheidung vornimmt. Die Patientinnen, die betroffen sind, kommen so oft, weil sie es müssen, weil es ihnen nicht gut geht: Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, Menstruationsschmerzen, Trauma, Sexualstörungen, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr – die Palette, die ich als Frau Fadumo Korn dabei habe, kann sich keiner hier vorstellen. Deswegen verlangen wir nicht viel, sondern nur, dass anerkannt wird, dass die Frauen, die betroffen sind, anders zu behandelt sind und dass wir nicht betteln müssen, weil Gynäkologinnen diese Patientinnen nicht mehr aufnehmen wollen. Und zu den Zahlen, die Sie genannt haben, mit den 80 Patientinnen, die dokumentiert wurden: Frau Dr. Tahir hat um die 3 000 betroffene Frauen – nur dass man sich das vorstellen kann –, die immer wieder kommen. Und an den Genitalien verletzt zu sein und solch ein Bild – Sie müssen sich vorstellen, wir fühlen uns peinlich berührt, weil wir etwas mitbringen, was Deutschland gar nicht kennt. Das heißt, ich traumatisiere meine Ärzte auch, wenn ich mein Geschlechtsteil zum Anschauen freigebe. Als ich damals operiert worden bin, vor 41 Jahren, und unter Narkose war, kam die ganze Uni vorbei und hat bei mir vorbeigeguckt. Keiner hat mich gefragt, ob ich das möchte. Ich war so etwas Abartiges, das muss man den Studenten zeigen. Wir haben das Problem immer noch, dass das in der medizinischen Ausbildung nicht vorkommt, dass die Hebammen nicht vorbereitet sind und dass das Personal überfordert ist, weil diese Frauen ganz andere Unterstützung brauchen. Wenn Sie einmal in ein Krankenhaus gehen, wo eine Somalierin gebärt, da werden Sie ein Wunder erleben, weil bei uns ist es das Kollektiv, das Gebären. Da kommt nicht nur eine Frau mit, da kommen drei Frauen mit und dann wird auch geschrien miteinander,



weil das Kollektiv schmerzt. Das erleichtert mir, das Kind zu bekommen, wenn die anderen auch mitschreien. Falle ich in Ohnmacht, fallen sie mit mir in Ohnmacht, die fühlen mit mir. Und in Deutschland kommt der Notarzt und sagt: „Nein, das gehört so, die kommen schon wieder. Legen Sie sie in stabile Lage und lassen sie so.“ Und dann wachen Sie wieder auf, ein bisschen Wasser drüber machen, vielleicht auch wegen Unfallgefahr muss man sofort alles wieder trocken machen. Da treffen Kulturen aufeinander und dann verlangt man von uns Sozialarbeitern, dass wir die Politik zum Verständnis bringen, dass wir Klienten abholen, dass die Communityarbeit gewährleistet wird, aber mit möglichst wenig Budget, weil das geht gar nicht, da wir für so etwas kein Geld haben. Also ich könnte heute den Rahmen sprengen, das mache ich nicht. Aber fragen können Sie auch nach der Veranstaltung oder ich habe hier Flyer und Visitenkarten dabei, ich stehe gerne zur Verfügung. Ich möchte das Verständnis und wenn ich mich verstanden fühle, dann ist es gut, dann habe ich Energie, um nicht nur für mich etwas zu tun, sondern für die anderen, die wenig für sich tun können, weil sie noch in diesem Trauma gefangen sind.

Die Ausbildung, die man in den Schulen in der Oberstufe anfangen muss, hat zwei wichtige Aspekte: Zum einen kann man Rassismus dadurch bekämpfen, das Igit-Gefühl aus dem Thema rausholen, denn das ist eine Menschenrechtsverletzung. Da können wir nichts dafür, dass uns das angetan wird und dass diese Kultur so lange andauert, dass wir die Köpfe knacken. Noch einfacher wäre, in den Ländern, wo das geschieht, die Frauenrechte zu stärken und Frauenprojekte aufzubauen, so wie wir NALA e.V. machen. Wir fördern nur Frauenprojekte und wo Mädchen nicht irgendwo Holz holen müssen, sondern wo sie zur Schule gehen und ihre Rechte lernen. Wir haben im Kindergarten angefangen in Burkina Faso. Ich kann in Somalia nicht arbeiten. Frau Dr. Reich, es würde mich interessieren, in welchem Teil von Somalia Sie mit der GEZ arbeiten. Vermutlich im Puntland oder im Somaliland, weil im restlichen Somalia ist kaum Zugang vom Ausland. Al-Shabaab Shabaab und die ganzen Milizen dort und alles, was aus anderen Ländern weggejagt wurde, hat sich in Somalia versammelt. Ich glaube, ich habe mehr Fragen aufgeworfen. Ich wollte nur, dass Sie verstehen, wie es um mich gestanden hat, was ich für einen Kampf hinter mich gebracht habe, um mein Leben und

meine Intimität nach außen zu kehren. Das heißt, wenn mein Mann mit mir referiert, sind wir als Ehepaar kein geschlossenes Buch mehr. Alle wissen über unsere intimsten Probleme, weil wir wollen das Verständnis dafür haben. Und ich bettele nicht, ich fordere, weil es ein Recht ist, dass ich habe.

Und dann werden zum Beispiel Mädchen nach Nigeria abgeschoben, die hier Schutz finden sollten. Ich weiß, man sagt, Deutschland kann nicht die ganze Welt aufnehmen, aber ich will nur speziell für diese Klientinnen, die wirklich das Schlimmste erlebt haben, was man erleben kann, sagen, dass ein sanfterer Fokus des Bundesamts gefragt ist, dass diese Gnadenlosigkeit des Abschiebens aufhört, dass nicht zugehört wird und gesagt wird, man kann woanders wohnen oder ist nicht glaubwürdig. Ich sage, dass ich festgehalten worden bin und dass man mir, damit ich mir die Zunge nicht abbeiße, sogar ein Hölzchen reingetan hat, damit man das ganze Drama begreifen kann. Dann gibt es keine vereidigten Dolmetscher oder Dolmetscher, die die menschliche Anatomie nicht kennen und das gar nicht übersetzen können. Ich bin 27 Jahre selbstständige Dolmetscherin gewesen, nicht nur Autorin, weswegen ich aus vielen Bereichen berichten kann.

Der Vorsitzende: Liebe Frau Korn, ich glaube, den einen oder anderen lassen Sie auch sprachlos zurück, mit dem, was Sie beschrieben haben. Sie konnten uns mit Ihrem Bericht sehr nahe bringen, was viele Frauen und Mädchen durchgemacht haben und noch durchmachen. Wir haben jetzt keine Fragerunde, sondern eine Aufgabenrunde. Globale Gesundheit versteht sich als Querschnittsthema. Hier gibt es nicht nur Abgeordnete aus verschiedenen Parteien, sondern auch aus verschiedenen Fachbereichen. Ihren Aufruf haben wir hier sehr laut gehört. Ich rufe zunächst Frau Dr. Reich auf, da Sie ihr eine Frage gestellt haben. Danach beginnt die Fragerunde.

Dr. Hanna Lena Reich (GIZ): Es ging ja darum, wo die GIZ umsetzt in Somalia. In der Tat, Sie hatten es schon genannt, Frau Korn, das Vorhaben wird in Somaliland umgesetzt, in Puntland, in Dschubaland und in Mogadischu. Und da, wo Personal unsererseits nicht selbst vor Ort sein kann, arbeiten wir mit den politischen Partnern und mit lokalen, gemeindebasierten Organisationen zusammen, so-



dass die Umsetzung tatsächlich auch in Regionen geschieht, die von Al-Shabaab stark betroffen sind.

Abg. **Heike Engelhardt** (SPD): Vielen Dank, es ist immer wieder beeindruckend, Ihre Geschichte zu hören. Ich finde es toll, dass Sie uns Ihre Zumutung auch zumuten. Es ist wichtig, dass wir das hören und nicht hinter irgendwelchen Statistiken verbergen, sondern dass wir hören, es geht hier um Schicksale, um Menschen und es werden hier Menschenrechte mit den Füßen getreten. Vielen Dank dafür. Ich habe auch eine Frage an Sie, ich möchte aber zuerst eine Frage an Frau Dr. Reich richten. Frau Dr. Reich, es würde mich interessieren, wie sich die Bedeutung des Themas mit unserem Anspruch an feministische Außenpolitik verändert hat? Wie haben sich vor allem auch die Mittelkürzungen für das BMZ auf Ihr Engagement und auf Programme ausgewirkt und leiden darunter speziell Programme von Männern für Männer, denn Sie haben hervorgehoben, dass es, um einen gesellschaftlichen Wandel oder einen Bewusstseinswandel herbeizuführen, wichtig ist, nicht nur den betroffenen Frauen zu helfen, sondern auch die Männer mit ins Boot zu holen.

Und, Frau Korn, was ist Ihr dringendster Wunsch an uns, die Politik?

Dr. **Hanna Lena Reich** (GIZ): Ich hatte es bereits erwähnt, unser Vorhaben läuft bereits seit 2020 und ist zu diesem Monat, Januar, für weitere drei Jahre beauftragt worden. Wir sind daher nicht direkt von den Mittelkürzungen betroffen. Und ich kann aus Umsetzungsperspektive sagen, dass wir deutlich spüren, dass feministische Entwicklungspolitik und feministische Außenpolitik großen Zuspruch und viel Aufwind erlebt. Allerdings glaube ich, dass es auch Zeit braucht, bis sich das auch runterbrechen lassen kann auf mehr Projekte und mehr Mittel in der konkreten Umsetzung, weil das auch Prozesse sind, die lange dauern. Und das ist auch etwas, was hier noch mal wichtig ist zu erwähnen, dass ein Vorhaben wie das, in dem ich arbeite – wir reden hier davon, dass wir Menschen zu einem Umdenken bringen wollen – das wird nicht innerhalb eines Projektzyklus von drei oder sechs Jahren erfolgen. Das ist etwas, was man zusätzlich zu der Diskussion über die Mittel auch noch mit in die Runde bringen könnte: Es braucht Zeit und langfristige Ansätze.

Fadumo Korn (NALA e. V.): Vergessen Sie bitte nicht, der afrikanische Feminismus funktioniert anders. Wir sind immer so eurozentriert, ich wollte das noch gesagt haben, denn es funktioniert sonst nicht.

Ich sehe mich nicht als Opfer, das keine Stimme hat. Das Allerwichtigste ist die medizinische Versorgung und die Ausbildung, nicht nur in der Medizin, sondern auch bei der Polizei oder der Justiz. Es gibt viele Richter und Richterinnen, die ahnungslos sind. Das ist eine Katastrophe, wenn man jedes Mal von Adam und Eva anfangen muss. Und wir wollen, dass man gleichzeitig diesen Rassismus aus dem Thema rausholt. Wir erleben speziell in Behörden, ganz schlimm im Bundesamt z. B., Rassismus, wie man mit den Frauen umgeht, die Sprache, die man benutzt. Wir wissen alle, Sprache kann töten. Das ist schlimmer als jedes Schwert. Und wenn man mich so herabwürdigt, dann fühle ich mich klein. Ich werde klein gemacht. Und es geht darum, die medizinische Versorgung so zu verankern, dass die Gynäkologinnen, die diese Frauen behandeln, die Zustände, die Zeit, die sie wirklich gearbeitet haben, dass ihnen zusteht, einfach anerkannt wird.

Und dann möchte ich vorab sagen, dass schnellstmöglich eine Lösung gefunden werden muss, dann können wir das Thema abhaken, da muss man nicht immer abhandeln. Wir drehen uns immer im Kreis, weil man das Thema eigentlich nicht haben will, aber das Thema ist da. Und vorhin wurde gefragt, wo sind die betroffenen Frauen, die dann eingebürgert sind? Hier, ich bin eingebürgert. Ich komme in der Statistik nicht vor. Und hunderttausende andere gar nicht. Das ist immer, wo die Statistik hakt, deswegen immer ein Gesicht irgendwo hinstellen, das sagt, es gibt mehr von uns.

Der Vorsitzende: Hier ist tatsächlich heute von jeder Fraktion mindestens ein Arzt oder eine Ärztin anwesend. Ich appelliere an Sie, sich bei den KVen und der Gynäkologischen Vereinigung dafür einzusetzen, dass diese Forderung entsprechend umgesetzt werden kann. Deswegen sollten wir als Mitglieder dieses Ausschusses für Globale Gesundheit an dieser Stelle aktiv werden.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich nehme diesen Aufruf als Pflegefachperson mit, da diese Berufsgruppe auch von diesem Thema betroffen ist. Ich selber habe fünf



Jahre in Burkina Faso gelebt und gearbeitet. In Bezug auf die aktuelle Situation in Burkina Faso und im Sudan wollte ich fragen, ob Sie in Gebieten, wo Bürgerkrieg bzw. kriegerische Auseinandersetzungen herrschen, Ihre Programme fortsetzen können?

Fadumo Korn (NALA e. V.): Wir haben unsere Projekte an der Grenze Somalias eingestellt. Es ist lebensgefährlich. Für mich als schwarze Frau ist es kein Thema, ich falle nicht auf, aber ich habe meine weißen Mitmenschen dabei, die ich beschützen muss. Wir sind vorwiegend in der Hauptstadt und das z. B. Projekt Nala hat nicht nur einen Kindergarten mit ungefähr 50 Kindern, die Schule hat 1 200 Kinder mit 56 Prozent Mädchen. Wir fördern mehr Mädchen als Jungs, das ist uns wichtig. Wir haben seit 2007, als wir angefangen haben, beinahe über 60 000 Mädchen von der Beschneidung gerettet, die alle auch in die Schule gekommen sind und die wir jetzt als Arbeitskraft wieder eingestellt haben. Weil das heißt, sie klären auf. Das Allerwichtigste ist, dass Burkiner Leute Burkiner Leute aufklären. Dazu habe ich nicht das Recht als Farumo Korn, als Somalierin, wobei Hautfarbe und Kontinent uns zwar verbinden, ich kann aber z. B. kein Französisch. Aber es ist wichtig, dass die Aufklärungsarbeit, die wir von Tür zu Tür und von Platz zu Platz machen, nur von uns ausgebildete sogenannte Animateure und Animatrissen machen. Und das Gute in Burkina Faso ist, Projekte wirken, wenn man nicht am Bedarf vorbei plant. Sprecht mit den Leuten, die ihr fördert. Was braucht ihr? Nicht, was denken wir, was ihr braucht, wo dann z. B. ein Kühlschrank an ein Dorf geliefert wird, das gar keinen Strom hat. Das habe ich erlebt. Ich stand in der Sonne, wunderschöner medizinischer Kühlschrank für 30 000 Euro. Das kann man auch machen. Der steht rum und wird dann als Hühnerstall genutzt. Aber der Zweck wurde verfehlt.

Dr. Hanna Lena Reich (GIZ): Wir setzen das Vorhaben in drei Ländern um. Der Sudan ist gerade in einer extremen Situation, aber wir haben auch in Äthiopien und Somalia in den letzten Jahren politisch sehr erschwerte Bedingungen gehabt, sodass es letztendlich auf alle drei Kontexte zutrifft. Flexibilität ist die Antwort. Wir versuchen, soweit das möglich ist, weiterhin vor Ort umzusetzen, vor allem durch lokale Partnerorganisationen, die weiterhin unter schwersten Bedingungen aktiv werden und weiterhin Aufklärungsmaßnahmen durchfüh-

ren. Und ganz konkret aus der Umsetzung, wenn in bestimmten Regionen irgendwann klar ist, dass die Umsetzung nicht mehr funktioniert, dann kann man vielleicht versuchen, in anderen Regionen umzusetzen. Oder in unserem Fall ist es so, wir sind ein Regionalvorhaben, da hat man auch noch die Flexibilität, zuerst Aktivitäten in einem Land zurückzustellen und sich auf ein anderes mehr zu konzentrieren. Aber die Lage im Sudan ist im Moment sehr schwierig und wir versuchen, so gut es geht, mit Partnern, die weiterhin vor Ort sind, und da gibt es noch vor allen Dingen gemeindebasierte Organisationen, weiter umzusetzen. Aber es ist sehr schwierig und wir müssen auch schauen, wie sich das in den nächsten Monaten und Jahren entwickelt.

Abg. Knut Gerschau (FDP): Das Thema Genitalverstümmelung begleitet mich schon seit Jahrzehnten. Ich war über 20 Jahre im Vorstand der Deutschen Stiftung Weltbevölkerung und habe selbst vor Jahren an Dorfältestentreffen in Dörfern in Massai-Gebieten in Tansania teilgenommen, bei der dieses Thema diskutiert wurde. Wenn ich überlege, wie viele Organisationen sich hier engagieren und seit wie vielen Jahren, da müsste doch jedes Dorf auf der Welt schon dreimal besucht worden sein. Was ich mich frage, Frau Dr. Reich, gibt es keine konkreten Evaluierungen in diesem Bereich? Was wurde erreicht? Machen wir Fortschritte? Man braucht auch mal gute Nachrichten, damit man sich weiter engagiert.

Und die zweite Frage auch, inwieweit wird das Thema Genitalverstümmelung nach Deutschland getragen? Gibt es da Zahlen, Fakten und vor allem Strategien?

Dr. Hanna Lena Reich (GIZ): Ich glaube eine Problematik, und das hatte ich in der schriftlichen Stellungnahme, die wir vorher schon eingereicht hatten, erwähnt, ist tatsächlich die Datenlage. Wenn wir uns über Genitalverstümmelung unterhalten, wird meistens als Zahl die Prävalenzrate zu Rate gezogen. Und das sind eben Frauen, die bereits betroffen sind. Das heißt, bis sich diese Zahlen selbst mit ganz vielen erfolgreichen Aufklärungsmaßnahmen und zurückgehenden Anzahlen an Beschneidungen widerspiegeln, dauert das mindestens eine Generation. Und es fehlt in den Ländern, die entsprechende Gesetze haben, konkret an Daten zu etwaigen Gerichtsurteilen. Es werden kaum Da-



ten erhoben, wo es um neue Beschneidungen in den jeweiligen Orten geht. Von daher ist es schwierig für uns mit Zahlen in dem Sinne zu argumentieren. Aber mit den Aktivitäten, die ich beschrieben hatte, erreichen wir teilweise 20 000 bis 30 000 Personen mit Aufklärungsmaßnahmen. Und letztendlich geht es darum, sich langfristig weiterhin zu engagieren, weil es eine Thematik ist – und ich glaube, das ist auch deutlich geworden in den anderen Beiträgen –, die Zeit braucht. Es braucht noch mehr Zeit. Das ist vielleicht eine unbefriedigende Antwort und ist auch oft unbefriedigend für uns in der Umsetzung, aber es braucht noch ein bisschen mehr Zeit, bis man in Zahlen konkrete Ergebnisse sieht.

Zu dem Weitertragen nach Deutschland, wir hatten in der Vorgängerphase unseres Vorhabens eine Diaspora-Komponente, wo es darum ging, mit den Diaspora-Agenturen, so nennt sich das hier in den Ländern, zusammenzuarbeiten, um zu schauen, ob Familien in den Sommerferien beispielsweise hierher kommen und durch Maßnahmen wie den Schutzbrief, den Frau Dahlbüdding vorgestellt hat, schon aus Deutschland oder anderen europäischen Ländern unterstützt werden und dann auch hier Aufklärungsmaßnahmen gleich zu betreiben mit diesen Diaspora-Agenturen, an die Familien sich wenden, damit das auch in beide Richtungen funktioniert. Bei Diaspora-Gemeinschaften sollte man nicht nur denken, dass es um die Personen geht, die bereits in Deutschland leben, sondern auch um Personen, die dann zurückreisen und oftmals noch die Möglichkeit haben in ihre Herkunftsländer zurückzureisen. Dass man versucht, Partner vor Ort, die vernetzt sind, miteinander zu verbinden und dann diese Strategie in beide Richtungen zu denken.

Abg. **Dr. Helge Braun** (CDU/CSU): Es ist sowohl von Frau Korn als auch von Herrn Dr. Zerm Kritik an dem Vorgehen beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge deutlich geworden, was die Einschätzung dieser Fallgruppen angeht und was regionale Fluchtalternativen angeht, dass es eine sehr optimistische Einschätzung gibt, die von beiden nicht geteilt wurde. Deshalb gibt es normalerweise das Auswärtige Amt, das die Ländereinschätzung macht und das Innenministerium, was direkt für das BAMF zuständig ist. Wir haben es mit einer echten Bundeskompetenz zu tun. Nicht hier, aber ich finde, im Nachgang sollten wir uns mit der Fra-

ge – und das wäre sozusagen auch die Frage an Sie beide, ob Sie das nochmal vertiefen könnten – auseinandersetzen, ob ein etwas wohlwollenderes Vorgehen an der Stelle nicht aus medizinischer und auch aus ethischer Sicht dringend geboten wäre. Dass das allein kein Grund ist, ist für mich heute neu und hat mich erstaunt. Es würde mich auch interessieren, ob Sie ein Gefühl dafür haben, über welche Fallzahlen wir reden, die Zahl derer, die sich aus einer solchen Situation befreien können und hierherkommen. Ich glaube, die Schilderungen sind nicht sehr groß. Insofern sollte man das im Nachgang nochmal vertiefen.

Und das Zweite ist, ich unterstütze ausdrücklich, dass wir im medizinischen Versorgungssystem die Ausbildung im Hinblick auf den ganzen Problemkreis massiv stärken. Gleichzeitig ist klar, bis das in der ganzen Breite zu einer spürbaren Verbesserung führt dauert das lange. Deshalb wäre die Frage, gibt es eine Stelle, die ein bisschen auch Guidance gibt, wo Ärzte beteiligt sind, die sich gut auskennen, sowohl was die ambulante als auch die stationäre Versorgung solcher Patienten angeht, oder machen Sie das? Gibt es auch vielleicht eine Möglichkeit, wie wir das über das Gesundheitsministerium oder auch individuell angehen können, dass wir Hausärzte dahingehend sensibilisieren, dass sie frühzeitig Kanäle wählen, sodass nicht der erstbeste Frauenarzt konfrontiert wird, sondern gleich einer, der eine gewisse Expertise hat. Gibt es da auch noch etwas, wo wir nachschärfen können?

Fadumo Korn (NALA e. V.): Wir warten schon ein bisschen, da ist schon ein bisschen viel Wasser die Isar runtergeflossen, bis solche Fragen an uns heringetragen werden. Wir werden uns zusammensetzen und konkret sagen, wie es optimalerweise für die Betroffenen sein sollte. Ich gebe an Herrn Dr. Zerm, weil er sehr viele Gutachten dazu geschrieben hat.

Dr. Christoph Zerm (INTEGRA): Da sind wir/bin ich jederzeit bereit, in eine Kooperation einzutreten. Auch das Letzte, was Sie erwähnt haben, dass man ausfindig macht, wer wirklich einigermaßen qualifiziert ist, um darauf hinweisen zu können. Solche Listen sind in Arbeit und sind immer wieder schwierig, um auch nachzuprüfen, ob die Expertise wirklich gut ist usw. Sie können sich das vorstellen, vor welchen Problemen man steht, aber da sind wir sehr gerne bereit zusammenzuarbeiten.



Der **Vorsitzende**: Frau Korn, Sie haben das Wort für ein Schlusswort, obwohl das in dieser Runde sehr unüblich ist.

Fadumo Korn (NALA e. V.): Wir haben eine Petition am Laufen und ich würde die gerne an Herrn Dr. Lauterbach und Frau Paus, unsere Bundesfamilienministerin, übergeben. Das Thema wird kein Selbstläufer sein. Deswegen habe ich den Wunsch, dass wir diese Petition an die wichtigsten Personen, Herrn Dr. Lauterbach und Frau Paus, überreichen können, damit wir wieder bundesweit sichtbar werden mit dem Thema. Diese Tage, wie der 6. Februar oder 8. März usw., das sind immer so Tröpfchen, die vertrocknen dann im Laufe des Jahres und werden dann wiederbelebt. Das ist immer ein Auf und Ab und Auf und Ab. Deswegen müssen wir schauen, dass kontinuierlich irgendwas bleibt, was wir schaffen, denn es ist sehr mühsam, mit dem Thema Gehör zu finden. Ich bin heute wirklich sehr glücklich, vielen Dank für die Einladung.

Der **Vorsitzende**: Frau Korn, Sie haben heute bewiesen, dass unser Unterausschuss Globale Gesundheit so wichtig ist. Sie haben auch bewiesen, dass Sie sehr viel Energie haben. Behalten Sie diese Energie, wir stehen an Ihrer Seite. Ich danke unseren beiden Expertinnen, dass Sie bei uns waren und auch so kurzfristig zugesagt haben.

Tagesordnungspunkt Verschiedenes

Der **Vorsitzende**: Unter dem Punkt Verschiedenes möchte ich nochmal an das Fachgespräch zu Klima und Gesundheit am 21. Februar erinnern. Gibt es Weiteres unter Verschiedenes? Dem ist nicht so. Wir sehen uns wieder zur nächsten Sitzung am 19. Februar. In dieser Sitzung werden wir uns mit den Auswirkungen des Klimawandels auf die mentale Gesundheit befassen. Ich wünsche Ihnen einen schönen Tag.

Schluss der Sitzung: 14:55 Uhr

Prof. Dr. Andrew Ullmann, MdB
Vorsitzender