

Melisa Özalp, Jennifer von Buch, Janet Kursawe, Susanne Hagen & Denis Köhler

Das Dunkelfelddelikt im Namen der Tradition: Genitale Verstümmelung an Mädchen und Frauen

Zusammenfassung

Die weibliche Genitalverstümmelung¹ (englisch: *Female Genital Mutilation*, FGM) ist ein grausames Jahrtausende altes Phänomen, welches in vielen Teilen der Erde als traditionelle Praxis an Mädchen und jungen Frauen verübt wird. Sie geht für die Betroffenen meist mit gravierenden physischen und psychischen kurzfristigen und Langzeitfolgen einher. Aufgrund der Immigration gibt es auch in Deutschland nicht nur eine Vielzahl von Betroffenen, sondern auch eine steigende Zahl an Mädchen, die von diesem körperverletzenden Ritual bedroht sind. Bereits seit mehreren Jahren besteht die Strafbarkeit bezüglich weiblicher Genitalverstümmelung in Deutschland, wodurch insbesondere Bedrohte vor dem Ritus geschützt werden sollen. Für den langfristigen Schutz ist in erster Linie eine gute Präventionsarbeit essentiell. Diese sollte nicht nur die Arbeit mit betroffenen bzw. bedrohten Mädchen und Frauen umfassen, sondern auch eine Aufklärung von besonders relevanten Berufsgruppen, wie Gynäkologen, Kinderärzten und anderem medizinischen Personal, aber auch Sozialarbeitern, Lehrern, Juristen und Polizei leisten, denen eine Schlüsselrolle im Kontakt zu Betroffenen und Gefährdeten zukommt.

Stichworte: Weibliche Genitalverstümmelung, Betroffene, Prävalenz, rechtliche Situation, Präventionsansätze

The dark field crime in the name of tradition: Genital mutilation of girls and women

Abstract

Female genital mutilation (FGM) is a cruel, millennia-old phenomenon that is perpetrated as a traditional practice on girls and young women in many parts of the world. For those affected, it is usually accompanied by serious physical and psychological

1 Im Folgenden wird im Einklang mit der Mehrzahl der Literatur der Begriff „Genitalverstümmelung“ verwendet, da der Begriff der „Beschneidung“ gemessen an der Realität der Prozedur einen Euphemismus darstellt. Im Umgang mit betroffenen Mädchen und Frauen empfiehlt es sich jedoch von „Beschneidung“ zu sprechen (vgl. Graf, 2012, S. 13ff.).

short- and long-term consequences. Due to immigration, there is a number of females in Germany who already have become victims of female genital mutilation. Furthermore, there is an increasing number of girls who are at risk to be affected by this cruel and illegal body-injuring ritual. Since many years female genital mutilation is punishable according to German criminal law. In 2013, the minimum sentence for female genital mutilation has been increased, to improve the protection of those at risk to fall victim of this particular kind of crime. However, first and foremost, good prevention work is essential for long-term protection. This should not only include work with girls and women who are affected or threatened, but also education of particularly relevant professional groups, such as gynecologists, pediatricians, and other medical personnel, but also social workers, teachers, lawyers, and the police, which all play a key role in contact with those affected and at risk.

Keywords: Female genital mutilation, suffered and threatened girls and young women, prevalence, legal situation, prevention approaches

1. Anstieg der Opfer von Genitalverstümmelungen im Zuge der Covid-19-Pandemie

In der Region Kuria im Südwesten Kenias kam es im September 2020 zu großen Paraden durch die Straßen einiger Städte. Im Mittelpunkt der Festumzüge standen etwa 2800 Mädchen. Die meisten waren etwa 12 Jahre alt, hielten Luftballons in den Händen und waren mit weißen Decken behängt, als Zeichen ihrer Reinheit. Während der Parade wurden die Mädchen von den Umstehenden und Feiernden mit Geschenken überhäuft, um ihnen damit Ehre und Anerkennung zuteil werden zu lassen. Innerhalb weniger Wochen zuvor waren sie Opfer von Genitalverstümmelungen geworden (Dyer, 2020; Muiruri, 2020). Auf Wunsch traditioneller Autoritäten wurden diese Umzüge von nur wenigen Polizeikräften begleitet. Stattdessen sicherte eine große Anzahl junger Männer mit Macheten bewaffnet das Spektakel vor dem Eingreifen lokaler Aktivisten gegen die Beschneidungspraxis ab. Es wird berichtet, dass mindestens 80 Mädchen versucht haben sollen, diesem inhumanen Ritual zu entkommen, in dem sie ihren Familien und ihrem Dorf entflohen (ebd.).

Die pandemiebedingten Schulschließungen und Einstellungen von Hilfsprogrammen in nahezu allen Teilen der Erde haben in den letzten beiden Jahren dazu beigetragen, dass die Zahl der Mädchen, die von weiblicher Genitalverstümmelung bedroht sind, stark angestiegen ist. Schätzungen von UNICEF deuten darauf hin, dass durch diesen Effekt zusätzliche zwei Millionen Mädchen dieser Bedrohung ausgesetzt seien (UNICEF, 2021).

Ein Anstieg der Prävalenzzahlen der Genitalverstümmelung lässt sich vorrangig in jenen 31 Ländern Afrikas, Asiens, Lateinamerikas und des Nahen und Mittleren Ostens beobachten, in denen diese Praxis bislang am weitesten Verbreitung fand (Tidey, 2021).

Im Jahr 2014, als die Ebola-Pandemie Westafrika fest im Griff hielt, kam dieses Ritual zeitweilig nahezu zum Stillstand. Dieser Effekt wiederholte sich während der

Covid-19-Pandemie in Westafrika jedoch nicht. Trotz mit 2014 vergleichbarer Maßnahmen der strikten sozialen Distanzierung, wie Schulschließungen und das komplette Erliegen des öffentlichen Lebens, kam es diesmal nicht erneut dazu, dass Mädchen infolge einer Pandemie vor dieser Praxis bewahrt wurden. Im Gegenteil, wie UNICEF darstellt, suchten Protagonisten der Beschneidung aktiv Haushalte auf und machten sich hier auf die Suche nach Mädchen im beschneidungsfähigen Alter (Tidey, 2021). In Kombination mit Schulschließungen und der Schließung sowohl von Schutzeinrichtungen als auch von Angeboten sozialer Fürsorge waren die Mädchen der Beschneidungspraxis nun in erhöhtem Maße schutzlos ausgesetzt.

Weiter zeigte sich eine Korrelation zwischen Beschneidungspraktiken und Armut, da Genitalverstümmelung häufig im Zusammenhang mit der Verheiratung von Mädchen im Kindesalter einhergeht. Für notleidende Familien ist die Genitalverstümmelung ihrer Töchter eine notwendige Vorstufe für die Kinderheirat, durch die sie wiederum eine Mitgift und insoweit neue materielle Mittel erhalten (Tidey, 2021). Damit ist diese kulturelle Praxis eng verknüpft mit Fragen des sozioökonomischen Status, der Bildung und letztlich der politischen Ökonomie.

Insgesamt schätzen die Vereinten Nationen (2020), dass weltweit 4,1 Millionen Mädchen und junge Frauen von der weiblichen Genitalverstümmelung bedroht sind. Nach Erhebungen der Weltgesundheitsorganisation WHO (2020) gelten 200 Millionen Mädchen und Frauen weltweit als Opfer der genitalen Verstümmelung. Mehr als die Hälfte von ihnen lebt in Ägypten, Äthiopien und Indonesien. Durch die Migration in die Europäische Union kann man davon ausgehen, dass auch in der EU mittlerweile etwa 600.000 Frauen leben, die Opfer dieses körperverletzenden, grausamen Rituals wurden (Tidey, 2021). Mit einer Zahl von 125.000 sollen die meisten von ihnen in Frankreich wohnen (End FGM European Network, 2021).² Italien folgt an zweiter Stelle in der EU mit einer geschätzten Prävalenz von 87.500 Opfern der Genitalverstümmelung, gefolgt von Deutschland mit 70.218 sowie den Niederlanden mit 41.000 und Schweden mit 38.939 Überlebenden der Genitalverstümmelung (End FGM European Network, 2021).

2. *Historische und kulturelle Hintergründe der weiblichen Genitalverstümmelung*

Genitalverstümmelungen bei Frauen werden bereits seit einigen tausend Jahren durchgeführt, insofern existieren hier sehr alte kulturelle Traditionen (vgl. Mon O'Dey, 2017, S. 5). Zwar sind die Ursprünge nicht eindeutig geklärt, es besteht jedoch die Annahme, dass die Genitalverstümmelung bei Frauen zuerst in Ägypten praktiziert wurde und sich anschließend von dort aus weiterverbreitete (ebd.). So liegen Hinweise hierzu in bildlichen Darstellungen und späteren Schriften aus der Antike in Ägypten vor (Graf, 2012, S. 20).

² Vor dem Brexit führte Großbritannien die Statistik in der EU an. Hier sollen 137.000 beschnittene Frauen und Mädchen leben (Tidey, 2021).

Als mögliche Ursachen für die Verbreitung der Genitalverstümmelung bei Frauen gibt Lightfoot-Klein (2003) zum einen medizinische Gründe an. So sollte laut arabischer Medizin die Klitoris im Falle einer abnormalen Entwicklung beschnitten werden. Erst ab der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts führte die verbreitete Auffassung, Masturbation sei krankhaft und behandlungsbedürftig, zu einer Zunahme der Praktiken der weiblichen Genitalverstümmelung (Hulverscheidt, Ahlers & Ihring, 2009, S. 20). Des Weiteren galten Hysterie, Nervosität, Epilepsie oder aber „lesbische Züge“ (Lightfoot-Klein, 2003, S. 24) als Gründe für die Durchführung der weiblichen Genitalverstümmelung (ebd.). Man nahm an, mit der teilweisen Amputation der weiblichen Geschlechtsorgane ebenso den Geschlechtstrieb der Frauen zu entfernen (Hulverscheidt, 2002, S. 40). Hervorzuheben ist, dass Genitalverstümmelungen, unabhängig von bestimmten ethnischen und/oder religiösen Gruppen, in vielen Regionen der Erde durchgeführt wurden und bis heute werden (Ihring, 2015, S. 21; Graf, 2012, S. 39). Dennoch wird die Ausübung der weiblichen Genitalverstümmelung des Öfteren mit religiösen Motiven gerechtfertigt, auch wenn Religionen diese Praxis nicht vorschreiben (Thierfelder, Hatz & Bodiang, 2005, S. 951). Dieser Brauch wird also insbesondere aus kulturellen Gründen und aus Gründen sozialer Zugehörigkeit praktiziert (Kentenich & Utz-Billing, 2006, S. A 842) und an die nächste Generation weiter tradiert (Büchner, 2004, S. 51).

Wie das oben genannte Beispiel aus Kenia zeigt, beruht die Praxis der Genitalverstümmelung auch auf der Annahme, dass nur durch diese aus einem Mädchen eine vollwertige Frau werde (Büchner, 2004, S. 51). Die Praktizierung der weiblichen Genitalverstümmelung wird als „Fürsorge“ (Zerm, 2014, S. 64) für die Mädchen dargestellt, durch die – so die illusorische Annahme – sich Reinheit und Jungfräulichkeit der Mädchen bis zur Eheschließung schützen ließen. Beide Konstrukte sind sozial entscheidend für ihre Heiratschancen in den jeweiligen Gesellschaften, die sich dort für die nicht beschnittenen Frauen schmälerten, womit der Anschluss an die Gemeinschaft für sie auf dem Spiel stehe (Schnüll, 2003, S. 40). Die damit verbundene zukünftige ökonomische Sicherheit unbeschnittener Mädchen würde damit gefährdet (Graf, 2012).

Weibliche Genitalverstümmelung dient jedoch auch der Ausübung von Kontrolle und Macht über die Weiblichkeit und die weibliche Sexualität (Lightfoot-Klein, 2003, S. 45). So seien beschnittene Mädchen angeblich vor Vergewaltigung geschützt (Zerm, 2009, S. 5). Die Argumente, die zur Rechtfertigung weiblicher Genitalverstümmelung angeführt werden, zeigen in ihrer Gesamtheit, wie eng verknüpft die FGM mit strikt festgelegten Geschlechterrollen (vor allem der Frauenrollen) ist und wie durch diese Strukturen patriarchale Wertesysteme und Gesellschaften manifestiert werden.

3. *Formen der weiblichen Genitalverstümmelung*

Laut Weltgesundheitsorganisation (2020) umfasst die Genitalverstümmelung bei Frauen alle Maßnahmen, die zu einer teilweisen oder kompletten Entfernung der primären äußeren weiblichen Geschlechtsorgane führen oder zu Verletzungen der weiblichen

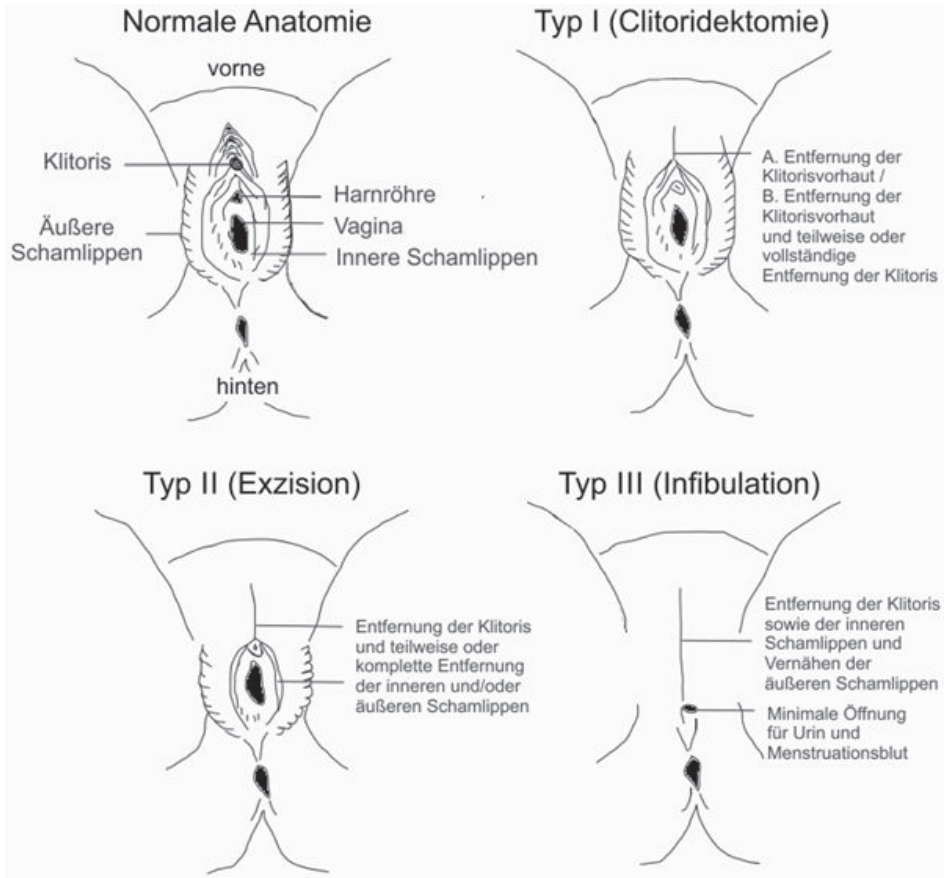
Genitalorgane aus nicht-medizinischen Gründen. Die WHO (2020) unterscheidet hierbei vier verschiedene Typen der Genitalverstümmelung (vgl. Tab. 1).

Tab. 1.: Kategorisierung der weiblichen Genitalverstümmelung durch die WHO, eigene Darstellung

Kategorie	Bezeichnung	Beschreibung
Typ I	Clitoridektomie	Partielle oder vollständige Entfernung der Klitoris und/oder der Klitorisvorhaut
Typ II	Exzision	Partielle oder vollständige Entfernung der Klitoris und der kleinen Schamlippen, mit oder ohne Entfernung der großen Schamlippen
Typ III	Infibulation oder pharaonische Beschneidung	Verengung der Vaginalöffnung mit Herstellung eines bedeckenden, narbigen Hautverschlusses nach Entfernen der kleinen und/oder großen Schamlippen durch Zusammenheften oder -nähen der Wundränder, meistens mit Entfernung der Klitoris
Typ IV	Sonstige Schädigungen	Alle anderen schädigenden Eingriffe, die die Genitalien der Frau verletzen und keinem medizinischen Zweck dienen (z.B. Einstechen, Durchbohren, Einschneiden, Ausschaben, Ausbrennen, Verätzen oder Dehnen)

Die Typen I (Clitoriedektomie) und II (Exzision) sind nach Erkenntnissen der WHO weltweit am meisten verbreitet (vgl. Abb. 1). So sollen 80 Prozent der genital verstümmelten Frauen von einer dieser beiden Formen betroffen sein (WHO, 1996, zitiert nach Gruber, Kulik & Binder, 2005, S. 4). Typ I und II werden vorrangig in den folgenden Ländern Ost-, Zentral- und Westafrikas durchgeführt: Benin, Burkina Faso, Elfenbeinküste, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kamerun, Kenia, Liberia, Uganda, Mauretanien, Niger, Nigeria, Senegal, Sierra Leone, Republik Südafrika, Tansania, Togo, Tschad, Uganda und die Zentralafrikanische Republik (WHO, 1999, S. 7). In den Ländern Äthiopien, Dschibuti, Malawi, Eritrea, Mali, Somalia, Sudan sowie in Ägypten wird am häufigsten die Infibulation (Typ III) ausgeübt (ebd.). Weltweit sind von dieser extremen Form der Genitalverstümmelung 15 Prozent der Fälle betroffen, wobei in Dschibuti, Eritrea und Somalia ausschließlich die Infibulation durchgeführt wird (WHO, 1996, zitiert nach Gruber, Kulik & Binder, 2005, S. 4).

Abb. 1: Typ I-III der Genitalverstümmelung (Eigene Darstellung nach Tschabuschnig, 2019)



Laut der WHO wird Typ IV in bestimmten Volksgruppen Thailands, der Demokratischen Republik Kongo und in Malaysia praktiziert (zitiert nach Terre des Femmes, 2019; Equality Now, End FGM European Network & US End FGM/C Network, 2020, S. 16). Außerdem wird die weibliche Genitalverstümmelung bei einigen ethnischen Gruppen oder in Teilen der Vereinigten Arabischen Emirate, Oman, Saudi-Arabien, Bahrain, Jemen, im kurdischen Teil des Iraks und im südlichen und westlichen Teil Irans ausgeübt (Hulverscheidt, Ahlers & Ihring, 2009, S. 18; Equality Now, End FGM European Network & US End FGM/C Network, 2020, S. 17). Auch in manchen Ländern Asiens, wie Malaysia, Indonesien, oder in bestimmten Regionen Pakistans und Indiens ist diese Tradition sehr stark verbreitet (ebd.). Nach Angabe von UNICEF (2016) gibt es auch in Kolumbien Volksgruppen, bei denen genitale Verstümmelungen praktiziert werden.

Aufgrund der verstärkten Migration sind verschiedene Formen dieser traditionellen Praxis auch in vielen westlichen Ländern, wie in Australien, den USA oder Europa verbreitet (Hoppe, 2013, S. 11). Globale Erhebungen und Prävalenzstudien zeigen, dass inzwischen auf allen Kontinenten – außer der Antarktis – genitale Verstümmelung an Mädchen und Frauen durchgeführt wird. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit gehen Experten davon aus, dass in mindestens 92 Ländern der Erde eine der oben benannten Formen praktiziert wird (vgl. End FGM European Network & US End FGM/C Network, 2020).

4. *Ablauf der weiblichen Genitalverstümmelung*

Die Art der Durchführung der weiblichen Genitalverstümmelung unterscheidet sich je nach Entwicklungsstand und Lebensstandard der Gemeinschaften. Die Praktiken und Umstände variieren folglich zwischen Ländern, Regionen und ethnischen Gruppen. So wird zum Beispiel in Ägypten die Mehrheit der Mädchen und jungen Frauen in Krankenhäusern mit Betäubung unter hygienischen Bedingungen beschnitten, während in vielen Ländern Subsahara-Afrikas eine Beschneidung draußen in freier Natur ohne jeglichen Einsatz von Anästhesie und unter unhygienischen Bedingungen erfolgt (Kane 2008, S. 7). Auch der Altersbereich, in welchem Mädchen beschnitten werden, unterscheidet sich je nach Ethnie und Tradition. In der Regel findet das Ritual der Genitalverstümmelung bei den Mädchen bzw. jungen Frauen ab dem fünften bis zum 15. Lebensjahr statt (WHO, 2008, S. 4). Da die Genitalverstümmelung als Ritual des Übergangs vom Mädchen zur jungen Frau gilt, wird sie im Allgemeinen vor der Hochzeit durchgeführt (Kölling, 2008, S. 15). Nur bei wenigen ethnischen Gruppen werden junge Frauen erst während der ersten Schwangerschaft Opfer der FGM (z.B. in Nigeria) (Dorkenoo & Elworthy, 1992, S. 7). Bei einigen Stämmen in Äthiopien z.B. erfolgt die weibliche Genitalverstümmelung bereits bei neugeborenen Babys direkt nach der Geburt (Afrikanische Frauenorganisation, 2000, S. 13; Krohse, 2004, S. 1). In den letzten Jahren scheint das Alter der betroffenen Mädchen deutlich gesunken zu sein. So wird davon ausgegangen, dass der durchschnittliche Altersrange inzwischen bei 4 bis 10 Jahren liegt und die Mädchen zunehmend jünger werden (Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend, 2005, S. 10). „Dies deutet darauf hin, dass die Verstümmelung weiblicher Genitalien immer weniger mit einem Initiationsritus für das Erwachsenwerden zu tun hat“ (ebd., S. 10).

Üblicherweise werden die betroffenen Mädchen nach der Genitalverstümmelung beschenkt. Nicht zwingend gehört eine Feierlichkeit zur Zeremonie, sehr häufig findet aber – wie im oben skizzierten Beispiel – eine große Feier zu Ehren der verstümmelten Mädchen statt (Afrikanische Frauenorganisation, 2000, S. 15).

Mit Hilfe der Fallbeispiele A und B (siehe Kasten A und B; Özalp, 2020) werden der Ablauf, die psychosoziale Einbettung und die psychophysiologischen Folgen der Genitalverstümmelung deutlich gemacht. Bei den Kasuistiken handelt es sich um erste Forschungsergebnisse aus einer Pilotstudie von Özalp (2020).

Fall A (Özalp, 2020):*Die Beschneidung*

Adiba A. (45) ist in Äthiopien geboren und aufgewachsen. Sie wurde dort im Alter von 7 Jahren beschnitten. Adibas Mutter führte sie zu einem entfernt gelegenen Baum. Ihre Mutter und ihre Tante hielten sie fest. Man steckte ihr Reishölzchen in den Mund, um zu verhindern, dass sie sich die Zunge abiss. Eine ältere Frau, deren Augen aufgrund des fortgeschrittenen Alters teilweise durch Hautlappen bedeckt waren, führte die Beschneidung mit einer Rasierklinge durch und trennte die Klitoris ab. Zugenäht wurde sie mit Stacheln eines Dornenbaums und Elefantenhaaren. Adiba wurde vom Bauchnabel bis zu den Knien zusammengebunden und unter den Baum gelegt. *„Ich war eine leere Hülle. Ich hatte gar keine Gefühle mehr danach. Ich wäre aber gerne gestorben...“* Um die richtige Größe der Öffnung zu überprüfen, wurde sie aufgefordert, zu urinieren, was nicht funktionierte. Am nächsten Tag hatte sie Fieber und starke Schmerzen und die Frauen stellten fest, dass das Mädchen zu weit zugenäht worden war. Daraufhin wurden zwei Stacheln entfernt. *„Ich kann heute noch hören, wie meine Mutter gesagt hatte: Bitte machen Sie nicht so weit auf. Nicht die Sorge, dass ich sterben könnte oder Schmerzen habe, war das Wichtigste, sondern, dass die Öffnung möglichst klein ist.“* Am Nachmittag fiel Adiba ins Koma; ärztliche Hilfe gab es nicht.

Die Folgen

Adiba bekam chronische Polyarthrit. Es entstanden diverse Entzündungen in ihrem Körper, ihre Hände und Füße verformten sich. Für ihre Familie wurde sie dadurch zu einer immer größeren Belastung. Mit 8 Jahren schickte man sie zu ihrem Onkel nach Kenia, wo sie zur Schule gehen sollte. Das Schreiben fiel ihr schwer. Auf der Toilette brauchte sie etwa 30 Minuten, um zu urinieren. Dauern fragten die Lehrer, ob sie Durchfall habe oder warum sie so lange auf der Toilette sei. Als sie 12 Jahre alt war, bekam zum ersten Mal ihre Periode. Sie hatte panische Angst, dass die Nähte aufgegangen sind und sie wieder beschnitten werden muss. Zweimal versuchte sie, sich das Leben zu nehmen.

Fall B (Özalp, 2020):*Die Beschneidung*

Zola Y. (40) ist in Somalia geboren und aufgewachsen. Im Alter von 13 Jahren entschied sie sich aufgrund des kulturellen und gesellschaftlichen Drucks dazu, heimlich zu einer Massenbeschneidung zu gehen, ohne zu wissen, was sie dort erwartete. Sie zählte 300 Mädchen, die auf einem Feld auf die Prozedur warteten. An das Gesicht der Beschneiderin erinnert sie sich nicht. In ihrer Erinnerung ist es eine gesichtslose alte Frau. Die Schmerzen waren so heftig, dass sie wünschte, sie wäre tot.

Die Folgen

Sie ist wütend auf all die Menschen, die ihr erzählt hatten, dass es gar nicht weh tut. Aber vor allem ist sie wütend auf sich selbst. Lange Zeit verleugnete sie, jemals beschnitten worden zu sein. Das Thema war einfach zu belastend. Sie litt unter anhaltenden Schuldgefühlen, selbst diese Entscheidung getroffen zu haben. Zola versucht bis heute, die Erlebnisse zu verarbeiten. Sie spürt, dass es richtig ist, über das zu reden, was ihr passiert ist, auch wenn es schwer ist. Aber vergessen kann sie die Erlebnisse nicht. Die tägliche Konfrontation mit dem eigenen Körper, mit den Narben macht es unmöglich.

Erfahrungen in Deutschland

2010 kam Zola zum Studium nach Deutschland. Als sie zum ersten Mal zu einer Frauenärztin ging, sagte sie direkt, dass sie beschnitten ist. Die Ärztin schien sie nicht zu verstehen. Bei der Untersuchung wirkte sie geschockt und fragte, ob sie einen Unfall hatte. Zola erklärte, was mit ihr passiert ist. Die Ärztin lief rot an. Als sie das nächste Mal um einen Termin bat, wurde ihr telefonisch mitgeteilt, dass die Ärztin nicht da sei, sie aber zu einem männlichen Kollegen gehen könne. Als sie in die Praxis kam, war die Ärztin überraschend doch anwesend. Es schien ihr, als würde die Ärztin sie als Patientin nicht behandeln wollen. Das tat weh. Sie versuchte, das Erlebte durch kreative Projekte zu verarbeiten. Sie produzierte einen Film über weibliche Genitalverstümmelung und traf dabei auf andere Betroffene. Über das, was ihr passiert ist, zu sprechen, beschämt sie. Vor allem, wenn andere sie so ansehen, als wenn etwas mit ihr nicht stimmen würde, als wenn sie nicht ganz wäre. Aber sie empfindet es auch als heilsam und stärkend für andere Frauen, die Ähnliches erlebt haben. *„Und das ist uns (beschnittenen Frauen) einfach ganz, ganz wichtig, dass man uns nicht reduziert auf eine beschnittene Frau, sondern dass man die positive Energie, diesen Kampfgeist und der Wille, etwas verändern zu wollen und zu können, unterstützt... und uns nicht auf diese drei Buchstaben reduziert. FGM. Wir sind mehr.“*

Im Folgenden wird beispielhaft die Durchführung einer weiblichen Genitalverstümmelung bei somalischen Nomaden beschrieben werden (vgl. von Hosken, 1994, zit. nach von Hoppe, 2013, S. 14ff.). In diesem Beispiel handelt es sich um eine Infibulation (Typ III, vgl. Tab. 1).

Das Mädchen muss sich zunächst auf den Boden legen oder sich auf einen tiefen Stuhl setzen. Damit die Beschneiderin die Genitalien der jungen Frau vollständig sehen kann, werden ihre Beine durch beiwohnende Helferinnen weit auseinandergespreizt. Mit Ofenasche und Alkohol wird die Vulva seitens der Beschneiderin bereits vor dem Ritual desinfiziert. Für die Beschneidung werden scharfe Gegenstände wie eine „Glaserbe, Rasierklinge oder lange Fingernägel“ (Bauer & Hulverscheidt, 2003, S. 67) benutzt.

Die Beschneiderin trennt zuerst die inneren Labien von den äußeren und schneidet die Klitorisvorhaut mit einem scharfen Gegenstand in Stücke (Hoppe, 2013, S. 14), bevor sie diese komplett abtrennt. Der Blutschwall wird von den helfenden Frauen immer wieder mit einem Tuch weggewischt. Nach der Entfernung der gesamten Klitoris kontrolliert die Beschneiderin mit ihren Fingern die blutige und offene Wunde. Auch den anwesenden Frauen ist es erlaubt, mit den Fingern die Wunde zu kontrollieren, um sicher zu stellen, dass die Klitoris gründlich entfernt wurde (ebd.). Anschließend amputiert die Beschneiderin die inneren Labien (*labia minora*) und schabt die Innenseiten der äußeren Labien weg (ebd.). Zum Schluss näht sie die Vaginalöffnung unter anderem mit langen Akaziendornen, Draht oder mit Bindfaden so weit zusammen, dass nur noch eine winzige Öffnung bleibt (Terre des Femmes, 2005, S. 9).

In das verbleibende winzige Loch wird ein kleines dünnes Stück Holz eingeführt, damit die äußeren Schamlippen nicht zusammenwachsen können (Hoppe 2013, S. 16). „Diese winzige Öffnung, meist 1-2 mm klein, dient für den Austritt von Menstruationsblut, Urin und Vaginalsekreten. Von den Knöcheln bis zur Hüfte werden die Beine mit Tüchern zusammengebunden, damit die Wunde mehrere Wochen verheilen kann“ (Terre des Femmes, 2005, S. 12). Insgesamt dauert die komplette Beschneidung 15-20 Minuten (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2005, S. 10). Zum Schluss wird die Wunde mit Wasser gereinigt und abgetrocknet. Bei mangelnder Bewegung der Betroffenen dauert es mehrere Wochen, bis die Wunde zusammengewachsen ist (ebd.). Um das Mädchen zu waschen, werden die Tücher und Bänder, mit denen ihre Beine umwickelt wurden, nach zwei Wochen entfernt (Hoppe, 2013, S. 16).

Damit die Betroffene während des extrem schmerzhaften Rituals bei Bewusstsein bleibt, wird ihr ein scharfes Gewürzpulver aus Chilischoten ‚Pili-Pili‘ in die Nase gepustet (Hoppe, 2013, S. 15). Aufgrund der unerträglichen Schmerzen kommt es dazu, dass die Mädchen sich auf die Zunge beißen. Für die Vermeidung dieses Bisses schieben die Helferinnen ein Stück Bambusholz oder Ähnliches zwischen die Zähne des Mädchens (ebd.). Des Weiteren gibt es die Option, ein Gewürzpulver auf die Zunge zu streuen, „welches das sofortige Einrollen der Zunge bewirkt“ (ebd., S. 15). Sowohl die abnehmenden motorischen Fähigkeiten als auch die nachlassende Sehkraft der zumeist älteren Beschneiderinnen sind sehr häufig der Grund, weshalb eine Beschneidung nicht so erfolgt, wie sie seitens der Familie erwünscht wird. In Fällen, in denen die Wunde nicht richtig verheilt oder die Familie unzufrieden mit dem Ergebnis ist und die Öffnung weiterhin für zu groß befindet, muss das Mädchen diese Tortur ein zweites Mal ertragen (Terre des Femmes, 2005, S. 9; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2005, S. 9).

Während der Verstümmelungsprozedur ist die Wahrscheinlichkeit der Entstehung weiterer, schwerer Begleitschäden, wie Beschädigungen der Harnröhre oder des Damms, sehr hoch, vor allem, wenn das Mädchen bzw. die junge Frau versucht, sich zu wehren. Weitere Begleitverletzungen, die durch den Widerstand des Mädchens auftreten können, sind das Ausrenken der Schulter sowie Knochenbrüche, da sich die Helferinnen während des Rituals auf den Oberkörper des Mädchens stützen und ihre Beine festhalten, um ihre Abwehr zu verhindern (Hoppe, 2013, S. 14). Während der Prozedur werden dem Mädchen zudem Augen und Mund von einer weiteren Frau zugehalten, da sie weder das eigene Genital sehen noch wegen der unerträglichen Schmerzen laut schreien soll (Dorkenoo & Elworthy, 1992, S. 36).

5. Körperliche und psychische Folgen

Wie bei dem beschriebenen Beispiel offensichtlich wird, geht eine Genitalverstümmelung mit grausamer und erbarmungsloser Gewalt gegen Mädchen und junge Frauen einher und führt zu erheblichen physischen und psychischen Folgen mit zum Teil lebenslanger Wirkung und Einschränkungen. Aus den Fallbeispielen A und B wird ebenfalls deutlich, wie unterschiedlich der Ablauf der Genitalverstümmelung und die psychosoziale Einbettung sind. Weiter zeigen die Fallbeispiele, wie unterschiedlich die psychischen und körperlichen Folgen sind. Es ist davon auszugehen, dass auch die psychosoziale Bewältigung der Opfer äußerst heterogen ist. In den folgenden Abschnitten wird dezidiert auf die physischen und psychischen Folgen eingegangen.

5.1. Physische Folgen der genitalen Verstümmelung

Aufgrund der großen Menge an Nerven bzw. Arterien, die die Klitoris und die inneren Schamlippen der Frau versorgen, kommt es direkt nach der Beschneidung meistens zu unkontrollierbaren Blutungen (Rahman & Toubia, 2000, S. 10). Laut Bauer & Hulverscheidt (2003) können der enorme Blutverlust und die sehr starken Schmerzen bei der Betroffenen einen Schock auslösen oder zu einem Krampfanfall führen, welcher lebensbedrohlich für sie werden kann. Ebenso kann der hohe Blutverlust zu einem Kollaps oder zum plötzlichen Tod der Betroffenen führen. Langfristig kann es zu einer langwierigen Anämie kommen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2005, S. 14). Die starken Blutungen können in Kombination mit den entsetzlichen Schmerzen und der großen Angst der Mädchen zu einem traumatischen oder neurogenen Schock führen. Auch dieser kann tödlich sein (ebd., S. 14). Die WHO geht davon aus, dass 10 Prozent der Betroffenen an den akuten Folgen und weitere 25 Prozent an den langfristigen Beschwerden, die mit einer genitalen Verstümmelung einhergehen, sterben (WHO, 1996, zitiert nach Gruber, Kulik & Binder, 2005, S. 12).

Durch die Praxis, die Beine der Mädchen zusammenzubinden, wird die Wundheilung behindert, Wundsekrete können nicht ablaufen und akute Infektionen können sich verstärken. Häufig treten deshalb akute körperliche Beschwerden wie Wundinfek-

tionen, Frakturen oder Miktionsprobleme auf (Utz-Biling & Kentenich, 2008, S. 225ff.). Als weitere akute und lebensgefährliche Komplikation kann es bei den leidenden Mädchen auch zu Wundbrand oder einer Sepsis kommen (Graf, 2012). Des Weiteren besteht aufgrund von nicht gereinigten Instrumenten und primitiven Werkzeugen, die für die Beschneidung mehrerer Mädchen benutzt werden, das Risiko einer HIV-Infektion sowie die Ansteckung mit Tetanus, Polio oder Hepatitis (Bauer & Hulverscheidt, 2003). Auch eine Tetanus-Infektion endet meist tödlich. Bei einer nicht behandelten akuten Infektion nimmt die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer chronischen Komplikation drastisch zu (ebd.). So können chronische Infektionen unter anderem der Harnwege oder der inneren Geschlechtsorgane entstehen, die weitere körperliche Probleme wie Unfruchtbarkeit, Inkontinenz, Schwierigkeiten beim Abfluss des Menstruationsbluts oder des Urins, Fistelbildung, Keloidbildung oder Wucherungen nach sich ziehen (Korzilius, 2015, S. 6). Die langanhaltenden physischen Folgen unterscheiden sich sowohl in ihrer Intensität als auch in Abhängigkeit von der Beschneidungsart. Studien (vgl. Toubia, 1994, S. 713) zufolge sind infibulierte Frauen häufiger von chronischen körperlichen Folgen betroffen als Frauen mit einer minimaleren Beschneidung wie der Klitoriedektomie. Da aufgrund der winzigen Öffnung bei der Infibulation unter anderem das Menstruationsblut nicht vollständig ausfließen kann und sich in der Scheide anstaut, verursacht dies Dysmenorrhö. Zudem kann es zu chronischen Unterleibsentzündungen kommen. Infolgedessen kann sich eine Unfruchtbarkeit entwickeln (ebd.). Nach Berg et al. (2014) können Folgekomplikationen wie die Dyspareunie genauso wie eine bakterielle Vaginose die betroffenen jungen Frauen belasten.

Besonders dramatische Folgen hat die Infibulation, denn die dadurch geschaffene Barriere muss nach der Eheschließung durch den Ehemann wieder erweitert werden, um überhaupt Geschlechtsverkehr zu ermöglichen (Defibulation). Dies geschieht häufig durch den Gebrauch von Messern, mit denen die Narbe der Frau wieder schmerzhaft geöffnet wird. In einigen Fällen nimmt dies auch die Beschneiderin vor (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2005, S. 9; Gruber, Kulik & Binder, 2005, S. 6).

Die genitale Verstümmelung der Frau löst neben den soeben geschilderten Folgen insbesondere Komplikationen während der Schwangerschaft und Geburt aus, die sich je nach Art der genitalen Verstümmelung unterscheiden (Grapentin, 2008, S. 28f.). Bei Schwangeren mit einer Typ IV Beschneidung ist die normale Erweiterung des Geburtskanals am Scheideneingang aufgrund der Narbenbildung nicht möglich, was den Schwangerschafts- und Geburtsverlauf häufig erschwert und verzögert (ebd. S. 29f.). Die Gefahr für verlängerte Entbindungen, Wundinfektionen, enorme Blutungen, unkontrollierte Dammrisse oder Inkontinenz ist bei genital verstümmelten Gebärenden, insbesondere bei Infibulierten, sehr hoch (Utz-Biling & Kentenich, 2008, S. 226ff.). Die Geburt eines Kindes bedeutet für die betroffenen Frauen eine erneute Verstümmelung: um eine natürliche Geburt zu ermöglichen, muss die Infibulation rückgängig gemacht werden, der Geburtskanal geweitet werden (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2005, S. 9). In Ländern, in denen eine gute medizinische

Versorgung gegeben ist, kann diese Erweiterung durch eine pränatale Operation der schwangeren Frauen durchgeführt werden (vgl. Mon O'Dey, 2017). Dies gilt vor allem dann, wenn bereits eine vaginale Infektion oder eine Blasenentzündung während der Schwangerschaft vorlag (ebd.). Außerdem ist es notwendig, die Operation unter Anästhesie durchzuführen, um ein erneutes Hervorrufen des traumatischen Erlebnisses der Genitalverstümmelung bei den Betroffenen zu vermeiden (Wacker & Zerm, 2008, S. 32ff.). Aufgrund der entstandenen Gewebewunden und Dammrisse bei der Geburt steigt auch das Risiko einer HIV/Aids-Übertragung der Mutter auf das Kind (Nabarterrega, 2017, S. 31). Laut WHO ist die Mütter- und Kindersterblichkeitsrate bei genital verstümmelten Schwangeren, insbesondere bei dem Beschneidungstyp IV, deutlich erhöht (vgl. WHO, 1996, S. 13, zitiert nach Gruber, Kulik & Binder, 2005, S. 15).

In ländlichen Regionen, in denen keine medizinische Versorgung gegeben ist, erleiden Frauen bei der Geburt durch die erneute Defibulation (zusätzliche Erweiterung der Vagina durch einen spitzen Gegenstand wie ein Messer) ein erneutes Trauma, das von einer postnatalen Refibulation gefolgt wird. Dabei wird die für den Geburtsprozess defibulierte Vagina wieder bis auf eine kleine Öffnung reinfibuliert (Gruber, Kulik & Binder, 2005, S. 6).

5.2. Psychische Folgen der genitalen Verstümmelung

Neben den beträchtlichen physischen Komplikationen geht dieses grausame Ritual ebenfalls mit extremen psychischen Folgeschäden einher. Es handelt sich bei der genitalen Verstümmelung der Mädchen um ein hoch traumatisierendes Ereignis, welches sehr häufig die Entwicklung einer akuten Belastungsreaktion und/oder einer langfristigen Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) auslöst. Die psychosomatischen Folgen der FGM können jenen ähneln, die nach einer Vergewaltigung oder Folter auftreten (Graf, 2012, S. 69f.; vgl. Glover, Liebling, Barrett & Goodman, 2017).

Befunde vorliegender Untersuchungen unter anderem von Behrendt und Moritz (2005) oder Köbach et al. (2018) zeigen eine hohe Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer PTBS infolge einer FGM. In Untersuchungen berichteten betroffene Frauen, dass die Durchführung der Praktik ein „extrem belastendes, traumatisierendes Ereignis“ (Behrendt & Moritz, 2005, S. 1001) sei, welche demzufolge die Entwicklung einer PTBS enorm fördere. Nach Task Force (2020) leiden bis zu 80% der betroffenen Frauen an einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und entwickeln ähnliche Symptome wie nach einer Vergewaltigung (Zerm, 2009, S. 7). In einer Studie von Köbach et al. (2018) wurde gezeigt, dass Betroffene nicht nur physische, sondern auch psychische Verletzungen davontragen und hierbei besonders für Traumafolgestörungen, vor allem für eine PTBS, vulnerabler sind. Ca. 20% der betroffenen Frauen litten noch im 32. Lebensjahr an einer PTBS. Darüber hinaus können dauerhafte Persönlichkeitsveränderungen auftreten, die in der ICD-10 als „andere Persönlichkeitsveränderungen nach Extrembelastung“ (F62.0) klassifiziert werden. Diese Persönlichkeitsveränderung muss wenigstens zwei Jahre nach einer Belastung von katastrophalem Aus-

maß dauerhaft folgen. Die Störung folgt meist einer akuten Belastungsreaktion oder einer PTBS und bewirkt eine extreme Beeinträchtigung der Lebensführung der betroffenen Mädchen bzw. jungen Frauen. Insbesondere äußert sie sich durch signifikante Einschränkungen im alltäglichen Leben und der damit verbundenen Abnahme der Lebensqualität sowie einer feindselig-misstrauischen Grundhaltung, einem chronischen Gefühl der Anspannung und Bedrohungsempfinden. Differentialdiagnostisch ist eine präzise klinische Einordnung aufgrund der Heterogenität der Symptome und Überschneidungen mit anderen Persönlichkeitsstörungen oder affektiven Störungen in der Praxis sehr schwierig.

Eine Untersuchung von Asefaw (2008) zeigte, dass fast 83% der Betroffenen schlechte Erfahrungen mit Gynäkologinnen und Gynäkologen oder mit Geburtshilfeliniken in Deutschland gemacht hätten. Dabei schilderten einige Befragte, dass bei Untersuchungen ärztliche Kolleginnen und Kollegen hinzugerufen wurden, um das verstümmelte Genital der Betroffenen zu begutachten. Im Umgang mit FGM herrscht bei Gynäkologinnen und Gynäkologen häufig noch mangelndes Wissen und oftmals wenig Sensibilität vor. Dies kann zur Vermeidung notwendiger gynäkologischer Untersuchungen oder auch zu möglichen Re-traumatisierungen der betroffenen Frauen führen.

Streng (2013) hat dazu ein Prozessmodell aufeinander folgender Traumenkomplexe entwickelt. Der erste Traumakomplex bezieht sich auf die Genitalverstümmelung selbst sowie auf die direkten psychischen und physischen Folgen der Prozedur. Es besteht eine extreme Diskrepanz zwischen den Erwartungen an ein positives Erlebnis, welches die Mädchen mit Reinheit erfüllen soll, und der dann erlebten Realität. Die Betroffenen erleiden unbändige Schmerzen und es entstehen Gefühle von Ohnmacht, Erniedrigung und Scham. Dieses wird durch den Umstand verstärkt, dass sie oft nackt oder nur wenig bekleidet festgehalten oder gefesselt werden (Schnüll, 2003, S. 35; vgl. Hussein, 2000, S. 35f.). Erschwerend kommt hinzu, dass die Mutter, die eigentlich eine Schutzperson darstellen sollte, an der Genitalverstümmelung beteiligt ist. Den Mädchen wird während und nach der Genitalverstümmelung verboten, tiefste Emotionen (Ängste, Trauer, Schmerz) zu zeigen, was die Wahrscheinlichkeit für peritraumatische Dissoziationen als Bewältigungsmöglichkeit erhöht (vgl. Heinerth, 2004, S. 145). Die jungen Frauen sind oft nicht in der Lage das traumatische Erlebnis zu verarbeiten, sodass sie „schweigend [l]eiden“ (Kentenich & Utz-Billing, 2006, S. A. 845). Es gilt ein kulturell in der jeweiligen Gesellschaft verankertes Schweigegebot, das einen weiteren „zentralen Wirkfaktor der Traumatisierung“ (vgl. Schnüll, 2003, S. 36) darstellt. Nicht selten wird der Schmerz von den Mädchen selbst verleugnet und sie nehmen sich im Nachhinein tatsächlich als reiner wahr, was einer Art posttraumatischer Dissoziation (Lightfoot- Klein, 2003, S. 38) oder auch dissoziativen Selbsttäuschung (Weinberg, 2005, S. 34) entspricht. Auch kann es in Einzelfällen zu einer Dissoziation (Abspaltung) des kompletten traumatischen Ereignisses kommen (Utz-Biling & Kentenich, 2008, S. 225ff.). Wie auch bei anderen Traumatisierungen kann eine Erinnerung an das traumatische Erlebnis durch Flashbacks, zum Beispiel beim Urinieren oder beim Anblick ähnlicher Dinge, wie sie bei der Beschneidung verwendet wurden, wie Rasier-

klingen oder Messer, hervorgerufen werden (Bauer & Hulverscheidt, 2003, S. 67). Auch Re-traumatisierungen durch schmerzhafte Menstruationen, Penetration, Geburten oder Erkrankungen werden zum ersten Traumen-Komplex gezählt.

Der zweite Trauma-Komplex betrifft die Bewusstwerdung und Umdefinition des Erlebten mitbedingt durch eine Migration. Die Betroffenen erfahren, dass die in ihrem Heimatland positiv besetzte „Beschneidung“ weder alle Mädchen noch alle Muslima betrifft und in anderen Ländern als Verstümmelung gilt. Dies kann ein schleichender Prozess sein oder schockartig erfolgen, so dass weitere Traumatisierungen entstehen (z.B. wie oben genannt durch eine Untersuchung beim Gynäkologen). Als Folge dieser Bewusstwerdung können starke Wut und Verbitterung ausgelöst werden.

Unter dem dritten Trauma-Komplex werden mögliche Re-traumatisierungen durch genitalchirurgische Eingriffe verstanden, die nicht zum erhofften Resultat führen. So kann beispielsweise Frauen, die Opfer einer Infibulation wurden, durch eine Operation Erleichterung verschafft werden, indem die Infibulationsnarbe chirurgisch geöffnet wird (Dirie, 2005, S. 89). Auch bestehen Möglichkeiten einer Klitorisrestitution, um das sexuelle Lustempfinden wiederherzustellen (vgl. Prolongeau, 2011). In Fällen, in denen eine erhoffte Verbesserung der Empfindungsfähigkeit nicht eintritt, kann es zu einer Verstärkung der Verbitterung und damit zu einer Re-traumatisierung dritter Ordnung kommen.

Bauer, Hulverscheidt & Zerm (2003) erläutern, dass die Genitalverstümmelung bei Frauen weitere psychische Konsequenzen wie Gefühle von Unvollständigkeit, Minderwertigkeit, Psychosen oder Neurosen verursachen kann. Durch die Beschneidung verändert sich nicht nur der weibliche Körper der Betroffenen, sondern auch die Persönlichkeit in ihrem Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl (vgl. Abdallah et al., 1996, S. 1461). Ergänzend treten auch psychosomatische Beschwerden, wie Kopf-, Rücken- und/oder Unterleibsschmerzen auf (Graf, 2012, S. 70). Essstörungen oder Schlafstörungen gehören ebenfalls zu den Problemen der Betroffenen (ebd.).

6. Politische und rechtliche Maßnahmen zur Bekämpfung der genitalen Verstümmelung an Mädchen und Frauen

Obwohl genitale Verstümmelung an Mädchen und jungen Frauen bereits seit mehreren tausend Jahren praktiziert wird, gibt es erst seit etwa 50 Jahren systematische Anstrengungen weltweit dagegen anzukämpfen (Terre des Femmes, 2015, S. 319). Auf der UN-Menschenrechtskonferenz 1993 in Wien wurde in der Erklärung zur Beseitigung der Gewalt gegen Frauen klar formuliert, dass es sich bei der genitalen Verstümmelung von Mädchen und jungen Frauen um einen Gewaltakt gegen Frauen handelt (Lünsmann, 2015, S. 217; vgl. Graf, 2012, S. 86f.). Auf der 1995 stattgefundenen 4. Weltfrauenkonferenz wurde die FGM als eine schwerwiegende Verletzung des Menschenrechts auf körperliche und seelische Unversehrtheit anerkannt und ihre Bekämpfung verlangt (Lünsmann, 2015, S. 217).

Vor knapp zehn Jahren im Jahr 2012 unterzeichneten alle Mitgliedsstaaten der Vereinten Nationen die Resolution zur Abschaffung der weiblichen Genitalverstümmelung. Seither haben zahlreiche Länder gesetzliche Initiativen auf den Weg gebracht, wonach die Beschneidungspraxis strafrechtliche Konsequenzen nach sich zieht. Dies gilt für viele, wenn auch nicht alle Länder Europas und zunehmend auch für die meisten Länder Afrikas. So ist die weibliche Genitalverstümmelung zum Beispiel seit Februar 2020 im Sudan verboten, seit 2015 in Gambia und Nigeria (Terre des Femmes, 2019) und bereits seit 2011 in Kenia (Davies, 2021) sowie seit 2007 in Eritrea (Rittel, 2008, S. 97). In Ägypten, Äthiopien, Benin, Burkina Faso, dem Kongo, Dschibuti, der Elfenbeinküste, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Niger, Senegal, Tansania, Togo, Tschad, Uganda und der zentralafrikanischen Republik sind genitale Beschneidungs- und Verstümmelungspraktiken an Mädchen und jungen Frauen zum Teil schon seit Mitte der 1990er Jahre verboten. Zahlreiche internationale und regionale Abkommen verleihen den nationalen gesetzlichen Initiativen Nachdruck, wie unter anderem Art. 12 und 14 der Frauenrechtskonvention (CEDAW, 1979), die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (AEMR, 1948) unter Art. 3 und 5 sowie Art. 19 und 24 der Kinderrechtskonvention (CRC, 1990) (Terre des Femmes, 2019).

Die Empirie zeigt jedoch, dass sich die erlassenen Verbote und Gesetze bislang in der Praxis kaum durchsetzen konnten, ihnen von regionalen Autoritäten und Befürwortern der Beschneidungspraktiken wenig Beachtung geschenkt wurde, wie das eingangs skizzierte offen zur Schau gestellte Zeremoniell aus Kenia deutlich macht. Aus der Rechtsnorm wurde keine Rechtspraxis und anstatt eines signifikanten Rückgangs dieses tradierten Brauchs steht zu befürchten, dass sich die Ausführung der genitalen Verstümmelungen in den klandestinen Bereich verlagern könnte.

6.1. Der Straftatbestand der weiblichen Genitalverstümmelung in Deutschland

Der expliziten gesonderten Regelung der Genitalverstümmelung an Mädchen und Frauen im Strafgesetzbuch im Jahr 2013 gingen seit 2009 mehrere Gesetzesentwürfe verschiedener Fraktionen voraus, welche die Intention verfolgten, mit einer erhöhten Strafandrohung „die Grundlage für eine wirksame Strafverfolgung“ (Behn, 2019, S. 474) zu schaffen und dazu beizutragen, dass sich ein Bewusstsein dafür entwickelt, „dass es sich bei der Verstümmelung der weiblichen Genitalien um eine schwerwiegende Menschenrechtsverletzung handelt, die keinesfalls toleriert werden kann“ (Bundesrat, 2009, S. 1).

Als eine weitere Begründung für die Einführung eines speziellen Verbrechenstatbestands ist die neue Bewertung des Ausmaßes des Unrechtsgehalt der Tathandlung zu nennen, „die darin bestehe, vornehmlich weiblichen Kindern, aber auch jugendlichen und erwachsenen weiblichen Personen, Teile der Geschlechtsorgane in der Form zu verletzen, dass in überwiegenden Fällen irreversible Schäden entstehen“ (Behn, 2019, S. 474).

Mit dem 47. Strafrechtsänderungsgesetz (47. StrÄndG, BGBl. I, 3671. BAnz. Nr. 58 vom 27.9.2013, S. 3671) wurde mit § 226a StGB ein eigener Verbrechenstatbestand der weiblichen Genitalverstümmelung eingeführt.³ Die Verstümmelung weiblicher Genitalien wird danach mit Freiheitsstrafe von nicht unter einem Jahr bestraft. Die Höchststrafe für dieses Verbrechen liegt gem. § 38 Abs. 2 StGB bei 15 Jahren Freiheitsstrafe.

Die weibliche Genitalverstümmelung wird als schwerwiegende Handlung gegen die physische Unversehrtheit (Deutscher Bundestag, 2018) eingestuft und insofern als „Menschenrechtsverletzung“ (Deutscher Bundestag, 2013, S. 1) kategorisiert. Mit § 226a StGB wird das Recht der körperlichen Unversehrtheit des weiblichen Geschlechts unabhängig vom Alter der betroffenen weiblichen Person geschützt. Die weibliche Genitalverstümmelung verletzt auch das Rechtsgut der sexuellen Selbstbestimmung der Frau (Göttsche, 2020), obwohl in der Gesetzesbegründung zu § 226a StGB eine Regelung bezüglich der sexuellen Selbstbestimmung nicht ausdrücklich genannt wird. Der Straftatbestand § 226a StGB soll laut Begründung des Gesetzgebers veranschaulichen, dass es sich hierbei um einen „schwerwiegenden menschenrechtlich geächteten Eingriff in die Belange der betroffenen Frau“ (Sotiriadis, 2014, S. 320/337) handelt. Damit wird die Intention verfolgt, einen intensiveren Schutz der Betroffenen sicher zu stellen (Deutscher Bundestag, 2013). Kommt es durch die illegale und zugleich unhygienische Durchführung der Genitalverstümmelung zu Todesfällen, greift zudem § 227 StGB, der die Körperverletzungen mit Todesfolge mit einer Freiheitsstrafe von nicht unter drei Jahren sanktioniert (Kentenich & Utz-Billing, 2006, S. A 842).

Bestimmt jemand einen anderen zur Durchführung einer genitalen Verstümmelung an einem Mädchen bzw. einer Frau handelt es sich hierbei – wie bei allen vorsätzlichen Straftaten – um eine Anstiftung im Sinne des § 26 StGB; der Anstifter wird gleich einem Täter bestraft (LebKom, Lessan, Terre des Femmes, End FGM European Network, 2020). Außerdem gelten gemäß § 25 Abs. 2 StGB Personen, die an der Planung oder Durchführung der Genitalverstümmelung einer weiblichen Person maßgeblich mitbeteiligt sind als Mittäter (Sotiriadis, 2014).

Die Einwilligung von Mädchen, Eltern oder anderen Personen zur Genitalverstümmelung gilt als sittenwidrig. Ein Entfallen der Rechtswidrigkeit der Handlung gem. § 226a StGB aufgrund der Einwilligung gem. § 228 StGB ist damit ausgeschlossen, auch im Falle der Einwilligung ist damit die Handlung strafbar (Begründung des Gesetzentwurfs der Fraktionen CDU/CSU und FDP, BT-Drs. 17/13707, S. 6.). Als weitere Strafvorschriften, die mit Bezug auf die Tathandlung der Genitalverstümmelung Relevanz entfalten, sind § 225 StGB (Misshandlungen von Schutzbefohlenen) und § 171

3 Bis zu diesem Zeitpunkt war die weibliche Genitalverstümmelung vom allgemeinen Tatbestand der Körperverletzung (§ 223 StGB) bzw. gefährlichen Körperverletzung (§ 224 StGB) umfasst sowie in speziellen Einzelfällen ggfs. auch von der schweren Körperverletzung (§ 226 StGB). Rechtstechnisch ist die Einführung des § 226a StGB damit eine weitere Qualifikation zu § 223 StGB, ein strafbares Handeln (Körperverletzung) wird beim Hinzutreten eines weiteren Merkmals (Verstümmelung des Genitals) härter bestraft. Der Gesetzgeber stuft FGM damit als Verbrechen und nicht als Vergehen ein.

StGB zu nennen, wonach Eltern bei Verletzung der elterlichen Fürsorgepflicht auch strafrechtlich zur Verantwortung gezogen werden (Behn, 2019, S. 475).

Um die Strafverfolgung zu umgehen, wird die Durchführung der Genitalverstümmelung an Mädchen häufig in den Herkunftsländern der Familie in Form von Ferienbeschneidungen ausgeübt. Alternativ wird eine Beschneiderin für die Genitalverstümmelung nach Deutschland eingeflogen (Vgl. Zerbin, 2019). Aus den Ergebnissen einer gemeinsamen Umfrage von UNICEF, Terre des Femmes & dem Berufsverband der Frauenärzte e.V. in Bezug auf die Situation beschnittener Mädchen und Frauen in Deutschland im Jahre 2005 geht hervor, dass eher selten Ärzte in Deutschland für die Durchführung einer Genitalverstümmelung angefragt wurden. Deshalb steht zu vermuten, dass die durchgeführten Beschneidungen entweder gar nicht in Deutschland oder in seltenen Fällen im Verborgenen durchgeführt werden. Die Vermutung liegt also nahe, dass die überwiegende Zahl der Mädchen im Ausland diesem körperverletzenden Ritual unterzogen werden. Diesbezüglich ergibt sich aus § 5 Nr. 9a Buchstabe b StGB gleichwohl unter bestimmten Bedingungen eine Strafbarkeit dieser Handlung auch in Deutschland. Diese Strafbarkeit von Auslandstaten gem. § 226a StGB wurde am 27.1.2015 eingeführt. Danach gilt gemäß § 226a StGB für eine Tat, die im Ausland begangen wurde, unabhängig vom Recht des Tatorts, gleichwohl das deutsche Strafrecht, wenn entweder der Täter zur Zeit der Tat im Besitz der deutschen Staatsbürgerschaft war oder, wenn die als Opfer betroffene weibliche Person zur Zeit der Tat ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland hatte. Damit sind solche Auslandstaten in Deutschland strafbar und müssen auch von den nationalen hiesigen Strafverfolgungsbehörden verfolgt werden. Durch diese Regelung werden Opferschutz und Opferrechte gestärkt. Leider wurde es versäumt, den Straftatbestand der weiblichen Genitalverstümmelung noch weitergehend unter das Weltrechtsprinzip (§ 6 StGB, Auslandstaten gegen international geschützte Rechtsgüter) zu stellen, „so dass Strafbarkeitslücken nicht gänzlich ausgeschlossen sind“ (Behn, 2019, S. 475).

Mit einer Gesetzesänderung betreffend die Passversagung (§ 7 Abs. 1 Nr. 11 PassG) vom 15.7.2017 ist ferner seitdem auch die Ausstellung eines deutschen Passes Personen zu versagen, bei denen Tatsachen den Verdacht begründen, dass diese eine weibliche Genitalverstümmelung im Ausland vornehmen oder die Vornahme dieser Handlung durch Dritte veranlassen werden. Wenn die Voraussetzung von § 7 Abs. 1 Nr. 11 PassG vorliegen, kann ferner gem. § 6 Abs. 7 des Personalausweisgesetzes (PAuswG) auch angeordnet werden, dass ein vorhandener Pass nicht zur Ausreise aus Deutschland berechtigt (Passbeschränkung) und gem. § 6a PAuswG kann der Personalausweis im Falle einer Anordnung gem. § 6 Abs. 7 PAuswG auch entzogen werden. Insoweit kann zumindest für Inhaber eines deutschen Passes verhindert werden, dass diese bei entsprechend geplanten Taten ins Ausland reisen (Clemm, 2020).

Ob es gelungen ist, mit den genannten neuen Rechtsnormen diesem Kriminalitätsphänomen präventiv und repressiv zu begegnen, lässt sich kaum bewerten, da keine Hellfelddaten zur Beurteilung vorliegen. Seit Einführung des § 226a StGB sind in der Polizeilichen Kriminalstatistik in den Jahren 2013 bis 2017 keine entsprechenden Taten registriert worden (Behn, 2019, S. 473). In der Strafverfolgungsstatistik für das Jahr

2016 findet sich ein Verurteilter nach § 226a StGB (Behn, 2019, S. 476). Für das Jahr 2019 weist die Strafverfolgungsstatistik immerhin vier nach § 226a StGB verurteilte Fälle aus (Statistisches Bundesamt, 2020). Es lässt sich folglich konstatieren, dass die Durchführung der genitalen Verstümmelung im Hellfeld kaum erfasst ist. Gleichwohl lässt sich aus diesen Zahlen nicht schlussfolgern, dass es nicht zu genitalen Verstümmelungen in Deutschland kommt. Zwar liegen bislang nur wenige Dunkelfeldstudien zur Prävalenz in Deutschland vor, diese zeigen jedoch, dass bis zu 6.000 Mädchen von der Durchführung dieses grausamen Rituals bedroht sind (Gruber, Kulik & Blinder, 2005; Nestlinger, Fischer, Jahn, Ihring & Czelinski, 2017). Aktuelle Schätzungen legen nahe, dass derzeit bis zu 14.752 in Deutschland lebende Mädchen gefährdet sind, Opfer einer Genitalverstümmelung zu werden (MDR-Aktuell, 2020), mit einer weiter steigenden Tendenz ist zu rechnen (Behn, 2019, S. 480; Equality Now, End FGM European Network & US End FGM/C Network, 2020, S. 6). Insofern lässt sich festhalten, dass die kriminalpolitische Wirkung dieser noch jungen Rechtsvorschrift kritisch zu hinterfragen ist.

Die größte Hürde bei der Strafverfolgung bildet der Fakt, dass es sich bei der genitalen Verstümmelung um ein innerfamiliäres Delikt handelt. Häufig können die betroffenen Opfer die Tat nicht zur Anzeige bringen, weil sie zu jung, stark emotional abhängig von ihren Familienmitgliedern sind oder/und weil es ihnen an Kenntnis über das geplante oder begangene Unrecht mangelt (Behn, 2019, S. 478). Auch moralische Gefühle, wie Angst, Scham und Schuldgefühle stellen einen weiteren Hinderungsgrund dar, eine Anzeige in Erwägung zu ziehen (ebd.; vgl. Nestlinger et al., 2017).

6.2. Familienrechtliche Konsequenzen

Das Vorliegen des Straftatbestandes der genitalen Verstümmelung kann auch mit Blick auf familienrechtliche Bestimmungen Relevanz entfalten. So greift § 1631 des deutschen Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB), welches dem Kind das Recht auf gewaltfreie Erziehung garantiert und den Verzicht auf körperliche Bestrafung, psychische Schäden oder andere entwürdigende Maßnahmen fixiert, worunter auch die Genitalverstümmelung an Mädchen fällt (LebKom, Lessan, Terre des Femmes, End FGM European Network, 2020). Aus § 1631 BGB ergibt sich auch das Aufenthaltsbestimmungsrecht der Erziehungsberechtigten. Dieses kann in Fällen einer drohenden genitalen Verstümmelung eingeschränkt werden. Die Rechtspraxis weist hier zahlreiche Fälle auf, in denen zum Schutz des Mädchens eine Verbringung ins Ausland durch gerichtlichen Beschluss untersagt wurde (vgl. Task Force FGM, 2021).

Ferner ist § 8a SGB VIII im Falle eines drohenden oder faktischen Deliktes bezüglich des Schutzes des Kindeswohls zu beachten. Hiernach ist eine Inobhutnahme angesichts einer akuten Gefahr für das Kindeswohl durch das Jugendamt möglich. Außerdem gilt bei einer Gefährdung des Kindeswohls § 1666 BGB (Gust, 2010), wonach gerichtliche Maßnahmen zum Schutz des Kindes gegen seine Erziehungsberechtigten oder Dritte angeordnet werden können. Dies beinhaltet „die Einrichtung einer sog.

Grenzsperre gem. § 1666 BGB i. V. m. § 26 FamFG“ (Clemm, 2020, S. 202) im Falle einer bedrohlichen bzw. gefährlichen Situation, bei der das Kind ins Ausland gebracht werden soll. In solchen Fällen kann dem Erziehungsberechtigten das Sorgerecht entzogen werden (ebd.). In diesem Fall wird nach der Kenntnisnahme der Grenzbehörden ein Eintrag im System vermerkt, damit bei der Überprüfung der Identität des Kindes der entsprechende Eintrag an der Grenze nachvollzogen werden kann (ebd.). Auch im Familienrecht hat der Gesetzgeber folglich einige Instrumente geschaffen, mit deren Hilfe bedrohte Mädchen geschützt werden können. Ohne Kenntnis dieser Vorschriften auf Seiten der helfenden Stellen und Behörden sowie ohne deren tatsächliche Kenntnis eines möglichen drohenden Unrechts im Sinne einer Genitalverstümmelung können diese Instrumente jedoch keine Wirkung entfalten.

6.3. Aufenthaltsrechtliche Konsequenzen

Für den Schutz der Mädchen und jungen Frauen vor einer Genitalverstümmelung wurden auch im Asylrecht gesetzliche Maßnahmen getroffen. Eine drohende Genitalverstümmelung im Heimatland stellt laut der ständigen Rechtsprechung einen Grund für einen Anspruch auf asyl- und flüchtlingsrechtlichen Schutz dar (vgl. z.B. VGH Baden-Württemberg, Urteil v. 13. Dezember 2010, Akz 11 S 2359/10, Rn. 23 bei Juris; OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 14.2.2014, Akz.1 A 1139/13.A, Rn. 80 bei Juris, VG Aachen, Urteil v. 16.09.2014, Akz. 2 K 2262/13.A, Rn. 30 bei Juris, m. w.; VG Würzburg, Urteil v. 5.12.2014, Akz. W 3 K 14.30001, Rn. 3 ff. bei Juris; VG Ansbach, Urteil v. 24.9.2015, Akz. AN 3 K 14.03480.).

Nach § 3 Abs. 1 Nr. 1, § 3b Abs. 1 Nr. 4 AsylG verkörpert eine drohende weibliche Genitalverstümmelung wesentlich eine an das Geschlecht gebundene politische Verfolgung, da diese Praktik auf die traditionelle Unterwerfung, wie auf die Missachtung des Selbstbestimmungsrechts der Mädchen und jungen Frauen, abzielt (vgl. VG Gelsenkirchen, Beschluss vom 22.11.2017 – 9a K 5898/17. A). Ebenso wird der subsidiäre Schutz gemäß § 4 Abs. 1 AsylG i. V. m. § 60 Abs. 2 Satz 1 AufenthG gewährleistet als auch eine Aufenthaltserlaubnis gem. § 25 Abs. 2 AufenthG erteilt (Clemm, 2020). Die Antragstellerin muss wegen der drohenden Genitalverstümmelung jedoch die Flucht aus dem Herkunftsland ergriffen haben und vorweisen, dass es keinerlei Optionen im Heimatland gibt, die ihren Schutz sichern (ebd.).

Falls die Genitalverstümmelung an dem Mädchen bzw. der Frau bereits durchgeführt wurde, sind nur unter weiteren Bedingungen Formen eines asyl- und flüchtlingsrechtlichen Schutzes möglich, zum Beispiel im Fall der begründeten Furcht vor Verfolgung (GKioulia, 2017).

7. Hilfsangebote und Prävention

Trotz der weltweit starken Verbreitung der genitalen Verstümmelung an Mädchen und jungen Frauen und einer auch in Deutschland steigenden Prävalenz sind das Bewusst-

sein der Öffentlichkeit im Umgang mit der Thematik und die Kenntnisse der relevanten Berufsgruppen, wie Mediziner, Sozialarbeiter, Juristen, Lehrer und Polizei nur gering ausgeprägt. Wie die zitierten Fallbeispiele und Studien zeigen, ist das Verhalten von Gynäkologinnen und Gynäkologen im Umgang mit von weiblicher Genitalverstümmelung betroffenen Frauen häufig durch einen Mangel an Wissen, Sensibilität und Unverständnis geprägt (vgl. Thierfelder, Hatz & Bodiang, 2005). Aufgrund der Verurteilung oder der inneren Ablehnung sowie der Unkenntnis dieses körperverletzenden Rituals kommt es zu Fehlverhalten wie einer unprofessionellen oder unangemessenen Herangehensweise sowie einer ungeeigneten Behandlung (ebd.). Eine Vermeidung von Arztbesuchen durch die Betroffenen ist oft die Folge (Asefaw, 2008, S. 74; Wolf & Eljelede, 2013) und gefährdet die Gesundheit der betroffenen Frau und bei einer ggf. bestehenden Schwangerschaft die des ungeborenen Kindes (Asefaw, 2008, S. 79).

Negative gynäkologische Erfahrungen können zudem die Schamgefühle der betroffenen Frauen manifestieren und ihre Bereitschaft, über ihr Leiden zu reden oder sich Hilfsangebote zu suchen, blockieren. Es besteht dann die Gefahr, dass sich die betroffene Frau einer Auseinandersetzung mit dem Thema auch in Bezug auf die tradierte Weitergabe an die eigenen Töchter versperrt. Den in der Gynäkologie Tätigen kommt insofern eine Schlüsselrolle in Bezug auf Akzeptanz und Wahrnehmung von Hilfsangeboten für Betroffene zu, da sie direkt mit den körperlichen Folgen der Genitalverstümmelung ihrer Patientinnen konfrontiert werden (Strunz, 2020; Asefaw, 2008, S. 79). Vor allem im Umgang mit den schwerwiegenden kurz- und langfristigen physischen und psychischen Folgen der weiblichen Genitalverstümmelung ist die Vermittlung von Wissen über den kulturellen Hintergrund hochrelevant, damit ein angemessener, vertrauenswürdiger und zugleich sensibler und respektvoller Umgang mit den betroffenen Mädchen und Frauen sichergestellt werden kann. Dies gilt ebenso für Kinderärzte und -ärztinnen (Strunz, 2020) sowie das medizinische Personal, speziell der Geburtshilfe (Kruse, 2020). Das Gespräch mit den bedrohten und betroffenen Mädchen bzw. jungen Frauen oder ggf. mit deren Eltern kann sehr herausfordernd sein, z.B. aufgrund eventueller sprachlicher Barrieren, aber vor allem aufgrund der Schambehauptung des Themas (Strunz, 2020; Stiller, 2006). Nicht zu unterschätzen sind auch die psychischen Folgen, die eintreten können, wenn den Betroffenen klar wird, dass die ihnen jahrelang als richtig vermittelte Praxis der Genitalverstümmelung in Frage gestellt wird und als vermeidbar erkannt wird (Behn, 2019, S. 480).

Obwohl Hilfsangebote im sozialen, medizinischen sowie juristischen Bereich bundesweit existieren, decken sie den tatsächlichen Bedarf nicht ausreichend ab (Tonk, 2020). Terre des Femmes (2020) bietet zwar eine umfassende deutschlandweite Liste mit Ansprechpersonen, die sowohl sachkundige Gynäkologinnen und Gynäkologen als auch Beratungsstellen sowie auf Asylrecht und Familienrecht spezialisierte Rechtsanwälte und -anwältinnen enthält. Darin wird jedoch die sehr geringe Anzahl an sachverständigen Experten deutlich. Für das mit 18 Mio. Einwohnern bevölkerungsreichste Bundesland NRW finden sich beispielsweise gerade einmal neun Frauenärzte und -ärztinnen, die über Erfahrung mit weiblicher Genitalverstümmelung verfügen. Im 12 Mio. einwohnerstarken Baden-Württemberg gibt es fünf, in Berlin, Bayern und Hessen je-

weils vier entsprechende gynäkologische Expertinnen und Experten. Unter den vier genannten medizinischen Anlaufstellen findet sich in Berlin das *Desert Flower Center* des Krankenhaus *Waldfriede*. Im Vergleich zur bundesweiten Gesamtzahl von 18.999 Ärztinnen und Ärzten, die auf Gynäkologie und Geburtshilfe spezialisiert sind (Bundesärztekammer, 2019), nimmt sich die Zahl sachkundiger Spezialisten für von FGM betroffenen Frauen sehr bescheiden aus.

Noch schlechter sieht der Vergleich im juristischen Bereich aus. Laut Terre des Femmes (2020) zeigt sich ein unzureichendes Angebot an Rechtsanwältinnen und -anwältinnen, die auf Fragen des Asylrechts in Zusammenhang mit weiblicher Genitalverstümmelung spezialisiert sind. Lediglich drei erfahrene Rechtsanwältinnen (und eine juristische Referenz) sind – auf die drei Bundesländer Hessen, NRW und Niedersachsen verteilt – in diesen Fragen ausgewiesen.

Aufgrund der Zusammenarbeit und der damit verbundenen indirekten Konfrontation mit beschnittenen Mädchen und Frauen gelten außerdem die Soziale Arbeit, Lehrkräfte und pädagogische Fachkräfte als wichtige Berufsgruppen und Multiplikatoren im Rahmen einer aufklärenden Prävention (Integra, 2007). Auch hier hat die fachkundige Wissensvermittlung und Sensibilisierung für die Thematik eine hohe Bedeutung, um die Praktizierung dieser Tradition zu verhindern. Der Zugang der genannten Berufsgruppen zu den betroffenen Mädchen und Frauen kann sich nicht nur aufgrund der ggf. vorherrschenden sprachlichen Barrieren, sondern auch aufgrund der eher indirekten Konfrontation mit dem Thema kompliziert gestalten. Vermutlich suchen die meisten betroffenen Mädchen oder jungen Frauen aus anderweitigen Gründen Hilfe oder Beratungsstellen auf. Lehrerinnen und Lehrer sowie Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen müssen deshalb dahingehend geschult werden, wie dieses sensible Thema vorsichtig angesprochen und bearbeitet werden kann.

Mit der Einführung eines speziellen Straftatbestands für die weibliche Genitalverstümmelung sind auch die Behörden der Exekutive und der Strafverfolgung zu sensibilisieren. Die Wissensvermittlung über Praktiken, Prävalenz sowie kulturelle Hintergründe sind für die Ausbildung der Polizeikräfte hoch relevant, um ihnen einen bewussteren Umgang auch hinsichtlich bestimmter Ermittlungshinweise zu vermitteln. Vereinzelt gibt es hierzu schon Initiativen an polizeilichen Hochschulen, diese Thematik stärker in der menschenrechtlichen Bildung zu verankern.

Darüber hinaus haben sich in den letzten Jahren zahlreiche zivilgesellschaftliche Initiativen, wie Nichtregierungsorganisationen und Netzwerke zur Bekämpfung des grausamen Rituals der weiblichen Genitalverstümmelung, gegründet. Zu nennen wäre z.B. das Integra-Netzwerk (Aktion Weißes Friedensband, o. J.), welches sich aus 33 Organisationen mit bundes- und zum Teil weltweitem Engagement zusammensetzt. Auch die Europäische Union unterstützt zahlreiche nationale und internationale Projekte zur Bekämpfung der weiblichen Genitalverstümmelung, wie z.B. das EU-Netzwerk END FGM EU (Endfgm, 2020; Tonk, 2020); hierin sind 24 europäische Organisationen zusammengeschlossen. Ebenso setzen sich viele NGOs, wie Terre des Femmes (seit 1981), für die Überwindung der Genitalverstümmelung an Mädchen und Frauen ein. Seit 2013 wird das CHANGE-Projekt von der EU finanziell mit-

unterstützt. Es zielt auf die Sensibilisierung der Öffentlichkeit, politischer Vertreter und Multiplikatoren ab. Außerdem steht die Ausbildung von Change Agents für ausgewählte afrikanische und asiatische Gemeinschaften im Zentrum des Projekts, die einen kulturellen Wandel in den Ländern und damit eine Abschaffung dieser Tradition bewirken sollen (Terre des Femmes, 2020).

Ein weiteres von der EU unterstütztes Projekt zielt unter dem Namen GENDER ABC (TDF-Webredaktion, o. J.) auf die Bewusstmachung von Schülerinnen für ihre Rechte und auf eine Sensibilisierung für Themen, wie Kinderehe, Zwangsheirat und genitale Verstümmelung ab. Ebenso fördert die EU unter dem Namen *United to END FGM* (UEFGM) ein digitales Netzwerk, welches mehrsprachig Wissen über weibliche Genitalverstümmelung speziell für Fachkräfte aus ganz Europa anbietet (Cyprus University of Technology, o. J.).

8. Fazit

Trotz all dieser nationalen und internationalen Anstrengungen nehmen die Prävalenzzahlen weltweit zu. Ein weiterer Anstieg in den nächsten Jahren gilt als wahrscheinlich. Im Rahmen der von den Vereinten Nationen 2015 verabschiedeten *Social Development Goals* ist in der Zielmarke 5 (Geschlechtergleichheit) festgeschrieben, die weibliche Genitalverstümmelung bis zum Jahr 2030 weltweit abzuschaffen. Dazu hat sich die internationale Gemeinschaft verpflichtet. Würde sich der derzeitige Entwicklungstrend weiter fortschreiben, würde sich für das Jahr 2030 jedoch eine prognostizierte Zahl von 4,6 Mio. Mädchen ergeben, die eine Genitalverstümmelung erleiden müssten. In der Summe wären das ca. 35 bis 40 Mio. weitere Mädchen, die von heute an bis zum Jahr 2030 Opfer dieses grausamen Rituals werden würden (Equality Now, End FGM European Network & US End FGM/C Network, 2020, S. 6).

Mit zunehmender Kriminalisierung dieses Phänomens in zahlreichen Ländern der Erde zeigt sich ein weiterer Trend. Das Alter der betroffenen Mädchen sinkt immer weiter. Um den strafrechtlichen Maßnahmen zu entgehen, werden Mädchen zum Teil schon als Säugling oder als Kleinkind dieser körperverletzenden Praxis unterzogen. Auf besonders perfide Weise wird hier ausgenutzt, dass Kinder in jungem Alter kein Bewusstsein für das erfahrene Unrecht und keine ausreichenden Sprachfähigkeiten haben, um sich Hilfe zu holen. Gleichzeitig wird damit deutlich, dass beim Ritus weiblicher Genitalverstümmelung die Initiation vom Kindes- zum Erwachsenenalter weniger im Zentrum steht als dies von ihren Protagonisten behauptet wird (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2005, S. 10). Vielmehr zeigt sich hier in erster Linie das kriminelle Potential und die Erbarmungslosigkeit der Täterinnen und Täter: tathergangsanalytisch wird nämlich durch den geänderten Modus Operandi deutlich, dass die Täterschaft durch die Verstümmelung von immer jüngeren und noch wehrloseren kleinen Mädchen verschleiert werden soll und den Erfolg dieser menschenverachtenden sowie zutiefst frauenfeindlichen Straftat sichern soll. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass bei der Genitalverstümmelung von vielen Autorin-

nen und Autoren rituelle Motive oder sozialpsychologisch-kulturelle Aspekte in den Vordergrund gerückt werden. Das steht im völligen Gegensatz zum primären Ziel der Verstümmelung. Es geht nämlich um das weibliche Genital, welches eine sexuelle Funktion erfüllt. Sexuelle Motive für die Durchführung der Genitalverstümmelung werden jedoch kaum thematisiert. Letztendlich scheint es unter psychodynamischen Aspekten um die Amputation der weiblichen Genitalität und damit der Auslöschung ihrer sexuellen Selbstbestimmung zu gehen. Damit könnte diese Praktik ebenso als sexuell motivierte Straftat gefasst werden. In Deutschland wird die Genitalverstümmelung jedoch in der Kategorie „Körperverletzung“ eingeordnet und nicht unter dem sexuellen Missbrauch Schutzbefohler (§ 174 StGB) diskutiert. Auch wenn die im § 174 StGB gefassten Bedingungen bei der Genitalverstümmelung nicht erfüllt sind –weder Täter noch Opfer werden bei der Tat sexuell erregt–, sollte in diesem Zusammenhang zukünftig beachtet werden, dass ein erweitertes sexuelles Motiv bei der Genitalverstümmelung vorliegt und es sich psychologisch nicht „nur“ um eine Körperverletzung handelt.

Eingehender diskutiert werden könnte auch die Psychodynamik. Zur Sicherung von patriarchalen Machtverhältnissen, werden Mütter in geradezu perfider Weise zu symbolischen Stellvertreterinnen der sexuellen Unterdrückung und Vernichtung der eigenen sexuellen Selbstbestimmung. Sie werden in einem Teufelskreislauf von Opfern zu Täterinnen. Die Frauen müssen aufgrund der eigenen Schuld negative Emotionen abspalten und unter dissonanztheoretischen Aspekten neutralisieren. Die Männer haben dadurch gesellschaftlich erreicht, dass die weiblichen Opfer zu Mitschuldigen bzw. Täterinnen werden und in der eigenen Psychodynamik den Teufelskreislauf generationsübergreifend aufrechterhalten müssen. Dieser psychische *Circulus vitiosus* für Frauen wird aber auch durch die Männer und deren vermeintliche Passivität sowie ihre Verantwortungsabgabe der Taten an die Frauen aufrechterhalten. Letztendlich sichern die Väter durch diese „unsichtbare“ Beteiligung die patriarchalen Gesellschaftsstrukturen und unterwerfen die Frauen in ihrer sexuellen Selbstbestimmung sowie in ihrer Persönlichkeitsentwicklung.

Bei der Abschaffung der weiblichen Genitalverstümmelung sind deshalb zwei Aspekte zentral: die generationsübergreifende sowie die geschlechtsübergreifende Arbeit. Bei der Ausübung der Genitalverstümmelung ist die Tradierung und Durchführung dieser Praxis vorrangig seitens der Frauen zu verantworten (Shell-Duncan et al., 2011). Mütter und Großmütter nehmen also eine wichtige Rolle als Vermittlerinnen ein, indem sie die Generationen der eigenen Töchter und Enkelinnen vor der Durchführung dieser Tradition bewahren können.

Gesellschaftliche Integration bildet folglich einen wichtigen Präventionsansatz. Hierzu zählen die Verdeutlichung der Rechtsvorschriften und der Strafbarkeit dieses körperverletzenden Rituals sowie Aufklärung über die körperlichen und gesundheitlichen Folgen dieser Praxis für die betroffenen Mädchen (Behn, 2019, S. 481). Da zu befürchten ist, dass Ausgrenzungserfahrungen einen verstärkten Rückzug auf tradierte Werte und Rituale befördern, ist eine stärkere positive Teilhabe der Familien in der deutschen Gesellschaft anzustreben. Ein Wandel, der gesundheitspräventiv und inte-

grativ wünschenswert wäre, könnte z.B. die Etablierung und Förderung eines nicht körperverletzenden Ersatzrituals darstellen (ebd.). Wie Nestlinger et al. (2017) aufzeigen, wird im Senegal die Einführung eines Alternativrituals propagiert, das ohne Verstümmelung der Genitalien den Übergang der Mädchen ins Erwachsenenalter zelebriert (S. 55).

Auch wenn Frauen die federführende Rolle bei der Weiterführung der hier problematisierten Tradition der Genitalverstümmelung zukommt, ist die Bedeutung der Männer nicht minder gewichtig (Kaplan Marcusán, 2020). Ihre aktive Beteiligung an dieser Praxis ist zwar gering, aber ihre Meinung zum Thema weiblicher Genitalverstümmelung ist hoch relevant. Durch eine deutliche Positionierung gegen die FGM könnte ihr die kulturelle Durchschlagskraft genommen werden. So können sie die Durchführung dieses Rituals an ihren Töchtern verhindern, und sie können sich deutlich dagegen aussprechen, eine betroffene Frau als Partnerin zu bevorzugen (ebd.). Wie Nestlinger et al. (2017) in ihrer Studie herausfanden, gaben 11 Prozent der 299 befragten Männer an, überhaupt nicht zu wissen, ob ihre Frau beschnitten sei (S. 51). Zudem gibt es noch immer Männer, die eine beschnittene Frau als Partnerin bevorzugen (Behn, 2019, S. 480). Männer wären folglich aufgrund ihrer sozialen Position in der Lage, den kulturellen Stellenwert dieses Rituals zu minimieren. Damit kommt auch den Männern eine immanente Rolle bei der Tradierung dieses Rituals zu (Behn, 2019, S. 480f.).

Der Kampf gegen die Praxis der weiblichen Genitalverstümmelung rüttelt nicht zuletzt an den gesellschaftlich verankerten Positionen von Männern und Frauen. Mit ihm verbunden sind letztlich auch Veränderungen der Verhaltensmuster von Männern gegenüber Mädchen und Frauen in den jeweiligen Gemeinschaften (LebKom, Lessan, Terre des Femmes & End FGM European Network, o. J.). Eine Abschaffung der weiblichen Genitalverstümmelung, wie sie von der internationalen Gemeinschaft gefordert wird, ist nur durch Beendigung des gesellschaftlichen Drucks und geschlechterspezifischer Gewalt gegen Frauen, die kulturell legitimiert wird, möglich. Die kulturellen Begründungen für die weibliche Genitalverstümmelung sind dabei ein wichtiger Kern, der bei einer breit gefächerten und umfassenden Präventionsarbeit mit Frauen und Männern ins Zentrum der Bearbeitung gestellt werden muss.

Literaturverzeichnis

Abdallah, Z., Dehne, K., Ludwig, B., Schweitzer, H. & Wacker, J. (1996). Stellungnahme zum Problem der Beschneidung der Frau. *Der Frauenarzt*, 37(10), 1460–1464.

Afrikanische Frauenorganisation in Wien (2000). *Die Anwendung der Female Genital Mutilation (FGM) bei Migrantinnen in Österreich*. Wien.

Aktion Weißes Friedensband e.V. (o. J.). *Netzwerk INTEGRA*. Verfügbar unter: <https://www.netzwerk-integra.de/> [Zugriff am 28.01.2021].

- Asefaw, F. (2008). *Weibliche Genitalbeschneidung: Hintergründe, gesundheitliche Folgen und nachhaltige Prävention* (Dissertation). Königstein/Taunus: Ulrike Helmer Verlag.
- Bauer, C. & Hulverscheidt, M. (2003). Gesundheitliche Folgen der weiblichen Genitalverstümmelung. In Terre des Femmes, C. Bauer & M. Hulverscheidt (Hrsg.), *Schnitt in die Seele* (S. 65-81). Frankfurt/Main: Mabuse Verlag.
- Behn, H. (2019). Ein Delikt ohne Hellfeld: Fünf Jahre „Verstümmelung weiblicher Genitalien“ (§ 226a StGB). In M. H. W. Möllers & R. Chr. Van Ooyen (Hrsg.), *Jahrbuch Öffentliche Sicherheit 2018/2019* (S. 473-481). Frankfurt/M.: Verlag für Polizeiwissenschaft.
- Behrendt, A. & Moritz, S. (2005). Posttraumatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation. *The American Journal of Psychiatry*, 162(5), 1000–1002.
- Berg, R.C, Underland V., Odgaard-Jensen J. Fretheim, A., & Vist G.E. (2014). Effects of female genital cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 4: e006316. Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4244458/?report=reader> [Zugriff am 22.01.2021].
- Bundesärztekammer (2019). *Ärztetätigkeit zum 31. Dezember 2019*. Verfügbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2019/WEBStatistik_2019_k.pdf [Zugriff am 14.01.2021].
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2005). *Genitale Verstümmelung bei Mädchen und Frauen. Eine Informationsschrift für Ärztinnen und Ärzte, Beraterinnen und Berater unter Verwendung von Informationen der Weltgesundheitsorganisation der Vereinten Nationen*. Verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/90088/26b964124fb4d5e724da08436d4a0c50/genitale-verstueummelung-bei-maedchen-und-frauen-data.pdf> [Zugriff am 07.07.2021].
- Bundesrat (2009). Gesetzesantrag der Länder Baden-Württemberg, Hessen. Entwurf eines... Strafrechtsänderungsgesetzes – Strafbarkeit der Verstümmelung weiblicher Genitalien (... StrÄndG). (Drucksache 867/09). Verfügbar unter: https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2009/0801-0900/867-09.pdf;jsessionid=5118F2DAFC E6D4B303A87CF15EA5FD02.1_cid339?__blob=publicationFile&v=1 [Zugriff am 10.07.2021].
- Büchner, A.C. (2004). *Weibliche Genitalverstümmelung. Betrachtungen eines traditionellen Brauchs aus menschenrechtlicher Perspektive. Schlussfolgerungen für die soziale Arbeit in Deutschland*. Oldenburg: Paulo Freire Verlag.
- Clemm, C. (2020). Situation in Deutschland- Strafrechtliche Aspekte der FGM. In U. v. Fritschen, C. Strunz & R. Scherer (Hrsg.), *Female Genital Mutilation: Medizinische Beratung und Therapie*. (S. 199-204). Berlin, Boston: De Gruyter.
- Cyprus University of Technology. (o. J.). *United to End Female Genital Mutilation UFGM*. Verfügbar unter: <https://uefgm.org/> [Zugriff am 28.01.2021].

Davies, P. (2021). Kenya upholds female genital mutilation ban, In: *Africa News*, 17.3.21. Verfügbar unter: <https://www.africanews.com/2021/03/17/kenya-upholds-anti-female-genital-mutilation-fgm-law/> [Zugriff am 02.07.2021].

DeKeseredy, W. S. & Schwartz, M. D. (2005). Masculinities and Interpersonal Violence. In M. S. Kimmel, J. Hearn & R. W. Connell (Hrsg.), *Handbook of Studies on Men & Masculinities* (S. 353-366). Thousand Oaks: SAGE Publications.

Deutscher Bundestag (2013). *Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP: Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Strafgesetzbuchs – Strafbarkeit der Verstümmelung weiblicher Genitalien (... Strafrechtsänderungsgesetz – ... StrÄndG)* (Drucksache, 17/13707). Verfügbar unter: <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/137/1713707.pdf> [Zugriff am 25.01.2021].

Deutscher Bundestag (2016). *Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines ... Gesetzes zur Änderung des Strafgesetzbuches – Verbesserung des Schutzes der sexuellen Selbstbestimmung* (Drucksache, 18/8210). Verfügbar unter: <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/082/1808210.pdf>. [Zugriff am 25.01.2021].

Deutscher Bundestag (2018). Strafbarkeit der Beschneidung von Mädchen, insbesondere in Fällen mit Auslandsbezug, WD 7 – 3000 – 075/18 (Wissenschaftliche Dienste). Verfügbar unter: <https://www.bundestag.de/resource/blob/557600/f56055a9a0d7a4dc25096a798d8c8569/wd-7-075-18-pdf-data.pdf>. [Zugriff am 25.01.2021].

Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (2020). *Weibliche Genitalverstümmelung: 70 Millionen Mädchen bis 2030 bedroht*. Pressemitteilung 05.02.2020. DSW. Verfügbar unter: <https://www.dsw.org/weiblichegenitalverstuemmerlung-2020> [Zugriff am 27.01.2021].

Dirie, W. (2005). *Schmerzenskinder*. Berlin: Ullstein.

Dorkenoo, E. & Elworthy, A. (1992). *Female Genital Mutilation: Proposals for Change*. London: Minority Rights Group.

Dyer, O. (2020). *FGM: nearly 3000 girls are paraded in Kenya as pandemic hinders control efforts*. *BMJ*, 371, m4165. Verfügbar unter: <https://www.bmj.com/content/371/bmj.m4165.full> [Zugriff am 25.01.2021].

End FGM European Network (2021). *End Female Genital Mutilation. End FGM*. Verfügbar unter: <https://www.endfgm.eu/> [Zugriff am 01.02.2021].

End FGM European Network (2020). *FGM in Europe*. Verfügbar unter: <https://www.endfgm.eu/female-genital-mutilation/fgm-in-europe/> [Zugriff am 07.07.2021].

Equality Now, End FGM European Network & US End FGM/C Network (2020). *Weibliche Genitalverstümmelung/-Beschneidung: Ein Aufruf zu globalem Handeln*. Verfügbar unter: https://www.maedchenbeschneidung.ch/public/user_upload/2020_FGMC_GlobalReport_DE.pdf [Zugriff am 08.07.2021].

European Asylum Support Office. (2021). *IARLJ Berlin Launch of Qualification for International Protection*. Verfügbar unter: <https://www.easo.europa.eu/berlin-launch-qualification-international-protection> [Zugriff am 27.01.2021].

- Giffey, F. (2020) *Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend BMFSFJ*. Deutsches Ärzteblatt. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/114136/Zehntausende-Maedchen-und-Frauen-in-Deutschland-von-Genitalverstummelung-betroffen> [Zugriff am 10.01.2021].
- GKioulia. (2017). *IARLJ Berlin Launch of Qualification for International Protection. EUROPEAN ASYLUM SUPPORT OFFICE*. Verfügbar unter: <https://www.easo.europa.eu/berlin-launch-qualification-international-protection> [Zugriff am 21.01.2021].
- Glover, J., Liebling, H., Barrett, H. & Goodman, S. (2017). The psychological and social impact of female genital mutilation: A holistic conceptual framework. *Journal of International Studies*, 10(2), 219-238.
- Göttsche, A. L. (2020). *Weibliche Genitalverstümmelung/Beschneidung interdisziplinäre Betrachtungen und rechtliche Einordnungen im Lichte von Grund- und Menschenrechten*. Verfügbar unter: <https://www.mohrsiebeck.com/10.1628/978-3-16-159001-6> [Zugriff am 28.1.2021].
- Graf, J. (2012). *Weibliche Genitalverstümmelung und die Praxis in Deutschland. Hintergründe – Positionierung zur Ethik – ärztliche Erfahrungen* (Dissertation). Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.
- Grapentin, J. (2008). Genitale Beschneidung bei Frauen und deren Auswirkungen auf Schwangerschaft und Geburt. *Die Hebamme* 21(1), 28-31.
- Gruber, F., Kulik, K. & Binder, U. (2005). *Studie zu weiblicher Genitalverstümmelung (FGM = Female Genital Mutilation)*. Im Auftrag von: Feleknas Uca – Mitglied des Europäischen Parlaments. Tübingen: TERRE DES FEMMES e. V. Verfügbar unter: <https://www.frauenrechte.de/images/downloads/fgm/EU-StudieFGM.pdf> [Zugriff am 16.06.2020].
- Gust, B. (2010). *Maßnahmen zum Schutz von Kindern und Jugendlichen*. Verfügbar unter: https://www.future-kjh.de/Maßn.SchutzKiJu_14012010.pdf. [Zugriff am 25.01.2021].
- Heinerth, K. (2004). Von der Akuten zur Posttraumatischen Belastungsstörung. Eine stresstheoretische Begründung zur klientenzentrierten Intervention. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 35 (4), 145-169.
- Hoppe, A. K. (2013). *Präventionsmaßnahmen bei drohender weiblicher Genitalverstümmelung*. Bielefeld: Verlag Ernst und Gieseking.
- Hulverscheidt, M. (2002). *Weibliche Genitalverstümmelung. Diskussion und Praxis in der Medizin während des 19. Jahrhunderts im deutschsprachigen Raum* (Mabuse Verlag Wissenschaft, Bd. 63). Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag.
- Hulverscheidt, M. A., Ahlers, C. J. & Ihring, I. (2009). Weibliche Genitalverstümmelung – soziokulturelle Hintergründe, rechtliche Rahmenbedingungen, gesundheitliche Folgen, Möglichkeiten der Intervention. *Sexuologie*, 16(1-2), 17–32.

Hussein, A. (2000). Ich war doch noch ein Kind. In C. Hermann. (Hrsg.), *Das Recht auf Weiblichkeit. Hoffnung im Kampf gegen die Genitalverstümmelung*. (S. 33-47). Bonn: Dietz.

Ihring, I. (2015). *Weibliche Genitalbeschneidung im Kontext von Migration*. Opladen: Budrich UniPress.

Integra (2007). *Weibliche Genitale. Beschneidung – Umgang mit Betroffenen und Prävention Empfehlungen für Angehörige des Gesundheitswesens und weitere potentiell involvierte Berufsgruppen*. Verfügbar unter: <https://www.frauenrechte.de/images/downloads/fgm/EmpfehlungenFGM-2007.pdf> [Zugriff am 22.01.2021].

Kaplan Marcusán, A. (2020). Was wissen Männer über die geheime Welt von Frauen? In U. v. Fritschen, C. Strunz & R. Scherer (Hrsg.), *Female Genital Mutilation: medizinische Beratung und Therapie* (S. 18-22). Berlin/ Boston: De Gruyter.

Kane, I. (2008). *Protecting the rights of minorities in Africa. A guide for human rights activists and civil society organizations*. London: Minority Rights Group International. Verfügbar unter: <https://resourcecentre.savethechildren.net/node/6368/pdf/6368.pdf> [Zugriff am 25.01.2021].

Kentenich, H. & Utz-Billing, I. (2006). Weibliche Genitalverstümmelung, Lebenslanges Leiden. *Deutsches Ärzteblatt*, 103(13), A-842 – 845.

Koch, S. (2013): *Best Practice in der FGM-Prävention. Ein Praxishandbuch für schweizerische Gesundheitsinstitutionen zur Prävention von weiblicher Genitalbeschneidung*. Luzern: Interact Verlag Hochschule Luzern.

Köbach, A., Ruf-Leuschner, M. & Elbert, T. (2018). *Psychopathological sequelae of female genital mutilation and their neuroendocrinological associations*. *BMC Psychiatry*, 18(1), 187.

Kölling, A. (2008). *Weibliche Genitalverstümmelung im Diskurs: exemplarische Analysen zu Erscheinungsformen, Begründungsmustern und Bekämpfungsstrategien*. Berlin: LIT Verlag.

Korzilius, H. (2015). Genitalverstümmelung: Hilfe für Mädchen und Frauen. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 112(13), A-570 / B-484 / C-472. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/169001/Genitalverstuemmung-Hilfe-fuer-Maedchen-und-Frauen> [Zugriff am 28.01.2021].

Krohse, B. (2004). *Familiengerichtliche Präventionsmaßnahmen bei drohender Genitalverstümmelung in Deutschland*. Berlin: Fachhochschule für Verwaltung und Rechtspflege.

Kruse, M. (2020) Traumasensible Geburtshilfe- zum Schutz der Gebärenden, der Hebammen und der Geburtshelfer. In U. v. Fritschen, C. Strunz. & R. Scherer (Hrsg), *Female Genital Mutilation: Medizinische Beratung und Therapie*. (S. 189-193). Berlin/ Boston: De Gruyter.

Lebkom e.V., Lessan e.V., Terre des Femmes Menschenrechte für die Frau e.V. (TDF) & End FGM European Network (End FGM EU) (o.J.). *Gemeinsamer Schattenbericht Deutschland*. Verfügbar unter: https://www.frauenrechte.de/images/downloads/fgm/2020/TDF_LebKom_Lessan_End_FGM_EU_GREVIO_Schattenbericht_-_Deutschland.pdf [Zugriff am 22.01.2021].

Lightfoot-Klein, H. & Müller, S. (2003). *Der Beschneidungsskandal*. Berlin: Orlanda Frauen-Verlag.

Lünsmann, G. (2015). (K)ein Aysl für Frauen – Genitalverstümmelung im Spiegel verwaltungsgerichtlicher Rechtsprechung. In: Terre des Femmes (Hrsg.), *Schnitt in die Seele. Weibliche Genitalverstümmelung – eine fundamentale Menschenrechtsverletzung*. (2. überarb. und aktual. Aufl., S. 217-226). Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag.

MDR aktuell (2020). *Mehr Opfer weiblicher Genitalverstümmelung: Zahlen für Deutschland*. tagesschau.de 25.06.2020. Verfügbar unter: <https://www.tagesschau.de/inland/genitalverstuemmung-deutschland-101.html> [Zugriff am 27.01.2021].

Muiruri, P. (2020). Kenyan efforts to end FGM suffer blow with victims paraded in 'open defiance'. *The Guardian*, 21.10.2020. Verfügbar unter: <https://www.theguardian.com/global-development/2020/oct/21/kenyan-efforts-to-end-fgm-suffer-blow-with-victims-paraded-in-open-defiance> [Zugriff am 25.01.2021].

Nabaterregga, I. (2017). Weibliche Genitalverstümmelung – Formen, Folgen, Prävention und Beratung. *Pro Familia Medizin*, (2), 4-9. Verfügbar unter: https://www.profamilia.de/fileadmin/dateien/fachpersonal/familienplanungsrundbrief/profamilia_medizin-2_2017.pdf [Zugriff am 14.05.2021].

Nestlinger, J., Fischer, P., Jahn, S., Ihring, I. & Czelsinski, F. (2017). Eine empirische Studie zu weiblicher Genitalverstümmelung in Deutschland. Freiburg.

O'Dey, D. M. (2017). Die anatomische Rekonstruktion nach weiblicher Genitalbeschneidung (FGM/C). *pro familia medizin*, (2), 1–13. Verfügbar unter: https://www.profamilia.de/fileadmin/dateien/fachpersonal/familienplanungsrundbrief/profamilia_medizin-2_2017.pdf [Zugriff am 24.06.2021].

Özalp, M. (2020). *Die psychischen Folgen von Genitalbeschneidung bei Frauen*. Unveröffentlichte Bachelorthesis. Düsseldorf: Hochschule Düsseldorf.

Prolongeau, H. (2011). Undoing FGM: Pierre Foldes, *The Surgeon Who Restores the Clitoris*. Frankfurt/M.: UnCUT/VOICES.

Rahman, A., & Toubia, N. (2000). *Female Genital Mutilation. A guide to laws and policies worldwide*. London: Zedbook.

Rittel, C. I. (2008). Eritrea's ban on female genital mutilation in force for one year. *Development and Cooperation*, (3), 97. Verfügbar unter: <https://www.dandc.eu/de/article/ein-jahr-genitalverstuemmungsverbot-eritrea> [Zugriff am 27.07.2021].

Schnüll, P. (2003). *Weibliche Genitalverstümmelung in Afrika*. In: Terre des Femmes (Hrsg.), *Schnitt in die Seele* (S. 23-64). Frankfurt/M.: Mabuse Verlag.

Shell-Duncan, B., Wander, K., Hernlund, Y. & Moreau, A. (2011). *Dynamics of change in the practice of female genital cutting in Senegambia: testing predictions of social convention theory*. *Social Science & Medicine*, 73(8), 1275–1283.

Sotiriadis, G. (2014): Der neue Straftatbestand der weiblichen Genitalverstümmelung, § 226a StGB: Wirkungen und Nebenwirkungen. *Zeitschrift für Internationale Strafrechtsdogmatik* (7-8), 320–339. Verfügbar unter: http://www.zis-online.com/dat/artikel/2014_7-8_834.pdf. [Zugriff am 25.01.2021].

Statistisches Bundesamt (2020). *Rechtspflege. Strafverfolgung*. Fachserie 10, Reihe 3, Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Staat/Justiz-Rechtspflege/Publicationen/Downloads-Strafverfolgung-Strafvollzug/strafverfolgung-2100300197004.pdf;jsessionid=75476A0ABBAAC691C2DD335469453F30.live711?__blob=publicationFile [Zugriff am 11.7.21].

Stiller, B. (2006) *Weibliche Genitalverstümmelung: Was weiß die Medizin? Eine Studie des Österreichischen Instituts für Kinderrechte and Elternbildung*, Vienna: Österreichischen Instituts für Kinderrechte und Elternbildung.

Streng, K. D. (2013). *Traumatisierung durch weibliche Genitalverstümmelung. Ein Prozessmodell unter besonderer Berücksichtigung der Migration*. *Trauma & Gewalt*, 7 (4), 324–337.

Strunz, C. (2020). Anspruch an Zentrum/Praxis und Ansprache. In U v. Fritschen, C. Strunz. & R. Scherer (Hrsg.), *FEMALE GENITAL MUTILATION: medizinische Beratung und Therapie* (S. 80–84) Berlin/Boston: DE GRUYTER.

Task Force FGM (2020). *Für effektive Prävention von Genitalverstümmelung e.V. taskforcefgm. Folgen*. Verfügbar unter: <https://www.taskforcefgm.de/fgm/folgen/> [Zugriff am 22.07.2020].

Task Force FGM (2021). *Gerichtsbeschlüsse zur Verhinderung von Genitalverstümmelung an minderjährigen Mädchen im Heimatland der Eltern*. Task Force für effektive Prävention von Genitalverstümmelung. Verfügbar unter: <https://www.taskforcefgm.de/2010/03/gerichtsbeschluesse/> [Zugriff am 11.7.21].

TDF- Webredaktion (o. J.). *TERRE DES FEMMES – Neues EU-Projekt: Gender ABC*. Berlin: Terre des Femmes. Verfügbar unter: <https://www.frauenrechte.de/unsere-arbeit/themen/gender-abc> [Zugriff am 22.01.2021].

Terre des Femmes (2005, Hrsg.): *Studie zur weibliche Genitalverstümmelung (FGM)*. Verfügbar unter: <http://frauenrechte.de/online/images/downloads/fgm/EU-StudieFGM.pdf> [Zugriff am 18.01.2021].

Terre des Femmes (2015). *Schnitt in die Seele. Weibliche Genitalverstümmelung – Eine fundamentale Menschenrechtsverletzung* (2., überarb. u. aktual. Aufl.). Frankfurt/M.: Mabuse Verlag.

Terre des Femmes (2019). *Terre des Femmes – Menschenrechte für die Frau e.V. – FGM in Afrika. TERRE DES FEMMES Menschenrechte für die Frau e.V.* Verfügbar

unter: <https://www.frauenrechte.de/unsere-arbeit/themen/weibliche-genitalverstuemmung/allgemeine-informationen/fgm-in-afrika> [Zugriff am 20.01.2021].

Terre des Femmes (2020). *Bundesweite Liste mit AnsprechpartnerInnen zu medizinischen, juristischen und sozialen Leistungen in Sachen FGM / C List with nationwide contacts about medical, legal and social services concerning FGM / C*. Verfügbar unter: https://www.frauenrechte.de/images/downloads/fgm/2020/Bundesweite-Liste-_AnsprchpartnerInnen-FGM_C-Oktober-2020.pdf [Zugriff am 24.01.2021].

Terre des Femmes (2020). *Trotz oder gerade wegen Corona: Die CHANGE Agents sind weiterhin aktiv!* Verfügbar unter: <https://www.frauenrechte.de/unsere-arbeit/the-men/weibliche-genitalverstuemmung/let-s-change/aktuelles/4417-trotz-oder-gerade-wegen-corona-die-change-agents-sind-weiterhin-aktiv> [Zugriff am 27.01.2021].

Thierfelder, C., Hatz, C. & Bodiang, C. K. (2005). Migrantinnen mit genitaler Verstümmelung in der Schweiz: Hintergrundinformation und Vorschläge für die ärztliche Praxis. *Praxis* 92 (31), 1307-1319.

Tidey, A. (2021). *Female genital mutilation: COVID-19 school closures have led to a rise in FGM cases, say experts*, Euronews, 06.02.2021. Verfügbar unter: <https://www.euronews.com/2021/02/06/fgm-covid-19-pandemic-thought-to-have-sparked-a-rise-in-female-genital-mutilations-say-exp> [Zugriff am 10.5.2021].

Tonk, S. (2020). Hilfsangebote für Betroffene. In U. v. Fritschen, C. Strunz R. Scherer (Hrsg.), *Female Genital Mutilation: Medizinische Beratung und Therapie* (S. 208-212) Berlin/Boston: De Gruyter

Toubia, N. (1994). Female circumcision as a public health issue. *The New England Journal of Medicine*, 331(11), 712-716.

Tschabuschnig, C. (2019). Weibliche Genitalverstümmelung. *FGM stellt Österreichs Gesundheitssystem vor Herausforderungen*. Verfügbar unter: <https://www.medinlive.at/gesundheitspolitik/fgm-stellt-oesterreichs-gesundheitssystem-vor-herausforderungen/> [Zugriff am 27.07.2021].

UNICEF, Terre des Femmes & Berufsverband der Frauenärzte e.V (2005)

UNICEF. *Female genital mutilation/female genital cutting: a statistical report*. New York: UNICEF.

UNICEF. (2016). *New statistical report on female genital mutilation shows harmful practice is a global concern – UNICEF*. Press release, New York, 5. February 2016. Verfügbar unter: https://www.unicef.org/media/media_90033.html [Zugriff am 20.07.2021].

Data.unicef.org (2016). *Female Genital Mutilation/Cutting: A global concern*. UNICEF DATA. Verfügbar unter <https://data.unicef.org/resources/female-genital-mutilationcutting-global-concern/> [Zugriff am 22.07.2020].

UNICEF, United Nations Children's Fund (2021). *2 Million additional cases of female genital mutilation likely to occur over next decade due to COVID-19. Only united,*

concerted and well-funded action can end this human rights violation, 5. Februar 2021. Verfügbar unter: <https://www.unicef.org/press-releases/2-million-additional-cases-female-genital-mutilation-likely-occur-over-next-decade> [Zugriff am 10.5.21].

United Nations (2012). *International Day of Zero Tolerance for Female Genital Mutilation, 6 February*. Verfügbar unter: <https://www.un.org/en/observances/female-genital-mutilation-day> [Zugriff am 27.01.2021].

Utz-Billing, I. & Kentenich, H. (2008). Female genital mutilation: an injury, physical and mental harm. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 29(4), 225–229.

Vereinte Nationen (2020). *Erklärung zum internationalen Tag der Nulltoleranz gegenüber der Genitalverstümmelung bei Frauen und Mädchen, 6. Februar*. Verfügbar unter: <https://unric.org/de/06022020-genitalverstuemmung/> [Zugriff am 30.07.2021].

Wacker, J., Zerm, C., Mothes, A. & Kantelhardt, E. (2008). Schwangerschaft und Geburt nach Genitalbeschneidung. *Der Gynäkologe*, 41(9), 735–743.

Weinberg, D. (2005). *Traumatherapie mit Kindern. Strukturierte Trauma-Intervention und traumabezogene Spieltherapie*. Stuttgart: Pfeiffer Klett-Cotta.

WHO (Hrsg.) (1996). *Female Genital Mutilation: Information Kit, Department of Women's Health, Health Systems and Community Health*. Geneva: World Health Organization. Verfügbar unter: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/65858/WHO_CHS_WMH_99.11.pdf?sequence=1&isAllowed=y [Zugriff am 22.07.2021].

WHO (1999). *Female genital mutilation: Programmes to date: what works and what doesn't*. Verfügbar unter: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/wmh_99_5/en/ [Zugriff am 13.01.2021].

World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. (2008). *Eliminating female genital mutilation. An interagency statement*; OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNIFEM, WHO. Geneva: World Health Organization. Verfügbar unter: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/9789241596442/en/> [Zugriff am 22.01.2021].

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2020). *Female genital mutilation*. Verfügbar unter: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/female-genital-mutilation> [Zugriff am 27.01.2021].

Wolf, H. & Eljelede U. (2013). Weibliche Genitalverstümmelung – Hintergründe, Rechtslage und Empfehlungen für die medizinische Praxis. In: M. Grassberger K. Yen & E. Türk (Hrsg.), *Klinisch-forensische Medizin* (S. 267–277). Wien: Springer.

Zerbin, D. (2019). *Schriftliche Stellungnahme für den Ausschuss für Gleichstellung und Frauen des Landtags NRW. Landtag Nordrhein-Westfalen 17. Wahlperiode (Stellungnahme 17/1524)*. Verfügbar unter: <https://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumente/narchiv/Dokument/MMST17-1524.pdf> [Zugriff am 27.01.2021].

Zerm, C. (2009). Weibliche Genitalverstümmelung als ein komplexes Phänomen. *Sexuologie*, 16 (1), 4–11.

Zerm, C. (2014). Weibliche Genitalverstümmelung. Was müssen Kinder- und Jugendärzte über die genitale Beschneidung von Mädchen wissen? – Zahlen, Daten, Fakten. *Pädiatrische Praxis*, 82, 59-72.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Janet Kursawe
Professur für Sozialwissenschaften
Fachbereich Polizei
Hochschule für Polizei und öffentliche Verwaltung
Abteilung Duisburg/Außenstelle Mülheim an der Ruhr Dümptener Straße 45
45476 Mülheim an der Ruhr
E-Mail: janet.kursawe@hspv.nrw.de