

Weibliche Genitalverstümmelung – soziokulturelle Hintergründe, rechtliche Rahmenbedingungen, gesundheitliche Folgen, Möglichkeiten der Intervention

Marion A. Hulverscheidt, Christoph J. Ahlers, Isabelle Ihring

Female Genital Mutilation, cultural background, legacy and health aspects, options of intervention

Abstract

This paper provides an overview of the violent, sexually oppressive ritual practice, which has increasingly attracted media attention. Female genital mutilation is the bloody removal of healthy parts of the female outer genitals, which for reasons of tradition millions of girls are subjected to. Migration has turned this issue into an international one. Many of the women who have undergone female genital mutilation suffer all their lives. In addition to information on the scope, the justifications used as well as the legal aspects, the health implications are presented, based on a survey of the available literature. The socio-cultural background is examined in order to identify obstacles and pitfalls to intervention and prevention within the scope of counselling.

Keywords: Circumcision/female; Women's rights; FGM, Sociocultural Background, Legal and Health Aspects, Counselling

Zusammenfassung

Dieser Beitrag stellt eine körper- und sexualfeindlichen rituellen Sitte da, die zunehmend in mediale Interesse geraten ist. Unter weiblicher Genitalverstümmelung wird hier die blutige Entfernung von gesunden Anteilen des äußeren weiblichen Genitale aus traditionellen Gründen verstanden, der millionenhaft aufgrund von Migration weltweit an Mädchen praktiziert wird und lebenslanges Leid bei den betroffenen Frauen verursachen kann. Neben der

Information über das Ausmaß, die Begründungen sowie die juristischen Rahmenbedingungen werden die gesundheitlichen Implikationen anhand eines Literaturüberblick dargestellt. Der soziokulturelle Hintergrund wird eingehender ausgebreitet, um so die Hürden und Fallstricke in der Intervention und Prävention im Rahmen einer Beratungssituation sichtbar zu machen.

Schlüsselbegriffe: weibliche Genitalverstümmelung, Frauenrechte, soziokulturelle Hintergründe, gesetzliche und gesundheitliche Aspekte von FGM, Beratungsarbeit

Einleitung

Die Verstümmelung der weiblichen Genitalien als medizinisch nicht indizierte Praktik, bei der die inneren Schamlippen, Teile der Klitoris und der äußeren Schamlippen entfernt werden, oder bei der, im Rahmen einer Infibulation, sogar der Scheideneingang bis auf eine kleine Öffnung zugenäht wird, ist aufgrund von globaler Migration weltweit verbreitet. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt, dass etwa 130 Millionen Mädchen und Frauen mit verstümmelten Genitalien leben (UNICEF 2007 108). In Ländern wie Sudan oder Ägypten sind über 90 Prozent aller Frauen verstümmelt (UNICEF 2007 227ff.). Die Zahlen zeigen, dass es sich bei dieser Thematik nicht um ein Randproblem handelt. Dieser Beitrag gibt einen Überblick über die soziokulturellen Hintergründe und die rechtlichen Rahmenbedingungen von weiblicher Genitalverstümmelung, engl. *female genital mutilation* (FGM). Neben der medizinischen Bedeutung werden auch Möglichkeiten und Grenzen der Intervention aufgezeigt und diskutiert.



Abb. 1 Verbreitung von FGM in Afrika und Asien, Erläuterung im Text (Quelle: Terre des Femmes e.V., 2000).

Abbildung 1 zeigt, in welchen Ländern Afrikas Mädchen und Frauen von Genitalverstümmelung betroffen sind und welche Beschneidungsformen wo praktiziert werden. Darüber hinaus wird die FGM auch in bei einigen Volksgruppen oder in Gegenden der Vereinigte Arabische Emirate, Oman, Jemen und in Teilen Asiens – Indonesien, Malaysia, Indien und dem Iran – vollzogen.

Forschungsstand

Weibliche Genitalverstümmelung ist ein Thema, das sich noch nicht lange im Fokus des öffentlichen Interesses befindet. Verschiedene Menschenrechtsorganisationen und Ethnologen beschäftigen sich jedoch bereits seit einigen Jahrzehnten mit der Problematik und setzten sich in den vergangenen Jahren auch verstärkt dafür ein, das Thema sowohl auf öffentlicher als auch politischer Ebene publik zu machen (Volger 2004). Seit der Weltfrauenkonferenz von 1995 in Peking ist weibliche Genitalverstümmelung durch die Vereinten Nationen als Menschenrechtsverletzung anerkannt (Bericht der vierten Weltfrauenkonferenz 1995). Bedingt durch Mobilität und Migration handelt es sich mittlerweile um eine weltweit verbreitete Praktik, die auch unter in Europa lebenden

Migrantinnen fortgeführt wird. Neben der politischen Arbeit, die in den letzten Jahrzehnten geleistet wurde (Lightfoot-Klein 1989, dies. 1992, dies. 2003, Beck-Karrer 1996, Hermann 2000, Gesellschaft für technische Zusammenarbeit 2002, Terre des Femmes 2003) existieren auch einige Arbeiten, die die Problematik aus wissenschaftlicher Perspektive betrachten. Im Folgenden soll ein kurzer Überblick über diese Arbeiten gegeben werden.

Die Psychologin Alice Behrendt führte im Jahr 2003 eine Studie zur Erforschung der psychischen Konsequenzen von FGM durch (Behrendt 2004). Im Zentrum ihrer Arbeit stand die Frage, ob und wenn ja in welchem Ausmaß beschnittene Frauen häufiger von einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) betroffen sind als Unbeschnittene. PTBS ist eine psychische Störung (ICD-10: F 43), die in direkter Folge, aber auch einige Zeit nach einer traumatischen Lebenserfahrung (z. B. Körperverletzung, Nötigung, sexueller Missbrauch) auftreten kann. Behrendt führte Interviews mit Betroffenen im Senegal durch. Die Auswertung der Interviews zeigte, dass der Großteil der verstümmelten Frauen die Verstümmelung als „extrem belastendes, traumatisierendes Ereignis“ erlebt hat (Behrendt 2004, 61). Die Autorin untersuchte noch weitere Diagnosekriterien der PTBS und kommt in ihrer Arbeit zu der Schlussfolgerung, dass es sich bei der Verstümmelung der weiblichen

Genitalien um einen Eingriff handelt, der die betroffenen Mädchen und Frauen in starkem Maße psychisch belastet und die Entwicklung psychischer Störungen, insbesondere der PTBS, begünstigt. Sie verweist auf die Notwendigkeit weiterer Untersuchungen, um präzise Aussagen treffen und angemessene Hilfe anbieten zu können (Behrendt 2004, 82 f).

Die Studie von Antje-Christine Büchner bezieht sich auf in Deutschland lebende und von FGM betroffene bzw. bedrohte Migrantinnen. In dieser Arbeit wird die Thematik aus sozialpädagogischer Sicht beleuchtet (Büchner 2004). Büchner beschreibt, dass sich betroffene Mädchen und Frauen meist in einem Konflikt befänden: Auf der einen Seite stünden die Traditionen ihres Heimatlandes zu denen FGM gehöre. Mit dieser Tradition seien die Frauen aufgewachsen und sie wurde ihnen als positiver und wichtiger Bestandteil ihrer Kultur vermittelt.

Auf der anderen Seite erlebten die Migrantinnen die in Deutschland stattfindende öffentliche Debatte, in der FGM als Menschenrechtsverletzung und folgenschwere Frauendiskriminierung diskutiert wird (Büchner 2004, 109ff.). Laut der Autorin würden die Mädchen und Frauen jedoch nicht nur mit diesem Konflikt alleine gelassen, sondern ebenso mit den Konsequenzen der Verstümmelung ihrer Genitalien. Hier scheint sich abzubilden, dass die sozialen Bezugspersonen, die selbst im migrationsbedingten Exil an tradierten, körper- und seelenverletzenden Kulturpraktiken festhalten, nach Vollzug des Eingriffs nicht zur Bewältigung der resultierenden Konflikte und Probleme zur Verfügung stehen. Es wird demnach erst ein normativer Druck aufgebaut und nach der Verstümmelung geschwiegen. Darüber hinaus befindet sich die Beratungssituation für diese Mädchen und Frauen noch in den Anfängen und könne Betroffene oder Bedrohte bislang nur punktuell erreichen. Die Mädchen und Frauen selbst wüssten meist nicht, wohin sie sich wenden und wo sie kompetente Beratung erhalten könnten (Büchner 2004, 112)

Diana Kuring untersuchte weibliche Genitalverstümmelung aus politikwissenschaftlicher Perspektive (Kuring 2007). In ihrer Arbeit wird der Fokus auf das Engagement gegen FGM in Eritrea gelegt, mit dem Ergebnis, dass auch dort vermehrt Öffentlichkeitsarbeit und Aufklärungskampagnen zu den medizinischen Konsequenzen des Eingriffs stattfinden (Kuring 2007, 241).

Fana Asefaw untersuchte im Rahmen ihrer Studie welche physischen und psychischen Konsequenzen mit weiblicher Genitalverstümmelung einhergehen und welche Erfahrungen betroffene Frauen im deutschen Gesundheitswesen gemacht haben (Asefaw

2008). Um Aussagen dazu treffen zu können, führte sie insgesamt 470 Interviews in Eritrea und 98 unter in Deutschland lebenden, betroffenen eritreischen Migrantinnen durch. Im Rahmen dieser Untersuchungen gaben 82.6% der befragten in Deutschland lebenden eritreischen Betroffenen an, negative Erfahrungen mit GynäkologInnen oder in Geburtshilfeliniken gemacht zu haben (Asefaw 2008, 74). Die interviewten Frauen erzählten, dass bei gynäkologischen Untersuchungen beispielsweise ÄrztInnen hinzugerufen wurden, um ihr verstümmeltes Genitale zu „bestaunen“ (Asefaw 2008, 74). Des Weiteren würden ihnen von Seiten der GynäkologInnen große Unwissenheit im Umgang mit Beschneidung, mangelnde Sensibilität und Unverständnis entgegen gebracht. Diese Reaktionen können dazu führen, dass Betroffene jede weitere gynäkologische Untersuchung meiden, was sich nicht nur auf ihre eigene sondern, im Falle einer Schwangerschaft auch auf die des ungeborenen Kindes auswirken kann. In ihren Schlussfolgerungen betont Asefaw, wie wichtig es sei, MedizinerInnen über den Umgang mit der Thematik und den kulturellen Hintergründen der Problematik zu informieren (Asefaw 2008, 79). Der Kontakt mit medizinischem Fachpersonal ist vielen Betroffenen nicht fremd, da es die Tendenz gibt, die FGM von Ärzten oder paramedizinischem Personal in Kliniken unter sterilen Bedingungen und unter Narkose durchführen zu lassen. Diese Form der Medikalisierung ist umstritten. Auf der einen Seite können Komplikationen reduziert werden, doch es besteht so die Gefahr der Verharmlosung und der verzögerten Abkehr von der FGM. Ägyptische Frauen berichteten, dass die eigene Beschneidung bei 13 %, die der Töchter der Befragten bereits in 46% von Ärzten durchgeführt wurde (Kentenich et al., 2006). Die Folgen der Traumatisierung sind dadurch jedoch nicht geringer, was den Verlust von exzitativ-sensitiven und z.T. erektilen Organen betrifft, eher größer (Müller 2003, 2424).

Die Studie der belgischen Kulturwissenschaftlerin Els Leye untersucht die Situation der von FGM betroffenen Migrantinnen in Europa (Leye 2008). Der Schwerpunkt dieser Untersuchung lag auf der Betrachtung des rechtlichen Umgangs mit FGM und des Umgangs mit FGM im Gesundheitswesen. Hierzu wurden insgesamt 15 EU-Länder miteinander verglichen. Leye gibt an, dass einige europäischen Länder bereits Gesetze haben, es aber bezüglich der juristischen Handhabung noch keine einheitliche Praxis gebe. Des Weiteren sei zu beobachten, dass es in Europa zwar einen Trend gäbe FGM zu verbieten, Verdachtsfälle jedoch meist nicht geprüft würden und

somit selten strafrechtliche Konsequenzen erwirkt werden könnten (Leye 2008, 62). Auf Seiten des medizinischen Personals sei laut Leye festzustellen, dass noch unzureichende Kenntnisse bezüglich einer adäquaten Versorgung von Betroffenen bestünde (Leye 2008, 57). Dies gelte insbesondere bei Detailfragen, wie dem Wunsch nach Reinfibulation (dem wieder Verschließen der Scheide nach einer Entbindung) oder der vermehrt auftretenden Medikalisierung von FGM.

Soziokultureller Hintergrund

FGM – Weit entfernt oder nah bekannt? Aus europäischer oder nordamerikanischer Perspektive wird weibliche Genitalverstümmelung als afrikanisches Problem angesehen und kulturell distanziert betrachtet. Britische und deutsche medizinhistorische Studien ergeben jedoch, dass die Verstümmelung des äußeren weiblichen Genitale, z. B. die Entfernung der Klitoris Spitze, der inneren Schamlippen, ebenso die Verätzung mit Silbernitrat bis zum Ende des 19. Jh. vereinzelt auch in der europäischen Medizin diskutiert und sogar praktiziert wurde (Moscucci 1996, Scull/Favreau 1986, Hulverscheidt 2002, dies. 2005). Als „Indikationen“ für solche Eingriffe wurden etwa Masturbation oder „Hysterie“ herangezogen. Kasuistiken vom Ende des 19. Jahrhunderts zeigen auch, dass diese medizinische Praktik mit den entsprechenden afrikanischen Traditionen in Verbindung gebracht wurde (Hulverscheidt 2007). Allerdings konnte auch gezeigt werden, dass solche genitalverstümmelnden Eingriffe an Frauen bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts in der damals noch jungen Sexualwissenschaft kritisch diskutiert und abgelehnt wurden. So äußerte sich beispielsweise Magnus Hirschfeld sehr kritisch zu Verstümmelungen des weiblichen Genitales und sprach sich vehement gegen verletzende, blutige, chirurgische Eingriffe am äußeren Genital zur Veränderung der sexuellen Empfindungsfähigkeit aus (Hirschfeld 1933, 290). Auch in psychoanalytischen Kreisen wurde die kulturelle Praktik FGM fasziniert beobachtet und auch teilweise versucht nachzuvollziehen (Hulverscheidt 2008b). Festzuhalten ist, dass verstümmelnde Eingriffe am äußeren Genital bei Mädchen und Frauen auch der westlichen Medizin bekannt sind und auch hier vereinzelt praktiziert wurden (Hulverscheidt 2002).

Weibliche Genitalverstümmelung oder weibliche Genitalbeschneidung?

In der Diskussion um weibliche Genitalverstümmelung existieren unterschiedliche Begrifflichkeiten. Da dies immer wieder für Missverständnisse und Kontroversen sorgt, soll kurz auf die Hintergründe dieser Debatte eingegangen werden.

In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff „weibliche Genitalverstümmelung“ bzw. der englische Begriff „Female Genital Mutilation“ (FGM) benutzt. Festgelegt wurde dieser Begriff vom *Inter-African-Committee on traditional practices affecting the health of women and children* (IAC; <http://www.iac-ciaf.com>, 31. März 2009).

Betroffene afrikanische Frauen haben sich im IAC für diese Begriffswahl eingesetzt, um deutlich hervorzuheben, dass es sich um eine Verstümmelung handelt, die schwerwiegende Folgen für Betroffene haben kann. Mithilfe dieses Begriffes soll zudem hervorgehoben werden, dass FGM von der männlichen Beschneidung abzugrenzen ist. Um auf politischer, öffentlicher und wissenschaftlicher Ebene deutlich zu machen, dass es sich bei der Praktik um einen verstümmelnden Eingriff handelt, empfiehlt es sich daher von „weiblicher Genitalverstümmelung“ oder „FGM“ zu sprechen.

Auf der anderen Seite gibt es Betroffene, die nicht als „Verstümmelte“ bezeichnet werden wollen, weil ihnen damit von Außenstehenden suggeriert würde, keine vollständige Frau zu sein (sic!). Sie empfinden diesen Begriff als stigmatisierend und ausgrenzend (Barre-Dirie 2003, 102). Diese Betroffenen bevorzugen aus diesem Grund den Begriff „weibliche Beschneidung“ bzw. die englische Bezeichnung „Female Genital Cutting“ (FGC).

Rechtfertigung von FGM

Verfechter von FGM verweisen in erster Linie darauf, dass es sich um eine „Tradition“ handelt, die bereits seit vielen Generationen Bestand habe (Schnüll 2003, 39). Für FGM praktizierende Ethnien ist der Eingriff fester Bestandteil ihrer Kultur (Gruenbaum 2005). Sie sind der Auffassung, dass ein Brechen mit dieser Tradition zur Folge hätte, ihre kulturelle und ethnische Zugehörigkeit aufzugeben. Diese ethnische Zugehörigkeit ist in der Regel von großer Bedeutung,

da die Bevölkerung der einzelnen afrikanischen Länder meist aus vielen, teilweise sehr unterschiedlichen Ethnien besteht. Die verschiedenen Ethnien sind zur Konstitution einer eigenen Identität darum bemüht, sich von benachbarten Ethnien abzugrenzen und hierzu an ihren Traditionen festzuhalten. Somit werden „Traditionen“ wie FGM Teil eines Abgrenzungsprozesses.

Ein weiterer Punkt, der in starkem Ausmaß dazu beiträgt, dass genitale Verstümmelung weiterhin praktiziert wird, ist der Aberglaube bzw. der Mythos, das weibliche Genitale könne nicht vom männlichen unterschieden werden, würde man die Klitoris nicht beschneiden. Vorstellungen die Klitoris sei giftig oder würde so lange weiter wachsen, bis sie einem Penis gleiche, sind zur Rechtfertigung von FGM verbreitet: Mit der Beschneidung der Klitoris würde man den männlichen Teil des weiblichen Genitales entfernen, sodass aus einem Mädchen erst eine richtige Frau werden könne (Lightfoot-Klein 1992). Diese Argumentationen werden sowohl im Osten als auch Westen Afrikas genannt. Fehlende Aufklärung bzw. mangelnde Bildung ist der Grund dafür, dass Argumente wie diese geglaubt werden und sich in den Köpfen der Menschen festsetzen.

Hinzu kommt eine ästhetische Argumentation: In FGM praktizierenden Ethnien gelten beschnittene Genitalien als schön und als die Norm. Erst wenn die weiblichen Genitalien dem Eingriff unterzogen wurden, könne die Frau ihre ganze Weiblichkeit und Schönheit erreichen (Lightfoot-Klein 1992). Wie stark das Empfinden von „Schönheit“ vom gesellschaftlichen Einfluss abhängt, zeigen die in den westlichen Industrienationen boomenden Schönheitsoperationen. Mittlerweile ist es keine Seltenheit mehr, dass auch hier die weiblichen Genitalien einem gesellschaftlich geprägten Schönheitsideal entsprechend angepasst werden (Borkenhagen et al. 2009). Die Nachfrage nach ästhetisch-plastischen Operationen steigt durch die in Mode gekommene „Intimirasur“ (Entfernung der Sekundärbehaarung im Genitalbereich); durch diese werden bis dahin durch das Haar verborgene Teile der Vulva sichtbar. Als Schönheitsideal wird hier offensichtlich das nackte äußere Genitale eines jungen Mädchens angesehen, außer acht lassend, dass sich im Laufe des Lebens auch hier Änderungen im Aussehen, vergleichbar der mimischen Falten der Gesichtshaut ergeben. Die sogenannte „Intimchirurgie“ unterbreitet entsprechende Angebote zur operativen „Scheidenverschönerung“ (sog. „Designer-Vagina“) beziehungsweise kosmetische Verjüngungsoperationen am äußeren Genitale. Die Analogie in der Argumentation ist augenscheinlich:

Nur mit einer operativ „verschönerten“ Scheide ist eine Frau richtig weiblich, sexuelle attraktiv und damit annehmbar.

Bei den erwachsenen Frauen in den westlichen Industrienationen mit einer freien Willensentscheidung zu argumentieren, unterschlägt die Tatsache, dass auch hier die Frauen einem hohen soziokulturellen normativen Gruppendruck ausgesetzt sind (sog. peer-group pressure). Hüben wie drüben spielen somit soziokulturelle Normierungsprozesse eine bedeutende Rolle für die tatsächliche „Freiheit“ der Willensentscheidung, wenn auch die Dimensionen und Erscheinungsformen des Phänomens der Genitalbeschneidung transkulturell divergieren.

Eine weitere Variante der Rechtfertigung besteht in der Deklaration von FGM als Teil eines Initiationsrituals. Für viele afrikanische Ethnien gilt Genitalverstümmelung als Symbol für den Übergang von kindlicher Welt zur erwachsenen Frauenwelt. In vielen Ethnien wird genitale Verstümmelung an pubertierenden Mädchen vorgenommen, in anderen wiederum erst an Frauen, die sich kurz vor der Hochzeit befinden. Genitalverstümmelung gilt in diesem Zusammenhang als „Reifeprüfung“ (Schnüll 2003, 46), mit deren Bestehen den Mädchen eine neue soziale Rolle innerhalb der Gesellschaft zukommt. Sie gelten von nun ab als vollwertige und heiratsfähige Frauen. Offenbar verliert die Deklaration von FGM als Teil eines Initiationsrituals in einigen Teilen Afrikas an Bedeutung. Im Senegal beispielsweise werden offenbar viele Mädchen heutzutage schon viel früher verstümmelt, teilweise sogar schon kurz nach der Geburt. Mütter geben als Grund dafür an, dass sie ihren Töchtern dadurch die Erinnerungen an den schmerzhaften Eingriff ersparen wollten (vgl. Ihring 2006).

Ein weiterer Grund für das leidvolle Fortbestehen von FGM liegt in ökonomischen Gesichtspunkten (vgl. Schnüll 2003, 41). An FGM verdienen die so genannten Beschneiderinnen und bestreiten damit mitunter den gesamten Lebensunterhalt für die Familie. Beschneidungen werden in der Regel von Frauen durchgeführt, die weder anatomische noch medizinische Kenntnisse besitzen. Beschneiderinnen lernen ihr „Handwerk“ meist von ihren Müttern oder Großmüttern, es handelt sich demnach um einen „Beruf“, der von Generation zu Generation weitergegeben wird (wie beispielsweise im europäischen Kulturkreis im Mittelalter der Beruf des „Folterknechtes“ oder – bis hinein in's 20. Jh. – der Beruf des „Henkers“). Es ist ein in der jeweiligen Gesellschaft angesehener Beruf, der den Beschneiderinnen damit sowohl Sozialstatus, als auch Geld einbringt. Für Beschneiderinnen ist

es deswegen nicht einfach, den Beruf zu wechseln. Sie bestreiten mit ihrer Arbeit ihren Lebensunterhalt und haben meist selbst Familien zu ernähren. Einige Anti-FGM-Organisationen versuchen den Beschneiderinnen berufliche Alternativen anzubieten und bezahlen ihnen Ausbildungen (z.B. zu Hebammen oder Krankenschwester; Kilanowski 1998), doch sind dies meist Berufe, die einen geringeren Sozialstatus bedeutet und ihnen auch noch weniger Geld einbringen. Daher ist es schwierig und oft nicht nachhaltig, Beschneiderinnen dazu zu bringen, ihr menschenrechtsverletzendes „Handwerk“ aufzugeben.

Für die Familien bedeutet eine beschnittene Tochter nicht nur die Sicherheit, dass diese einen Ehemann bekommen wird, sondern auch ein höheres Brautgeld. Auf dieses können und / oder wollen insbesondere die Familien nicht verzichten, die kaum Geld zur Verfügung haben. Genau solche Familien sind häufig besonders bildungsfern und neigen auch dadurch zum Festhalten an der Tradition der Genitalverstümmelung, wodurch ein Teil des verhängnisvollen Teufelskreises erkennbar wird, der die Perpetuierung von FGM mit sich bringt.

Wohlhabende und höher gebildete Familien, die trotz ihres Bildungszugangs an Genitalverstümmelung festhalten, lassen die Beschneidung ihrer Töchter in Kliniken von medizinisch ausgebildetem Fachpersonal durchführen. Auch wenn diese Mädchen unter sterilen Bedingungen und von MedizinerInnen beschnitten werden, bleiben körperliche und seelische Folgebeschwerden nicht aus.

Ein weiteres Argument, das Genitalverstümmelung rechtfertigen soll, betrifft den angeblich unbändigen „Sexualtrieb“ der Frau (Steixner 1997). Würde man die Klitoris nicht abschneiden, wären Frauen nicht fähig, ihre sexuellen „Triebe“ zu „unterdrücken“. Diese Vorstellung findet sich nicht nur in afrikanischen Ländern, sondern auch in psychoanalytischen Abhandlungen zum Thema weibliche Sexualität in Europa und Nordamerika, wo aus dieser Fehlvorstellung heraus ja sogar bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts ebenfalls Mädchen und Frauen an ihren Genitalien verstümmelt wurden (Hulverscheidt 2002). In ihrer Untersuchung stellt Hulverscheidt dar, dass Genitalverstümmelung bei Frauen auch in Deutschland bis Ende des 19. Jahrhunderts unter solchen, angeblich medizinischen Indikationen real praktiziert wurde, um krankhafte Masturbation zu verhindern oder um Hysterie zu heilen.

Sowohl die Masturbation als auch die Hysterie wurden im 19. Jahrhundert als Krankheiten erachtet, die unter Umständen den Tod zur Folge haben. Diese Argumentation wird bis heute von einigen FGM prak-

tizierenden Ethnien afrikanischer Länder vertreten (Steixner 1997, 30ff.).

Ein weiteres, häufig genanntes Argument für die Begründung von FGM ist Religion. Sowohl der Islam als auch das Christentum werden herangezogen, um FGM zu rechtfertigen (Lightfoot-Klein 1992). In katholisch geprägten Gebieten heißt es, der Papst würde den Eingriff vorschreiben. In muslimischen Gebieten würde es angeblich im Koran stehen, dass Mädchen und Frauen am Genital verstümmelt werden müssen. Dabei ist FGM offenbar weitaus älter als die monotheistischen Religionen Christentum, Islam und Judentum und mit diesen Religionen ohnedies nicht zu rechtfertigen. Dies sei insbesondere für den Islam betont, denn FGM ist in Saudi-Arabien, der Wiege des Islam, unbekannt bzw. vollkommen unverbreitet. Es handelt sich vielmehr um ein uraltes Blutritual, welches sowohl bei den Jungen als auch bei den Mädchen, den Übergang vom Kind zum Erwachsenen markieren sollte (Lightfoot-Klein 2003, 11). Die Ursprünge der Genitalbeschneidung liegen demnach viele tausende Jahre zurück (DeMeo 1990). Auf den ersten Blick erscheinen damit die genannten religiösen Begründungen und Argumentationen haltlos. Betrachtet man die gesellschaftlichen Strukturen und die damit verbundenen Argumentationslinien jedoch näher, wird deutlich, weshalb FGM praktizierende Ethnien von ihrer Richtigkeit überzeugt sind und die Praktik bis zum heutigen Tag Bestand hat. Aus diesem Grund sollen im Folgenden noch einmal zwei Aspekte näher betrachtet werden.

Identifikation mit der sozialen Rolle und Sicherung der ethnischen Zugehörigkeit

Die Tradition weiblicher Genitalverstümmelung ist besonders in ländlichen Regionen Afrikas verbreitet. Die Landbevölkerung lebt häufig noch sehr ursprünglich und ist eng mit ihren Traditionen verbunden. Das Leben der Menschen auf dem Land ist oftmals nicht nur von schwerer Arbeit und Existenzängsten gezeichnet, sondern ebenfalls von klaren Rollenverteilungen innerhalb der Familie und Gesellschaft. Die eindeutigen Rollenzuweisungen tragen in starkem Maße am Festhalten von weiblicher Genitalverstümmelung bei. So nimmt innerhalb der Familie die Mutter zwar eine zentrale Rolle ein, da sie für alle alltäglich anfallenden Aufgaben zuständig ist (Kindererziehung, Haushalt, Bewirtung der Felder usw.), doch gilt der Vater als

Familienoberhaupt und Entscheidungsträger. Da der Großteil der Kindererziehung der Mutter überlassen bleibt, entscheidet sie in den meisten Fällen auch, ob und wann, wann ihre Töchter beschnitten werden sollen. Der Vater spielt in diesem Entscheidungsprozess nur indirekt eine Rolle, da er die Tradition zwar befürwortet und den Eingriff damit bewusst duldet, an der Organisation und Durchführung jedoch nicht beteiligt ist. Den Eingriff zu organisieren und durchzuführen, obliegt den Müttern, den Großmüttern und den Beschneiderinnen. Diese Tatsache wirft die Frage auf, weshalb Frauen, die den schmerzlichen Eingriff am eigenen Leib erfahren haben, ihren Töchtern dieselben Schmerzen zumuten. Um dies zu verstehen, muss betrachtet werden, wie stark FGM mit sozialen Strukturen verwoben ist. Geht eine junge Frau die Ehe ein, ist ihre Jungfräulichkeit von großer Bedeutung. Mit weiblicher Genitalverstümmelung, insbesondere dem Zunähen der Scheide (sog. Infibulation), soll dem künftigen Ehemann garantiert werden, dass es sich um eine jungfräuliche Braut handelt (Lightfoot-Klein 2003). An dieser Stelle wird die Funktion und Beteiligung der Männer deutlich, die sich ihrerseits nicht vom Anspruch einer jungfräulichen Braut lösen. Desweiteren soll mit dem Eingriff sichergestellt werden, dass das Mädchen zu erwachsenen, ehrbaren und starken Frauen werden. Verzichten Eltern darauf ihre Tochter dieser Tradition zu unterziehen, nehmen sie ihr bisher die Möglichkeit, ihren Platz in der Gesellschaft einzunehmen und ihrer Rolle als Ehefrau und Mutter nachzukommen. In Gemeinschaften, in denen das Überleben des Einzelnen jedoch stark von der Gruppe abhängt, ist es wichtig, ein Teil dieser Gruppe zu sein und den damit verbundenen Rechten und Pflichten nachzukommen. Aus diesem Grund ist die Entscheidung gegen FGM für eine Mutter kaum realisierbar, da sie sich der Tatsache bewusst ist, dass eine unbeschnittene junge Frau keinen Ehemann finden kann. Ihre Tochter könnte somit kein Teil der Gemeinschaft werden und ihr Überleben stünde auf dem Spiel. Auf der anderen Seite stehen die jungen Männer, die mit der Behauptung aufwachsen, dass nur eine beschnittene Frau eine treue, saubere Ehefrau sein und gesunde Kinder zur Welt bringen kann. Für die Mehrzahl der jungen Männer steht daher fest, dass ihre künftige Ehefrau beschnitten sein muss (Peller 2002). Des Weiteren werden in FGM praktizierenden Ethnien in der Regel auch die Männer beschnitten. Die Argumentation der männlichen Seite in der Diskussion um FGM bezieht sich meist auf diese Tatsache. Sie sind der Meinung, dass Mädchen ebenso beschnitten werden sollten wie sie selbst. Gerade in Diskussionen mit jungen Männern wurde deutlich, wie

wenig Wissen über weibliche Genitalverstümmelung besteht. Sie sind der Meinung, dass es sich bei der weiblichen Form genitaler Beschneidung um einen Eingriff handelt, der zwar schmerzhaft ist jedoch keinerlei Folgen nach sich zieht und vergleichen diesen immer wieder mit der männlichen Beschneidung. Dies zeigt, wie wichtig Aufklärungsarbeit bezüglich weiblicher Genitalverstümmelung ist und dass darauf zu achten ist, beide Geschlechter anzusprechen.

Die Regierung Kenias hat die Verstümmelung weiblicher Genitalien im Jahre 2002 gesetzlich verboten, was damit zusammen hing, dass die Regierungsmitglieder einer Ethnie angehörten, die FGM nicht praktizierte. Die FGM praktizierenden Ethnien beriefen sich darauf, dass FGM zu ihren Traditionen gehöre. Das Beispiel zeigt, wie sehr die Zugehörigkeit zu einer ethnischen Gruppe das Leben vieler Menschen in Afrika bestimmt. Auch die immer wiederkehrenden politischen Unruhen sind ein Zeichen dafür, dass in den wenigsten Ländern Afrikas eine funktionierende Regierung geschaffen werden konnte. Vor diesem Hintergrund stellt FGM meist nur ein relativ geringes Problem dar. Gerade in Bürgerkriegsländern sind die Menschen jeden Tag von existentiellen Bedrohungen betroffen, die Verstümmelung der Genitalien wird dadurch zu einem sekundären Problem. Die lebenslangen gesundheitlichen Konsequenzen haben jedoch zur Folge, dass auch die Leistungsfähigkeit der Frau sinkt. In einer Gesellschaft, die zur Hälfte aus genital verstümmelten Frauen besteht, bedeutet dies auch eine enorme soziale und volkswirtschaftlich relevante Schwächung und sollte daher nicht unterschätzt werden (GTZ 2002, UNICEF 2007).

Mangelnde Bildung

Ein weiterer Aspekt, der in starkem Ausmaß dazu beiträgt, dass sich FGM bis zum heutigen Tag hält, ist mangelnde Bildung. Unter Bildung ist in diesem Zusammenhang nicht nur die schulische oder berufliche Ausbildung gemeint, sondern auch die Entwicklung individueller Selbstbestimmung im Sinne Wilhelm von Humboldts (Kron 1994, 70). Der zentrale Grundgedanke Humboldts, ein Individuum sei in all seinen ihm innewohnenden Kräften auszubilden, um den täglich anfallenden Entscheidungen im Leben gewachsen zu sein, ist gerade in der Arbeit gegen weibliche Genitalverstümmelung hervorzuheben. Humboldt geht davon aus, dass die Vielfältigkeit der Welt, dem Individuum Möglichkeiten bietet, die unterschiedlichen individuellen Kräfte anzuregen

und auszubilden. Auf der anderen Seite trägt das Individuum durch sein Handeln dazu bei, die soziale und kulturelle Vielfalt dieser Welt mit zu gestalten. Diese dialektische Beziehung greift auch Klafki (deutscher Erziehungswissenschaftler, der sich intensiv mit Bildungstheorien auseinandersetzt) in seinen Überlegungen zum Bildungsbegriff auf (Klafki 1985). Nach Klafki bedeutet Bildung das „Erschlossensein einer dinglichen und geistigen Wirklichkeit für einen Menschen – das ist der objektive oder materiale Aspekt; aber das heißt zugleich: Erschlossensein dieses Menschen für diese seine Wirklichkeit – das ist der subjektive und der formale Aspekt zugleich im ‚funktionalen‘ wie im ‚methodischen‘ Sinne“ (Klafki 1975, 45). Laut Klafki zielt der Bildungsprozess demnach darauf ab, den Menschen zu befähigen, sich zu emanzipieren und selbstbestimmt über sein Leben zu entscheiden. Andererseits aber auch auf die Befähigung des Individuums, Verantwortung für das gesellschaftliche System zu übernehmen und an der Gestaltung des sozialen und politischen Miteinander teilzunehmen (Kron 1994). Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen wird deutlich, weshalb viele Anti-FGM-Organisationen ihre Aufklärungs- und Bildungsprojekte auf der Diskussionsgrundlage stützen, Kultur sei nicht Gott gegeben, sondern von Menschenhand erschaffen – so auch Traditionen wie die Verstümmelung der weiblichen Genitalien. Somit obliegt es auch dem Menschen, die kulturellen Gewohnheiten zu hinterfragen und gegebenenfalls zu verändern. Insbesondere Mädchen und junge Frauen sollen von diesen Programmen angesprochen werden, mit dem Ziel deren Selbst- und Mitbestimmung zu fördern. Bei Mädchen und Frauen kommt erschwerend hinzu, dass sie selten über eine Schulbildung verfügen. Insbesondere in ländlichen Gegenden bleibt vielen Mädchen der Zugang zur Bildung vollkommen verwehrt. In Ländern wie dem Sudan aber auch im Senegal oder der Elfenbeinküste liegt die Alphabetisierungsrate der weiblichen Bevölkerung weit unter 50% (UNICEF 2007). Die meisten Eltern können es sich nicht leisten, alle ihre Kinder zur Schule zu schicken. Die Gründe dafür sind vielseitig, doch oft liegt es daran, dass die Schule entweder zu weit weg ist oder den Familien das Geld fehlt, die Schule zu finanzieren. Da nach traditionellen Vorstellungen die Söhne auf ihr Leben als Familienernährer vorzubereiten sind und sie mit einer guten Schulausbildung bessere Chancen auf eine Arbeitsstelle haben, werden sie bei der Entscheidung für den Schulbesuch bevorzugt. Für Mädchen dagegen ist es nicht entscheidend, lesen, schreiben und rechnen zu können, um die ihr zugeordnete Rolle als Ehefrau und Mutter erfüllen zu kön-

nen. Dies bringt mit sich, dass nur wenige Mädchen die Schule über einen längeren Zeitraum besuchen, manche auch nie. Aus diesem Grund sind vor allem Mädchen und Frauen von Analphabetismus betroffen. Informationen aus der Zeitung oder dem Internet zu entnehmen, ist für diese Gruppierung nicht möglich. Unwahrheiten und Mythen zur Rechtfertigung von FGM werden geglaubt, sie haben nicht die Möglichkeit Gegenteiliges nachzulesen oder zu erfahren. Des Weiteren werden aufgrund des mangelnden Wissens um Hygiene und die Anatomie des weiblichen Genitales viele Konsequenzen von FGM nicht mit dem Eingriff in Verbindung gebracht. Hinzu kommt, dass Mädchen immer wieder vermittelt wird, dass FGM etwas Positives im Leben einer Frau darstellt. Erwachsene Frauen daher die negativen Konsequenzen nicht mit dem Eingriff in Verbindung bringen.

Bessere schulische Bildung, aber auch die Chance zur Entwicklung individueller Selbstbestimmung vor allem für Mädchen würde in großem Ausmaß dazu beitragen, FGM langfristig abzuschaffen. Eine gebildete Frau hat zudem die Möglichkeit, einen Beruf zu erlernen und auf diese Weise ökonomische Unabhängigkeit zu erzielen. Frauen wüssten dann auch über ihre eigenen Genitalien Bescheid und könnten sowohl die physischen als auch die psychischen Konsequenzen weiblicher Genitalverstümmelung zutreffend einordnen. Sie hätten dadurch auch die Möglichkeit, das gesellschaftliche Leben mitzubestimmen und selbstbestimmt über ihren Körper und ihre Sexualität zu entscheiden.

Weibliche Genitalverstümmelung in Europa – Rechtliche Lage

Mittlerweile leben in vielen europäischen Ländern Migrantinnen, die einer FGM praktizierenden Ethnie angehören. Auch in Deutschland leben zunehmend Frauen, die von FGM betroffen oder bedroht sind. Zunehmende Migration bringt mit sich, dass Traditionen wie diese importiert werden und es trotz des neuen sozial-normativen Bezugsrahmens bzw. Wertesystems schwer ist, die nächste Generation davor zu bewahren. Laut den Schätzungen von Terre des Femmes e.V. sind ca. 29 000 Mädchen und Frauen in Deutschland von FGM betroffen oder bedroht (Berufsverband der Frauenärzte e.V. / Terre des Femmes e.V. / UNICEF 2005, 6). Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass es sich bei den Daten um

Hochrechnungen handelt, deren Dunkelziffer höher zu veranschlagen ist. Offizielle Zahlen gibt es nicht.

In der Regel wird der Eingriff während eines Heimaturlaubes durchgeführt. Die Mädchen fliegen während der Schulferien zusammen mit ihren Eltern ins Heimatland, wo schon alles für den Eingriff organisiert ist. Im Kontakt mit Betroffenen erfährt man auch, dass andere Eltern ihre Töchter in Deutschland beschneiden lassen. Diese Familien kennen dann entweder innerhalb ihrer Gemeinschaft eine Beschneiderin oder gehen mit ihren Töchtern zu ÄrztInnen, die den Eingriff rechtswidrig, in der Regel gegen Bargeldzahlungen, durchführen.

Verstümmelung (auch und insbesondere von Genitalien) verstößt in Deutschland gegen das Recht auf körperliche Unversehrtheit und stellt somit ein Straftatbestand dar (Kalthegener 2003, 189). In anderen europäischen Ländern existieren explizit Gesetze gegen FGM (Belgien, Frankreich, Großbritannien Österreich und Schweden), die jedoch meist keine Anwendung finden. Im Rahmen der zu Anfang zitierten Untersuchungen Leyes wurde ebenfalls geprüft, wie sich der strafrechtliche Umgang mit FGM in den europäischen Untersuchungsländern gestaltet (Leye 2008). Die Ergebnisse zeigen, dass auf juristischer Ebene zu beobachten ist, dass zwar viele europäische Länder dazu übergegangen sind, FGM per Gesetz zu verbieten, Verdachtsfälle jedoch nicht geprüft und selten strafrechtliche Konsequenzen erwirkt werden. Für Leye wirft dieses Ergebnis die Frage auf, ob es nicht effektiver sei, medizinisches, juristisches und auch pädagogisches Fachpersonal im Umgang mit (drohender) Genitalverstümmelung zu schulen, mit dem Ziel Mädchen langfristig besser schützen zu können (Leye 2008, 62). In Anbetracht dieser Ergebnisse erscheint die immer wiederkehrende Debatte um strenge gesetzliche Regelungen im Umgang mit der Thematik nutzlos. Hier sei insbesondere auf einen aktuelle überfraktionellen Gesetzesentwurf hingewiesen, der wenige Monate vor der Bundestagswahl in den Bundestag eingebracht wurde. Darin wird ein eigener Straftatbestand im Strafgesetzbuch für die Genitalverstümmelung gefordert und die Aufnahme von FGM in dem Katalog von Auslandsstraftaten angeregt (Bundestagsdrucksache 16/12910 Mai 2009). Gesetzliche Regelungen, die allein auf dem Papier bestehen, helfen bedrohten Mädchen nicht weiter. Hinzu kommt die Frage, ob Gesetze allein tatsächlich den gewünschten Erfolg erzielen. In Frankreich existiert bereits seit den 1980er Jahren ein Gesetz, das FGM verbietet (Weil-Curiel 2003, 195). Dieses Gesetz fand auch in mehreren Fällen bereits Anwendung und es kam zu Verurteilungen

der Eltern und Beschneiderinnen (Weil-Curiel 2003). Doch ist es nicht allein dem Gesetz zu verdanken, dass in Frankreich Mädchen vor dem Eingriff geschützt werden können. Die Rechtsanwältin Linda Weil-Curiel weist in ihrem Artikel darauf hin, dass die Arbeit gegen FGM in Frankreich von Anfang an in Zusammenarbeit mit ÄrztInnen stattgefunden hat und viel Wert darauf gelegt wurde, den Familien zu erklären, welche gesundheitlichen Folgen FGM mit sich bringe und diese der Grund seien, dass FGM in Frankreich verboten sei (Weil-Curiel 2003, 198). Mittlerweile existiert in Frankreich ein Netzwerk aus JuristInnen, ÄrztInnen und PädagogInnen, die im Verdachtsfall direkt mit den Familien in Kontakt treten, um das bedrohte Mädchen vor dem Eingriff zu schützen. Die strafrechtliche Verfolgung der Eltern ist in diesem Netzwerk der letzte Ausweg, primär wird mithilfe von Aufklärungskampagnen und präventiven Maßnahmen versucht, die Eltern davon zu überzeugen, ihre Töchter unversehrt zu lassen.

Medizinische Implikationen

Nach einer Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) umfasst die weibliche Genitalverstümmelung (Female Genital Mutilation, FGM) die teilweise oder vollständige Entfernung des äußeren Genitals oder die Verletzung des weiblichen Genitals aus kulturellen oder anderen nicht-medizinischen Gründen. In einem Versuch der Klassifikation der WHO werden vier Formen von FGM beschrieben, wobei nicht jeder genitalverstümmelnde Eingriff eindeutig zugeordnet werden kann.

- Typ I: Entfernung der Klitorisvorhaut und die teilweise oder vollständige Entfernung der Klitoris.
- Typ II („Klitoridektomie“ oder „Exzision“): Entfernung der Klitoris und die teilweise Entfernung der an sie angrenzenden inneren Schamlippen.
- Typ III („Infibulation“): Entfernung der Klitoris und der inneren Schamlippen und auch Teilen der äußeren Schamlippen sowie das Zunähen der Vaginalöffnung bis auf eine enge Öffnung.
- Typ IV: Manipulationen bzw. Mutilationen wie das Langziehen der Klitoris und der Schamlippen oder das Durchstechen derselben sowie das Verätzen der Klitoris oder das Ausschaben von Scheidengewebe, welche der Verengung und Straffung des Scheideneinganges dienen sollen (WHO 2009, Zerm 2005, Zerm 2008, Hulverscheidt / Piccolantonio 2007, Bauer / Hulverscheidt 2003).

Die verschiedenen Formen der FGM haben unterschiedlich gravierende Konsequenzen für die Gesundheit der Mädchen und Frauen. Gesundheit, verstanden als ganzheitliches Wohlbefinden, wird gestört durch den irreparablen Schaden durch die Entfernung von Teilen des Körpers, aber auch durch die traumatisierende Form des Eingriffs an sich (Behrendt 2004).

Die Folgen der FGM können unterteilt werden in akute und chronische Komplikationen, diese in körperliche und psychische bzw. psychosomatische Folgen, sexualmedizinische Aspekte und Schwierigkeiten bei der Geburt. Nicht jede Frau, nicht jedes Mädchen, muss zwingend diese medizinischen Komplikationen entwickeln. Allerdings bleibt festzuhalten, dass die weibliche Genitalverstümmelung unabhängig von diesen gesundheitlichen Folgen als solche eine Menschenrechtsverletzung darstellt (Büchner 2004, Terre des Femmes 2003, Toubia 1994).

Die Darstellung der gesundheitlichen Folgen von FGM erfolgt unter zwei Aspekten: Zum einen wird nach der Traumatisierung gefragt, die nicht nur physisch, sondern auch psychisch sein kann. Zum anderen werden die möglichen gesundheitsbeeinträchtigenden Zustände dargestellt, die nicht offensichtlich sind oder unmittelbar an FGM denken lassen. Die gesundheitlichen Folgen haben auch ökonomische und soziale Konsequenzen: Eine Frau, die wegen ihrer Menstruation regelmäßig eine Woche lang krank und leidend ist, ist durchschnittlicher Arbeitsbelastung nicht gewachsen. Ein Mädchen, das zum Urinieren eine halbe Stunde benötigt, kann im deutschen Schulalltag dem Unterricht nicht folgen.

Akute Folgen von FGM

Die unmittelbarste akute Folge des Eingriffs ist eine starke Blutung. Die Klitoris und die inneren Schamlippen werden von zahlreichen Arterien versorgt. Verletzungen eines oder mehrerer dieser Gefäße (die obendrein von anatomisch unkundigen Personen bzw. medizinischen Laien durchgeführt werden) können zu unstillbaren Blutungen führen. Auch die Verletzung des Analschließmuskels oder der Harnröhre kommen vor. Hier besteht sowohl die Gefahr der Harn- als auch der Stuhl-Inkontinenz, dem unwillkürlichen Verlust von Urin oder Kot (Jones 1999).

Der hohe Blutverlust und die unerträglichen Schmerzen können einen doppelten Schock auslösen (Kreislauf- und psychische Dekompensation), der zum Tode führen kann. Statistisch valide Arbeiten

zur Todesrate sind nicht bekannt, es existieren lediglich Schätzungen, die von einer Letalitätsrate von über 10% insbesondere bei der Infibulation ausgehen (Dessauer et al. 1996, McCaffrey et al. 1995). Wenn sich die Betroffenen wehren, kommt es auch zu ernsthaften sonstigen Verletzungen: Schnittverletzungen im perigenitalen Bereich, ausgekugelte Schultern, Knochenbrüche, Zungenbisse, Krampfanfälle.

Die Genitalverstümmelung wird meistens unter unsterilen und immer unter unhygienischen Bedingungen durchgeführt. Eine Infektion, bis hin zu einer Blutvergiftung (Sepsis), kann entstehen. Die Betroffenen können sich mit spezifischen Erregern für den meistens tödlich verlaufenden Wundstarrkrampf (Tetanus) infizieren, aber auch mit Kinderlähmung (Poliomyelitis), Hepatitis oder dem HI-Virus, der zu AIDS führen kann (Monjok 2007).

Im Anschluss an eine Infibulation werden den Mädchen die Beine zusammengebunden, sie müssen bis zu vierzig Tage lang still liegen und werden kaum mit Flüssigkeit versorgt. So soll gewährleistet sein, dass die Wunde gut verheilt. Flüssigkeitsentzug unter den Bedingungen von Hitze und Schmerzen bringen Körper und Seele an die Grenze des Aushaltbaren, wie auch aus Berichten von Folteropfern zu erfahren ist.

Langfristige gesundheitliche Auswirkungen von FGM

Bleibt eine Infektion über einen längeren Zeitraum bestehen, kann sie chronisch werden. Wurden durch die Verstümmelung die unteren Harnwege geschädigt, führt dies nicht nur zu ständigen Schmerzen und Schwierigkeiten beim Wasserlassen, sondern auch zu chronischen Infektionen der Harnorgane und der Organe des kleinen Beckens (pelvic inflammatory disease/ PID). Durch aufsteigende Harnwegsinfektionen können Harnblase, Harnleiter und die Nieren in Mitleidenschaft gezogen werden. Infektion und Stauung führen dann oft zu Steinen im Nierenbecken oder in der Blase.

Chronische Infektionen können auch auf die Scheide, die Gebärmutter, die Eileiter und den gesamten Unterleib übergehen. Eine länger andauernde Entzündung der Eileiter kann zur Verklebung derselben und damit zu Unfruchtbarkeit führen.

Eine andere Folge von chronischen Infektionen kann auch die Fistelbildung am Genitale sein. Fisteln sind häutig ausgekleidete Verbindungen zwischen zwei Hohlorganen, also z. B. zwischen der Scheide

und der Blase oder der Scheide und dem Mastdarm. Besteht eine solche Fistel, gehen unwillkürlich Urin oder Stuhl durch die Scheide ab, die Frau ist inkontinent. Bedingt durch den unwillkürlichen Verlust von Urin und Stuhl stinkt die Betroffene; nicht selten kommt es aus diesem Grund zu einem Ausschluss aus der Gemeinschaft.

An den Narben kann es zu Narbenwülsten, sogenannten Keloiden, kommen. Dies führt unter Umständen zu erheblichen Verengungen der Harnröhre oder der Vagina mit entsprechenden Folgen wie Harnverhalt, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr und Geburtskomplikationen (Snow et al. 2002).

Da bei dem Eingriff auch Nervenbahnen durchtrennt werden, können an der Schnittstelle auch Neurinome entstehen. Diese können zu einer andauernden Überempfindlichkeit mit Missempfindungen führen und stellen dann ein gravierendes Problem bei der Genial- und Menstruationshygiene und vor allem auch bei sexueller Stimulation, insbesondere bei Geschlechtsverkehr dar.

Eine weitere mögliche Komplikation ist der Hämatocolpos: Hierbei kann das Menstruationsblut nicht vollständig abfließen. Es staut sich in der Scheide zurück, manchmal bis in die Gebärmutter und die Eileiter. Dies ist nicht nur äußerst schmerzhaft, sondern führt unter Umständen zu Infektionen und zur Sterilität. Dysmenorrhoeen sind insbesondere bei infibulierten Frauen und Mädchen stark und heftig, weil das Menstrualblut nur schwer abfließen kann (Morison et al. 2001, Makhoul Obermeyer 2005)

Generell ist bei genitalverstümmelten Mädchen und Frauen das Infektionsrisiko erhöht, denn das Narbengewebe ist nicht so dehnbar wie gesunde Haut, und reißt schnell ein. Eine weitere Infektionsgefahr besteht beim Analverkehr, der, insbesondere wenn die Vaginalöffnung aufgrund einer Infibulation verschlossen oder zu eng ist, aber auch bei vorehelichen Sexualkontakten zur Erhaltung der „Jungfräulichkeit“, als Ausweichmöglichkeit durchgeführt wird. Hier besteht eine große Infektionsquelle für beide Sexualpartner, insbesondere für das HI-Virus (Brady 1999).

Geburtshilfliche Komplikationen

Eine Studie der WHO, die in sechs afrikanischen Ländern durchgeführt wurde, kommt zu dem Ergebnis, dass Frauen mit FGM ein signifikant höheres Risiko auch für geburtshilfliche Komplikationen haben. Die Notwendigkeit eines Kaiserschnitts, übermäßi-

ge Blutungen nach der Entbindung und verlängerte Krankenhausaufenthalte sind bei von FGM betroffenen Müttern häufiger. Die Rate der Todgeburten oder der Notwendigkeit von Beatmung nach der Geburt ist bei Kindern von Betroffenen höher als bei Frauen ohne FGM (Larsen/Okonofua 2002, WHO Study Group 2006).

Psychische Konsequenzen

Das innere und äußere Genital ist sehr stark von Nervenbahnen versorgt und dadurch sehr empfindlich. Eine Verwundung dort schmerzt ungleich mehr als an einem anderen Körperteil. Die durch die Verstümmelung entstehenden Schmerzen können daher als sehr stark angesehen werden. Extremen Schmerzen ausgesetzt zu sein, kann zu einer sog. Dissoziation führen. Bei einer dissoziativen Störung (ICD-10: F 44) ist das erlittene Leid zu groß, um es kompensieren zu können. Es kommt dadurch zu einer psychischen Abspaltung vom eigenen Körper als überlebensnotwendige Reaktion. Betroffene Personen haben dadurch das „Gefühl“, dass die ihnen zugefügten Verletzungen nicht sie selbst betreffen bzw. nicht ihnen widerfahren. Der unkompensierbare Schmerz wird so als nicht zum eigenen „ich“ gehörig abgespalten. Dissoziationsphänomene sind besonders von Folteropfern bekannt.

Verstümmelung der Genitalien kann aber auch lebenslange psychische Folgen haben. Selbstwertstörungen und Störungen der sexuellen Identität (ICD-10: F 66.8; vgl. Ahlers et al. 2005) können daraus resultieren, z.B. das Gefühl, keine „vollwertige“ Frau mehr zu sein, also auch psychosexuell verstümmelt worden zu sein. Diese Frauen leiden unter dem Gefühl einer gesamten geschlechtlichen und sexuellen der Unvollkommenheit. Die psychischen und sexuellen Folgen von FGM können erheblich variieren. Sie sind abhängig vom Ausmaß des Eingriffes und seinen Umständen bzw. von der Dimension des erlittenen Psychotraumas. Die Beschneidung soll das Zugehörigkeitsgefühl der Frau zu ihrer sozialen Umgebung und ihre Integration in die soziale Gruppe stärken (Lightfoot-Klein 2003, 80–81). Doch der dabei erlittene Schmerz, die seelische und körperliche Verletzungen können so groß sein, dass das Ereignis erst abgespalten (dissoziiert) und später ganz verdrängt wird. So wird aus einer Prozedur, die das Mädchen in die Gemeinschaft aufnehmen will, ein Ereignis, dass die Betroffene aus ihrer Umwelt, ihrem eigenen Leben herausnimmt. Das Vertrauensverhältnis zu den

Eltern und weiblichen Bezugspersonen kann empfindlich gestört sein. Der so erlebte Vertrauensbruch ist prägend: „Der schlimmste Schock kam, als ich mich umsah und merkte, dass meine Mutter neben mir stand. Ja, sie war es in voller Lebensgröße – es konnte keinen Zweifel geben. Mitten zwischen diesen Fremden stand sie, sprach mit ihnen und lächelte sie an, als habe sie nicht eben erst an der Abschachtung ihrer Tochter teilgenommen“ (Saadawi 1980, 10).

Neben den unmittelbaren psychischen Schädigungsfolgen kann es durch neurotische Fehlverarbeitung des Psychotraumas später auch zum Auftreten von Phobien und Panikattacken bei der Exposition in spezifischen Situationen (gefangener Raum etc.) oder mit bestimmten Gegenstände kommen, die mit dem Übergriff in Verbindung gebracht werden: Rasierklingen, Scheren oder bestimmte Stoffmuster, Stricke / Fesseln.

Auch wenn die konkreten Erinnerungen an die Tat vermeintlich verloren gehen, weil sie abgespalten wurden, so erinnern sich die Seele und der Körper an die erlittenen Verletzungen und Schmerzen. Bei scheinbar banalen Anlässen treten immer wieder unklare Befindlichkeitsstörungen auf: Kopfschmerzen, Rückenschmerzen oder Unterleibsbeschwerden. Der Körper dient als Ausdrucksmittel für den auch seelischen Schmerz, indem psychosomatische Symptome ausgebildet werden.

Es ist evident, dass eine Verstümmelung am Genital Einfluss auf das sexuelle Erleben und Verhalten haben können. So können sexuelle Kontakte durch die erlittene Genitalverstümmelung und mögliche Folgeprobleme als Bedrohung oder Gefährdung und potentielle erneute Verletzung wahrgenommen werden. Die betroffenen Frauen erleben dadurch nicht nur ein Ausbleiben ihres sexuellen Verlangens (ICD-10: F 52.0), sondern haben auch ein größeres Risiko, unter vielen weiteren sexuellen Funktionsstörungen zu leiden, wie etwa Schmerzen bei genitaler Stimulation (sog. Dyspareunie F 52.6) sowie vaginaler Penetration (sog. Vaginismus F 52.5), ausbleibender sexueller Erregung (mit resultieren auch ausbleibender Scheidenfeuchtigkeit F 52.2), ausbleibendem Orgasmus (F 52.3) und schließlich einer generellen Abneigung gegen sexuelle Betätigung (sog. sexuelle Aversion; F 52.10; vgl. Ahlers et al. 2005).

Dabei ist natürlich zu berücksichtigen, dass das sexuelle Erleben und Verhalten stark kulturell geprägt ist und die Ausbildung sexueller Funktionsstörungen somit auch starken soziokulturellen Interpretationsschwankungen unterliegt.

Gerade auf diesem Gebiet wären sexualwissenschaftliche Studien erforderlich.

Ansätze zur Verbesserung der Aufklärungs- und Beratungsarbeit

Die bisherigen Ausführungen zeigen, wie wichtig Aufklärungsarbeit gegen FGM ist. Hierbei müssen immer wieder Hindernisse überwunden werden, um diese Arbeit weiter voranzutreiben. Gerade in der Arbeit gegen genitale Verstümmelung sollte nicht vergessen werden, dass es sich bei Migrantinnen um Frauen handelt, die ihr Heimatland verlassen haben und neben Sprachschwierigkeiten auch damit zu kämpfen haben, sich in das alltägliche Leben in einem fremden Land einzufinden. Genitalverstümmelung spielt vor diesem Hintergrund häufig eine untergeordnete Rolle. Erschwerend kommt hinzu, dass es sich um ein Tabuthema handelt über das nicht im ersten Kontakt gesprochen wird.

In Deutschland bestehen acht Beratungsstellen, die mit ihrer Arbeit hier lebende bedrohte Mädchen schützen und Betroffenen kompetente Beratung anbieten wollen. Diese befinden sich in Berlin (drei Beratungsstellen), Köln, Saarbrücken, Tübingen, Düsseldorf und Frankfurt/Main. Inwieweit die präventiven und beratenden Angebote von Migrantinnen angenommen werden, war Untersuchungsgegenstand einer Studie von Isabelle Ihring (2006). Die Ergebnisse zeigen, dass nur wenige deutsche Beratungsstellen Kontakt zu Betroffenen haben. Die überwiegende Mehrheit der Beratungsstellen gibt an, dass ihre Angebote nur selten von Betroffenen und deren Familien angenommen werden. Für männliche Familienmitglieder existieren kaum Angebote, obwohl alle befragten Beratungsstellen angeben, dass die Arbeit mit den Männern in gleichem Maße wichtig wäre wie die mit den Frauen. Darüber hinaus gaben nahezu alle befragten Beratungsstellen an, dass zu wenig GynäkologInnen und PsychologInnen über die Konsequenzen von FGM informiert seien. Dies deckt sich mit den Ergebnissen von Franz Josef Gülle, der Medizinstudierende Ende der 1980er allgemein zu FGM befragt hatte (Gülle 1989). Hier zeigte sich, dass nur 55% der Befragten Kenntnisse zu FGM angeben konnten, was der Verfasser der Studie unter anderem damit gebründete, dass dieses Themengebiet nicht in den Curricula der medizinischen Fakultäten enthalten sei (Gülle 1989, 103) Betroffene Frauen, die unter physischen und/oder psychischen Folgen des erlittenen Übergriffs leiden, können in Deutschland nicht adäquat versorgt werden, obwohl wir ein leistungsstarkes und patientenorientiertes Gesundheitssystem

haben, weil die dafür notwendige Expertise nur punktuell vorhanden ist. (Müller 2003). Diese Ergebnisse decken sich mit den eingangs dargestellten Untersuchungen von Asefaw und Leye (Asefaw 2008, Leye 2008). So berichteten Betroffene beispielsweise in der Untersuchung von Asefaw (2008), GynäkologInnen hätten mit Entsetzen auf ihre Genitalien reagiert und KollegInnen hinzu gerufen, die sich die beschnittenen Genitalien anschauen sollten (Ebd.). Laut Asefaw berichten betroffene Mädchen und Frauen bei entsprechenden Befragungen häufig von solchen Erfahrungen. Der unprofessionelle und unsensible Umgang hat zur Folge, dass Betroffene sich einem schaulustigen Gaffen ausgesetzt fühlen, anstatt professionelle Hilfe zu bekommen und deswegen gynäkologische Untersuchungen, auch im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen, meiden (Asefaw 2008, 77).

Die Arbeit Leyes zeigen, dass nicht nur deutsche ÄrztInnen unzureichend zum Thema weibliche Genitalverstümmelung informiert sind. Die Studie wurde vom „International Centre of Reproductive Health“ in Gent als Reaktion auf die Forderung der EU nach allgemein gültigen gesetzlichen und medizinischen Richtlinien im Umgang mit von Genitalverstümmelung betroffener Mädchen und Frauen durchgeführt. Die EU forderte insbesondere für die Frauen, die von Infibulation (der schwersten Form weiblicher Genitalverstümmelung) betroffen sind; eine medizinische Betreuung, die auf die Konsequenzen dieses Eingriffs eingestellt sei (Leye 2008, 57). Die Untersuchungen Leyes zeigen, dass trotz vermehrter Aufklärungsveranstaltungen für MedizinerInnen noch immer große Unwissenheit über FGM und die medizinische Konsequenzen für Betroffene besteht (Ebd., 63). Insbesondere bei Detailfragen wie der Diskussion um Reinfibulation nach einer Entbindung existiere zu wenig Wissen unter MedizinerInnen (Zerm 2008, 22). Andererseits seien die Folgen von FGM nicht allein auf der physischen Ebene zu finden. Häufig fühlten sich Betroffene mit ihrer Traumatisierung und anderen psychischen Konsequenzen auch vom medizinischen Versorgungssystem alleine gelassen, was deswegen zusätzlich bedauernswert ist, weil das soziale Umfeld, welches die Verstümmelung erzwungen, vorgenommen bzw. geduldet hat, offenbar nach den Taten nicht unterstützend in Erscheinung tritt.

Schlussfolgernd lässt sich anhand der Ergebnisse der Studien sagen, dass Aufklärungsarbeit in Europa zwar Fortschritte macht, doch ist sie an vielen Punkten noch verbesserungswürdig. Dringender Bedarf besteht bei Schulung der Berufsgruppen, die in Kontakt mit Betroffenen stehen oder mit großer Wahrscheinlichkeit im Laufe ihrer beruflichen Laufbahn mit betroffenen

Familien in Kontakt kommen könnten. In erster Linie sind das MedizinerInnen (v.a. GynäkologInnen und KinderärztInnen), doch auch ErzieherInnen, LehrerInnen und JuristInnen sollten vermehrt im Umgang mit FGM geschult werden. Die im Jahr 2005 durchgeführte Umfrage vom Berufsverband der Frauenärzte e.V., UNICEF und Terre des Femmes e.V. verdeutlicht einmal mehr, dass vor allem deutsche GynäkologInnen nicht nur mehr Informationen zum Umgang mit Genitalverstümmelung benötigen, sondern diese auch wünschen (Berufsverband der Frauenärzte e.V. / Terre des Femmes e.V. / UNICEF 2005, 9). Um die Unsicherheiten des medizinischen und auch sozialen Fachpersonals abzubauen, könnten vermehrt Seminare und Fortbildungen zu dieser Thematik angeboten werden. Außerdem wäre es wünschenswert, das Thema FGM in die medizinische Ausbildung zu integrieren. Letztendlich sollte das wichtigste Ziel solcher Schulungen sein, die genannten Berufsgruppen zu sensibilisieren und ihnen zu vermitteln, an wen sie sich im Zweifelsfall wenden und wie sie auf diese Situation reagieren können. Für diesen Fall wiederum ist die Etablierung eines Netzwerkes, wie es in Frankreich existiert, hilfreich und nützlich.

Um die Arbeit der bestehenden Beratungsstellen zu verbessern, wäre es in erster Linie sinnvoll mehr afrikanische MigrantInnen für Aufklärungsarbeit und die Beratung Betroffener zu gewinnen. Auch hier könnte die Zusammenarbeit mit bestehenden afrikanischen MigrantInnen-Selbsthilfeorganisationen von Vorteil sein. Betroffene Frauen kostet es weniger Überwindung über dieses Tabuthema zu sprechen, wenn sie mit einer Person sprechen können, die den selben oder einen vergleichbaren kulturellen Hintergrund aufweist. Insbesondere dann, wenn bereits subjektiv negative Erfahrungen mit deutschen Ärztinnen und Ärzten oder anderen Berufsgruppen gemacht wurden. Hinzu kommt, dass beratende Angebote in der Muttersprache durchgeführt werden könnten. Gerade bei Migrantinnen, die noch nicht lange in Deutschland sind, wäre dies ein großer Vorteil. Findet die Beratung in der Muttersprache statt, könnte zudem eine differenziertere Betreuung und Aufklärung Betroffener, Bedrohter und deren Familien stattfinden. Außerdem würde der afrikanische Blickwinkel auf diese Praktik nicht verloren gehen und es wäre gemeinsam möglich, mehr Angebote zu schaffen, die betroffene oder bedrohte Mädchen und Frauen auch wirklich erreichen.

Für Beratungsstellen wäre darüber hinaus von Vorteil, würden mehr regelmäßig Präventivangebote und Angebote für betroffene und bedrohte Mädchen

und Frauen durchgeführt werden. Dabei sollten die männlichen Familienmitglieder nicht außer Acht gelassen werden, denn auch ihnen muss die Möglichkeit geboten werden, sich über die juristischen, körperlichen, psychischen und sozialen Konsequenzen von Genitalverstümmelung an Mädchen und Frauen zu informieren. Am effektivsten gestaltet sich Aufklärungsarbeit gegen FGM, wenn das ganze soziale Umfeld einbezogen wird. Der Druck der Verwandten und Bekannten auf eine junge Mutter, die vor der Entscheidung steht, ihre Tochter beschneiden zu lassen oder nicht, ist auch für Mütter, die in Deutschland leben enorm hoch. Werden alle Familienmitglieder über die Risiken und die unter Umständen auftretenden lebenslänglichen Konsequenzen der Beschneidung aufgeklärt, ist die Chance größer, dass die junge Mutter in der Entscheidung gegen FGM unterstützt wird.

Ein letzter aber sehr bedeutender Punkt in der Arbeit gegen FGM, ist die Berücksichtigung der soziokulturellen Hintergründe. Möchte man erreichen, dass sich Menschen auf einen offenen Dialog über ein sensibles Thema einlassen, ist es wichtig, diese nicht mit einer vorgefertigten Meinung vor den Kopf zu stoßen. In der Aufklärungsarbeit gegen FGM muss daher berücksichtigt werden, in welchem Kulturkreis die Menschen aufgewachsen sind und wie sie erzogen und sozialisiert wurden. Auch muss eine offene und informierende Grundhaltung bestehen, um im Dialog zu vermitteln, dass in verschiedenen Kulturkreisen die körperliche und seelische Integrität und das Bedürfnis nach Schutz unterschiedlich definiert wird. Die Universalität der Menschenrechte muss nicht nur proklamiert, sondern vorgelebt und permanent erklärt werden. MigrantInnen müssen die Möglichkeit bekommen, zunächst über die Grundwerte der Gesellschaft aufklärend und umfassend informiert zu werden, ohne einer Vorverurteilung zu unterlaufen. MigrantInnen müssen sich aber auch, trotz aller Unterschiede, Schwierigkeiten und stattgehabten Traumatisierungen öffnen für die Werte und Grundhaltungen in Deutschland und sollen auch ermutigt werden, dafür aktiv einzutreten. Ein solches interkulturelles Verständnis zu schaffen, ist für beide Seiten schwierig. Doch wird dies möglich, wenn noch mehr afrikanische MigrantInnen dafür gewonnen werden können selbst aktiv gegen FGM zu arbeiten.

Literatur:

- AG FIDE, Zerm, C., 2002. Kampf gegen weibliche Genitalverstümmelung im In- und Ausland. *Frauenarzt* 43, 464–466.
- Ahlers Ch. J., Schaefer G. A., Beier K. M., 2005. Spektrum der Sexualstörungen und ihre Klassifizierbarkeit in DSM-IV und ICD-10, *Sexuologie* 12 (3/4), 120–152.
- Asefaw, F., 2007. Weibliche Genitalbeschneidung (Female Genital Cutting, FGC) – Eine Feldstudie unter besonderer Berücksichtigung der Hintergründe sowie der gesundheitlichen und psychosexuellen Folgen für Betroffene und Partner in Eritrea und Deutschland. Diss. Med. Berlin.
- Asefaw, F., 2008. Weibliche Genitalbeschneidung. Hintergründe, gesundheitliche Folgen und nachhaltige Prävention. Helmer Verlag Königstein.
- Askew, I. 2005: Methodological issues in measuring the impact of interventions against female genital cutting. *Culture, Health & Sexuality*, 7 (5), 463–477.
- Barre-Dirie, A., 2003. Betroffene Frauen verdienen unseren Respekt und unsere Unterstützung, in: *Terre des Femmes* (Hg.). *Schnitt in die Seele. Weibliche Genitalverstümmelung – eine fundamentale Menschenrechtsverletzung*. Mabuse Verlag Frankfurt/Main, 101–108.
- Bauer, C., Hulverscheidt, M., 2003. Gesundheitliche Folgen der weiblichen Genitalverstümmelung, in: *Terre des Femmes* (Hrsg.), *Schnitt in die Seele. Weibliche Genitalverstümmelung – eine fundamentale Menschenrechtsverletzung*. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 65–81.
- Beck-Karrer, C., 1996. *Löwinnen sind sie: Gespräche mit somalischen Frauen und Männern über Frauenbeschneidung*. eFeF-Verlag Bern.
- Behrendt, A., 2004. Das Vorkommen posttraumatischer Belastungsstörung nach weiblicher Genitalverstümmelung. Unveröffentlichte Diplomarbeit Hamburg 2004.
- Berufsverband für Frauenärzte, Terre des Femmes e.V., Unicef, 2005. *Schnitte in Körper und Seele. Eine Umfrage zur Situation beschnittener Mädchen und Frauen*. Köln.
- Borkenhagen, A.; Brähler, E., Kentenich, H., 2009. Intimchirurgie. Ein gefährlicher Trend. *Deutsches Ärzteblatt* 106(11): A-500.
- Brady, M., 1999. Female Genital Mutilation: Complications and Risk of HIV Transmission. *AIDS Patient Care and STDs* 13 (12), 709–716.
- Büchner, A.-C., 2004. Weibliche Genitalverstümmelung. Betrachtung eines traditionellen Brauchs aus Menschenrechtsperspektive – Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit in Deutschland. Paulo Freire Verlag, Oldenburg 2004.
- Bundestagsdrucksache 16/12910 vom 6. Mai 2009 Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Strafgesetzbuches – Strafbarkeit der Genitalverstümmelung
- DeMeo, J.; 1990. The Geography of Female Genital Mutilations (Part 4: Desertification and the Origins of Armoring: The Saharasian Connection). *Journal of Orgonomy*, 24(2), 233–239.
- Dessauer, R./Hauenstein, E., Müller, C., 1996. Rituelle Verstümmelung – auch in Deutschland sind Mädchen gefährdet. *Deutsches Ärzteblatt* 93, A-1526–1528.
- Ettenhuber, H., 2000. Weibliche Genitalverstümmelung –

- Ursprung und Gegenwart, in: Hermann, C. (Hg.), *Das Recht auf Weiblichkeit. Hoffnung im Kampf gegen die Genitalverstümmelung*, Bonn, 20–22.
- Gesellschaft für technische Zusammenarbeit, 2002. *Gewalt gegen Mädchen und Frauen beenden. Abbau und Prävention geschlechtsspezifischer Gewalt als Beitrag zum Schutz der Menschenrechte und zur Entwicklung*. Eschborn.
- Gruenbaum, E., 2005. Socio-cultural dynamics of female genital cutting: Research findings, gaps, and directions. *Culture, Health & Sexuality*, 7 (5), 429–441.
- Gülle, F.J., 1989. *Die weibliche Beschneidung – eine Frage der Sexualmedizin*. Med. Diss. Berlin.
- Hulverscheidt, M., 2002. *Weibliche Genitalverstümmelung. Diskussion und Praxis in der Medizin während des 19. Jahrhunderts im deutschsprachigen Raum*, Mabuse-Verlag Frankfurt am Main
- Hulverscheidt, M., 2005. „Eine merkwürdige Methode zur Verhinderung der Onanie“ Zur Geschichte der Genitalverstümmelung von Frauen im deutschsprachigen Raum. *Zeitschrift für Sexualforschung* 18, 215–242.
- Hulverscheidt, M., 2007. *Weibliche Genitalverstümmelung und die „Hottentottenschürze“ – ein medizinhistorischer Diskurs des 19. Jahrhunderts*, *Journal für Ethnologie* 3/2007, ULR: <http://journal-ethnologie.inm.de/>, Zugriff am 27.5.2009
- Hulverscheidt, M., 2008a, *Zur Beschreibung und Bewertung der weiblichen Genitalverstümmelung durch Magnus Hirschfeld*. *Mitteilungen der Magnus Hirschfeld-Gesellschaft*, 39/40, 65–73.
- Hulverscheidt, M., 2008b. *Die Halban-Narjani-Operation – ein biologisch-medizinisches Experiment zur Frigidität der Frau*, in: Schickanz, Pethes, N. (Hg.), *Sexualität als Experiment – Identität, Lust und Reproduktion zwischen Science und Fiction*, Campus-Verlag Frankfurt am Main, 173–192.
- Hulverscheidt, H., Piccolantonio, C., 2007. *Gesundheitliche Folgen von weiblicher Genitalverstümmelung*, *Journal für Ethnologie* 3/2007 ULR: <http://journal-ethnologie.inm.de/>, Zugriff am 27. 5. 2009.
- Ihring, I., 2006. *Menschenrechtspädagogik als Bildungs- und Aufklärungsarbeit in Beratungsstellen. Zum Umgang mit weiblicher Genitalverstümmelung in Deutschland und Frankreich*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Freiburg.
- Jones, H., Diop, N., Askew, I., Kabore, I., 1999. *Female genital cutting practices in Burkina Faso and Mali and their negative health outcomes*. *Studies in Family Planning*, 39, 219–30.
- KaltheGener, R., 2003. *Strafrechtliche Regelungen in europäischen Staaten*, in: *Terre des Femmes (Hg.): Schnitt in die Seele*. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 187–195.
- Kentenich, H., Utz-Billing, I., 2006. *Weibliche Genitalverstümmelung: Lebenslanges Leiden*. *Deutsches Ärzteblatt*, 103, A 842–845.
- Kilanowski, K., 1998. *Mama Sanes weißes Kleid*. In Gambia kämpft eine Frauenorganisation erfolgreich gegen die weibliche Genitalverstümmelung. *Südwind* 7–8, 22–24.
- Klafki, W.: *Studien zur Bildungstheorie und Didaktik*. Beltz Verlag, Weinheim/Basel 1975, 45.
- Klafki, W.: *Neue Studien zur Bildungstheorie und Didaktik. Zeitgemäße Allgemeinbildung und kritisch-konstruktive Didaktik*. Beltz Verlag, Weinheim/Basel 1985.
- Kron, F.W.: *Grundwissen der Pädagogik*. München/Basel 1994
- Kuring, D., 2007. *Weibliche Genitalverstümmelung in Eritrea. Regionale Erklärungen, nationale Ansätze und internationale Standards.*, Diss. Pol. Magdeburg.
- Larsen, U., Okonofua, F.E., 2002. *Female circumcision and obstetric complications*. *International Journal for Gynecology and Obstetrics*, 77, 255–65.
- Leye, E., 2008. *Female Genital Mutilation. A study of health services and legislation in some countries of the European Union*. International Centre for Reproductive Health, Ghent.
- Lightfoot-Klein, H., 1989. *Über radikale Beschneidung von Frauen im Sudan*. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 2, 147–159.
- Lightfoot-Klein H. 1992. *Das grausame Ritual: sexuelle Verstümmelung afrikanischer Frauen*. (Die Frau in der Gesellschaft) Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main.
- Lightfoot-Klein, H., 2003. *Der Beschneidungsskandal*. Orlanda Frauenverlag Berlin
- Makhlouf Obermeyer, C., 2005. *The consequences of female circumcision for health and sexuality: an update on the evidence*. *Culture, Health & Sexuality*, 7 (5), 443–461.
- McCaffrey M., Jankowsky A., Gordon H., 1995. *Management of female genital mutilation. The Northwick Park Hospital experience*. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 102, Oct 1995, 787–790.
- Meyer, P., 2007. *Weibliche Genitalverstümmelung: Angst vor Empörung*. *Dtsch Arztebl*, 104 (1–2), A-16 / B-15 / C-14.
- Monjok, E., Essien, E.J., Holmes, L., 2007. *Female genital mutilation: potential for HIV transmission in sub-Saharan Africa and prospect for epidemiologic investigation and intervention*. *African journal of reproductive health*, 11 (1), 33–42.
- Moscucci, O., 1996. *Clitoridectomy, circumcision, and the politics of sexual pleasure in Mid-Victorian Britain*. In: Miller, A.H. et al (Hrsg). *Sexualities in Victorian Britain*. Bloomington u.a., 1996.
- Morison, L., Scherf, C., Ekpo, G., 2001. *The long-term reproductive health consequences of female genital cutting in rural Gambia: A community-based survey*. *Tropical Medicine and International Health* 6, 643–53.
- Müller, 2003. *Über das Fremde in uns und den Umgang mit genitalverstümmelten Frauen*, in: *Terre des Femmes (Hg.): Schnitt in die Seele*. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 242–248.
- Peller A., 2002. *Chiffrierte Körper-Disziplinierte Körper. Female genital cutting. Rituelle Verwundung als Statussymbol*. Weißensee-Verlag, Berlin.
- Schnüll, P., 2003. *Weibliche Genitalverstümmelung in Afrika*, in: *Terre des Femmes (Hg.): Schnitt in die Seele. Weibliche Genitalverstümmelung – eine fundamentale Menschenrechtsverletzung*. Mabuse Verlag Frankfurt am Main, 23–64.
- Scull A., Favreau D., 1986. *The clitoridectomy craze*. *Social Res* 53: 243–260.
- Snow, R.C., Slinger, T.E., Okonofua, F.E., Oronsaye, F., Wacker, J., 2002. *Female genital cutting in southern urban and peri-urban Nigeria: self-reported validity, social*

- determinants and secular decline. *Tropical Medicine and International Health*, 7, 91–100.
- Steixner, M., 1997. Die Beschneidung der Weiblichkeit. Verstehensprozess einer westafrikanischen Tradition im Lichte ihrer Ursprünge und Kontexte. Innsbruck
- Terre des Femmes (Hg.), 2003. Schnitt in die Seele. Weibliche Genitalverstümmelung – eine fundamentale Menschenrechtsverletzung. Mabuse-Verlag Frankfurt am Main.
- Toubia, N., 1994. Female circumcision as a public health issue. *New England Journal for Medicine* 331, 712–716.
- UNICEF, 2007. Zur Situation der Kinder in der Welt. Starke Frauen – starke Kinder. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main.
- Volger, H. (Hg.), 2000. Lexikon der Vereinten Nationen. Oldenbourg Verlag. ORT.
- Weil-Curiel, L., 2003. Weibliche Genitalverstümmelung aus Sicht einer Französischen Rechtsanwältin und Aktivistin, in: Terre des Femmes (Hg.), Schnitt in die Seele. Weibliche Genitalverstümmelung – eine fundamentale Menschenrechtsverletzung. Mabuse-Verlag Frankfurt am Main, XXX
- WHO Study Group on female genital mutilation and obstetric outcome, Banks, E., Meirik, O., Farley, T., Akande, O.

Bathija, H., Ali, M., 2006. Female Genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *The Lancet* 367, 1835–1841.

Internetseiten

- <http://www.unifem.de>, Zugriff am 27.5.2009.
- <http://www.terredesfemmes.de>, Zugriff am 27.5.2009.
- <http://www.iac-ciaf.com>, Zugriff am 27.5.2009.
- <http://www.ag-fide.de/deutsch/neu/FGMFachinformation2005.pdf> (= Zerm 2005).
- <http://www.ag-fide.de/deutsch/neu/EmpfehlgenFGM2007.pdf> (= Zerm 2008).
- <http://www.who.int/reproductive-health/fgm/>, Zugriff am 27.5. 2009.
- http://www.un.org/Depts/german/conf/beijing/beij_bericht.html, Zugriff am 27.5. 2009.
- <http://www.female-genital-mutilation-fgm.forward-germany.de/2.html>, Zugriff am 27.5..2009.

Adresse der AutorInnen

Dr. med. Marion Hulverscheidt, Institut für Geschichte der Medizin, Charité Centrum 1 für Human- und Gesundheitswissenschaften, Ziegelstr. 5-9, D-10117 Berlin, mail: marion.hulverscheidt@charite.de

Dipl.-Psych. Christoph Joseph Ahlers, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Universitätsklinikum Charité Campus Mitte, Freie und Humboldt-Universität zu Berlin, Luisenstraße 57, D-10117 Berlin-Mitte, www.sexualmedizin-charite.de, mail: christoph.ahlers@charite.de

Dipl. päd. Isabelle Ihring, Pädagogische Hochschule, Institut für Erziehungswissenschaften / Erwachsenenbildung, Kunzenweg 21, 79117 Freiburg, mail: isabelleihring@web.de

Mithu M. Sanyal



VULVA

Die Enthüllung
des unsichtbaren Geschlechts

Wagenbach

Mithu M., Sanyal, *Vulva. Die Enthüllung des unsichtbaren Geschlechts*, 2009, Gebunden mit Schutzumschlag. 240 Seiten, 19.90 €, 34.90 sFr / 20.50 € [A], 240 Seiten mit vielen Abbildungen, ISBN 978-3-8031-3629-9

Diese freche, facettenreiche, lustvoll erzählte Kulturgeschichte des weiblichen Geschlechts, eine Geschichte von Aberkennung und Aneignung, stellt die aktuelle Diskussion um Post- und Popfeminismus sowie um öffentlich enthüllte Privatgebiete auf ein solides Fundament. Was nicht existiert, benötigt keinen Namen, und was keinen Namen hat, existiert nicht. Das ist die Ausgangsthese von Mithu M. Sanyals bahnbrechender Studie über die Vulva, über den historischen und kulturellen Bedeutungswandel des weiblichen Geschlechts. Mithu Sanyal sucht nach der Geschichte der Vulva und stößt in vergessenen Quellen auf fast sakrale Wertschätzung ebenso wie auf hasserfüllte Diffamierung. Sie erzählt von Baubo, die in der griechischen Mythologie die Menschheit durch die Enthüllung ihres Genitales rettete, findet zahlreiche explizite Darstellungen selbst in der mittelalterlichen Kunst, geht auf gewaltsame Verstümmelungen ebenso wie auf die Mode der Vagnialverjüngung ein, untersucht Schleiertanz und Striptease sowie die subversiven Performancekünstlerinnen Valie Export oder Annie Sprinkle.

Eine kulturgeschichtliche Pionierarbeit für Leser jeden Geschlechts. Unterhaltsam, intelligent, subversiv, notwendig.