

# MÜLHEIM SAGT **NEIN** ZU WEIBLICHER GENITALBESCHNEIDUNG

Anlässlich des internationalen Gedenktages  
„NEIN zu Gewalt an Frauen“  
lädt der Runde Tisch gegen häusliche Gewalt  
in Kooperation mit dem Jugendzentrum Stadtmitte ein:

## Film

„The Cut“ von Beryl Magoko

## Vorträge

Jawahir Cumar, Stop Mutilation e.V.:  
Genitalbeschneidung in Deutschland?

Dr. Christoph Zerm, Gynäkologe:  
FGM – medizinische und soziokulturelle  
Aspekte im aktuellen globalen Kontext

**SAMSTAG, 26.11.2016**

**11.00 – 16.30 UHR**

Jugendzentrum Stadtmitte  
Georgstraße 24  
45468 Mülheim an der Ruhr



## DOKUMENTATION ZUM FACHTAG

Einleitung .....	4
Vorwort der Gleichstellungsbeauftragten Antje Buck .....	6
Grußwort des Oberbürgermeisters Ulrich Scholten .....	7
I. Informationen zum Dokumentarfilm „The Cut“ von Beryl Magoko .....	8
II. Genitalbeschneidung in Deutschland? Ein Beitrag von Jawahir Cumar, Gründerin und Geschäftsführerin von stop mutilation e.V. ....	10
III. Weibliche Genitalverstümmelung. Was müssen Kinder und Jugendärzte über die genitale Beschneidung von Mädchen wissen? Ein Beitrag des Frauenarztes Dr. Christoph Zerm .....	13
IV. Juristische Fakten .....	24
V. Weiterführende Informationen .....	28
Links .....	30
Impressum .....	31



Jennifer Jaque-Rodney vom Mülheimer Hebammenladen im Gespräch mit Dr. Eva Niedziella Rech.



Hildegard Freiburg, Ulrich Scholten und Antje Buck.



Auch Bürgermeisterin Margarete Wietelmann (3.v.l.) war unter den Gästen.

Der Runde Tisch gegen häusliche Gewalt Mülheim an der Ruhr ist im Jahr 2003 angetreten, ein Zeichen zu setzen gegen Gewalt an Frauen. Seither treffen sich unter Leitung der Gleichstellungsstelle Institutionen und Einrichtungen sowie politische Vertreterinnen und Vertreter aus Mülheim, um gemeinsam gegen häusliche Gewalt anzugehen. Dieses gelingt durch regelmäßigen Austausch im Netzwerk, Kooperation, die Organisation von Veranstaltungen, das Erstellen von Materialien und Aufklärung der Öffentlichkeit über unterschiedliche, Gewalt gegen Frauen-betreffende Themen. So beschäftigt sich der Runde Tisch nicht nur mit „klassischer“ häuslicher Gewalt, sondern auch mit Themen wie Zwangsheirat, Frauenberatung, Opferschutz, sexueller Missbrauch, anonyme Spurensicherung oder eben auch weibliche Genitalbeschneidung (Female Genital Mutilation, FGM).

Über FGM, aktuell durch die Zuwanderung erneut in den Focus gerückt, klären auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jugendzentrums Stadtmitte schon lange auf und organisierten mehrmals Filmvorführungen mit Diskussionen – auch um Frauen aus Ländern, in denen weibliche Genitalbeschneidung stattfindet, zu erreichen.

Das war, neben dem Wunsch, Vertreterinnen und Vertreter der Berufsgruppen, die mit betroffenen Frauen zu tun haben, zu informieren, ebenfalls ein wichtiges Anliegen unseres (Fach-)Tages „Mülheim sagt Nein zu weiblicher Genitalbeschneidung“ am Samstag, 26. November 2016 im Jugendzentrum Stadtmitte.

So kamen am Tag nach dem Internationalen Gedenktag „NEIN zu Gewalt an Frauen“ rund 60 Personen, Mitglieder des Runden Tisches, Bürgerinnen und Bürger sowie Fachleute in das Jugendzentrum, um den berührenden und preisgekrönten Film der kenianischen Regisseurin Beryl Magoko über eine Beschneidungszeremonie bei den Kuria zu sehen. Die Filmemacherin war anwesend und stellte sich den Fragen des Publikums. Da die selbst durch Beschneidung betroffene junge Frau aus der gefilmten ostafrikanischen Gemeinde stammt,

war es ihr möglich, die Zeremonie, wie auch die lokalen Anstrengungen, die Praxis der weiblichen Beschneidung abzuschaffen, sensibel zu dokumentieren.

Der sich anschließende Vortrag von Jawahir Cumar, Gründerin und Geschäftsführerin des Vereins „stop mutilation“ und Bundesverdienstkreuz-Trägerin, verdeutlichte die Komplexität des Themas und ihren unermüdligen Kampf gegen FGM in ihrem Ursprungsland Somalia (Somalia hat, laut Terre des Femmes, die weltweit höchste Rate weiblicher Genitalbeschneidung), durch deutschlandweite Vorträge sowie Beratungen in der Düsseldorfer Beratungsstelle.

Die darauf folgende Pause bot allen Teilnehmenden Gelegenheit zur Stärkung am köstlichen Mittagsbüffet, organisiert durch das Team des Jugendzentrums Stadtmitte. In angeregten Gesprächen konnten erste schockierenden Informationen „verarbeitet“ werden. Einige Mitglieder des Runden Tisches nutzten die Möglichkeit zur Vorstellung ihrer Arbeit.

Abschließend referierte Dr. Christoph Zerm aus soziokultureller und medizinischer Sicht zum Thema. Ungeschönt stellte der Frauenarzt, der seit vielen Jahren beschnittene Frauen berät und behandelt, alle Formen der FGM vor und beantwortete die zahlreichen Fragen der Anwesenden mit Präzision und großem Engagement.

Die Mitglieder des Runden Tisches gegen häuslichen Gewalt danken allen Beteiligten für die engagierte Zusammenarbeit und vor allem dem Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, MGEPA, für die großzügige finanzielle Unterstützung. Ohne diese Mittel wäre die Veranstaltung in diesem Rahmen nicht möglich gewesen.



Augusta Frehmann (II.) und Jutta Michele vom Weißen Ring.



Vahide Tiğ (Jugendzentrum Stadtmitte) im Gespräch mit Elke Domann-Jurkiewicz (AWO).



Die Mittagspause bot die Möglichkeit für angeregte Unterhaltungen.

Das Thema „FGM“ ist eine der größten frauenpolitischen Herausforderungen. Viele Fachkräfte, die mit beschnittenen Frauen und Mädchen in Kontakt kommen, trifft diese Erfahrung völlig unvorbereitet. Auch die Vorstellung, mit welchen Bildern, Assoziationen und Gefühlen wir es im Rahmen des Fachtages zu tun bekommen, wenn wir uns umfassend und seriös informieren wollen, löst zunächst Abwehr und Entsetzen aus. Deshalb war die Entscheidung des „Runden Tisches“ in Mülheim an der Ruhr durchaus mutig, am „Internationalen Tag gegen Gewalt an Frauen“ dieses Thema buchstäblich genauer in den Blick zu nehmen und neben Fallzahlen und Verbreitungsgebieten auch die konkreten körperlichen Folgen zu betrachten.

Was hilft eigentlich gegen den Reflex, bei diesem auch emotional aufgeladenen Thema lieber auf Distanz zu bleiben?

Da sind zunächst einmal die Fachleute und Aktivistinnen zu nennen, die uns auf der Basis ihrer eigenen Erfahrungen persönlich motiviert haben, einmal nicht wegzuschauen und deren gleichermaßen sensible wie kritisch-analytische Haltung uns behutsam auf den Weg gebracht hat. Auch die große Anzahl von Teilnehmenden und die Anwesenheit Betroffener trug dazu bei, sich der Verantwortung zu stellen, die – auch in unserer Stadt – nun einmal übernommen werden muss, in diesem Fall sogar unter Beteiligung des ersten Bürgers und der ersten Bürgerin, Herrn Oberbürgermeister Ulrich Scholten und Frau Bürgermeisterin Margarete Wietelmann.



Gleichstellungsbeauftragte Antje Buck.

Vor allem aber war es unser intuitiver gemeinsamer Ausgangspunkt, nämlich die gemeinsamen Vorstellungen von Gleichberechtigung und Menschenwürde hier vor Ort zu verteidigen. Kulturelle Überlegenheitsgefühle sind hierbei übrigens fehl am Platz, denn auch bei uns gab es bis ins vorige Jahrhundert die Haltung, die selbstbestimmte weibliche Sexualität sei eine Art Störung und auch bei uns wurde die klinische Beschneidung als therapeutisches Mittel angewandt, um Frauen ruhiger zu machen.

Ein Veranstaltungstag wie dieser wirkt nachhaltig: Wir haben gemeinsam zugehört, angeschaut und gelernt, wir haben uns dem Thema und einander neu genähert und sind nun „wissender“ und bereit, diese Herausforderung anzunehmen – ein gutes Gefühl!

Antje Buck

Gleichstellungsbeauftragte Mülheim an der Ruhr



Oberbürgermeister Ulrich Scholten.

**Sehr geehrte Damen und Herren,**

körperliche Unversehrtheit gehört zu den im Grundgesetz Art. 2 verankerten Menschenrechten. Weibliche Genitalbeschneidung ist ein schwerer Verstoß dagegen!

Sie wird leider in vielen Ländern der Welt, auch im Verborgenen in Deutschland oder im nahen europäischen Ausland, immer noch praktiziert.

Laut UNICEF sind aktuell 200 Millionen Mädchen und Frauen von weiblicher Beschneidung betroffen. 200 Millionen zu viel! Mehr als die Hälfte dieser Frauen lebt in Indonesien, Ägypten und Äthiopien.

Heute, am Tag nach dem Internationalen Gedenktag „Nein zu Gewalt an Frauen!“, wollen wir unser Augenmerk auf diese extreme Form der Gewalt an Frauen und Mädchen richten.

Die Betroffenen sind während der Verstümmelung ihrer Geschlechtsteile häufig noch im Kleinkind- oder Kindesalter, am Beginn ihrer Pubertät, manche bereits erwachsen. In den allermeisten Fällen haben sie keine Möglichkeit, sich der unvorstellbar schmerzhaften Prozedur, die häufig ohne Betäubung mit häufig schweren gesundheitlichen und nicht selten tödlichen Folgen vollzogen wird, zu entziehen.

Körperliche und seelische Qualen, der Verlust sexuellen Empfindens und lebenslange starke gesundheitliche Einschränkungen sind die Folge.

Die gestiegene Zahl an Zuwanderungen nach Deutschland und auch nach Mülheim an der Ruhr rückt dieses grausame und tabuisierte Thema für uns in den Fokus. Es bedarf ungeschöner Aufklärung und Auseinandersetzung mit dem Thema, für Bürgerinnen und Bürger, aber vor allem auch für Fachleute, Ärztinnen und Ärzte, Hebammen oder Schwangerschafts- und Konfliktberaterinnen, die nun mehr und mehr mit beschnittenen Frauen und deren Leiden und Einschränkungen zu tun haben werden.

Wir möchten dabei auch diejenigen erreichen, die aus den Gesellschaften kommen, in denen Genitalbeschneidung bis heute praktiziert wird. Ihnen müssen wir deutlich sagen, dass diese extrem frauenverachtende Tradition hier in Deutschland nicht fortgeführt werden darf!

Mädchen und Frauen in Deutschland und Europa müssen nicht beschnitten sein, um einen Platz in unserer Gesellschaft zu finden.

Und wir – die Gesellschaft – wir sind gefordert, mit den körperlichen und psychischen Problemen der beschnittenen Frauen sensibel umzugehen und ihnen gesundheitliche und andere Hilfen anzubieten, damit sie mit den Folgen so gut wie möglich leben können.

Ich wünsche heute allen viel Stärke bei der sicher nicht einfachen Auseinandersetzung mit dem Thema der weiblichen Genitalbeschneidung – in der Hoffnung, dass diese schlimme Tradition hier und auf der ganzen Erde so bald wie möglich der Vergangenheit angehört.

Und den Mitgliedern des Runden Tisch gegen häusliche Gewalt danke ich herzlich, dass sie sich dieses Themas angenommen haben.

Vielen Dank!

Ulrich Scholten

Oberbürgermeister der Stadt Mülheim an der Ruhr

„Der Tag war für mich ein Wechselbad der Gefühle: Begeisterung über das Engagement der ReferentInnen, Trauer um weltweit leidende Frauen und Wut über die sich so langsam ändernden „Traditionen“.“

Cäcilia Tiemann, stellv. Gleichstellungsbeauftragte

## Informationen zum Dokumentarfilm „The Cut“

Ein Dokumentarfilm (43 min) über FGM/FGC (Female Genital Mutilation / Female Genital Cutting) von Beryl Magoko.



„Wer mit den Augen Magokos einmal in die Gesichter der Mädchen geschaut hat, wird sie nie wieder vergessen.“ (Töns Wiethüchter im humanistischen Online-Magazin ‚Diesseits.de‘ am 19.2.13)

Beryl Magoko hat ihren Diplomfilm (Kampala University Film Class) im Herbst 2010 über das sehr schwierige Thema Genitalbeschneidung in ihrem Heimatdorf gedreht. Diese Tatsache und eine lange Recherchezeit haben es ihr ermöglicht, wirklich engen Kontakt zu den Menschen zu bekommen – Gegnern wie Befürwortern dieser sehr alten Tradition: jungen Mädchen, alten Frauen, Beschneiderinnen und verschiedenen, meist von der Kirche unterstützten Aktivisten. Die so entstandenen Interviews werden mit Bildern der Vorbereitung und Durchführung des Rituals sowie Aktionen gegen dieses zu einem Film verwoben, dem man sich nur schwer entziehen kann.

Obwohl in Kenya „nur“ etwa 25% der Mädchen und Frauen betroffen sind, tut sich die Regierung schwer, das im Oktober 2011 verabschiedete Gesetz gegen die weibliche Geschlechtsverstümmelung durchzusetzen. Zu groß sind die Widerstände in den ethnischen Gruppen, die von der alten Tradition nicht lassen wollen. Zu groß ist besonders der Druck auf die Mädchen, die aus Angst, keinen Mann zu bekommen, „freiwillig“ zur Beschneidung gehen – und so wird es wohl noch eine ganze

Weile dauern, bis bei den Kuria keine Mädchen mehr beschnitten werden.

Ende 2010, als The Cut gedreht wurde, gab es in Kenia noch kein eindeutiges Gesetz gegen FGM. Dieses wurde erst ein Jahr später erlassen. Trotzdem werden immer noch viele Mädchen verstümmelt – zu groß ist der gesellschaftliche Druck.

Beryl Magoko gelingt es in ihrem Film, diesen gesellschaftlichen Druck spürbar zu machen, den Zuschauer die scheinbare Ausweglosigkeit miterleben zulassen – aber gleichzeitig ohne pauschale Verurteilungen auszukommen. Gelingen ist ihr das wohl auch deshalb, weil sie selbst eine Betroffene ist und deshalb wirklich weiß, wovon sie redet.

„Der Film gibt somit einen sehr persönlichen und intimen Einblick aus der Perspektive einer Betroffenen in die Tradition der FGM. Er schildert mit ruhigen Bildern die Ohnmacht der Mädchen, den Druck der Gesellschaft und sammelt vor Ort Stimmen und Bilder zu der jahrhundertealten Praxis: Bilder des Schmerzes, der Hilflosigkeit und der Angst.“ (Töns Wiethüchter a.a.O.)

Bislang gibt es eine englische, deutsche, französische und spanische Version von „The Cut“, eine Version in Kiswahili ist geplant. Die Interviews der Protagonisten sind untertitelt, der spärliche Kommentar in der jeweiligen Sprache gesprochen.

Bis März 2016 lief „The Cut“ auf 27 internationalen Festivals in Afrika, Europa und den USA und hat acht Auszeichnungen erhalten.

Weitere Informationen, Pressematerial und einen Trailer gibt es unter:

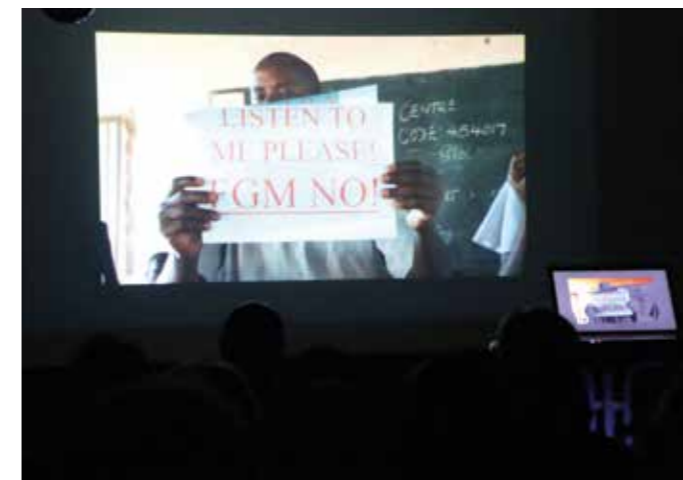
<http://thecutdocumentary.wordpress.com>  
[film.thecut@gmail.com](mailto:film.thecut@gmail.com)



(v.l.) Antje Buck, Beryl Magoko (Regisseurin) und Cäcilia Tiemann diskutieren nach der Filmvorführung mit dem Publikum.



Filmszene: The Cut.



„Listen to me please: FGM NO!“

# Genitalbeschneidung in Deutschland?

Ein Beitrag von  
Jawahir Cumar,  
Gründerin und  
Geschäftsführerin  
von stop  
mutilation e.V.

## Alter der Mädchen

Mädchen werden beschnitten

- in den ersten Lebenstagen und -wochen,
- im Kleinkindalter,
- in der späten Pubertät als Teil der Hochzeitsvorbereitungen,
- sehr häufig zwischen dem 4. und 8. Lebensjahr,
- in Somalia im Alter von 4 bis 12 Jahren.

## Wie werden Mädchen beschnitten?

Als Werkzeuge werden Alltagsgegenstände wie Küchenmesser, Rasierklingen und Eisenblechstücke verwendet. Die Beschneidung findet unter miserablen hygienischen Umständen statt. Die „Werkzeuge“ werden für mehrere Mädchen benutzt. Zwischendurch wird das Blut nur mit einem Tuch oder am Kleid abgewischt. Mehrere Frauen, darunter meist die eigene Mutter, halten das Mädchen fest. Zur Schmerzlinderung werden nicht wirksame Kräuter verabreicht.

## Wer führt die Beschneidung durch?

Der „Beruf“ der Beschneiderin wird über Generationen weitergegeben. In Somalia macht das nur ein bestimmter Stamm. Meist handelt es sich um ältere Frauen aus den Dörfern. Neue Beschneiderinnen lernen durch Zusehen. Die Beschneiderinnen haben keine medizinischen Kenntnisse.

## Gründe

Die Gründe zur Rechtfertigung der weiblichen Genitalbeschneidung spiegeln die weltanschauliche und historische Situation der Gesellschaft in Somalia wider.

- Mütter und Großmütter sind für die Beschneidung, damit ihre Tochter oder Enkelin einen Mann zum Heiraten findet. Das sichert den Frauen und ihren Familien das Einkommen.
- Die Menschen denken, nur durch die Beschneidung bleibe die Jungfräulichkeit erhalten.



Jawahir Cumar, stop mutilation.

- Hygienische Gründe: Nur durch die Beschneidung werde erreicht, dass ein Mädchen sauber ist.

Das ganze Dorf sagt, dass im nächsten Monat alle Mädchen eines bestimmten Alters beschnitten werden. Die Frauen des Dorfkomitees sammeln Geld, um die Beschneiderin zu bezahlen. Für die Mädchen wird ein Fest veranstaltet. Sie bekommen ein schönes Kleid und Süßigkeiten. Die Mädchen werden nach und nach zur Beschneiderin geholt. Sie wissen nicht, was sie erwartet, hören aber die Schreie der anderen Mädchen. Bei der Beschneidung nach Typ III (Infibulation) werden den Mädchen für vier bis acht Wochen die Beine zusammengebunden.

## Was kann dagegen getan werden?

### Afrika

- Bildung statt Beschneidung  
In Afrika wäre Bildung für jedes Mädchen wichtig. Dann könnte es als Frau für sich selber und für die Familie sorgen und bräuhete keinen Mann.
- Umschulung von Beschneiderinnen  
Wichtig ist, dass für Beschneiderinnen alternative Einkommensmöglichkeiten geschaffen werden.  
stop mutilation führt in der somalischen Region Puntland ein Umschulungsprojekt für Beschneiderinnen durch.

„Lasst uns gemeinsam dafür kämpfen, was es heißt, eine Frau zu sein.“

Waris Dirie

- Aufklärungskampagnen  
stop mutilation führt in der somalischen Region Puntland Aufklärungskampagnen zum Thema weibliche Genitalbeschneidung durch.

## Deutschland

In Deutschland ist es vor allem wichtig, Bewusstsein zu schaffen. Das Thema weibliche Genitalbeschneidung sollte bekannter gemacht werden. Es sollte darüber informiert und gesprochen werden.

- Umfeld informieren: z.B. den eigenen Frauen- und Kinderarzt, Nachbarinnen und Nachbarn
- Leitfäden
- Fachtagungen
- Vorträge

## Beratungsstelle stop mutilation

stop mutilation hat die einzige Beratungsstelle zum Thema weibliche Genitalbeschneidung in Nordrhein-Westfalen. Betroffene Frauen werden in kultursensibler Weise bei gesundheitlichen, kulturellen und rechtlichen Problemen beraten. Mindestens einmal im Monat findet eine gynäkologische Sprechstunde mit dem Frauenarzt Dr. Christoph Zerm statt. Dort werden gesundheitliche Folgen der Genitalbeschneidung wie Schmerzen, Menstruationsbeschwerden und Infektionen behandelt. Dr. Zerm erstellt auch medizinische Gutachten für die Anerkennung im Asylverfahren. Die Beratungsstelle von stop mutilation arbeitet mit Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten zusammen und begleitet Frauen dorthin. Auch bei Arztbesuchen und Behördengängen werden Frauen bei Bedarf begleitet.



In manchen Ländern werden Kinder bereits im Kleinkindalter beschnitten.



Interessiert verfolgen die Gäste den Vortrag von Jawahir Cumar.



Dr. Christoph Zerm im Gespräch mit Beryl Magoko.

„Ich habe mich sehr gefreut, dass so viele engagierte Mitmenschen auf dem Fachtag waren. Egal, wie oft ich mich mit dem Thema beschäftige, jeder Vortrag ist für mich erneut eine Achterbahn der Gefühle. Ich denke, wir konnten herausarbeiten, dass das Problem der Genitalverstümmelung nicht nur in Afrika, sondern auch in unserer unmittelbaren Nachbarschaft praktiziert wird. Eine Sensibilisierungs- und Präventionsarbeit zum Thema Weibliche Genitalverstümmelung ist daher sehr wichtig.“

Vahide Tiğ, Jugendzentrum Stadtmitte

Wenn Frauen zum ersten Mal in die Beratungsstelle kommen, erwähnen sie ihre Genitalbeschneidung meistens noch nicht. Sie haben oft auch andere Probleme und es muss erst Vertrauen geschaffen werden. Häufig ist ihr Aufenthaltsstatus nicht gesichert und es gibt Schwierigkeiten mit dem ärztlichen Gutachten, weil viele Ärztinnen und Ärzte Typ I und II der weiblichen Genitalbeschneidung nicht erkennen. Dann glaubt das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge den Frauen nicht, dass sie von Genitalbeschneidung betroffen sind. Deshalb ist es wichtig, dass erfahrene Ärzte wie Dr. Christoph Zerm diese Gutachten erstellen. Seine Gutachten umfassen zwei bis drei Seiten und gehen auch auf die Situation und Prävalenz im Herkunftsland ein. Frauen haben schon Gutachten anderer Ärzte vorgelegt, die nur aus wenigen Sätzen bestanden.

In der Beratungsstelle von stop mutilation müssen die Frauen nicht erklären, was sie haben. Die Beraterinnen wissen, was Genitalbeschneidung bedeutet. Fragen nach dem Eingriff selbst werden vermieden, wie etwa: „Wie alt warst du?“ Als Gesprächseinstieg werden Fragen nach den Lebensumständen gestellt: Wie lange die Frauen in Deutschland sind, wie viele Sprachkurse sie besucht haben. Wenn die Beraterinnen etwas notieren, erklären sie das den Frauen. Nach dem zweiten oder dritten Gespräch fassen die Frauen oft Vertrauen und fühlen sich zuhause. Aber jeder Mensch ist anders und manche Frauen brauchen mehr Zeit. Wichtig ist es, den Frauen zuzuhören und ihnen zu helfen.

Die Beratungsstelle bietet auch Männerberatung und Jugendberatung an. Auch Fachkräfte werden informiert und sensibilisiert, insbesondere solche, die mit Flüchtlingen arbeiten. An die Beratungsstelle wenden sich auch Menschen, die nicht afrikanischer Herkunft sind. Das ist meistens der deutsche Partner oder die deutsche Partnerin in einer binationalen Ehe oder es sind die deutschen Großeltern.

Zu den Angeboten der Beratungsstelle gibt es einen Flyer.

Für bestimmte Berufsgruppen führt stop mutilation Fachtagungen durch und erstellt Leitfäden.

## Weibliche Genitalverstümmelung

### Was müssen Kinder und Jugendärzte über die genitale Beschneidung von Mädchen wissen? – Zahlen, Daten, Fakten

Ein Beitrag von  
Dr. Christoph  
Zerm, Praxis für  
Frauenheilkunde  
und Geburtshilfe,  
Herdecke

#### Einleitung

Eine wichtige Klarstellung vorweg: Viele betroffene Frauen fühlen sich herabgewürdigt bei der Bezeichnung Verstümmelung, daher sollte in ihrer Gegenwart das neutrale Wort Beschneidung verwendet werden. Vor Menschen, die nichts oder wenig über diesen Brauch wissen, wäre die letztgenannte Bezeichnung jedoch eine unverantwortbare Verharmlosung (Euphemismus). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert »female genital mutilation« (FGM) wie folgt: „Alle Verfahren, die die teilweise oder vollständige Entfernung der weiblichen äußeren Genitalien oder deren Verletzung zum Ziel haben, sei es aus kulturellen oder anderen nicht-therapeutischen Gründen.“

Expertinnen gehen von weltweit 130 bis 150 Millionen betroffener Frauen aus, jährlich kommen 2 bis 3 Millionen hinzu. In einigen Ländern ist nur ein kleinerer Prozentsatz der weiblichen Bevölkerung betroffen, in anderen Ländern, wie Sudan, Somalia und Ägypten, weit über 90 Prozent aller Frauen. Die Verbreitung reicht von Fernost (Philippinen, Malaysia, Indonesien) über Kurdistan, Südarabien sowie den mittleren Teil Afrikas bis nach Mittelamerika, mit Schwerpunkt in fast 30 afrikanischen Ländern. (Abb. 1).



Abb. 1: Verbreitung FGM Typ II und Typ III in Afrika und Nahost, etwa 2004 (Quelle: Terre des Femmes)

Alteingewurzelte Traditionen halten sich erfahrungsgemäß am hartnäckigsten in ländlichen Regionen, besonders bei hohem Analphabetenanteil. In der Anonymität der größeren Städte besteht eher die Chance,

diesen zwingenden Bräuchen zu entkommen. Allerdings gibt es in den letzten Jahren Berichte, dass auch unter großstädtischen Intellektuellen, z.B. im Sudan, ein Trend zu beobachten sei, wieder streng zu solchen Praktiken zurückzukehren. Die Süd-Nord-Migration seit vielen Jahren hat dazu geführt, dass auch in Deutschland eine zunehmende Anzahl von Mitbürgern aus Ländern leben, in denen FGM noch ausgeübt wird („Prävalenzländer“). Nach Berechnungen von Terre des Femmes handelt es sich dabei um mindestens 60.000 Migrantinnen aus solchen Ländern. Aufgrund der prozentualen Verbreitung (Prävalenz) in diesen Ländern lässt sich errechnen, dass davon etwa 25.000 bis 30.000 Mädchen und Frauen von FGM betroffen und mutmaßlich etwa 6.000 Mädchen gefährdet sind.

#### Einteilung der Typen nach WHO (2008)

Typ I: Partielle oder vollständige Entfernung der Klitoris und/oder der Klitorisvorhaut (Klitoridektomie).

Typ II: Partielle oder vollständige Entfernung der Klitoris und der kleinen Schamlippen, mit oder ohne Entfernung der großen Schamlippen (Exzision).

Typ III: Verengung der vaginalen Öffnung mit Herstellung eines bedeckenden, narbigen Hautverschlusses nach Entfernen der kleinen und/oder großen Schamlippen durch Zusammenheften oder -nähen der Wundränder, meistens mit Entfernung der Klitoris (Infibulation oder „Pharaonische Beschneidung“). Die Wundränder werden dabei z.B. mit Akaziendornen zusammengesteckt, bis auf eine bleistiftdünne Öffnung; das lateinische Wort „Fibula“ (Klammer, Spange) in „Infibulation“ weist auf das Verschließen hin (Abb. 2–4).

Typ IV: Alle anderen schädigenden Eingriffe, die die weiblichen Genitalien verletzen und keinem medizinischen Zweck dienen, z.B.: Einstechen, Durchbohren, Einschneiden, Ausschaben, Ausbrennen oder Verätzen, Dehnen.



Abb. 2: Schnittflächen bei Typ III (Quelle: Dirk Heidemann; nach Vorlage C. Zerm)



Abb. 3:  
Wundverschluss Typ III  
(Quelle: Dirk Heidemann;  
nach Vorlage C. Zerm)



Abb. 4:  
Vernarbter Zustand  
nach Infibulation  
(Quelle: unbekannt)



Abb. 5:  
Alte Beschneiderin in Somalia  
(Quelle: Jawahir Cumar,  
2010)



Abb. 6:  
FGM-Beschneidungsmesser  
(Quelle: The Lancet, 2006)

Die Typen I und II sind am weitesten verbreitet und betreffen weltweit etwa 80 Prozent der genital verstümmelten Frauen. Zum Typ III gehören etwa 15 Prozent aller von FGM betroffenen Frauen. Es gibt jedoch Länder, in denen praktisch alle Mädchen dieser extremsten Form unterzogen worden sind.

Zur Verdeutlichung, welche schwer wiegende Beeinträchtigung alle Typen von FGM für die Betroffenen darstellen, hilft ein entwicklungsbiologischer Vergleich: Typ I würde für den Mann den Verlust des Penis (nicht nur des Präputiums!) bedeuten, bei Typ II würde zusätzlich auch das Scrotum entfernt. Für Typ III könnte darüber hinaus nichts Entsprechendes mehr für den Mann genannt werden. Der Einteilungsversuch der WHO ist natürlich nur ein grobes Raster. In der ländlichen Situation gilt, was auch die Vorfahren schon immer taten, und das variiert zuweilen von Dorf zu Dorf. Anatomische Kenntnisse sind nicht vorauszusetzen, und auch an medizinische Instrumente ist nicht zu denken.

So dient den Beschneiderinnen, zumeist ältere, angesehene Frauen im Dorf (Abb. 5), als Schneidewerkzeug alles, was gerade zur Hand ist: Küchenmesser, Glasscherben, Rasierklingen oder -messer, alte geschärfte Eisenblechstücke, tradierte Beschneidungsmesser (Abb. 6), zuweilen auch die Fingernägel. Dies geschieht unter zu allermeist unhygienischen Verhältnissen.

Zur Schmerzlinderung werden Kräuterzubereitungen verwendet oder auch gar nichts. Narkosen gibt es nicht, das Mädchen wird von einigen Frauen (darunter meistens auch die eigene Mutter) festgehalten. Selbst wenn die Beschneiderin eine genauere Vorstellung hat von dem, was sie entfernen will, können Altersschwachheit, schlechte Lichtverhältnisse oder plötzliche Abwehrbewegungen des Opfers zu zusätzlichen unkontrollierten Verletzungen, Knochenbrüchen und vielem anderen mehr führen. Zum Vernähen werden Bindfäden, Bast, Dornen und Eisenringe verwendet. Besonders bei Typ III werden den Mädchen anschließend die Beine fest umwickelt. So sind sie für die nächsten Wochen

völlig stillgelegt, bis die Wunde zugeheilt ist. Das Alter der Mädchen bei der Beschneidung variiert je nach Ethnie und Überlieferung, von Land zu Land, von Region zu Region. Es passiert in den ersten Lebensstagen und -wochen (z.B. am Horn von Afrika), im Kleinkindalter, im Alter von 4 bis 10 Jahren oder vereinzelt auch in der späten Pubertät als Teil der Hochzeitsvorbereitungen, wobei es sich hierbei häufig auch noch um Frühehen handelt („under age marriages“). Manchmal hängt der Zeitpunkt der Beschneidung auch von den finanziellen Möglichkeiten ab. In den letzten Jahren wird in einigen Prävalenzländern eine zunehmende Verlagerung des Zeitpunktes in immer frühere Lebensabschnitte beobachtet (Abb. 7 und 8). Durch die heutigen Kommunikationsmöglichkeiten sind viele Mädchen besser informiert und versuchen, vor der Verstümmelung zu fliehen. Die Vorverlagerung des Beschneidungsalters soll diese Entwicklung verhindern. In Guinea und Gambia wird außerdem nicht selten eine Zweitbeschneidung vor der Hochzeit vorgenommen, wenn im Kindesalter „zu wenig“ beschnitten worden ist.

### Vorkommen in Europa

Ist von gefährdeten Mädchen in Deutschland die Rede, impliziert das die Frage, ob und wie die Gefahr real werden kann. Anders als z.B. in Frankreich hat es in Deutschland bisher mangels gerichtsfester Aussagen noch keine Verurteilungen wegen FGM gegeben. Dennoch gehen alle sachkundigen Akteure von einer schwer quantifizierbaren Dunkelziffer aus. Eine Möglichkeit besteht in der sog. Ferienbeschneidung: Das Mädchen kommt in den Ferien in die Ursprungsregion der Eltern und wird dort, ob mit oder gegen den Willen der Eltern, von anderen Angehörigen oder deren Helfern beschnitten. Manchmal wird aus diesem Anlass noch ein großes Fest veranstaltet, der Tradition entsprechend. Tragischerweise kommt es immer wieder vor, dass eine auch nur kurze Abwesenheit von Eltern, die gegen FGM eingestellt sind, von den übrigen Familienmitgliedern ausgenutzt wird, um die Tochter dennoch zu beschneiden. Eine andere Möglichkeit ist das Einfliegen von Beschnei-

derinnen nach Deutschland, oder man fährt in ein europäisches Nachbarland, um dort den Akt vornehmen zu lassen. Laut einer Umfrage unter deutschen Frauenärzten wird auch gelegentlich hierzulande angefragt, ob eine Beschneidung durchgeführt werden kann. Beweise dafür sind bisher nicht bekannt geworden.

### Diagnostik

Je jünger das betroffene Mädchen ist, umso schwieriger wird für den untersuchenden Arzt (z.B. Pädiater) die Diagnostik. Typ III ist in jedem Alter unschwer zu erkennen, jedoch kann es schon schwieriger sein, bei einem kleinen Mädchen eine (Teil-)Resektion der Labia minora von einer physiologisch kleinen Variante abzugrenzen. Hilfreich ist dabei die Beachtung von Begleitindizien, wie z.B. (kleine) Narben, Kerben, Verziehungen und vor allem eine (Teil-)Resektion der Klitoris und/ oder des Präputiums. Bei Typ I gibt es erfahrungsgemäß ein breites Spektrum: Von einer nahezu symbolischen „Kappung“ der Klitoris (die manchmal nur noch schwer verifizierbar ist) bis zur radikalen Klitorisentfernung kann alles, auch in Zwischenformen, vorkommen. Hierbei ist die zusammenfassende Wertung von Befund und Anamnese besonders wichtig.

### Ursprünge und Grundlagen

Im Bewusstsein der Anwendenden leitet sich FGM vor allem aus Folgendem ab:

- Tradition („das haben unsere Vorfahren schon immer so gemacht ...“; „der Wille der Ahnen wird hierdurch erfüllt ...“). Genaueres über den Ursprung ist nicht bekannt. Erste Hinweise auf FGM stammen von ägyptischen Mumien aus dem 3. vorchristlichen Jahrtausend. Mutmaßlich von dort breitete sich diese Praxis in alle Richtungen weiter aus. Im Islam des Propheten Mohammed (der seine Töchter nicht beschneiden ließ) war FGM nicht verankert, jedoch unter den Nachbarvölkern verbreitet. Bei der Eroberung dieser Völker machte sich nach und nach auch FGM in das Brauchtum der entstehenden muslimi-

schen Reiche und erreichte später so auch das äquatoriale Afrika.

- Die meisten Anwender glauben, dass FGM den Vorschriften der Religion entspreche, und zwar bekenntnisübergreifend (Muslime, Christen, andere Glaubensrichtungen). Keineswegs ist FGM auf die islamische Welt beschränkt, wird andererseits dort auch gar nicht überall praktiziert, z.B. nicht in Saudi-Arabien. Allerdings: Länder, in denen FGM am brutalsten praktiziert wird, sind überwiegend muslimischen Glaubens. Bei genauerer Betrachtung lässt sich FGM durch keine schriftlich überlieferte Glaubensvorschrift, gleich welcher Religion, begründen.
- Das magische Konzept der Initiation, des Überganges in die erwachsene Geschlechterrolle. Nach der Mythologie wurde der Mensch als ein zunächst mit männlichen und weiblichen Anteilen ausgestattetes Wesen angesehen. Der Schritt in die eindeutig definierte Rolle als erwachsene Frau oder Mann wird demzufolge nur möglich durch die Entfernung der „gegengeschlechtlichen“ Attribute (Präputium beim Mann und Klitoris bei der Frau). Hinzu kommt möglicherweise (unbewusst) die auch von den Indianern Nordamerikas bekannte Kombination von Schmerzertragen und Festlichkeit.
- Die Überzeugung, durch FGM die angeblich sonst zu sehr überbordende Sexualität der Frauen besser dämpfen zu können. Gleichzeitig sei so der Schutz der Jungfräulichkeit und vor Vergewaltigung (z.B. einsamer Hirtenmädchen) gewährleistet, ferner fördere FGM die Empfängnisfähigkeit, die allgemeine Gesundheit sowie die eheliche Treue. Diese bewusste Unterdrückung der weiblichen Sexualität ist das wesentliche und bestimmende Merkmal dieser schädigenden Tradition, Ausdruck männlicher Dominanz in einer patriarchalischen Gesellschaft.



Abb. 7:  
The child weeps von Wande  
George, Nigeria 1998  
(Teil einer Wanderausstellung  
etwa 2010 in Deutschland)



Abb. 8:  
Beschneidungsszene, nigerianischer Maler MM, 2006  
(Teil einer Wanderausstellung  
etwa 2010 in Deutschland)



*„Es ist mir durch und durch gegangen – und das noch lange im Nachgang!“*

*Dr. Eva Niedziella-Rech, Frauenärztin*

### **Sozio-kulturelle Verwurzelung**

In den meisten Anwendergesellschaften werden unbeschnittene Frauen als Prostituierte diskriminiert, sie haben keine Chance, einen Ehemann zu bekommen. Stellt dieser am Hochzeitstag einen unbeschnittenen Zustand fest, wird die Braut mit Schande in ihr Heimatdorf zurückgetrieben, wo auch ihre Familie fortan sozial stigmatisiert ist. Ohne Verheiratung hat eine Frau in der patriarchalischen Gesellschaft jedoch keine soziale Zukunft, somit keine realistische Lebensbasis. So ist es ein Akt der Fürsorge, dass vor allem die Großmütter streng auf der Einhaltung dieser Sitte achten, etwa so, wie im westlich-okzidentalen Kulturkreis die Einschulung die Zukunft sichern hilft. Daran wird eines deutlich: Bildung verhilft der Frau zur Möglichkeit, sich selber versorgen zu können, und damit zu mehr Unabhängigkeit – ein wichtiger Baustein zur Überwindung von FGM. Ein weiterer Baustein sind anatomisch-physiologische Kenntnisse – für Frauen und Männer gleichermaßen! Ohne diese ist den Menschen der Zusammenhang zwischen den oftmals verheerenden Folgen und FGM nicht im Geringsten klar. Ein dritter Baustein wäre die Ächtung von FGM durch die geistlichen Autoritäten bis hinunter zur Dorfebene, auch dies auf der Basis von Aufklärung. Ein sehr entscheidender Faktor ist schließlich, ob die Regierung eines Landes sich aktiv in die Überwindung von FGM einbringt oder nicht.

### **Medizinische, psychische und soziale Komplikationen**

Je nach Ausmaß der FGM und den Fähigkeiten der Beschneiderin sind Komplikationen unterschiedlich ausgeprägt:

#### **Frühkomplikationen**

Starker Blutverlust bis zur Verblutung, schmerzbedingter Kollaps, traumatischer Schock, der zum Tod führen kann. Ferner können Nachbarorgane verletzt werden wie Rektum bzw. Anus, Urethra, Harnblase, größere Gefäße und die Vaginalwand mit der Gefahr von Fistelbildung. Die beschriebenen, häufig

sehr mangelhaften hygienischen Bedingungen führen oft zu schweren Infektionen, nicht selten mit Vereiterungen, noch begünstigt durch die behinderte Sauerstoffzufuhr zur Wunde, die meist heißen Außentemperaturen und den Bewegungsmangel. So kann es im weiteren Verlauf zu einer Sepsis kommen, an der selbst in Europa noch ein hoher Prozentsatz sterben würde, umso mehr in den Ländern des Südens.

#### **Spät- und Folgekomplikationen**

Da die „Schneidewerkzeuge“ meist mehrfach verwendet werden (natürlich ohne Zwischendesinfektion!), erweist sich dies zusätzlich noch als ein fataler Weiterbreitungsweg für gefährliche Infektionskrankheiten wie AIDS oder Hepatitis. Es kommt zu leichten bis schwersten Behinderungen beim Wasserlassen (für viele Betroffene ist es „normal“, 20–30 Minuten dafür zu benötigen), daraus resultierend Harnwegsinfektionen mit weiteren Komplikationen bis zur schweren Nierenbeckenentzündung. Aus Angst vor diesen Entleerungsbeschwerden trinken die Frauen noch weniger, was zu Steinbildungen und ebenfalls zu Infektionen führen kann, abgesehen von Austrocknungssymptomen und Stoffwechselerkrankungen. Gleichartige Probleme treten auf mit der Menstrualabsonderung: Die Periode dauert häufig bis zu 2 Wochen infolge von Menstrualstauungen, was dann heftige Dysmenorrhöen verursacht. Staus sind außerdem ideale Nährböden für aufsteigende Infektionen der inneren Genitalorgane (Adnexitis, Myometritis, Parametritis), die chronifizieren und zu Sterilität führen können. Diese sind vor allem in Afrika eine der schlimmsten Folgen, die einer jungen Frau zustoßen können. Die ausgedehnten Wunden, nicht selten sekundär verheilt, können Keloide bilden, auch Narbenverziehungen, Zysten und Neurinome, die bei jeder Berührung Schmerzen verursachen, und es kann zu Harnverhalt durch Urethralstenose kommen. FGM führt vor allem zu schwersten psychischen und physischen Behinderungen der Vitasexualis: Für viele vom Typ III betroffene Frauen ist der Geschlechtsakt gleichbedeutend mit der Erduldung grenzenlosen Schmerzes, der jedoch als naturgegeben hingenommen

wird, da die wenigsten Betroffenen von der Existenz anderer Lebensformen Kenntnis haben. Schon bei Typ II kann der Introitus erheblich verengt sein, umso schlimmer ist die Situation bei Typ III. Frauen, die infibuliert wurden, erleiden nicht selten im Laufe ihres Lebens zwanzig, dreißig Mal das Aufschneiden und Zunähen ihres Genitaleinganges: Zum ersten Mal in der Hochzeitsnacht – der Ehemann muss mit irgendeinem schneidenden Gegenstand aufschneiden, oder er versucht so lange zu penetrieren, bis es irgendwann einmal gelingt – sodann das wiederholte Zunähen bei Abwesenheit des Mannes, während der Schwangerschaft oder aus sonstigen Gründen. Mitfühlende Ehemänner werden mutmaßlich mit ihren Frauen mitleiden, und all dies kann auch beim Mann zu funktionellen Sexualstörungen führen. Unter solchen Bedingungen verlagert sich das Intimleben der Frauen in großen Teilen auf andere Bereiche jenseits des Geschlechtsaktes; Interviews haben ergeben, dass Betroffene auf dieser Grundlage mitunter europäische Frauen als etwas vereinseitigt ansehen. Bei eingetretener Schwangerschaft besteht die Gefahr schwerster geburtshilflicher Komplikationen mit stark verlängerten Geburtsverläufen und Geburtsverletzungen, vor allem in abgelegenen Gegenden ohne ausreichende medizinische Versorgung. Daraus resultiert eine hohe kindliche und mütterliche Morbidität und Mortalität. Eine in Afrika sehr verbreitete Schädigung, die Vesikovaginal- bzw. Rektovaginalfistel (oder in Kombination) wird u. a. durch solcherart verlängerte Geburtsverläufe bzw. –stillstände sehr begünstigt. Die sozialen Folgen solcher Komplikationen sind leicht nachvollziehbar: Bei Harn- und/oder Stuhlinkontinenz, aber auch schon bei dem mühsamen Abgang von Menstralsekret, kommt es fast immer zu sehr unangenehmen Geruchsentwicklungen, verschärft durch das heiße Klima. Dies, wie auch die Unfruchtbarkeit, kann und wird der Ehemann gegebenenfalls zum Anlass nehmen, seine Frau zu verstoßen. Beide werden mit keinem Gedanken darauf kommen, dass FGM die Ursache dieses Übels ist. Die Männer wissen zumeist nichts über die wirkliche Dimension von FGM. Sie halten das für eine Angelegenheit der Frauen,

sind allerdings dahingehend erzogen, dass nur beschnittene Frauen heiratsfähig sind. Derart verstoßene Frauen werden aus der Dorfgemeinschaft ausgeschlossen und haben wenig Chancen, sich noch lange am Leben erhalten zu können. Psychische Veränderungen: Immer wieder wird berichtet, wie verändert die Mädchen nach diesem Eingriff erscheinen; die kindliche Fröhlichkeit und Unbeschwertheit hat einem Ernst, mitunter einer Teilnahmslosigkeit Platz gemacht. In allen Lebensaltern bedeutet dieses enorme Trauma gleichzeitig den Verlust des Urvertrauens: Die geliebtesten Menschen haben ihr unvorbereitet diesen schrecklichen Schmerz angetan, statt sie zu schützen! Die zumeist lebenslange psychische Folgesymptomatik (z.B. Angst, Depressionen, Perspektivlosigkeit, psychosomatische Erscheinungen) wird von manchen Expertinnen mit dem Trauma einer Vergewaltigung verglichen. Die Erinnerung kann zwar verblassen, aber das Erlebte wird dennoch im Körper gespeichert. Erschwerend kommt das Schweigegebot hinzu: Über all dies darf nicht gesprochen werden, unter keinen Umständen! So wird es auch der Migrantin in Europa fast unmöglich sein, über ihre eigene Betroffenheit zu sprechen – sofern sie sich dieser überhaupt bewusst ist. Umso wichtiger ist die Verbreitung differenzierter und differenzierender Kenntnisse über FGM in allen Berufsgruppen und Bevölkerungskreisen, um erneute traumatisierende Erlebnisse mit ahnungs- und verständnislosen Europäern möglichst zu vermeiden. Leider existieren bis heute noch keine umfangreichen Untersuchungen, um wissenschaftlich gesicherte Aussagen machen zu können über das genauere Ausmaß der psychologischen und sozialen Folgeschäden von FGM und dessen Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung. Einige grundlegende Probleme haben diese Untersuchungen bisher ohnehin erschwert bzw. unmöglich gemacht: Das absolute Schweigegebot in Bezug auf FGM in den Anwenderpopulationen und das weitgehend fehlende Bewusstsein der Menschen in den Prävalenzländern über den Zusammenhang zwischen dem Akt der FGM und den potenziellen akuten und langfristigen Folgeschäden. Letztere müssten überdies während eines viele Jahre dauernden Beobach-

tungszeitraums registriert werden. Schließlich wäre es eine enorme Herausforderung, die kulturelle Kluft zu überbrücken, die den Fragesteller von den zu beobachtenden Menschen zunächst einmal trennt.

### Was ist zu tun?

Viele wichtige Bereiche des öffentlichen Lebens sollten besonders gut informiert sein, um angemessen reagieren und handeln zu können:

- Gesundheitswesen:  
Hebammen, Ärzte, Pflegende, Psychologen, Gesundheitsämter, Kostenträger etc.
- Bildung bzw. Erziehung:  
Kindergärtnerinnen, Lehrer, Kursleiter etc.
- Behörden bzw. Verwaltung:  
Asyl- und Ausländerämter, Fürsorge bzw. Sozialarbeiter, Jugendämter, Stadtverwaltungen, Ministerien usw.
- Ordnung und Recht:  
Anwälte, Justiz, Polizei.

### Worum geht es?

Grundsätzlich stehen bei der Aktivität zur Überwindung von FGM 2 Ziele im Fokus: Betroffenenbetreuung und Prävention (Schwangerenbetreuung ist hierbei ein geeigneter Einstieg, ein weiterer sind die pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen).

### Prävention

Angelehnt an die Erfahrungen in den Prävalenzländern erweist sich die Förderung von Wissen und Bewusstsein (Sensibilisierung) als effektive Prävention, in europäischen Ländern gleichermaßen wie in den Ursprungsländern. Die Betroffenen sind am besten zu erreichen durch respektvollen Umgang („Dialog auf Augenhöhe“). Das gilt auch für die Arzt-Patient-Begegnung. Hierdurch und durch vorherige Aneignung von Grundkenntnissen entsteht eine Art interkulturelle Kompetenz, die die Brücke zur Vertrauensbildung darstellt. Auf diesem Boden werden der Austausch von Gedanken und die Übermittlung von Wissen möglich und fruchtbar. Bedeutsam ist die po-

sitiv gestimmte Botschaft: Dem Kind soll es gut gehen, und jede Beeinträchtigung der körperlichen und damit auch psychischen Integrität hat gegenteilige, schädliche Folgen. Nur bei völliger Uneinsichtigkeit ist der Hinweis auf die strafrechtlichen Konsequenzen notwendig (im September 2013 ist in der Bundesrepublik Deutschland ein eigener Straftatbestand FGM verabschiedet worden: § 226a StGB). Meist genügt der freundliche, aber bestimmte Hinweis darauf, dass bei weiteren Untersuchungen stets erneut eine vollständige körperliche Untersuchung einschließlich des äußeren Genitals stattfinden wird. Dies ist zugleich ein Präventionsbeitrag für alle Kinder gegen Misshandlungen, zu denen FGM als eine Variante gehört, und es vermeidet die einseitige Diskriminierung und Stigmatisierung bestimmter Bevölkerungsgruppen, wie z.B. Menschen mit dunkler Hautfarbe, die sonst schlimmstenfalls unter Generalverdacht gelangen könnten. Will man darüber hinaus aktiv werden ist es sinnvoll, sich bestehenden lokalen und/oder regionalen Runden Tischen gegen Mädchenbeschneidung anzuschließen oder einen neuen zu gründen. Hierbei ist es wichtig, mit den Communities in Kontakt zu kommen, im weiteren Verlauf auch gemeinsame Veranstaltungen durchzuführen, wiederum zur Förderung des gegenseitigen Vertrauens und Verständnisses. Dabei sollte eine isolierte FGM-Thematisierung vermieden werden, weil FGM für viele noch immer ein striktes Tabuthema ist und FGM nur als Teil des umfassenderen Problems der Stellung der Frau in einer (tradiert) patriarchalischen Gesellschaft verstanden werden kann.

### Betroffenenversorgung – weitgehend noch ein Zukunftsziel

Gemeint sind Fürsorge und Behandlung für Frauen, die von FGM betroffen sind und unter Komplikationen leiden. Eine effiziente Versorgung erfordert, mehrere Ebenen zu berücksichtigen: Medizinisch, psychologisch und supportiv durch Sensibilisierung des sozialen Umfeldes und durch Zusammenschluss von Betroffenen.

### Medizinische Ebene

Hilfreich wäre die Einrichtung eines nationalen Referenzzentrums (ähnlich einer Giftnotrufzentrale), die Bereitstellung spezifischer Behandlungen sowohl operativ wie auch konservativ, sowie flankierende Maßnahmen wie Beratung und Rehabilitation. Einiges davon ist bereits umgesetzt: In vielen großen Städten arbeiten Vereine und Organisationen mit Beratungsstellen etc. In Aachen, Düsseldorf, München und Berlin sind Operateure mit speziellen Angeboten für Betroffene tätig. In einigen Psychosozialen Zentren (PSZ) können Frauen begleitet und therapiert werden. In Nordrhein-Westfalen ist seit 2011 eine niedrigschwellige Beratungshotline (»Kutairi«) eingerichtet worden, in 6 verschiedenen Sprachen. Bei zunehmendem Bewusstsein der Betroffenen wird der Ausbau der Beratungsstellen erforderlich sein. Rehabilitationsangebote fehlen derzeit noch.

### Psychologische Ebene

Hier ist an Schulungsprogramme für gemeindezentrierte Gesundheitshelferkräfte zu denken, für die auch ein angemessenes finanzielles Budget erforderlich wäre. Die Anzahl der bereits bestehenden Psychosozialen Zentren müsste wahrscheinlich vermehrt werden. Ärzte, die sich der Versorgung Betroffener widmen wollen, brauchen ein Weiterbildungsangebot für angemessene psychologische Begleitung.

### Juristische Aspekte

Unsicherheit besteht häufig noch in Bezug auf Meldepflicht versus ärztliche Schweigepflicht. Anders als in Frankreich, wo eine Meldepflicht formuliert worden ist, wird in Deutschland die Schweigepflicht als ein hohes Gut angesehen. Gleichwohl überwiegt in der Güterabwägung der Schutzgedanke immer dann, wenn „unmittelbare Gefahr droht“. Zeichnet sich also eine geplante, unmittelbar bevorstehende Beschneidung ab, oder ist eine Tochter gerade beschnitten worden und hat noch eine unbeschnittene Schwester, so ist in Deutschland

unter Einhaltung besonderer Verfahrenswege der Arzt seit Anfang 2012 berechtigt (nicht verpflichtet), sich mit Jugendamt, Gesundheitsamt oder anderen geeigneten Stellen in Verbindung zu setzen. Die Informierung der Polizei sollte immer als Ultima ratio gelten, weil die Polizei grundsätzlich zur Einleitung strafrechtlicher Ermittlungen verpflichtet ist, was dem Kindeswohlinteresse häufig eher nicht entspricht.

### Keine Medikalisierung!

In manchen Ländern haben sich einzelne Akteure und örtliche Organisationen dafür eingesetzt, FGM unter klinischen Bedingungen durchzuführen, um die gesundheitlichen Risiken zu reduzieren. Vor allem einige wohlhabendere Kreise versuchen daher, diese Prozedur in medizinischen Einrichtungen durch medizinisches Personal durchführen zu lassen (z.B. in Ägypten und im Sudan sehr verbreitet). Jedoch und gerade deshalb sind besondere Anstrengungen geboten, diese „Medikalisierung“ jeglicher Form von FGM zu unterbinden. Die Begründung dafür ist die Verpflichtung aller medizinisch Tätigen, sich an die ethischen Grundlagen aller Gesundheitsversorgung zu halten:

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

Die Medikalisierung behindert überdies die endgültige Überwindung dieser schädigenden traditionellen Praktik („harmful traditional practice“, WHO), weil sie durch Verbesserung eines Teilaspektes das Bewusstsein für die Notwendigkeit mindert, die grundlegende Verletzung des Rechtes auf körperliche und psychische Unversehrtheit und damit der Menschenrechte, die mit FGM gegeben ist, vollkommen zu beseitigen. Dementsprechend haben sich alle internationalen sowie viele nationale Gesundheitsorganisationen strikt gegen die Medikalisierung ausgesprochen.

*„Frage nicht, wie FGM auf dich wirkt, sondern versuche zu verstehen, wie sich eine Betroffene fühlen mag, vor allem in der direkten Begegnung mit dir!“*

*Dr. Christoph Zerm*

## Zusammenfassung

Ausgehend von der seitens der WHO vorgegebenen Definition wird auf die physischen, psychischen und sozialen Komplikationen sowie auf historische Aspekte und auf die komplexe sozio-kulturelle Verwurzelung in den anwendenden Ethnien eingegangen. FGM kann nicht verstanden werden ohne Berücksichtigung der gesellschaftlichen Rolle der Frauen und der sich daraus ergebenden Konsequenzen. Die zunehmende Anzahl der in Europa ankommenden Migrantinnen bringt eine neue Herausforderung mit sich für Angehörige aller Berufe, die potenziell in Anspruch genommen werden könnten, vor allem im Gesundheitswesen. Nur ein Mindestmaß an spezifischem Verständnis für die Situation der Betroffenen wird gewährleisten, dass in angemessener und respektvoller Weise auf die Bedürfnisse der Frauen eingegangen und zugleich erfolgsorientiert zur Prävention beigetragen werden kann.

Die Auseinandersetzung mit FGM hat somit grundsätzlich 2 Zielrichtungen: Prävention und Betroffenenversorgung – in den Prävalenzländern, wie auch in den hoch industrialisierten Ländern. Erfolgreiche Strategien in den Prävalenzländern können als Anregungen für Akteure auch in Europa, Nordamerika etc. genutzt werden, vor allem für die Arbeit mit und in den Migranten-Communities. Seit einigen Jahren weitet sich die Informations- und Betreuungsarbeit in Deutschland aus, wenn auch immer noch anfänglich.



Der Vortrag von Dr. Christoph Zerm löste bei vielen Anwesenden große Betroffenheit aus.



Dr. Christoph Zerm gibt detaillierte medizinische Informationen.



Dr. Christoph Zerm im Gespräch mit Beryl Magoko.



Unter den Anwesenden fand ein reger Austausch statt.



Anhand der ausgelegten Broschüren konnten sich die Gäste informieren.

## Weiterführende Literatur

1. *Dirie MA, Lindmark G.*: The risk of medical complications after female circumcision. *East Afr Med J* 1992; 69: 479–482.
2. *Lightfoot-Klein H.*: Das grausame Ritual. Sexuelle Verstümmelung afrikanischer Frauen. Frankfurt am Main: Fischer; 1992.
3. *Lightfoot-Klein H.*: Sexuelles Erleben beschnittener Frauen. *Sexualmedizin* 6/1993, 251 ff.
4. *antagem*: Weibliche Genitalverstümmelung. Informationsbroschüre. (sfr. 5,- Schutzgebühr + Versandkosten). antagem, c/o Ch. Beck-Karrer, Rabbentalstr. 77, CH-3013 Bern. 1994.
5. *Toubia N.*: Female circumcision as a public health issue. *N Engl J Med* 1994; 331: 712–716.
6. *Toubia N.*: FGM – a call for global action. New York: RAINBO; 1995.
7. *Beck-Karrer C.*: Löwinnen sind sie. Gespräche mit somalischen Frauen und Männern über Frauenbeschneidung. Schriftenreihe Feministische Wissenschaft. Bern: eFeF-Verlag; 1996.
8. *AG FIDE*: Stellungnahme zum Problem der Beschneidung der Frau. *Frauenarzt* 1996; 37: 1460–1464.
9. *Dehne K, et al.*: FGM in the North of Burkina Faso. *Curare* 1997; 20: 221–242.
10. FGM – a joint WHO/UNICEF/UNFPA statement. WHO, Geneva 1997.
11. *Krämer P, Damien I.*: Can female excision be transformed into a symbolic rite? *Entwicklungsethnologie*, 1999; 8: 12–23.
12. *Treib H.*: Beschneidung von Mädchen und Frauen in Afrika. *Kinder- und Jugendarzt* 2000; 31: 234–241.
13. *WHO*: Management of Pregnancy 2001. Internet ([http://www.who.int/gender/other\\_health/en/manageofpregnan.pdf](http://www.who.int/gender/other_health/en/manageofpregnan.pdf)).
14. *Pok Lundquist J.*: Medizinische Aspekte der rituellen »Frauenbeschneidung« *gynäkol prax* 2001; 25: 321–328.
15. *Beck-Karrer C.*: Soziokulturelle Aspekte der »Frauenbeschneidung«. *gynäkol prax* 2001; 25: 311–315.
16. *Snow RC, et al.*: Female genital cutting in southern urban and peri-urban Nigeria: *Tropi Med Int Health* 2002; 7: 91–100.
17. *Hulverscheidt M.*: Weibliche Genitalverstümmelung, Diskussion und Praxis in der Medizin während des 19. Jhdts. im deutschsprachigen Raum. Dissertation Univ. Göttingen 2000. Frankfurt/M: Mabuse; 2002.
18. *Zerm C, et al.*: Kampf gegen weibliche Genitalverstümmelung im In- und Ausland. *Frauenarzt* 2002; 43: 464–466.
19. *Terre des Femmes, Hrsg.*: Schnitt in die Seele – Weibliche Genitalverstümmelung. Eine fundamentale Menschenrechtsverletzung. Textsammlung. Frankfurt/M: Mabuse; 2003.
20. The female genital cutting education and networking project 2003. Internet (<http://www.fgmnetwork.org/intro/fgmintro.html>).
21. *CR7*: Female genital cutting in the demographic and health surveys: A critical and comparative analysis; 2004.
22. *Kröger I, et al.*: Das Ende der Aufklärung – Der internationale Widerstand gegen das Recht auf Familienplanung; Hrsg. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, Berlin 2004.
23. Islam united to stop female genital mutilation; *afrol News*, 9 November 2005. Internet (<http://www.afrol.com/articles/17176>).
24. *Dirie W.*: Schmerzenskinder. Berlin: Ullstein; 2005.
25. *Berufsverband der Frauenärzte, TERRE DES FEMMES, UNICEF (Hrsg.)*: Schnitte in Körper und Seele, eine Umfrage zur Situation von beschnittenen Mädchen und Frauen in Deutschland; 2005.
26. *Hohlfeld P, et al.*: Patientinnen mit genitaler Beschneidung. Schweizerische Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegefachkräfte; Hrsg.: SGGG, 2005. Internet (<http://www.sggg.ch/D/guidelines/index.asp>).
27. *Inter-African Committee/Comité Inter-Africain*: DECLARATION on the Terminology FGM; 6th IAC General Assembly, 4–7 April, 2005, Bamako/Mali. Internet (<http://www.iac-ciaf.org/index.php>).
28. *UNICEF*: Changing a harmful social convention: Female Genital Mutilation/Cutting. Florence, UNICEF – Innocenti Research Center; 2005.
29. *UNICEF*: Female Genital Mutilation/Cutting, a statistical exploration, New York; 2005.
30. FGM and Obstetric Outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries – WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome. *Lancet* 2006; 367:1835–1841; weitere Literatur s. dort.
31. *Zerm C.*: FGM, Umgang mit Betroffenen und Prävention – Empfehlungen. 2007. Internet (<http://www.drzerm.de/EmpfehlgenFGM2007.pdf>); ebenso abrufbar über: <http://www.fgm-nrw.info/startseite/informationen/> sowie <http://ag-fide.org/veroeffentlichungen/>.
32. *Student V.*: Weibliche Genitalverstümmelung – ein Thema auch in KiTas. Präventiv einschreiten für gefährdete Mädchen. In: Rieder-Aigner (Hrsg.), *Zukunftshandbuch Kindertageseinrichtungen*, Regensburg 2010, 1–10.
33. *O'Dey D, et al.*: The Anterior Artery Perforator (aOAP) flap. Surgical anatomy and application of a method for vulvar reconstruction. *Gynecol Oncol* 2010; 119: 526–530.
34. *WHO*: Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation. Geneva; 2010.
35. *Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe*: Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalbeschneidung/Genitalverstümmelung (Female Genital Cutting/Mutilation, FGC/FGM). Berlin; 2011.
36. *Hulverscheidt M.*: Weibliche Genitalverstümmelung und ihre Folgen. Konsequenzen für die reisemedizinische Beratung. *Flugmedizin, Tropenmedizin, Reisemedizin* 4/2011, 182–187.
37. *Aktion Weißes Friedensband e.V.*: NICHT MIT MIR! Düsseldorf; 2012.
38. *Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW*: Genitale Beschneidung/ Verstümmelung (FGM) bei Mädchen und Frauen. Handreichung für das Gesundheitswesen. Düsseldorf; 2012.
39. Telefonberatung KUTAIRI, inauguriert in 11/2012. Internet (<http://www.fgm-nrw.info/startseite/beratung>).
40. *Stop mutilation e.V.*: Leitfaden für pädagogische Fachkräfte. Weibliche Genitalbeschneidung – Mädchen unterstützen und schützen. Düsseldorf; 2013.
41. *Graf J.*: Weibliche Genitalverstümmelung aus Sicht der Medizinethik. Hintergründe– ärztliche Erfahrungen, – Praxis in Deutschland. Göttingen; 2013.
42. *WHO*: Female genital mutilation Fact sheet N°241, updated February 2013. Internet (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/index.html> und <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/en/index.html>).
43. *Freie und Hansestadt Hamburg. Behörde für Soziales, Familie und Integration*: Handlungsempfehlung der Hamburger Jugendämter. Intervention bei weiblicher Genitalverstümmelung. Hamburg; 2013.
44. *Hoppe AK.*: Präventionsmaßnahmen bei drohender weiblicher Genitalverstümmelung. Dissertation Univ. Würzburg. Band 257, Schriften zum deutschen, europäischen und vergleichenden Zivil-, Handels- und Prozessrecht. Bielefeld; 2013.

Der Autor erklärt, dass bei der Erstellung des Beitrags kein Interessenkonflikt im Sinne der Empfehlungen des International Committee of Medical Journal Editors bestand.

Dr. CHRISTOPH ZERM  
Praxis für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
Wilhelm-Huck-Straße 10, 58313 Herdecke  
[praxis@dr-zerm.de](mailto:praxis@dr-zerm.de)

## § 4 Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung

### (1) Werden

1. Ärztinnen oder Ärzten, Hebammen oder Entbindungspflegern oder Angehörigen eines anderen Heilberufes, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,
2. Berufspsychologinnen oder -psychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlussprüfung,
3. Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberaterinnen oder -beratern sowie
4. Beraterinnen oder Beratern für Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist,
5. Mitgliedern oder Beauftragten einer anerkannten Beratungsstelle nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes,
6. staatlich anerkannten Sozialarbeiterinnen oder -arbeitern oder staatlich anerkannten Sozialpädagoginnen oder -pädagogen oder
7. Lehrerinnen oder Lehrern an öffentlichen und an staatlich anerkannten privaten Schulen in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt, so sollen sie mit dem Kind oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten die Situation erörtern und, soweit erforderlich, bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.

(2) Die Personen nach Absatz 1 haben zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung gegenüber dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft. Sie sind zu diesem Zweck befugt, dieser Person die dafür erforderlichen Daten zu übermitteln; vor einer Übermittlung der Daten sind diese zu pseudonymisieren.

(3) Scheidet eine Abwendung der Gefährdung nach Absatz 1 aus oder ist ein Vorgehen nach Absatz 1 erfolglos und halten die in Absatz 1 genannten Personen ein Tätigwerden des Jugendamtes für erforderlich, um eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen abzuwenden, so sind sie befugt, das Jugendamt zu informieren; hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird. Zu diesem Zweck sind die Personen nach Satz 1 befugt, dem Jugendamt die erforderlichen Daten mitzuteilen.

Geht die Ärztin/der Arzt davon aus, dass die Genitalbeschneidung einer Minderjährigen geplant ist bzw. geplant sein könnte, ist Folgendes zu beachten:

Gemäß § 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) gilt: Ärztinnen/Ärzte, Hebammen/Entbindungspfleger, [...] die von gewichtigen Anhaltspunkten Kenntnis erlangen, welche für die Gefährdung des Wohls eines Kindes/Jugendlichen sprechen, sollen dies mit dem Kind/Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten erörtern und, soweit erforderlich, bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird. Bleibt ein solches Vorgehen erfolglos oder wäre dieses ersichtlich nicht geeignet, die Kindeswohlgefährdung abzuwenden, so sind die vorstehend genannten Berufsträger befugt, das Jugendamt zu informieren.

Kammergericht Berlin (Urteil vom 27. Juni 2013 – 20 U 19/12): Kommen Ärzte bei einer Behandlung von Kindern nach ärztlichem Standard zu dem ernstzunehmenden Verdacht einer Kindesmisshandlung, so ist die Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht durch Information der Polizei und des Jugendamtes entsprechend § 34 StGB gerechtfertigt.

Dazu muss eine Misshandlung nicht sicher erwiesen sein, denn es ist nicht Aufgabe der Ärzte, einen Verdacht auszuermitteln. Ausreichend ist, dass die festgestellten Verletzungen typischerweise durch eine Kindesmisshandlung hervorgerufen werden können.

Stellt die Ärztin/der Arzt fest, dass eine Minderjährige Opfer einer bereits durchgeführten Genitalbeschneidung, ist Folgendes zu beachten:

Das Strafverfolgungsinteresse bzgl. einer bereits begangenen Straftat rechtfertigt grundsätzlich nicht die Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht (vgl. Lenckner/Eisele in Schönke/Schröder – Strafgesetzbuch, 29. Auflage 2014, § 203 Rn. 31a).

Im Einzelfall kann wiederum eine Befugnis zur Anzeige gegenüber dem Jugendamt nach § 4 Abs. 3 KKG bestehen, wenn aufgrund der erfolgten Beschneidung eine somatische und/oder psychotherapeutische Behandlung der Minderjährigen medizinisch geboten ist und der/die Sorgeberechtigte/n einer solchen Behandlung nicht zustimmt. Denn in einem solchen Fall kann eine akute Kindeswohlgefährdung darin bestehen, dass das betroffene Mädchen nicht behandelt wird.

Eine im Herkunftsland drohende zwangsweise Genitalbeschneidung kann einen

**Asylanspruch** beziehungsweise ein **Abschiebungsverbot**

begründen.

Mehrere Verwaltungsgerichte haben bereits entsprechende Entscheidungen getroffen – so zum Beispiel

- Oberverwaltungsgericht Münster, Urteil vom 14.02.2014 – 1 A 1139/13.A
- Oberverwaltungsgericht Hamburg, Beschluss vom 06.01.1999 – 3 Bs 211–98
- Hessischer Verwaltungsgerichtshof Kassel, Urteil vom 23.03.2005 – 3 UE 3457/04
- Verwaltungsgericht Aachen, Urteil vom 12.08.2003 – 2 K 1924/00.A
- Verwaltungsgericht Frankfurt a.M., Urteil vom 29.08.2001 – 3 E 30495/98.A (2) sowie Urteil vom 29.3.1999 – 9 E 30919–97. A (2)
- Verwaltungsgericht Ansbach, Urteil vom 27.09.2016 – Aktenzeichen AN 3 K 16.30877
- Verwaltungsgericht Magdeburg, Gerichtsbescheid vom 20.06.1996 – 1 A 185/95

Die drohende Genitalbeschneidung zum Nachteil einer Minderjährigen stellt eine

**Kindeswohlgefährdung**

dar, aufgrund derer ein Eingriff in das elterliche Sorgerecht und/oder Beschränkungen/Einschränkungen des Umgangsrechts gerechtfertigt sein können.

- Bundesgerichtshof, Beschluss vom 15.12.2004 – XII ZB 166/03:  
Die Gefahr, dass bei einem Mädchen [...] während eines Aufenthalts in [...] eine Beschneidung vorgenommen wird, rechtfertigt es, der Mutter das **Aufenthaltsbestimmungsrecht** gemäß § 1666 Abs. 1 BGB insoweit zu **entziehen**, als es um die Entscheidung geht, ob das Kind nach [...] verbracht wird.
- Oberlandesgericht Karlsruhe, Beschluss vom 05.05.2008 – 16 UF 3/08:  
Kann nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden, dass ein Elternteil an der Tochter eine weibliche Genitalverstümmelung vornehmen (lassen) will, kann das Umgangsrecht auf **begleiteten Umgang** beschränkt werden.
- Oberlandesgericht Karlsruhe, Beschluss vom 25.05.2009 – 5 UF 224/08:  
Droht einem Kind ein gesundheitlicher Schaden infolge einer Beschneidung bzw. einer genitalen Verstümmelung, bedarf es nur geringer Anzeichen für das Vorliegen einer entsprechenden Gefahr, um einen **Eingriff in das Sorgerecht** nach § 1666 BGB zu rechtfertigen.

Auszug aus dem NRW-Landesaktionsplan 2016

„NRW schützt Frauen und Mädchen vor Gewalt“

III.F  
S.71-73

Genitalverstümmelung

### III.F.1 Definition und Ist-Situation

Weibliche Genitalverstümmelung (engl. Female Genital Mutilation; FGM) bezeichnet das vollständige oder teilweise Abschneiden oder Schädigen des äußeren weiblichen Genitals. Nach Angaben des Kinderhilfswerks @ UNICEF sind weltweit mindestens 200 Millionen Frauen und Mädchen betroffen. Deutschlandweit sind nach @ Schätzung der Frauenrechtsorganisation @ TERRE DES FEMMES e.V. 35.700 Frauen Opfer von Genitalverstümmelung und rund 6.000 Mädchen davon bedroht (Schätzung 2015). Die weibliche Genitalverstümmelung verlangt weltweite Ächtung. Bei der Beschneidung von Mädchen handelt es sich um eine schwere Menschenrechtsverletzung, die gegen das Recht auf körperliche Unversehrtheit verstößt. Eine selbstbestimmte, unbeschwerter Sexualität ist nach der Beschneidung kaum noch möglich. Oftmals erleiden die Betroffenen lebenslange schwere physische und psychische Einschränkungen und Traumatisierungen, die einen Zugang und Umgang auch professionellen Helferinnen und Helfern erschweren. Die Flüchtlings- und Zuwanderungsbewegung hat auch vermehrt Frauen aus Prävalenzländern nach Nordrhein-Westfalen gebracht. Durch die schwierige politische Lage weltweit und dem damit verbundenen Anstieg der Flüchtlingszahlen ist das Problem von besonderer Aktualität ...

### III.F.2 Rechtliches Instrumentarium, Reformbedarf

Seit 2013 gibt es mit @ § 226a Strafgesetzbuch (StGB) in Deutschland einen eigenen Straftatbestand, der die Verstümmelung weiblicher Genitalien erfasst. Danach wird mit Freiheitsstrafe nicht unter einem Jahr bestraft, wer die äußeren Genitalien einer weiblichen Person verstümmelt. Das Höchstmaß der Strafe kann 15 Jahre betragen. Im Zusammenhang mit weiblicher Genitalverstümmelung kommen weitere Straftatbestände in Betracht, die je nach Fall relevant sind: @§ 225

StGB (Misshandlung von Schutzbefohlenen), @ § 227 StGB (Körperverletzung mit Todesfolge) sowie @ § 171 StGB (Verletzung der elterlichen Fürsorgepflicht). Zudem kann die Tat aufenthaltsrechtliche (Ausweisung), asylrechtliche (Widerruf der Flüchtlingsanerkennung) und familienrechtliche (teilweise oder vollständige Entziehung der elterlichen Sorge) Konsequenzen haben. Eine Einwilligung der verletzten Person nach @ § 228 StGB und damit eine Rechtfertigung der Tat sind nicht möglich, da die Tat immer als sittenwidrig eingestuft werden muss. Die entsprechenden Schutzrechte von Kindern sind in @ Art. 24 der UN-Kinderrechtskonvention(UN-KRK), in @ § 1631 des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB), im @Sozialgesetzbuch (SGB) VIII sowie im @ Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) geregelt. Letzteres normiert die Befugnis bestimmter Berufsgruppen zur Mitteilung an das Jugendamt, sofern bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Zu den Gruppen gehören Ärztinnen und Ärzte, Hebammen, Psychologinnen und Psychologen, Beraterinnen und Berater, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sonderpädagoginnen und -pädagogen sowie Lehrerinnen und Lehrer. Die Handlungspflichten sind gemäß @ § 4 KKG in Form eines 4-Stufen-Modells festgelegt (Bekanntwerden gewichtiger Anhaltspunkte für Kindeswohlgefährdung, Hinwirken auf Inanspruchnahme von Hilfen, Einbeziehung einer Fachkraft, Information des Jugendamtes) und müssen in jedem Einzelfall dokumentiert werden. Die ärztliche Schweigepflicht ist in @ § 203 StGB und in @ § 9 Berufsordnung der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe geregelt. Nach Güter- und Interessenabwägung kann eine Offenbarung zum Schutz eines höherrangigen Rechtsgutes im Einzelfall - wie etwa bei einer bevorstehenden Beschneidung oder ähnlich gravierenden Eingriffen - gerechtfertigt sein (@ § 34 StGB „Rechtfertigender Notstand“). Die Information an das Jugendamt oder die Polizei setzt voraus, dass nicht nur eine Vermutung, sondern ein konkreter Verdacht besteht, die Offenbarung das angemessene Mittel zur Gefahrenabwehr darstellt und andere Maßnahmen ausscheiden. Betroffene müssen darüber vorab nicht infor-

miert werden. Nach Inkrafttreten des – auch von Nordrhein-Westfalen unterstützten @ 49. Gesetzes zur Änderung des Strafgesetzbuches am 27.01.2015erfasst § 226a StGB regelmäßig auch Fälle der sogenannten „Ferien- und Urlaubsbeschneidung“. Nach § 5 Nr. 9b StGB, der durch das Änderungsgesetz eingefügt wurde, gilt das deutsche Strafrecht in den Fällen des § 226a StGB, wenn der Täter zur Tat Deutscher ist oder wenn die Tat sich gegen eine Person richtet, die zur Zeit der Tat ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort in Deutschland hat.

### III.F.3 Schutz- und Hilfeangebote

Genitalverstümmelung ist ein weltweites Problem, das grundsätzlich zunächst in den Herkunftsländern bekämpft werden muss. Aber auch in Deutschland muss die Prävention von Genitalverstümmelung oberstes Ziel sein. Auch wenn die Rechtslage eindeutig ist, fällt die tatsächliche Strafverfolgung häufig schwer. Dennoch ist die präventive Wirkung der Rechtslage nicht zu unterschätzen. Darüber hinaus hat die Landesregierung geeignete Maßnahmen ergriffen, um hier lebenden Frauen und Mädchen zu helfen, die von Genitalverstümmelung betroffen oder bedroht sind: In Nordrhein-Westfalen ist @ stop mutilation e.V. die einzige Beratungsstelle für Frauen und Mädchen, die von Genitalbeschneidung betroffen oder bedroht sind. Die Beratungsstelle bietet Hilfe für Betroffene, Familienangehörige, Freundinnen und Freunde und andere soziale Kontaktpersonen. Zum Angebot zählen ebenfalls eine gynäkologische Sprechstunde sowie die Vermittlung von Beratung zur Wiederherstellung weiblicher Genitalien. Auch Informationen und Sensibilisierungsmaßnahmen für pädagogische, medizinische und juristische Fachkräfte gehören zum Aufgabenspektrum. In den vergangenen Jahren hat der Verein insgesamt drei Fachtagungen für Berufsgruppen organisiert, die Kontakt zu betroffenen Frauen und gefährdeten Mädchen haben. Dies waren eine @ Fachtagung für pädagogische Fachkräfte (2012), eine @ Fachtagung für Ärzte,

Hebammen und Pflegekräfte in Kooperation mit der Ärztekammer Nordrhein (2013) sowie eine @ Fachtagung für Polizei, Justiz und Behörden in Kooperation mit der Landeszentrale für politische Bildung NRW (2015). Aktuell ist eine Fachtagung „Weibliche Genitalbeschneidung – Beratung und Hilfe für Flüchtlingsfrauen“ geplant.

Das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter fördert stop mutilation e.V. seit 2011. Der „@ Runde Tisch NRW gegen Beschneidung von Mädchen“ ist der maßgebliche Arbeitskreis zu diesem Thema auf Landesebene. Gastgeber ist das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. Die Moderation liegt bei @ Aktion weißes Friedensband e.V.. Zweck des Gremiums ist der Austausch zwischen Behörden, Fach- und Berufsverbänden, gesellschaftlichen Organisationen und Politik. Es geht um die Verbesserung der medizinischen, sozialen und rechtlichen Situation betroffener Frauen und den Schutz von Mädchen vor Beschneidung. Eine zentrale Frage dabei ist, wie die Betroffenen angesprochen und erreicht werden können. Die Forderungen des Gremiums beziehen sich beispielsweise auf die Fortbildung des medizinischen Personals, um die gesundheitliche Versorgung Betroffener zu verbessern. Auch die Aufklärung von Asylbewerberinnen über Genitalverstümmelung bei der Einreise nach Deutschland ist Bestandteil des Forderungskatalogs. Die Landesregierung hat das Thema darüber hinaus auf unterschiedliche Weise aufgegriffen wie durch die Förderung @ der Broschüre „Nicht mit mir“ sowie der @ Erarbeitung eines Ratgebers für Fachkräfte des Gesundheitswesens in Zusammenarbeit mit Kammern und Verbänden. In Fortbildungsangeboten der Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des öffentlichen Gesundheitsdienstes findet das Thema ebenfalls Berücksichtigung.“

[www.amnesty-frauen.de](http://www.amnesty-frauen.de)

[www.frauenrechte.de](http://www.frauenrechte.de)

Internetseite von Terre des Femmes

[www.friedensband.de](http://www.friedensband.de)

[www.intact-ev.de](http://www.intact-ev.de)

(I)NTACT e.V. ist eine Hilfsorganisation, die sich seit nahezu 20 Jahren für das Recht von Mädchen und Frauen auf einen intakten Körper einsetzt.

[www.kutairi.de](http://www.kutairi.de)

Runder Tisch NRW gegen Beschneidung von Mädchen und anonyme Anlaufstelle in sechs Sprachen

[www.netzwerk-integra.de/startseite/studie-fgm/](http://www.netzwerk-integra.de/startseite/studie-fgm/)

Empirische Studie zu weiblicher Genitalverstümmelung in Deutschland, 2017

[www.stop-mutilation.org](http://www.stop-mutilation.org)

Verein gegen weibliche Genitalbeschneidung, Geschäftsführerin: Jawahir Cumar

[www.unicef.de](http://www.unicef.de)

**Runder Tisch gegen häusliche Gewalt**

c/o Gleichstellungsstelle

Ref. I.1.3

Hans Böckler-Platz 5

45468 Mülheim an der Ruhr

Tel: 0208 455 1542

E-Mail: [gleichstellungsstelle@muelheim-ruhr.de](mailto:gleichstellungsstelle@muelheim-ruhr.de)

Dokumentation auch unter

[www.muelheim-ruhr.de/Gleichstellungsstelle](http://www.muelheim-ruhr.de/Gleichstellungsstelle)

**Redaktion:**

Cäcilia Tiemann, Gleichstellungsstelle Mülheim an der Ruhr

**Fotos / Abbildungen:**

Kerstin Bögeholz, Jawahir Cumar, Beryl Magoko, Dr. Christoph Zerm

**Layout:**

Mülheimer Stadtmarketing und Tourismus GmbH (MST)

**Druck:**

Stadtdruckerei Mülheim an der Ruhr





gefördert von:

**Ministerium für Gesundheit,  
Emanzipation, Pflege und Alter  
des Landes Nordrhein-Westfalen**



AG FIDE (Frauengesundheit in der  
Entwicklungszusammenarbeit / Tropengynäkologie) e.V.  
Sektion der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und  
Geburtshilfe (DGGG)  
FGM-Beauftragter im Vorstand: Dr.med. Christoph Zern



**RUNDER TISCH GEGEN  
HÄUSLICHE GEWALT  
MÜLHEIM AN DER RUHR**



**Gleichstellungsstelle  
Mülheim an der Ruhr**

**stop mutilation e.v.**



Infos unter: [gleichstellungsstelle@muehlem-ruhr.de](mailto:gleichstellungsstelle@muehlem-ruhr.de) oder unter Tel. 0208 / 455 15 42