

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Die Problematik der weiblichen
Genitalverstümmelung in Europa“

Verfasserin:

Hanslmaier Lucia Marianne

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie

Wien, November 2008

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 307 295

Studienrichtung lt. Studienblatt: Völkerkunde/Fächerkombination

Betreuer: Univ. Prof. DDr. Armin Prinz

Inhaltsverzeichnis

1 EINLEITUNG.....	6
2 METHODIK UND QUELLENKRITIK.....	8
3 DIE GESCHICHTLICHE ENTWICKLUNG DER WEIBLICHEN GENITALVERSTÜMMELUNG.....	11
3.1 Antike und Mittelalter.....	11
3.2 16. – 20. Jahrhundert.....	13
3.2.1 Frühe Neuzeit – Humanismus.....	13
3.2.2 Barock.....	15
3.2.3 19. Jahrhundert.....	17
3.2.3.1 Masturbation	18
3.2.3.2 Folgen der Masturbation für die Gesundheit.....	19
3.2.3.3 Therapiemöglichkeiten der Masturbation.....	20
3.2.3.4 Fallbeispiel.....	22
3.2.3.5 Reflexneurose	24
3.2.3.6 Nymphomanie.....	26
3.2.4 Dr. Isaac Baker Brown.....	27
4 FGM.....	30
4.1 Begriffserklärung FGM – Female Genital Mutilation.....	30
4.2 Formen der Female Genital Mutilation (FGM).....	31
4.2.1 Typ I.....	31
4.2.2 Typ II.....	31
4.2.3 Typ III.....	31
4.2.4 Typ IV.....	32
4.2.4.1 Die milde Sunna.....	32

4.2.4.2	Die Klitoridektomie.....	32
4.2.4.3	Gishiri cut.....	32
4.2.4.4	Angurya cut	33
4.2.5	Deinfibulation/Re-Infibulation.....	33
4.3	Alters- und bildungsspezifische Parameter bei Beschneidungen	33
4.4	Gründe für die Beschneidung junger Mädchen und Frauen bis in die heutige Zeit.....	34
4.4.1	Tradition.....	34
4.4.1.1	Studie von Fana Asefaw.....	36
4.4.2	Moral und Religion.....	37
4.4.2.1	Rüdiger Nehberg/Anette Weber.....	39
4.4.3	Jungfräulichkeit – Sexualität - Gesundheit.....	40
4.4.4	Initiation, Übergangsritus, soziale Integration.....	42
4.4.4.1	Ablauf einer Initiationsfeier in Sierra Leone	43
4.4.5	Ästhetik und Hygiene.....	44
4.5	Personen, die Beschneidung durchführen.....	45
4.5.1	Beispiel „Report Mainz“	46
4.5.2	„Studie: Schnitte in Körper und Seele“.....	46
4.5.3	Studie „Zur Anwendung der Female Genital Mutilation (FGM) beim Migrantinnen in Österreich (2000)“.....	47
4.6	Ort der Durchführung und Bedingungen.....	47
5	DIE GESUNDHEITLICHEN UND PSYCHISCHEN FOLGEN DER BESCHNEIDUNG	49
5.1	Akute, unmittelbare Folgen.....	49
5.2	Chronische bzw. Langzeitkomplikationen.....	50
5.2.1	Miktion.....	50
5.2.2	Menstruation.....	51

5.2.3Sterilität/Infertilität.....	53
5.2.4AIDS	54
5.2.5Todesrate nach Beschneidung.....	54
5.3Psychische Folgeschäden/Komplikationen.....	54
5.4Sexualität.....	59
5.5Geburt/Geburtskomplikationen.....	60
5.6Medizinische Möglichkeiten zur Behandlung von akuten und chronischen Folgen von FGM.....	62
5.6.1Medikamentöse und operative Behandlung.....	62
6MIGRANTINNEN – IHR ALLTAG IN EUROPA.....	65
6.1Lebensbedürfnisse der Migrantinnen.....	65
6.2Leben in der Gruppe.....	67
6.3Leben mit der Tradition im Alltag	68
7PROJEKTE.....	70
7.1„Daphne“ – Auf dem Weg zu einem Konsens über Genitalverstümmelung bei Frauen in der Europäischen Union...	70
7.2The Swedish National Action Plan Against FGM – a model for Germany?.....	72
7.3FORWARD – Foundation for Women`s Health, Resarch & Development.....	75
7.3.1Das SWITCH–Projekt.....	75
8GUIDELINES.....	78

8.1	Erwartungen der Migrantinnen an das medizinische Personal.....	78
8.1.1	Studie „Knowledge, attitudes and practices of Flemish gynaecologists“	80
8.2	Guidelines – Deutschland.....	81
8.3	Guidelines - Schweiz.....	82
9	RECHTLICHE SITUATION	84
9.1	Großbritannien.....	84
9.2	Italien.....	85
9.3	Schweden	86
9.4	Bundesrepublik Deutschland.....	87
9.5	Niederlande.....	88
9.5.1	Die Bartels-Haijjer-Studie.....	88
9.6	Frankreich.....	89
9.7	Österreich.....	90
10	ZUSAMMENFASSUNG.....	93
11	ABSTRACT	94
12	LITERATUR.....	95
13	LEBENS LAUF	104

1 Einleitung

Die weibliche Genitalverstümmelung (Female Genital Mutilation) wird höchstwahrscheinlich schon so lange praktiziert, wie die männliche Beschneidung. Geschichtliche Aufzeichnungen zeigen, dass bereits in der Antike weibliche Beschneidungen vorgenommen wurden, wobei die radikalste Form der Beschneidung (pharaonische Beschneidung) sich erst später entwickelt hat. Heute beschränkt sich die Ausbreitung der Verstümmelung auf verschiedene ethnische Gruppen in 28 afrikanischen Ländern, Teilen des Nahen Ostens und auf einige wenige lokale Gemeinden in Asien. Durch die Migrationsbewegung ist FGM auch zu einem Problem in den westlichen Ländern geworden. Genaue Daten über die Häufigkeit der Anwendung außerhalb afrikanischer Länder gibt es jedoch kaum. 1997 ergab eine Statistik von Hosken, dass etwa 150 Millionen Babys, Mädchen und Frauen verstümmelt seien, 2 Millionen Mädchen und Frauen kommen jährlich dazu, das ist eine Zuwachsungsrate von 2,5% bis 3% pro Jahr.

Warum aber an dieser grausamen Praktik festgehalten wird, beruht auf Tradition und kultureller Identität, Religion, soziologische Gründe wie die der Initiation. Die geschlechtliche Identität der Frau wird dadurch unterstrichen, Sexualität kann kontrolliert werden, Keuschheit, Jungfräulichkeit und eheliche Treue sind somit gewährleistet. Das sind auch die Gründe warum Migranten an dieser Tradition so festhalten und diese weiterführen. Das Thema FGM ist nach wie vor ein kultursensibles Thema, dennoch werden in vielen europäischen Ländern Aktivitäten gesetzt, dieses grausame Ritual zu stoppen.

Durch eine Begegnung während meiner Tätigkeit als diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester, wurde ich auf die Problematik, dass FGM auch in Europa praktiziert wird, aufmerksam. In meiner Arbeit versuche ich herauszufinden, warum sich diese Tradition in Europa unter den Migranten fortsetzt, welche Maßnahmen bzw. Projekte in den einzelnen Ländern stattfinden. Wichtig für mich bei der Fragestellung war es, wie Personen, die in medizinischen Einrichtungen, beratenden Stellen arbeiten, mit dieser doch teilweise noch unbekannt Situation umgehen.

Im dritten Kapitel gebe ich einen Einblick über die geschichtliche Entwicklung der FGM, wobei der Schwerpunkt auf Europa im 19. Jahrhundert liegt. Besonders in diesem Zeitraum wurden vermehrt Klitoridektomien als Therapiemöglichkeit bei Masturbation, Reflexneurose und Nymphomanie angewendet.

Im darauf folgenden vierten Kapitel werden die verschiedenen Formen der weiblichen Genitalverstümmelung erläutert und warum dieses grausame Ritual bis heute Bestand hat.

Im fünften Kapitel möchte ich über die gesundheitlichen und psychischen Folgen unter denen die Opfer einer FGM leiden informieren. Besonders mit den chronischen Komplikationen nach einer FGM werden Mitarbeiter von medizinischen Einrichtungen konfrontiert.

In Kapitel sechs wird die Situation der Migrantinnen in Europa beleuchtet und beschrieben mit welchen Problemen sie im Alltag umgehen müssen.

In Kapitel sieben geht es um einzelne Projekte und Initiativen, die von verschiedenen Staaten in Europa gesetzt werden. Hauptziel ist eine umfassende Information und adäquate Hilfestellung sowohl für die betroffenen Frauen als auch für Personen- beziehungsweise Berufsgruppen, die mit Migranten konfrontiert sind.

So genannte Guidelines für verschiedene Berufsgruppen werden in Kapitel acht vorgestellt. Sie sollen als Hilfestellung für medizinisches Personal, Sozialarbeiter, Personen des öffentlichen Dienstes dienen.

Im letzten Kapitel widme ich mich der rechtlichen Situation in einzelnen europäischen Ländern.

2 Methodik und Quellenkritik

Als Grundlage für meine Diplomarbeit habe ich die Literaturrecherche gewählt, d.h. ich setzte ich mich mit Werken auseinander, die sich mit der weiblichen Genitalverstümmelung befassen. Dies waren einerseits Bücher, die das Thema allgemein behandeln, und andererseits Bücher bzw. Studien, die sich mit dem Thema der weiblichen Genitalverstümmelung in Europa und den daraus resultierenden Problemen auseinandersetzen.

Die wesentlichsten dieser Werke sollen nun im Folgenden näher beschreiben werden:

„Der Beschneidungsskandal“ geschrieben von der amerikanischen Psychologin Hanny Lightfoot-Klein ist eines der Standardwerke zum Thema der weiblichen Genitalverstümmelung. Das Buch setzt sich so zusammen, dass nicht nur Erfahrungsberichte von betroffenen Frauen bezüglich psychischer und physischer Folgen, welche durch Interviews entstanden, angeführt werden, sondern die Autorin greift auch auf Literatur verschiedener anderer Forscher zu diesem Thema zurück. Weiters vermittelt sie einen Einblick über die geschichtliche Entwicklung der Genitalverstümmelung und Genitalchirurgie (sowohl weibliche, als auch männliche) auch im Hinblick auf die westliche Welt und sie führt an, dass FGM nicht nur ein Problem in Afrika ist, sondern sich global verbreitet. Ein Teil des Buches befasst sich mit den Projekten, die in Afrika und der westlichen Welt zur Prävention gestartet wurden.

Im „Hosken Report“ schreibt die in Österreich (Wien) geborene und 2006 in den USA verstorbene Journalistin, Photographin, Aktivistin Fran P. Hosken über die Erfahrungen und Resultate ihrer ausgedehnten Feldforschungen zum Thema FGM. Dem Report ist auch eine Sammlung von Statistiken angeführt, die Hosken im Laufe ihrer Forschungen über Jahre zusammengetragen hat.

Das Buch „Schnitt in die Seele, weibliche Genitalverstümmelung – eine fundamentale Menschenrechtsverletzung“ ist eine Textsammlung von unterschiedli-

chen Autorinnen aus zehn Ländern, welche von Terre des Femmes herausgegeben wurde. Es werden die Situation der Migrantinnen in Europa, die strafrechtliche Situation sowie die Asylpolitik in den einzelnen Ländern thematisiert. Zusätzlich gibt es Artikel über die Aufklärungsarbeit in Afrika sowie über die strafrechtliche Verfolgung in Afrika. Die Autorinnen, welche aus Afrika, Europa und USA stammen, wollen dazu beitragen, dass die weibliche Genitalverstümmelung ein aktuelles Thema bleibt und nicht totgeschwiegen wird.

In „Weibliche Genitalverstümmelung, Diskussion und Praxis in der Medizin während des 19. Jahrhundert im deutschsprachigen Raum“ von Marion Hulverscheidt befasst sich die Autorin mit der geschichtlichen Entwicklung der weiblichen Genitalverstümmelung in Europa. Diese medizinhistorische Arbeit klärt darüber auf, dass FGM nicht nur ein Problem in Ländern der Dritten Welt ist, sondern dass FGM auch in einem bestimmten Zeitraum in Europa praktiziert wurde. Ihr Hauptaugenmerk richtet sie vor allem auf den deutschsprachigen Raum, wobei aber auch England und hier im besonderen Isaac Baker Brown erwähnt werden. Das Buch beruht auf reiner Literaturrecherche und Marion Hulverscheidt zitiert aus verschiedenen Zeitschriften und Lehrbüchern zu diesem Thema.

„Studie zur weiblichen Genitalverstümmelung“ wurde von Mitarbeiterinnen der Organisation „Terre des Femmes“ erstellt und von Felekna Uca, einem Mitglied des Europäischen Parlamentes in Auftrag gegeben.

Die Studie „Die Anwendung der weiblichen Genitalverstümmelung bei Migrantinnen in Österreich“ erstellt von der Afrikanische Frauenorganisation in Wien, beschreibt in welchem Umfang FGM in Österreich praktiziert wird und wie es zu einer Reduzierung und schlussendlich zur endgültigen Ausrottung kommen kann. Sie stellt eine qualitative und deskriptive Querschnittuntersuchung bei in Österreich lebenden Afrikanerinnen dar. An die insgesamt 250 teilnehmenden AfrikanerInnen (Männer und Frauen) wurden Fragebögen mit geschlossenen und offenen Fragen, die anonym beantwortet wurden, ausgegeben. Die Interviews wurden in den Wohnungen der Befragten durchgeführt. Bei der Ausarbei-

tung der Fragebögen haben verschiedene Berufsgruppen wie Ärztinnen, Psychologinnen, Juristinnen, Mitarbeiter von Gesundheitsberufen, usw. mitgearbeitet.

In ihrem Buch "Die rechtlichen Probleme im Zusammenhang mit der weiblichen Genitalverstümmelung" richtet Marion Rosenke ihr Hauptaugenmerk auf die rechtliche Situation der weiblichen Genitalverstümmelung in Deutschland. Weiters wird die rechtliche Situation in anderen europäischen Ländern, wie zum Beispiel Frankreich, Holland, Schweden usw. beschrieben und mit Fallbeispielen die juristische Vorgehensweise erklärt.

Die Studie „Schnitte in Körper und Seele“ ist eine Befragung von deutschen GynäkologInnen zum Thema Beschneidung. Als Ergebnis der Befragung zeigt sich, dass ein großer Aufklärungs-, Informations- und Fortbildungsbedarf besteht. Zusätzlich wird die Befragung durch Reportagen und Berichte von betroffenen Frauen und Mädchen ergänzt.

„Female genital mutilation: Knowledge, attitudes and practices of Flemish gynaecologists“ beruht auf einer Umfrage, in deren Zuge Fragebögen an 724 flämische Gynäkologen gesendet wurden, davon wurden 334 beantwortet retourniert. Als Resultat zeigt sich, dass es große Wissenslücken zum Thema FGM und im Speziellen zur rechtlichen Situation gibt.

Insgesamt ist festzuhalten, dass sich nahezu ausschließlich weibliche Autoren der Thematik der FGM widmen, das Thema aber auch von (internationalen) Organisationen aufgegriffen wird.

3 Die geschichtliche Entwicklung der weiblichen Genitalverstümmelung

3.1 Antike und Mittelalter

Die Tradition der Beschneidung der Frau ist höchstwahrscheinlich so alt wie die des Mannes. Die ältesten Funde diesbezüglich, Mumien aus Ägypten, haben Anzeichen, dass operative Eingriffe am weiblichen Genital durchgeführt wurden. Die erste Darstellung einer Beschneidung findet sich im Tempel von Karnak aus der Zeit des neuen Königreiches, etwa 1350 v. Chr. Im antiken Ägypten konnte ein unbeschnittenes Mädchen weder heiraten, noch durfte sie einen Tempel betreten und war auch vom Erbe ausgeschlossen. Weibliche Genitalverstümmelung war vor allem auch ein Vorrecht der Oberschicht. Hauptsächlich wurde bei diesen Frauen die Klitoris beschnitten. Die Verbreitung der weiblichen Genitalverstümmelung erfolgte danach vermutlich vom Niltal zu den arabischen Stämmen am roten Meer, weiter in den Sudan und dann über den afrikanischen Kontinent. (vgl. Gollaher, 2002, S. 248 f).

Die Autoren in der Antike nahmen an, dass Frauen aus ästhetischen Gründen beschnitten wurden, denn es sollte das Aussehen der weiblichen Genitalien korrigiert oder verbessert werden. (vgl. Gollaher, 2002, S. 249).

Der griechisch-römische Arzt Galen (129 bis ca. 216 n. Chr.) beschreibt die weibliche Genitalverstümmelung wie folgt:

„Der weibliche Schambogen aber wird (so haben nämlich die Alten denselben genannt) selbst als Schamkamm bezeichnet. Dagegen wird, was den Bogen umgibt, Flügel genannt, zwischen diesen ist wiederum ein Fleischwärtchen aus einer Öffnung herausragend: die Nympe, weil sie um vieles hervorragte, pflegten die Ägypter sie bei den Jungfrauen/jungen Frauen herauszuschneiden“ (Hulverscheidt, 2002, S 26 f).

Galen verwendete den Begriff „Nymphe“ für die inneren Schamlippen und für die Klitoris (vgl. Lachs, 1903, S. 16).

Im Papyrus des heilige Ambrosius von Mailand aus dem 4. Jahrhundert n. Chr. steht folgendes geschrieben:

„Die Ägypter beschneiden ihre männlichen Kinder im Alter von 14 Jahren, und von den Frauen sagt man dasselbe, denn in diesem Alter setzt das sexuelle Verlangen ein und bei den Frauen die monatlichen Blutungen“ (Gol-
laher, 2002, S. 248).

Aetios von Amida (ca. erste Hälfte des 6. Jahrhundert n. Chr.) beschreibt den operativen Eingriff der Beschneidung folgendermaßen:

„Das Mädchen wird auf einen Operationsstuhl gesetzt; hinter ihr steht ein kräftiger junger Mann, der seine Arme unter ihre Kniekehlen legt und die Beine und den ganzen Leib festhält. Der Operateur steht gegenüber von ihr und fasst die Clitoris mit einer breiten Zange, zieht sie mit der linken Hand vor und schneidet sie dann neben den Zähnen der Zange ab. Es ist nötig, dass man nur soviel abschneidet, wie bei der Abschneidung des Zäpfchens (im Munde), so dass nur das (wirklich) Überflüssige entfernt wird. Ich sagte, die Abtragung soll neben den Zähnen der Zange vorgenommen werden, weil die Clitoris häutig ist und sich sehr stark ausziehen lässt, denn wenn zu viel amputiert, tritt unwillkürlicher Harnabgang ein. Nach der Operation muss man die Wunde mit Wein beizen oder mit kaltem Wasser, dann mit einem Schwamm abwaschen und mit Weihrauchkrümmeln bestreuen.“ (Weg-
scheider, 1901, S. 130-131).

Im Mittelalter waren die Schriften von Aetios von Amida und Galen aus der Antike bekannt und es wurde auch laut diesen praktiziert. Zunehmende Bedeutung neben der bekannten antiken Medizin erlangte die arabische Medizin durch die Verbreitung des Islams über Ägypten und Griechenland nach Spanien. Im Canon medicinae des Avicenna (980–1037) wird die Beschneidung der Klitoris empfohlen, wenn diese ein pathologisches Wachstum zeige, durch die vergrö-

ßerte Klitoris könne der Beischlaf verhindert oder die Frau veranlasst werden, mit einer anderen Frau den Coitus zu betreiben. Abulcasis (bis ca. 1013), der Leibarzt des Kalifen Al-Hakim II., befasste sich vorwiegend mit den verschiedenen operativen Therapien und seine Wortwahl erinnert sehr stark an die antiken und mittelalterlichen Schriften, so dass die Vermutung nahe liegt, dass diese seinen Texten zu Grunde liegen (vgl. Hulverscheidt, 2002, S. 28).

3.2 16. – 20. Jahrhundert

3.2.1 Frühe Neuzeit – Humanismus

Unter dem Einfluss des Humanismus wurden nicht nur antike Schriften, wie die des Galen und deren Übersetzungen verwendet, sondern auch volkssprachliche medizinische Werke verfasst. Es gab anregende Diskussionen über den menschlichen Körper und anatomische Fakultäten etablierten sich, vor allem in Italien, was dazu führte, dass der Körper neu definiert wurde. So wurde weiters die Struktur der Klitoris neu entdeckt, was Gabriele Fallopi (1523-1562) für sich in Anspruch nahm und man stellte sich die Frage, ob die Klitoris nur bei Tribaden¹ (lesbischen Frauen) oder Hermaphroditen vorkommt. Auch der Nutzen der Klitoris wurde in Frage gestellt: Hat sie eine Relevanz für die sexuelle Befriedigung der Frau? (vgl. Laquer, 1996, S. 81-83).

Im Rahmen dieser Schriften, die sich vorwiegend an den „gemeinen Mann“ und medizinische Laien richteten, bezeichnete man die weibliche Genitalverstümmelung als „Entfernung der Nymphen“ (vgl. Hulverscheidt, 2002, S. 30).

¹ Tribaden – Tribadie vom griechischen „tribein“ = „reiben“. Tribadismus ist eine nichtpenetrative sexuelle Praktik, bei der eine Frau ihre äußeren Genitalien zum Zweck der klitoridalen Stimulation an ihrer Partnerin reibt. Überwiegend wird der Begriff im Zusammenhang mit einer gleichgeschlechtlichen Praktik bei Frauen verwendet, es kann sich aber auch unabhängig von der sexuellen Orientierung auf das Reiben der Vulva und der Klitoris an einem Gegenstand beziehen. Bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts wurde „Tribadie“ im deutschen Sprachraum als Synonym für weibliche Homosexualität verwendet. (vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Tribaden>, 19.08.2008).

Ambroise Paré (1510-1590) erklärt den griechischen Begriff „Nymphes“ folgendermaßen:

„Am Eingang zur Gebärmutter befinden sich zwei heraushängende Stücke Fleisch, zwischen ihnen fließt der Urin ab. Diese flügelförmigen Fleishteile verlängern und verkürzen sich wie der Kamm des Truthahns; bei sexueller Lust und wenn der Mann die Frau erreichen will, erigieren sie wie die männlichen Rute, so sehr, dass sie sich mit sich selber oder mit anderen Frauen amüsieren können. Deswegen muss man bei manchen Frauen das, was hervorstehend ist, binden und schneiden, weil sie es missbrauchen können (Hulverscheidt, 2002, S. 30).

Wichtig war es, dass die Operation ausschließlich von Chirurgen durchgeführt wurde.

Erst im 17. Jahrhundert gab es genaue Beschreibungen zum Begriff „Klitoris“ und ihrer Funktion. Jean Riolan (ca. 1580-1657) forderte nicht nur die Entfernung der Klitoris bei hypertropher Klitoris, sondern laut ihm sollte die Operation die zügellose weibliche Sexualität heilen (vgl. Park, 1997, S. 184).

Der Pariser Chirurg Pierre Dionis (1643-1718) beschreibt in seinem Werk *Cours d'Operations de Chirurgie* die genaue Entfernung der Klitoris. Eine Verkürzung sei normalerweise nicht angebracht, außer bei Ägypterinnen und bei folgenden Frauen:

„Die Europäerinnen aber die mit einer grösseren versehen sind als andere werden Tribades genannt, weil sie dieselbe missbrauchen und sich mit anderen Weibern verunreinigen können; Daher will man denn eben dass sie soll abgeschnitten werden, damit man diesen Weibern die Ursache einer steten Geilheit nehme“ (Hulverscheidt, 2002, S. 37).

Später werden die oben genannten Gründe für eine Beschneidung – Hypertrophie der Klitoris („mit einer grösseren versehen), weibliche Homosexualität („werden Tribaden genannt), Masturbation („dieselbe missbrauchen“) und Lie-

bestollheit beziehungsweise Nymphomanie („stete Geilheit) getrennt beschrieben und behandelt (vgl. Hulverscheidt, 2002, S. 33).

Dionis beschreibt die Operation genau:

„Immittelst / wenn ein Chirurgus dieses Theil doch abschneiden soll / so muss er es mit der lincken Hand fassen / und es mit einem krummen Messer hart an der Wurzel abnehmen/ nur dass weder der Harn=Gang noch die Gefässe um der Clitoris verletzt werden / denn / wenn das geschähe / würde sie entweder den Urin oder den Liquorem welcher von den Glanduln bey der Clitoris separiret wird / nicht halten können. Es ist aber diese Operation nicht so gefährlich / als man ihm wohl einbilden könnte / weil es nur ein überflüssiges Theil ist so man wegschneidet. Das herausdringende Blut möchte zwar einem Chirurgum bange machen: allein wenn er nur die Ader wohl außbluten lässt / und hernach einen großen mit Pulveribus adstringentibus bestreuten Feder=Meissel, ferner ein Pflaster, eine dicke Compresse und eine Bandage, die alles fest andrückt / auf die Wunde leget / so wird sich dieser Fluß bald stillen / weil die Adern so zwischen das Schaam=Bein und der Bandage gedrückt sind / weiter keines von sich geben können“. (Dionis, 1712, S. 281).

Dionis führt in seinem Buch zwar aus, dass er den Eingriff der Beschneidung nur der Vollständigkeit halber angibt, aber die Genauigkeit legt die Vermutung nahe, dass nicht nur Chirurgen sondern auch Wundärzte (Bader), welche das Buch als Vorlage nahmen, die Entfernung der Klitoris durchführten, obwohl diese – schon durch Paré beschrieben – nur von Chirurgen durchgeführt werden sollte (vgl. Hulverscheidt, 2002, S. 33).

3.2.2 Barock

Im Barock versuchte man, das vorhandene Wissen der vorangegangenen Jahrhunderte zu ordnen und neu zu repräsentieren. Martin Schurig und Theodor Tronchin verfassten detaillierte Werke über die Klitorisbeschneidungen.

Schon im Titel des 1729 erschienen Werk von Martin Schurig finden sich folgende Zeile:

„[...]auch von den verschiedenen Arten der Klitoris und des Tribadismus, über das Hymnen und die Nymphotomie oder die Beschneidung und Kastration der Frauen“ (Schurig, 1729, Titel).

Schurig beschreibt ebenfalls die genaue Operation der Klitoris, wobei er sich auf alle ihm zur Verfügung stehenden Schriften (antik und „aktuell“) bezieht. Gründe für die Operation sieht er darin, dass durch die vergrößerte Klitoris der Vollzug der Ehe nicht möglich sei und daher eine Entfernung der Klitoris notwendig sei. Weitere Ursachen, die für eine Entfernung der Klitoris sprechen, sieht er in der Nymphotomie und die Behandlung der Cauda = Schwänzchen (Cura caudarum - eine fleischige Wucherung am äußeren Genitale, bei Frauen die sich selbst befriedigen) (vgl. Hulverscheidt, 2002, 34).

Sein zweites Werk, die *Parthenologia*, welches ebenfalls 1729 erschien, ist eine Abhandlung über die Jungfräulichkeit und es erfolgt eine genaue Differenzierung der Begriffe *Nymphen* und *Castratione*. Unter Kastration verstand Schurig die totale Entfernung der Klitoris, Gründe dafür waren unter anderem ein starker sexueller Appetit, der zu großer Wollüstigkeit der Frau führt (vgl. Hulverscheidt, 2002, S. 34).

Theodor Tronchin (1709-1781) beschreibt in seinem Werk „*De Nymphae*“ (erschienen 1730) die unterschiedlichen Bezeichnungen für Klitoris und Nymphen. Weiters befasst er sich mit der Anatomie, dem Nutzen und den Unterschieden der Klitoris bei Kindern und Erwachsenen. Und auch Trochnin bezieht sich in seinen Abhandlungen auf antike Schriften beziehungsweise auf die Schriften der Wundärzte (Hulverscheidt, 2002, S. 35).

Im Zuge der Aufklärung (18. Jh.) erscheinen sodann Enzyklopädien, die die Beschneidung der weiblichen Genitalen behandeln und beschreiben, wobei Begriffe wie „Circumcision“ oder „Nymphotomia“ unterschiedlich ausführlich abgehandelt werden. Chambers Dictionary, Encyclopédie und Zedlers Universallexikon

weisen aber abgesehen von inhaltlichen Unterschieden in den einzelnen Artikeln alle darauf hin, dass zu lange Nymphen oder eine zu große Klitoris entfernt bzw. verkleinert werden müssen, da sie ein großes Hindernis bei der Kohabitation seien (Hulverscheidt, 2002, S. 36 ff).

3.2.3 19. Jahrhundert

Eine Hypertrophie der Klitoris war auch im 19. Jahrhundert eine Fehlbildung der Natur und galt als Ursache für Hypersexualität, jedoch aber nicht mehr als Erkrankung. Hypersexualität betraf alle Gesellschaftsschichten und die puritanische Sexualmoral war ein ausgezeichneter Grund für Diagnosen, die der sexuellen Energie zuzuschreiben waren. Die industrialisierte Gesellschaft versuchte den Übertritt ins Erwachsenwerden so lange wie möglich hinaus zuzögern, damit die jungen Männer die akademische Ausbildung abschließen konnten, die mit der steigenden Industrialisierung immer wichtiger wurde. Daher musste der Geschlechtstrieb unterdrückt werden und sei es durch chirurgische Eingriffe (vgl. Lightfood-Klein, 2003, S. 22 ff).

Durch die Entwicklung der Anästhesie (1846 wurde die erste Vollnarkose mit Hilfe von Äther durchgeführt) konnte sich auch die Chirurgie schneller etablieren, somit war der Weg frei für neue und ausführlichere beziehungsweise längere Operationen wie zum Beispiel die Klitoridektomie. Sie wurde als Therapie bei Masturbation, Reflexneurose und Nymphomanie angewendet. Die Medizin wurde ein lukratives und hart umkämpftes Geschäft, welches keinen Berufsbestimmungen unterlegen war, jeder konnte sich Experte nennen. Je besser sich der so genannte Experte verkaufen konnte, desto einfacher war es, Patienten anzuwerben. Die Götter in Weiß, meist männlicher Natur, besaßen kaum Wissen bezüglich Hygiene, Physiologie und Bakteriologie, sie operierten brutal und invasiv (vgl. Lightfood-Klein, 2003, S. 21).

3.2.3.1 Masturbation

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts kam es vermehrt zu Verstümmelungen am weiblichen Genital. Die Masturbation war nicht mehr nur ein Problem der Erziehung, sondern wurde vielmehr von den Ärzten medikalisiert (vgl. Lightfood-Klein, 2003, S. 24).

Aus aktueller Sicht ist es beinahe unvorstellbar, dass Masturbation als Krankheit beziehungsweise als krankheitsauslösend gesehen wurde. Masturbation wurde im 19. Jahrhundert aber sehr wohl als Krankheit beziehungsweise als krankheitsauslösend gesehen. Sie wurde nicht nur bei männlichen Jugendlichen und Männern, sondern auch bei Kindern, Mädchen und Frauen diagnostiziert. Die Erziehungsmaßnahmen wurden daher immer strenger, man blieb nicht bei Ermahnungen, sondern setzte auf medizinische und chirurgische Methoden, um die Masturbation zu „heilen“ und ihr vorzubeugen, was, wie oben erwähnt, unweigerlich zu einer Medikalisierung der Masturbation führte. Seit dem 18. Jahrhundert wurde die Masturbation von der Gesellschaft als Sünde, krankmachend und kräftezehrend angesehen (vgl. Hulverscheidt, 2002, S. 41).

„Masturbation konnte zum Tode führen“ (vgl. Hirsch, 1993, S. 687 ff).

So lautete zumindest die Hauptargumentation des Arztes Samuel Auguste Andre David Tissot (1728 -1797) und diese Aussage galt als Meilenstein in der im 18. Jahrhundert aufkommenden Anti-Masturbationsdebatte (auch als Anti-Onanie²-Kampagne bezeichnet) (Hulverscheidt, 2002, S. 42).

Mit dem Begriff „Masturbation“ wird vor allem das Hauptaugenmerk auf die Betätigung mit der Hand oder die eigenhändig durchgeführte Handlung gelegt, was für beide Geschlechter zutreffen kann. Der krankmachende Samenverlust ist für das weibliche Geschlecht diesbezüglich nicht beschrieben, wohl aber die Gefährlichkeit der Masturbation (vgl. Hulverscheidt, 2002, S. 43).

² Die Bezeichnung „Onanie“ leitet sich von der alttestamentarischen Geschichte des Onan ab (Gen. 38, 8-10). Die Gefährlichkeit der Onanie war der Samenverlust, die Verschwendung, das Fallenlassen des kostbaren Samens (vgl. Die Bibel, 1966).

3.2.3.2 Folgen der Masturbation für die Gesundheit

Allgemein wurde die Diagnose Masturbation durch Symptome wie Reduktion der Lebensfrische, Verringerung der Körpersäfte und Schwinden der geistigen Kräfte gestellt (Hulverscheidt, 2002, S. 42).

Tissot gab in seinem bereits erwähnten Werk explizit die Übel, die aus der Masturbation resultieren, wie folgt an:

- „*Zerrüttung des Magens*“ – Appetitlosigkeit, Erbrechen und Schmerzen.
- „*Schwäche der Organe der Brust*“ - Husten, Heiserkeit, hohe, sehr schwache weibische Stimme und mit Atemnot.
- „*Gänzliche Erschlaffung des ganzen Nervensystems*“ – es wird nicht genauer ausgeführt wie sich dieses Übel am Körper zeigt.
- „*Erschlaffung der Zeugungswerkzeuge*“ – ebenfalls keine genaue Ausführung dieses Krankheitsbildes.

Weitere Folgen der Masturbation sind laut Tissot noch Epilepsie und eine Erstarrung des ganzen Körpers (Tissot, 1826, S. 36 ff).

Auch die Folgen der Masturbation für das weibliche Geschlecht werden von Tissot beschrieben. Er führt unter anderem folgendes an:

„... Mutterbeschwerden, Krämpfe oder unheilbare Gelbsucht, Krämpfe des Magens und Rückenschmerzen, Wehtun in der Nase“ (Tissot, 1826, S. 61f).

Äußerlich verliere die Frau darüber hinaus alles Reizende, Lockende und werde hässlich, so Tissot.

Masturbation galt somit allgemein als gesundheitsgefährdend und wurde moralisch als abartig erklärt. Bei Männern und Frauen war der Orgasmus als Laster verschrien, er führt zur unheilbaren Krankheit und zu einer geistigen Degenera-

tion. Masturbieren führe weiters angeblich zur Prostitution, zu weißem Ausfluss, Gebärmuttervorfall, Krebs, Hysterie, Epilepsie, Schwachsinn, etc. Man war der Meinung, dass auch die Nachkommen vom erblichen Schwachsinn befallen werden (vgl. Lightfoot-Klein, 2003, S. 24 ff).

Im 19. Jahrhundert veränderten sich die Krankheitsbilder vom körperzentrierten ins psychische. In der Debatte um verschiedene Positionen war für die einen die Masturbation die Ursache der Geisteskrankheit, für die anderen war die Geisteskrankheit die Ursache der Masturbation (vgl. Kaufmann, 1995, S. 219 ff).

Einer der Begründer der modernen Psychiatrie, Jean Etienne Dominique Esquirol (1772-1840), beschreibt die Masturbation als Seelenstörung. Für ihn war die Masturbation ein Frühsymptom der Geisteskrankheit. Masturbationen werden in allen Ländern als Ursache für Wahnsinn angesehen. Esquirol verglich die Masturbation mit Alkoholismus, einem Frühsymptom einer Geisteskrankheit (Ackerknecht, 1967, S. 43).

3.2.3.3 Therapiemöglichkeiten der Masturbation

Bei Kinder war die Behandlung oder vielmehr die Ahndung der Masturbation zunächst Aufgabe von Eltern, Pädagoginnen und Erzieherinnen. Tissot schlägt im Zusammenhang mit Onanie die Überwachung, eine leichte Diät mit viel Milch und wenig Fleischprodukten, kalte Bäder und Trinken von Mineralwasser als Therapie vor. Ziel war es die geschwächten Nerven zu stärken. Zu Beginn des 19. Jahrhundert wurden Tissots Behandlungsmethoden durch Blasenpflaster, Waschungen und Einspritzungen ergänzt, die Überwachung wurde technisiert, Apparaturen wurden erfunden und vermarktet (vgl. Bullough, 1987, S. 828 ff).

Ab den 1850er Jahren änderten sich die Behandlungen und ein chirurgischer Eingriff wurde immer häufiger empfohlen und auch durchgeführt - als erfolgsversprechendste Therapie wurde bei Knaben die Beschneidung, also die Entfernung der Vorhaut proklamiert. Die Klitoridektomie wurde von einigen Autoren

(z.B. Wallerstein, 1989, S. 162) als weibliches Pendant der männlichen Beschneidung gesehen.

Der Berliner Arzt und spätere Geheime Sanitätsrat (seit 1876) Friedrich Jakob Behrend (1803-1889) schrieb 1860, dass die Behandlung der Masturbation sehr wichtig sei,

„sei letztere nun eine moralische, eine diätische oder eine ärztliche, oder gar eine operative“ (Hulverscheidt, 2002, S. 47).

Hierzu empfahl Behrend folgende Behandlung bei Mädchen:

Als Behandlungsmöglichkeiten sollte man zuerst moralische Ermahnungen, gutes Zureden, Appellieren an die Willenskraft, Hydrotherapie, verschiedene Diäten versuchen. Bei keiner Aussicht auf Besserung folgte als Ultimo Ratio folgendes chirurgisches Vorgehen: Ätzen der inneren Schamlippen und das Ritzen des Areals um die Klitoris. Behrend zielte auf Abschreckung, das Kind sollte Schmerz und Schreck davontragen um von der Masturbation abzulassen, also von der Krankheit geheilt zu werden. Es wurde auch an die Vernunft und den hellen Geist der Patienten appelliert. Die verschiedenen Formen der genitalen Verstümmelung können jedoch nicht als „psychische Heilmethode“ (Kaufmann 1996) angesehen werden, weil sie nicht nur Schmerzen verursachten, sondern vor allem auch zur Verstümmelung und damit zu einem Funktionsverlust (Einschränkung) führten (vgl. Hulverscheidt, 2002, S. 47 ff).

Trotz aller „Vorteile“ waren die chirurgischen Eingriffe stark umstritten und es wurde viel darüber diskutiert. Laut einer Studie von Spitz aus dem Jahre 1952 wurde bis 1904 51,5 % der weiblichen Bevölkerung in Österreich beschnitten, was unter den Zahlen als aus England mit 75,1 % liegt (vgl. Hulverscheidt, 2002, S. 52).

3.2.3.4 Fallbeispiel

„Heilung eines vieljährigen Blödsinns durch Ausrottung der Klitoris“

In diesem Fallbeispiel aus dem Jahre 1825 wird zum ersten Mal die Entfernung der Klitoris zur Therapie einer nicht lokalen Erkrankung beschrieben. Das Mädchen Adelheid war im 2. Lebensjahr schwer erkrankt und ab diesem Zeitpunkt geistig zurück geblieben. Die Mutter suchte auf Grund dessen mehrere Ärzte auf, versuchte Therapien wie zum Beispiel Wurm kuren oder Abführmittel (vgl. Hulverscheidt, 2002, S. 108).

Symptome und Verhaltensweise des Kindes aus dem Tagebuch der Mutter entnommen:

„Das Kind, zu dem Zeitpunkt 13 Jahre alt, könne weder Eltern noch Geschwister unterscheiden, beschäftige sich nicht mit Spielzeug, sitze stundenlang in einer Zimmerecke und lasse sich nicht von der Stelle bewegen. Dabei hänge die Zunge heraus, Arme und Brust seien von Speichel nass, der Gesichtsausdruck stumpf. Adelheid dürfe nicht unbeobachtet gelassen werden, weil sie sonst alle in ihrer Nähe Befindliche zerbreche, umstoße, zerstöre.“ Ihr Tochter, so die Mutter weiter, stecke sich wahllos alles in den Mund, äußere keinen Geschmack, kenne weder Ekel noch Furcht. Sie spreche nicht und lasse Urin und Stuhlgang unter sich. Ihr Schlaf sei kurz, aber gut. Die Schilderung der Mutter über Adelheids Zustand schließt mit dem Satz: „Es zeigt sich also durchaus Mangel an Vorstellungs- und Unterscheidungsvermögen, und die vollkommenste Thierheit in menschlicher Gestalt.“ (Hulverscheidt, 2002, S. 108)

Der Arzt, der die Tochter, die zu diesem Zeitpunkt 13 Jahre alt war, untersuchte, war der Meinung, dass die Symptome durch Masturbation verursacht würden. Er empfahl einen Therapieplan in 4 Schritten.

- 1) Beseitigung der Geist und Körper schwächenden Gewohnheit der Selbstbefleckung.

- 2) Ableitung von dieser Gewohnheit und Erweckung des Gemeingefühls durch körperlichen Schmerz, der aber eindringend und anhaltend erregend wirken muss.
- 3) Erziehung nach einem bestimmten geregelten Plan.
- 4) Berücksichtigung des physischen Zustandes der Kranken durch Arznei und Diät (vgl. Hulverscheidt, 2002, S. 109).

Diese Therapiemöglichkeiten entsprechen dem der psychiatrischen Heilmethoden des 19. Jahrhunderts, wie zum Beispiel Anbringen eines Keuschheitsgürtels, kalte Duschen, bewusste Zufügung von Schmerzen mittels Glüheisen am Kopf, Verabreichung von Abführmittel oder sogar Digitalispräparate. Bezüglich der Erziehung von Adelheid bekam sie von der Mutter Unterricht in Stricken und zum Gedächtnistraining wurde das Lesen von Buchstaben durchgeführt (vgl. Hulverscheidt, 2002, 109 ff).

Da 14 Monate nach Therapiebeginn noch immer keine Besserung im Verhalten von Adelheid bezüglich der Masturbation eingetreten war, entschloss man sich zur Klitoridektomie, um Adelheid endgültig von ihrer Krankheit zu befreien. Adelheid wurde von Carl Ferdinand von Graefe (1787-1840, Direktor der chirurgischen Klinik der Universität Berlin (Charité) am 20.06.1822 operiert. Der erhoffte Erfolg der Operation stellt sich allerdings nicht sofort ein, da es zu zwei Rückfällen kam, die mit einer eiternden Wunde am Rücken und danach mit einer offenen Wunde an den Innenseiten der Schenkel behandelt wurden (vgl. Hulverscheidt, 2002, S. 109 ff).

Nach drei Jahren, die seit der Operation vergangen waren, war letztendlich doch ein Therapieerfolg zu erkennen: „Das Mädchen kann das Alphabet schreiben, lesen, spielt Klavier, kann Bilder unterscheiden und hat sogar Lieblings Speisen. Bei Strafen zeigen sich Furcht und Angst, auch weint sie, was früher nicht der Fall war. Ihr Schlaf ist ruhiger geworden und Ausfahrten machen Spaß.“ (vgl. Hulverscheidt, 2002, S. 109).

Der Fall Adelheid wurde in mehreren Journalen veröffentlicht und im verschiedenen Fachkreisen ausführlich diskutiert. Vielerorts wurde die Klitorektomie als die heilbringende Lösung der vielfältigen Probleme Adelheids gesehen. (vgl. Hulverscheidt, 2002, S. 109 ff).

3.2.3.5 Reflexneurose

Der Begriff *Neurose* wurde von dem britischen Arzt William Cullen geprägt. Er verstand darunter Hysterie, Nervosität, Neurasthenie, Epilepsie und Anfallsleiden.

Hystéria kommt vom griechischem Wort „hystera“ = Gebärmutter, wovon sich Hysterie ableitet → die Krankheit des weiblichen Geschlechts.

„Die Hysterie, die Mutterkrankheit, die Mutterplage, auch die Mutterbeschwerung (Hysteria, passio hysterica, suffocatio uterina, morbus hystericus, uteri adscensus) genannt, ist eine chronische Nervenkrankheit, welche sich durch keine bestimmte und festgesetzte Gruppe von Symptomen ... zu erkennen gibt. Sie bemächtigt sich aller Theile zwischen dem Scheitel und den Fußzehen und gehört daher weder dem Kopfe noch der Brust, noch der Bauchhöhle allein an und führt also den Namen Hysterie oder Leiden des Uterus mit Unrecht. Je mehr aber der ganze Körper den manigfaltigen und äußerst zahlreichen Symptomen der Hysterie zum Tummelplatze dient, umso gewisser hängt doch auch eine Anomalie des Uterinsystems und der Ovarien damit zusammen ... Eben deswegen kann auch der Mann durchaus nicht von der Hysterie befallen werden“ (Faro, 2002, S. 98).

Für viele Frauen war die Lebenssituation in der damaligen Zeit schwierig, einerseits wurden sie zu Sittsamkeit und Anstand erzogen, andererseits mussten sie doch begattungs- und befruchtungswillig sein. Hysterikerinnen galten als intelligent, besonders Künstlerinnen, Schauspielerinnen und Schriftstellerinnen wurde dieses Krankheitsbild nachgesagt. Bildung begünstigt also den Ausbruch von Hysterie, so die damalige Annahme. Merkmale für Hysterie seien eben Magen- und Darmbeschwerden (Globus hystericus, zur Kugel zusammengeballte

Gedärme), aber auch Kopfschmerzen, Krampfhusten, unwillkürliches Weinen und hysterisches Schluchten (vgl. Faro, 2002, S. 98 ff).

Man war der Meinung, dass Störungen im Genitalbereich und Verdauungstrakt zu Veränderungen im Zentralnervensystem führen. Besonders schwierig war die Diagnosestellung, da die Störungen nicht sichtbar waren und so schwer für die Ärzte zu diagnostizieren waren. Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane wurden in Verbindung mit neurologischen Krankheiten, vor allem Geisteskrankheiten wie Hysterie, Halluzinationen, Schwindel, gesehen. Die Ärzte waren der Meinung, dass eine direkte Verbindung zwischen Klitoris und Zentralnervensystem bestehe und es so durch Reizung der Klitoris und somit weiter des Zentralnervensystems, zu neurologischen Erkrankungen komme. Weiters waren die Ärzte der Meinung, dass die Klitoris ein stark reizbares und sensibles Organ sei und als Sende- beziehungsweise Empfangsorgan für sexuelle Erregungen diene (vgl. Hulverscheidt, 2002, S. 53 ff).

Um diese „Krankheitsbilder“ erfolgreich zu behandeln, wurden Therapien wie Diäten, Scheidenspülungen mit Phenollösung, Kauterisierung und Skarifizierung des Muttermundes, Ansetzen von Blutegeln am Muttermund, Anpassen von Pessaren, Festnähen der Gebärmutter an der Bauchwand und als drastische Maßnahme die beidseitige Ovariectomie durchgeführt. Durch Druck auf die Ovarien glaubte man hysterische Anfälle auszulösen, sogenannte Ovarialgien (gr. *algos Schmerz*, nervöser Schmerz der Eierstockgegend, besonders bei Hysterie, wo man durch Druck auf die Schmerzstelle nicht selten Krampfanfälle hervorrufen oder unterdrücken kann) (vgl. Fehling, 1925, S. 212 ff).

Die weibliche Psyche war für Ärzte immer ein Mysterium. So wurde diese zuerst mit den Ovarien, später mit dem Uterus in Verbindung gebracht, um schlussendlich in der Mitte des 19. Jahrhunderts von der Klitoris abgelöst zu werden, die somit als Sitz des weiblichen Geschlechtstriebes galt (vgl. Laquer, 1996, S. 128 ff).

3.2.3.6 Nymphomanie

Nymphomanie, „Mutterwuth“ oder Mannstollheit, dienten neben der Reflexneurose und bei Masturbation, als weitere Gründe, um eine Klitoridektomie durchzuführen.

„Die Mutterwuth ist eine Gattung von Wahnwitz bey der eine ungemein große Geilheit zugegen ist. Mannbare Mädchen, junge Witwn, die geile Bücher lesen, stark gewürzte Speisen, viel süßen Wein, oder andere geistige Getränke genießen und dabey müßig sitzen, sind meistens dieser Krankheit unterworfen, obschon auch mäßig lebende, gut gesittete Personen aus der einzigen Beschaffenheit ihres Körpers zuweilen damit befallen werden“ (Faro, 2002, S. 117).

Die normale Frau hätte einen geringen Geschlechtstrieb und daher ein geringes sexuelles Empfinden. Trotzdem wusste man, dass die weiblichen Genitalorgane für die Empfängnis wichtig waren. Man war der Meinung, dass bei Frauen mit größerer Klitoris ein starkes sexuelles Verlangen da sei und sie es auch ausleben würde. Besonders bei Prostituierten und Tribaden seien große Geschlechtsteile und Klitoris vorhanden (Park, 1997, 173 ff).

Franz Josef Gall (1758-1828) „diagnostizierte“ als erster, dass ein Zusammenhang zwischen der cerebralen Struktur eines Menschen und seiner persönlichen Entwicklung bestehe. Demnach sei das Kleinhirn bei der Frau weniger ausgeprägt, als beim Mann, was für Gall nahelag, weil er dort den Geschlechtssinn lokalisierte (Hagner, 1997, S. 104f). Ein weiteres Merkmal zeige sich in einer stärkeren Halspartie. Daher sei es normal, dass Männer einen dickeren Hals haben, als Frauen. Für Gall gab es eine Verbindung zwischen Kleinhirn und Klitoris und Heilung gab es für Gall nur durch die Entfernung der Klitoris, da andere Organe wie das Kleinhirn nicht entfernt werden konnten (vgl. Hulverscheidt, 2002, S. 63).

Als ebenso bedeutender Arzt sei hier Dietrich Wilhelm Heinrich Busch (1788-1858) zu nennen. Er schrieb ein fünfbändiges Werk zum Geschlechtsle-

ben des Weibes. Seiner Meinung nach war der Geschlechtstrieb eine „eigene Funktion des Nervensystems“ (Hulverscheidt, 1998, S. 64). Nymphomanie, so seine Überzeugung entstehe durch Phantasie oder Reizung der Genitalorgane. Die Erkrankung könne nicht einem Charakter oder Temperament zugeordnet werden, sondern liegt in der Physiologie des Körpers. Heilung der Erkrankung sah Busch als schwierig, außer es sei eine psychische oder anatomische Veränderung erkennbar. Therapeutische Behandlung wie Diäten, Waschungen, Umschläge und Einreibungen sollten Minderung der sexuellen Triebe bringen. Operationen sah er nicht als Mittel zur Wahl, da die Nymphomanie eine psychiatrische Erkrankung sei (vgl. Hulverscheidt, 2002, S.63ff).

3.2.4 Dr. Isaac Baker Brown

Dr. Isaac Baker Brown (1812-1873) britischer Gynäkologe, veröffentlichte 1866 ein Buch über die Klitoridektomie – „On the Curability of Certain Forms of Insanity, Epilepsy, Catalepsy and Hysteria in Females“. Als Arzt lag Browns Schwerpunkt rein im operativen Bereich, so führte er Oophorektomien und Klitoridektomien durch (vgl. Hulverscheidt, 2002, S. 91).

Innerhalb der britischen gynäkologischen Ärzteschaft kam es nach Erscheinen des Werkes zum Eklat, da er seine Kompetenz im operativen Bereich überschritten hatte. Den Grund für die operative Entfernung der Klitoris sah er, wie auch schon einige der oben genannten Ärzte, in der Masturbation und den damit verbundenen Erkrankungen. Durch das Masturbieren komme es zu einer Fehlfunktion des Organismus und diese löse Hysterie, epileptische Anfälle, Manie und sogar den Tod aus. Konservative Heilverfahren wie Diäten, Spülungen oder das Anlegen von Keuschheitsgürtel hielt er nicht für zielführend. Ursprünge der Erkrankung seien physiologisch-pathologischer Natur. Der Grund dafür, dass er so radikal vorging war, dass er als Arzt auf wissenschaftlicher Basis arbeite und somit das theoretische Wissen besitze. Eltern, kirchliche Vertreter und Erzieher fehle es an Wissen und Ausbildung (vgl. Hulverscheidt, 2002, 91 ff).

Seine „übernatürlichen“ Methoden wurden einerseits akzeptiert, jedoch gab es in seinen Reihen viel Kritik. Sowohl seine Person als auch seine Arbeit wurden

heftig in Frage gestellt. Die Klitoridektomie würde die Frau entweiblichen, da zur Empfängnis ein Orgasmus notwendig sei. Durch seine Operation würden die Frauen in ihrer Gebärfähigkeit eingeschränkt oder unfruchtbar werden. Seine angebliche Heilung psychiatrischer Erkrankungen wie Hysterie, Irrsinn oder Epilepsie waren nur von kurzer Dauer. Zu dieser Zeit hatte sich die Psychiatrie als eigenständige Disziplin entwickelt und behandelte ihre Patienten in Irrenhäuser. Man wusste, dass sich Epilepsie und Hysterie nicht durch Irritation von peripheren Nerven entwickeln, sondern psychischen Ursprungs sind. Baker Brown wurde vorgeworfen, psychiatrische Patientinnen bei sich aufgenommen zu haben, um diese operieren zu können. Zu dieser Zeit gab es aber bereits eigene Anstalten für psychisch Kranke. Er versuchte jedoch diesen Vorwurf zu widerlegen. Da er aber teils ohne Einwilligung der Eltern, des Mannes bzw. der Patientin selbst die Operationen durchführte, wurde er letztendlich aus der medizinischen Gemeinschaft ausgeschlossen. Der große Skandal um Baker Brown führte trotzdem nicht zu einem Ende der Klitoridektomien und so wurden Beschneidungen am weiblichen Genital weiterhin bis in die Mitte des 20. Jahrhunderts durchgeführt. Spitzenreiter hierfür war weiter England mit 80% an Verstümmelungen. Ab 1929 sank die Quote auf 29% in Österreich und Deutschland 25% (vgl. Hulverscheidt, 2002, S. 91 ff).

Neben der Klitoridektomie wurde auch noch die Ovariektomie durchgeführt, denn auch sie war eine Therapiemittel um Masturbation, Frauenleiden aller Art und weiblichen Verhaltensabweichungen zu unterbinden. Im Laufe der Zeit wurden die Operationen immer invasiver und es erfolgte eine komplette Entfernung aller reproduktiven Genitalorgane. Weiters wurde die Meinung vertreten, dass der weibliche Orgasmus ein Leiden der Frau sei und somit die Notwendigkeit bestand, die Klitoris zu entfernen. Besonders Patientinnen in Nervenheilanstalten wurden durch Verätzungen und Entfernung der Klitoris behandelt. Bei jungen Mädchen wurde schon prophylaktisch die Entfernung der Klitoris durchgeführt, da sie als die einzige zufrieden stellende Methode galt, um frühkindliche Masturbation zu therapieren. Mitte der 70iger des 20. Jahrhunderts verschwand die Klitoridektomie aus den schriftlichen Analen der Medizin. Durchgeführt wurde sie dennoch weiterhin. Die römisch-katholische Kirche empfahl noch bis 1940 in einem Leitfadens zur Therapie der Masturbation die Verätzung oder

gänzliche Entfernung der Klitoris, besonders um gegen das Lesbentum vorgehen zu können (vgl. Hulverscheidt, 2002, S. 91).

4 FGM

4.1 Begriffserklärung FGM – Female Genital Mutilation

“Weibliche Genitalverstümmelung umfasst die Prozeduren, die die teilweise oder völlige Entfernung der externen weiblichen Genitalen oder andere Verletzungen der weiblichen Genitalen oder andere Verletzungen der weiblichen Genitalen involvieren, sei es aus kulturellen oder anderen nicht – therapeutischen Gründen” (ÖGF, 2001, S. 16).

Eine sorgfältige Differenzierung der Wortwahl ist im Zusammenhang mit FGM wesentlich: „Beschneidung (engl. Cutting, circumcision; frankophon: Excision)“ enthält kein Urteil, ist insofern neutral, denn einige fühlen sich durch das stigmatisierende Wort „Verstümmelung“ nicht verstanden, oder sogar verletzt. Bei der Aufklärung Nichtbetroffener, ist Beschneidung ein verharmlosender Euphemismus. Umschneidung (Circumcision) kann logisch anatomisch eigentlich nur bei der männlichen Beschneidung verwendet werden. Das IAC (Inter-African-Committee) hat 2005 in Bamako eine EntschlieÙung von 1990 (Addis Abeba) in Übereinstimmung mit der AU, der EU, der WHO und weiteren wichtigen internationalen Organisationen, strikt an der Bezeichnung FGM – Female Genital Mutilation – festzuhalten, nochmals bekräftigt (vgl. www.iac-ciaf.org/index.php, 14.08.2008.).

Nach wie vor existiert Female Genital Mutilation in Europa, sie betrifft nun vor allem Immigrantinnen, die aus Ländern in denen FGM durchgeführt wird, kommen. In Deutschland leben etwa 59.000 Frauen bzw. Mädchen aus diesen Ländern, jede Zweite von ihnen ist von FGM bedroht oder sogar betroffen. Die Problematik von FGM beziehungsweise die Möglichkeit, dass FGM praktiziert werden könnten, gibt es vor allem in den europäischen Ländern wie Frankreich, Italien, England, Schweden und Deutschland. Wenn FGM durchgeführt wird, dann erfolgt dies meist illegal und bleibt somit unentdeckt (vgl. Richter, 2006, S 13).

4.2 Formen der Female Genital Mutilation (FGM)

Gemäß der derzeitigen international gebräuchlichen Klassifikation der WHO werden vier Formen von FGM (Typ I – IV) unterschieden. In der Praxis ist es jedoch nicht immer einfach die verschiedenen Formen von FGM voneinander zu trennen, da Zwischenformen und Variationen existieren (vgl. WHO Information Kit, 1996).

4.2.1 Typ I

Exzision des Praeputium clitoridis mit oder ohne Excision eines Teiles oder der ganzen Klitoris (vgl. WHO Information Kit, 1996).

4.2.2 Typ II

Exzision von Klitoris und Praeputium zusammen mit einem Teil der kleinen Labien oder den kleinen Labien in toto. Zusätzlich wird manchmal Haut und Gewebe aus der Vagina ausgeschabt (Introcision) (vgl. WHO Information Kit, 1996).

4.2.3 Typ III

Infibulation oder Pharaonische Inzision ist die Exzision eines Teils oder der gesamten äußeren Genitalien und anschließendes Vernähen/Verengen der Vaginalöffnung (Infibulation). Infibulation bedeutet die komplette Entfernung der Klitoris und der kleinen Schamlippen, ebenso wie die Innenseite der großen Schamlippen. Die beiden Seiten der Vulva werden anschließend mit Dornen, Seide oder Tierdarm so zusammengenäht, dass sie, wenn die verbleibende Haut der großen Schamlippen heilt, eine Brücke aus Narbengewebe über die Vagina bilden. Eine kleine Öffnung für den Abfluss von Urin und Menstruationsblut wird durch das Einführen eines Fremdkörpers gewährleistet. Die Beine des Mädchens werden manchmal vom Knöchel bis zur Hüfte zusammengebunden,

so dass sie mehrere Wochen immobil ist, bis sich Narbengewebe über der Wunde gebildet hat (vgl. WHO Information Kit, 1996).

4.2.4 Typ IV

Bezeichnet die verschiedenen Formen bzw. Variationen von FGM, welche nicht näher klassifiziert werden können. Darunter fallen: Einritzen, Durchbohren oder Einschneiden von Klitoris und/oder Schamlippen; das Dehnen von Klitoris und Schamlippen; das Ausbrennen von Klitoris und umgebendem Gewebe, das Auskratzen der Vaginalöffnung oder Einschneiden der Vagina; das Einführen ätzender Substanzen, die Vaginalblutungen verursachen oder das Einführen von Kräutern, mit dem Ziel, die Vagina zu verengen (vgl. WHO Information Kit, 1996).

Nachfolgend noch einige Sonderformen des Typ IV (vgl. Schnüll, 2003, S. 26 ff):

4.2.4.1 Die milde Sunna

Es handelt sich hierbei um eine sehr seltene Form der FGM, bei der die Vorhaut der Klitoris eingestochen, eingeritzt oder entfernt wird. Diese Form ist als einzige mit der Beschneidung der männlichen Vorhaut vergleichbar.

4.2.4.2 Die Klitoridektomie

Hierbei wird die Klitoris teilweise oder vollständig entfernt. Diese Form gehört neben der Exzision zu den häufigsten Formen der FGM.

4.2.4.3 Gishiri cut

Dabei handelt es sich um eine Operation, welche durch einen traditionellen Geburtsbegleiter (= Hebamme) bei Frauen, die schon länger in den Wehen liegen, angewendet wird. Die Hebamme schneidet mit einem Messer durch das weiche

Gewebe, um den Geburtskanal zu vergrößern. Als Resultat dieser Prozedur finden sich unter anderem Infektionen, vesicovaginale sowie rectovaginale Fisteln (ÖGF, 2001, S. 6).

4.2.4.4 Angurya cut

Diese traditionelle Operation wird bei weiblichen Kindern durchgeführt, um das Hymen zu entfernen. Es herrscht der Irrglaube, dass, falls das Hymen nicht entfernt wird, dieses weiterwächst und somit den Introitus vaginae versiegelt. Unter normalen Umständen jedoch verschwindet es einige Woche nach der Geburt des Kindes. (ÖGF, 2001, S. 6).

Besonders in Nigeria werden diese beiden Formen der Verstümmelung (Gishiri cut und Angurya cut) durchgeführt.

4.2.5 Deinfibulation/Re-Infibulation

Bei infibulierten Frauen ist für den Geschlechtsverkehr eine Öffnung der Vagina notwendig. Gelingt dem Ehemann die Penetration nicht, wird die infibulierte Vagina mit einem Messer oder einem anderen scharfen Gegenstand deinfibuliert. Dabei können zusätzliche Verletzungen im Genitalbereich der Frau entstehen. Zur Entbindung ist wiederum eine zusätzliche Erweiterung der Vaginalöffnung notwendig, um einen einigermaßen normalen physiologischen Geburtsverlauf zu ermöglichen.

Nach der Geburt wird die Vagina, die vorher defibuliert wurde, wieder zugenäht. Dazu werden Narbenränder entfernt und das verbleibende Gewebe erneuert zusammengenäht (vgl. Gruber, 2005, S. 6).

4.3 Alters- und bildungsspezifische Parameter bei Beschneidungen

Das Alter der betroffenen Mädchen variiert sehr stark, die Verstümmelung kann gleich kurz nach der Geburt stattfinden, im Säuglingsalter, aber auch später

während der Schulzeit. In manchen Ethnien findet die Verstümmelung zum Zeitpunkt der Heirat statt. Sollte der zukünftige Ehemann oder die Schwiegermutter mit dem bisherigen Ausmaß der Verstümmelung nicht einverstanden sein, wird nochmals eine Infibulation durchgeführt. Es gibt auch Riten, bei denen während der ersten Schwangerschaft oder nach der Geburt des ersten Kindes die Verstümmelung stattfindet. In den letzten Jahren ist eine Tendenz zu beobachten, dass die betroffenen Mädchen immer jünger werden, da von ihnen keine Gegenwehr zu erwarten ist. Auch ist man der Meinung, dass die Babys sich nicht an die Schmerzen, den Schock und das Trauma der Verstümmelung erinnern können (vgl. Schnüll, 2003, S. 29 ff).

Ein weiterer Grund weshalb die Beschneidung im Baby- bzw. Kleinkindalter durchgeführt werden, könnte darin liegen, dass die Mädchen in der Schule Informationen über die Methode des Eingriffs und deren Begründung bekommen. Teilweise hängt es auch von den finanziellen Möglichkeiten der Familie ab, wann die Beschneidung durchgeführt werden kann. Die meisten Eingriffe finden aber in einem Alter zwischen 4 – 10 Jahren statt. Somit hat die Verstümmelung immer weniger mit einem Initiationsritus gemein. Darüber hinaus ist bekannt, dass in der ländlichen Bevölkerung die Beschneidungsrate höher ist, als in urbanen Gegenden. Grund dafür sind höchstwahrscheinlich die fehlende Schulbildung, sowie minimalste Aufklärung besonders in Gesundheitsfragen. Auch die Tradition ist ein ausschlaggebender Faktor im Zusammenhang mit Verstümmelungen (vgl. Schnüll, 2003, S. 29 ff; vgl. Zerm, 2007, S. 8).

4.4 Gründe für die Beschneidung junger Mädchen und Frauen bis in die heutige Zeit

4.4.1 Tradition

Die Tradition ist einer der wesentlichsten Gründe für die weibliche Genitalverstümmelung. Durch die ungleiche Machtverteilung in der Gesellschaft zwischen Mann und Frau werden Frauen gefügig gemacht und können sich so den Geboten der Gesellschaft nicht entziehen. Frauen haben kein Recht NEIN zu sagen,

Männer sind alleine befugt Entscheidungen zu treffen. Die Frau hat die Pflicht und auch die Verantwortung diese Entscheidung zu tragen, auch wenn es „nur“ ihren Körper beziehungsweise ihr Leben, ihre Gesundheit betrifft. Es ist wichtig, beschnitten zu sein, damit man zur ethnischen Gruppe, Altersklasse oder einem bestimmten Geschlecht gehört. Die Verstümmelung ist ein Ritual, bei dem die Mädchen bzw. Frauen an diesem einen Tag im Mittelpunkt stehen. Die Frauen müssen stark sein und dürfen sich nicht beklagen. Wird eine Frau nicht beschnitten, so wird sie von der Gemeinschaft geächtet und mit Geringschätzung bedacht. Für eine Frau ist aus ökonomischen Gründen unmöglich nicht beschnitten zu sein, da sie alleine kaum überleben könnte. Um die Mädchen davor zu beschützen, also um überleben können, werden sie diesem Ritual unterzogen (vgl. Sidibe, 2003, S. 109 ff).

Female Genital Mutilation wird in der Gruppe positiv bewertet und daher möchten die Mädchen zum Kreis der Beschnittenen gehören (vgl. Koso-Thomas, 1987, S. 22 ff).

Es gibt auch starke Persönlichkeiten, die sich gegen die Tradition der Verstümmelung auflehnen und somit vielleicht zu einer Eliminierung der Mutilation beitragen:

„Als meine älteste Tochter sechs Jahre alt war, begann sie mir wegen der Initiation Fragen zu stellen. Sie hatte von ihren Schulfreunden von den Geschenken und Feierlichkeiten gehört. „Ich will wie meine Freunde sein; ich will beschnitten werden“, sagte sie. Sie fragte wieder und wieder, und zweifellos hatte ihre Großmutter auch etwas damit zu tun. Mir wurde klar, daß ich etwas unternehmen mußte, und so sagte ich ihr, daß ich alles vorbereiten würde. Am nächsten Tag, als wir allein waren, setzte ich sie auf einen Stuhl und forderte sie auf, die Beine weit zu spreizen. Ich befahl ihr, sich die Augen zuzuhalten und nicht hinzuschauen, sondern mutig zu sein und nicht zu weinen. Dann preßte ich ihre Klitoris mit meinen Fingern und nahm ein Küchenmesser und berührte damit ihre Klitoris, so daß sie das kalte Metall an ihrer warmen Haut fühlen konnte. Schließlich sagte ich: ‚So, das war es, jetzt bist du beschnitten wie alle anderen und gab ihr ein Geschenk, wie es

üblich ist, damit sie es ihren Freunden zeigen konnte“ (Hosken, 1995, S. 87).

Dieser Frau war es möglich eigenwillig und selbständig zu handeln ohne Rücksicht auf Tradition oder Ehemann der Vorschriften macht. Neben der Gemeinschaft spielt auch die Geschlechtertrennung in der Aufrechterhaltung dieses Brauches eine große Rolle (vgl. Hosken, 1995, S. 87 ff).

Die Großmütter üben gegenüber ihren Töchtern Macht aus und sind somit die stärksten Befürworterinnen von FGM (vgl. Hayes, 1975, S. 624). Eine der wichtigsten Aufgaben der Frauen ist die völlige Unterwerfung gegenüber ihrem Ehemann sowie sich in Demut und Keuschheit zu bewähren. Frauen haben nichts zu sagen und keinerlei Mitbestimmungsrecht. Für die Großmütter ist die weibliche Genitalverstümmelung unmittelbar mit der Familienstruktur und dem Ansehen der Familie verbunden. Female Genital Mutilation ist für die Großmütter ein Statussymbol über welches eifersüchtig gewacht wird und jeder, der diesen Status und somit auch FGM anzweifelt, wird verdammt. In vielen afrikanischen Ländern kann weder Geld noch Land geerbt werden, wenn man nicht am Genital verstümmelt ist. Schließlich spielt noch eine psychologische Komponente eine nicht unbeachtliche Rolle (vgl. Rosenke, 2000, S. 40 ff).

„Wegen der mit FGM verbunden lebenslangen Leiden haben Frauen das Bedürfnis, sich zu rächen, was sie – wie erwähnt – nur an ihren Töchtern können. Von 100 befragten älteren sudanesischen Frauen gaben 35 in der Tat an, dass sie aus Groll auf die Infibulation ihrer weiblicher Kinder und Enkelkinder bestanden“ (Rosenke, 2000, S. 40).

4.4.1.1 Studie von Fana Asefaw

Fana Asefaw befasste sich in einer Feldforschung mit dem Titel „Female Genital Cutting – Das Fremde in uns“ mit der Frage, warum an dieser Tradition und der Aufrechterhaltung dieses Brauches so massiv festgehalten wird. 420 Frauen und 50 Männer aus Eritrea wurden dazu in einem Zeitraum von 1999 – 2004 befragt. In Eritrea werden 90% aller Mädchen beschnitten, obwohl es in diesem

Land offiziell verboten ist. 46% der befragten Frauen waren „pharaonisch“ beschnitten und ein Großteil dieser 46% hatte zu dem keine Schulbildung. Weiters spielte der Faktor des Stadt–Land-Gefälles eine wichtige Rolle in der Umfrage. Die Mehrheit der pharaonisch beschnittenen Frauen stammte aus dem ländlichen Bereich, Frauen, welche nicht beschnitten waren oder nur mit einer teilweisen Entfernung der Klitoris, lebten in der Stadt. Laut dieser Studie beruhten die Gründe für die Beschneidung nicht auf religiösen, sondern auf traditionellen Gründen (vgl. Asefaw, 2005, S. 19).

Fana Asefaw beschreibt in ihrer Studie, dass in Eritrea die Beschneidung sowohl bei Frauen mit christlichem Glauben, als auch bei Muslimen durchgeführt wird, wobei die Klitoridektomie vor allem bei Christinnen vorkommt, während muslimische Frauen infibuliert werden (vgl. Asefaw, 2005, S. 19).

In der Studie wird weiters erwähnt, dass ein wichtiges Kapitel in der Geschichte Eritreas, der 30jährige Krieg gegen Äthiopien sei, da die Mehrheit der Kinder von ehemaligen Unabhängigkeitskämpferinnen unbeschnitten seien. An der eritreischen Befreiungsfront wurde die Female Genital Mutilation abgeschafft, man betrachtete diese Tradition als Symbol für die Unterdrückung der Frauen und ihrer Sexualität. Nach dem Ende des Krieges 1991 kehrten sie aber zu ihren Familien zurück, und konnten sich mit ihren Idealen von Gleichberechtigung nicht durchsetzen. Viele Frauen und Mädchen wurden so im Nachhinein beschnitten, weil ihre Mütter, Großmütter, Schwiegermütter dies so forderten (vgl. Asefaw, 2005, 20).

Im Interview gaben viele Kämpferinnen an, sich der Gesellschaft anpassen zu müssen, da sie sonst keine Akzeptanz und die damit verbundene Identität erhalten würden (vgl. Asefaw, 2005, S. 19).

4.4.2 Moral und Religion

Die meisten Gesellschaften, in denen Female Genital Mutilation praktiziert wird, sind patriarchalisch organisiert, wichtig ist die enge Clan-Verbindung, die aus hierarchischen und unterdrückenden Strukturen für die Frauen aufgebaut ist.

Strenge Normen sind für die Aufrechterhaltung dieser Strukturen wichtig, dabei sind strenge Religionssysteme, die diese Vorschriften unterstützen, hilfreich. Die Gemeinsamkeit all dieser Religionsgemeinschaften ist die Unterdrückung der Frauen und somit nicht zuletzt auch ihrer Sexualität (vgl. Zerm, 2007, S. 12).

Female Genital Mutilation wird immer wieder mit Religionen und besonders mit dem Islam in Verbindung gebracht. Es wird jedoch auch in Gebieten die FGM durchgeführt, wo eine christliche und andersgläubige Bevölkerung lebt. Weder im Koran, noch in der Bibel finden sich Passagen über weibliche Beschneidungen. Der Islam wird sich auf eine bestimmte Hadithe berufen. Hadith ist arabisch und bedeutet Rede, Bericht und ist neben dem Koran die wichtigste Quelle des islamischen Gesetzes (vgl. Schnüll, 2003, S. 45).

Laut eines Hadiths soll der Prophet Mohammed gesagt haben: „Nehme ein wenig weg, aber zerstöre es nicht. Das ist besser für die Frau und wird vom Mann bevorzugt“ (vgl. Schnüll, 2003, S. 44).

Der Islam erkennt das Recht der Frau auf sexuelle Befriedigung wenn sie verheiratet ist, ausdrücklich an. Einer der höchsten Werte der Scharia, die „Hurma“ - die körperliche Unversehrtheit – gilt es auf jeden Fall zu schützen (Schnüll, 2003, S. 44).

Es gibt unter den Musliminnen unterschiedliche Meinungen bezüglich weiblicher Genitalverstümmelung. Viele sehen es als verpflichtend an, andere lehnen die Beschneidung vehement ab. Dennoch wird die Hadithe als Legitimation für die Beschneidung herangezogen, vor allem aus Unkenntnis auf Grund des vorherrschenden Analphabetismus, besonders in den ländlichen Gebieten. So wird zum Beispiel von einer Gruppe von Frauen aus Guinea-Bissau folgendes in Bezug auf FGM und Religion ausgesagt:

„Als gute Moslems müssen wir beschnitten sein. Auf diesem Weg ist es gesichert, dass wir ein Begräbnis nach muslimischem Brauch haben werden. Als Ehefrauen es ist nötig, durch die Beschneidung gereinigt zu sein, um

überhaupt Speisen für unsere Ehemänner zubereiten zu können“ (ÖGF, 2001, S. 6f).

Islamische Religionsführer spielen daher eine wichtige Rolle bei der Abschaffung von FGM (vgl. Nehberg, 2006, S. 103).

4.4.2.1 Rüdiger Nehberg/Anette Weber

Rüdiger Nehberg und Anette Weber, zwei deutsche Aktivisten sowie Gründer der Hilfsorganisation TARGET, versuchten durch eine Konferenz am 29.01.2002 in der Danakilwüste/Äthiopien, viele wichtige Vertreter der 29 Clans aus dem Afarland zusammen zu bringen. Diese 29 Clans stehen für 1,6 Millionen Nomaden. Rüdiger Nehberg wollte mit den Oberhäuptern dieser 29 Clans über das Tabuthema weibliche Genitalverstümmelung sprechen, da er im Zuge seiner Recherche festgestellt hatte, dass viele Mitglieder der verschiedensten Clans der Meinung seien, Allah hätte die Beschneidung angeordnet. Allah spricht aber,

„Allah hat den Menschen in höchster Vollendung geschaffen“ (Koran, Sure 95, Vers 4).

Während der Konferenz klärte Nehberg die Anwesenden auf, dass von den drei Milliarden Frauen auf der Welt, 150 Millionen verstümmelt seien, der Rest sei so wie Gott sie geschaffen habe. Während der Konferenz wurde auch auf die Hadithe hingewiesen, auf die sich viele Befürworter von FGM immer wieder berufen haben. Diese wurde aber erst nach dem Tode des Propheten geschrieben. Außerdem stehe sie im Widerspruch zur Ethik der islamischen Religion.

„Kein Moslem darf grundlos einem anderen körperlichen Schaden zufügen“ (Nehberg, 2006, S. 95).

Durch den Stammesbescheid, den alle teilnehmende Personen, also nicht nur die Clanführer, sondern auch alle sonstigen anwesenden Personen – Männer wie Frauen, unterschrieben, konnte ein 5000 Jahre alter Brauch abgeschafft

werden. Somit setzte Nehberg mit TARGET ein Exempel und weitere Wüstenkonferenzen in Mauretanien und Dschibuti folgten (vgl. Nehberg, 2006, S. 101 ff).

4.4.3 Jungfräulichkeit – Sexualität - Gesundheit

„Die Frauenbeschneidung verfolgt zwei Ziele, die Klitoris wird entfernt um die Sexualität der Frauen einzuschränken, und die Schamlippen werden zusammengenäht, um ihre Jungfräulichkeit zu garantieren“ (Hirsi Ali, 2005, S. 27).

Der Erhalt der Jungfräulichkeit ist neben der Tradition ein weiterer sehr wichtiger Grund für Mütter und Großmütter, ihre Kinder verstümmeln zu lassen. Jungfräulichkeit wird als Schutz vor Vergewaltigungen gesehen, in der Ehe schütze sie vor Untreue und erhöhe die Fruchtbarkeit. Durch die enge Öffnung werde die Lust des Ehemannes gesteigert (vgl. Gruber, 2005, S. 26).

Für viele Gesellschaften ist es wichtig, dass die Frauen sich ganz und gar für die Rolle als Ehefrau und Mutter vorbereiten und sich dieser Aufgabe aufopfernd widmen. So erlangt sie Respekt und Anerkennung in der Gruppe (vgl. Gruber, 2005, S. 26).

In vielen afrikanischen Gesellschaften, gelten Frauen als nymphoman und somit bestehe die Gefahr von Masturbation und Prostitution durch ein exzessives Ausleben ihrer Sexualität. Sexualität wird auch als Bedrohung für die Gemeinschaft gesehen. Daher ist eine Begründung für Female Genital Mutilation die unkontrollierbare Lust zu unterdrücken und den Mann, besonders in polygamen Ethnien, vor Überforderung zu schützen (vgl. Koso-Thomas, 1987, S. 9 ff).

Die symbolische Kategorie „Frau“ beinhaltet in beschneidenden Ländern sowohl die Mutilation der Genitalien als auch „weibliche“ Verhaltensweisen und Wesenmerkmale in Abgrenzung vom „Männlichen“. So ist sexuelle Lust ein ausschließlich männliches Privileg; für eine Frau schickt es sich nicht, sich am Geschlechtsakt in irgendeiner Form zu beteiligen; Sie muss wie ein „Holzblock“

daliegen und eine „unnatürliche Unbeweglichkeit“ an den Tag legen, um den Regeln des Anstandes zu gehorchen. Eigeninitiative oder das Zeigen von Leidenschaft werden als Scheidungsgrund betrachtet (Lightfoot-Klein, 1993, 113f).

„Die Exzision ist wichtig für alle Frauen, damit es keine Verwechslung zwischen den Geschlechtern gibt. Um eine wirkliche Frau zu sein, muss jede Frau beschnitten werden. Glauben Sie mir, ein Mann hat viel mehr Spaß mit einer Frau, die keine Klitoris hat (Hosken, 1995, S. 57).

„Frauen müssen beschnitten werden, um so die Frau gegen ihre übermäßige sexuelle Natur zu schützen, sie vor Versuchungen, Verdächtigungen und Ungnade bewahren, während gleichzeitig ihre Keuschheit erhalten bleibt“ (Simsa, 2004, S. 7).

Viele Ethnien glauben an die Doppeltgeschlechtlichkeit bei der Geburt von Mann und Frau, die Klitoris sei das Männliche, die Penisvorhaut das Weibliche. Um eine eindeutige geschlechtliche Differenzierung zu erlangen, muss die Klitoris bzw. die Penisvorhaut entfernt werden. Ein weiterer Mythos liegt darin, dass Klitoris und Schamlippen weiter wachsen würden, aus dieser Angst heraus könne männliche Impotenz verursacht werden. Wichtig ist auch, dass je enger die vaginale Öffnung ist, desto höher kann von den Brauteltern der Brautpreis angesetzt werden, wodurch auch das Ansehen der Familie wächst (vgl. Gruber, 2005, S. 26).

„Die Ehre einer ägyptischen Familie liegt zwischen den Beinen einer Frau, sie versuchen immer, die Kontrolle darüber zu behalten und sicher zu stellen, dass die Tür geschlossen ist. Das ist total ungerecht und überhaupt sinnlos. Warum fügen sie uns weiterhin derartiges Leid zu?“ (Lightfoot-Klein, 2003, S. 67)

Ein weiterer Aspekt, warum sich FGM so hartnäckig hält, ist die Problematik der fehlenden Sexual- und Gesundheitsaufklärung. Der weibliche Körper ist ein Geheimnis für die meisten Menschen und dadurch werden auch die hervorgerufenen Gesundheitsschäden nicht auf die Verstümmelung zurückgeführt, da die-

ser Eingriff in der Kindheit statt gefunden hat und somit keine direkte Verbindung zur Krankheit hergestellt wird. Für viele Frauen in diesen Gesellschaften ist verstümmelt sein „normal“, auch sind sie der Meinung, dass bei allen Frauen auf der Welt FGM praktiziert werde.

Viele sind sogar der Meinung, dass die weibliche Beschneidung gut für die allgemeine Gesundheit sei:

„Es ist ein für uns schwierig zu verstehendes Argument, aber es gibt Aussagen von Mädchen, welche sich vorher schlecht fühlten, aber nach der Beschneidung waren sie gesund und stark. Beschneidung wird in Verbindung mit Heilkraft gebracht. Außerdem heilt es bei Kleptomanie und Schwänzerei (Koso-Thomas, 1987, S. 9).

4.4.4 Initiation, Übergangsritus, soziale Integration

Im Verlauf eines Lebens in einer Gesellschaft vollziehen sich immer wieder Übergänge (zum Beispiel „Mädchen zu Frau“, „unverheiratet zu verheiratet“, etc.).

Jede Veränderung im Leben eines Individuums erfordert teils profane, teils sakrale Aktionen und Reaktionen, die reglementiert und überwacht werden müssen, damit die Gesellschaft als Ganzes weder in Konflikt gerät, noch Schaden nimmt. Es ist das Leben selbst, das die Übergänge von einer Gruppe zur anderen und von einer sozialen Situation zur anderen notwendig macht (Van Gennep, 1986, S. 15).

Schon in der Mythologie wurde der Mann beziehungsweise die Frau mit geschlechtsspezifischen Merkmalen ausgestattet, die durch einen Initiationsritus sichtbar gemacht beziehungsweise entfernt werden:

Man löst das mutilierte Individuum mit Hilfe eines Trennungsritus aus der undifferenzierten Menge der Menschen heraus (das ist die Vorstellung, die dem Abschneiden, Durchbohren usw. zugrunde liegt) und gliedert es gleich-

zeitig so an eine bestimmte Gruppe an, dass, da die Operation unauslöslliche Spuren hinterlässt, die Integration endgültig ist (Van Gennep, 1986, S. 76).

So wird auch in vielen Gesellschaften die weibliche Genitalverstümmelung als Übergangsritus vom Mädchen zur Frau gesehen, in der sie in eine neue soziale Rolle in der Gesellschaft übertreten. Dies wird in einer eigenen Zeremonie, meist außerhalb des Dorfes durchgeführt. Die Mädchen werden von erfahrenen Frauen des Dorfes auf die Rolle als Frau vorbereitet. Durch die Verstümmelung als körperliches Merkmal wird der Übergang zu einem vollwertigen und was noch wichtiger ist zu einem heiratsfähigen Mitglied der Gemeinschaft vollzogen. Die Initiation durchläuft drei Phasen, die Phase der Trennung, Schwellenphase und die Phase der Angliederung (vgl. Van Gennep, 1986, S. 21).

In der ersten Phase verlässt das Mädchen ihren alten Status in der Gesellschaft. In der Zwischenphase (= Schwellenphase) hat das Mädchen keinen Status, durch die Exzision wird dies gekennzeichnet. Dieses Übergangsritual der Beschneidung ist eine Machtdemonstration der Gesellschaft gegenüber dem Mädchen. In dieser Phase wird genau beobachtet, wie sich das Mädchen verhält. Während der Verstümmelung wird großer Wert auf das Verhalten des Mädchens gelegt, da dies sehr viel über den Charakter des Mädchens verrät. Je ruhiger und stiller sie sich verhält, desto höher steigen auch die späteren Heiratsmöglichkeiten, da dies für ihr Tapferkeit spricht. Den Mädchen wird somit ein enormer Druck auferlegt (vgl. Van Gennep, 1986, S. 21; Gruber, 2005, S. 14).

4.4.4.1 Ablauf einer Initiationsfeier in Sierra Leone

Nach der Verstümmelung werden die Mädchen auf die Rolle als gute Ehefrau, Mutter und Mitglied der Gemeinschaft an einem Ort außerhalb des Dorfes vorbereitet. Am Ende dieser Unterweisung findet eine große Feier statt. Die Mädchen haben ihre besten Kleider an und den schönen Schmuck angelegt. In einer Parade ziehen die Neuintiierten durch die Straßen des Dorfes. Es wird ge-

tanzt, gesungen und viel getrunken mit den Verwandten, Freunden und Verlobten. Nach der Parade kehren die Initiierten in den Busch zurück und legen ein Schweigegelübde bezüglich der Aktivitäten während der Unterweisung ab. Die Köpfe der Mädchen, welche zuvor mit Schlamm eingestrichen wurden, werden gewaschen und somit treten die Mädchen durch diese Ritual in den Status als Frau über. Sie kehren danach entweder in das Haus der Eltern oder des Ehemanns zurück. Die Feier auf Grund der Initiation dauert bis in die Morgenstunden des nächsten Tages an, die Mädchen beziehungsweise Frauen bekommen während dieser Feier Geschenke von ihren Freunden, Verwandten und Verlobten (vgl. Koso-Thomas, 1987, S. 22f).

4.4.5 Ästhetik und Hygiene

Für viele Ethnien ist ein unbeschnittenes äußeres Genitale hässlich und schmutzig, das beschnittene weibliche Genitale entspricht ihrem Schönheitsideal. Damit Vaginalsekret und Menstruationsblut nicht austreten kann, gehört der Unterleib verschlossen. Gerade in Gesellschaften, die pharaonisch beschneiden, also Klitoris und Schamlippen entfernen, ist ein ebener Genitalhügel ein Schönheitsideal und ein Symbol für Reineit und für Männer besonders sexuell begehrenswert. Im Sudan wird deshalb beschnitten, um die Mädchen „rein zu kratzen“ (Lightfoot-Klein, 2003, S. 67).

Auch ist man der Meinung, dass eine Verstümmelung besondere Gesundheits- und Hygienevorteile bringt. Female Genital Mutilation soll besonders die Reinlichkeit der Frau fördern und diese vor allen möglichen Krankheiten schützen. Weiters soll die Female Genital Mutilation die Furchtbarkeit der beschnittenen Frau erhöhen. In vielen afrikanischen Gesellschaften ist man der Meinung, dass die Vulva ein Sexualsekret produziert, dass übel riechend und unrein ist. Wird die Hand damit kontaminiert, kann die betroffene Frau keine Nahrung mehr zubereiten. Mädchen, die nicht beschnitten sind, können somit nicht heiraten und sind verdorben. Sie werden als Prostituierte bezeichnet und aus dem Dorf vertrieben (vgl. Lightfoot-Klein, 2003, S. 69).

In weiten Teilen Westafrikas hingegen wird die Klitoris als gefährlich angesehen, weil sie ein Kind bei der Geburt töten würde; außerdem so glaubt man, kann sie die Geschlechtsteile des Mannes schädigen und ihn sterilisieren (Hosken, 1993, S. 40).

4.5 Personen, die Beschneidung durchführen

„Die ältere Frau, die den Eingriff vornahm, begann damit, die äußeren und inneren Schamlippen des Mädchens auseinander zuziehen, und befestigte sie mit großen Dornen an den Oberschenkeln. [...] Dann entfernte die Beschneiderin die Klitoris mit dem Messer. Danach hob sie mit ihrem Daumen und dem Zeigefinger das, was noch an Haut da war, an und entfernte auch diese. Dann griff sie tief in die heftig blutende Wunde. Auch die Nachbarnfrauen, die an der Operation teilnahmen, stecken ihre Finger in das blutige Loch, um zu überprüfen, ob die Klitoris auch vollständig entfernt worden war“ (Gollaher, 2002, S. 242).

In ländlichen Gebieten werden die Beschneidungen ausschließlich von Frauen, die nicht ausgebildet sind, durchgeführt. Der Beruf der Beschneiderin wird traditionellerweise von der Mutter an die Tochter weitergegeben. In manchen Teilen Afrikas sind die Frauen, die als Beschneiderinnen arbeiten, mit einem Schmied verheiratet, dadurch werden ihnen Zauberkräfte nachgesagt. Der Beruf der Beschneiderin ist hoch angesehen, gepaart mit Machtstreben, guter Bezahlung, aber wertvoll und notwendig für die Gemeinschaft. Meistens sind die Beschneiderinnen im Dorf sehr angesehene Frauen, da sie auch die Funktion einer Hebamme ausüben. Die Frauen sind meistens schon älter. Wer es sich leisten kann, lässt die Verstümmelung unter aseptischen Bedingungen in der Stadt vornehmen. Dort wird sie von Hebammen, Krankenschwestern oder Ärzten durchgeführt, wodurch sich für diese ein lukratives Einkommen, neben der schlechten Bezahlung als Krankenschwester oder Hebamme in städtischen Krankenhäusern, ergibt (vgl. Gruber, 2005, S. 9; Lightfoot-Klein, 2003, S. 69 ff).

Die Situation in Europa ist schwieriger darzustellen, da in allen Ländern, die von der Problematik FGM betroffen sind, FGM gesetzlich verboten ist. In den europäischen Ländern wird die Verstümmelung meist in Arztpraxen oder in privaten Räumen durchgeführt. Meist sind die Beschneiderinnen ebenso geflüchtet und führen so ihre Arbeit in Europa illegal weiter. Einer Schätzung für Frankreich aus dem Jahre 1989 besagt, dass etwa 36 000 Kinder von Immigranten betroffen sein (vgl. Rosenke, 2000, S. 101ff).

4.5.1 Beispiel „Report Mainz“

In Berlin wurde 1999 gegen einen ägyptischen Gynäkologen ermittelt, der FGM für umgerechnet Euro 610 anbot, nicht wissend, dass der interessierte Vater ein Kameramann in der Fernsehredaktion des ARD-Magazins „Report Mainz“ war, und das Gespräch mit versteckter Kamera aufzeichnete. Nach der Ausstrahlung der Sendung im Fernsehen wurde ein Ermittlungsverfahren gegen den Arzt eingeleitet, aber mangels an Beweisen eingestellt, da die Patientinnenkartei bei Durchsuchung der Praxisräume nicht gefunden werden konnte. Die Ärztekammer Berlin leitete ein Untersuchungsverfahren gegen den Arzt ein (Kalthegener, 2003, S. 187 ff).

4.5.2 „Studie: Schnitte in Körper und Seele“

Im Jahr 2005 stellt UNICEF, Terre des Femmes sowie der Berufsverband der Frauenärzte die gemeinsame Studie „Schnitte in Körper und Seele“ zur Situation beschnittener Frauen und Mädchen in Deutschland vor. 493 Frauenärzt/Innen hatten sich an der Studie beteiligt, 7,1 % davon wussten von Patientinnen, die ihre Töchter in deren Heimat am Genital verstümmeln lassen wollten. 9,7 % der Ärztinnen, wussten von Genitalverstümmelungen, die in Deutschland vorgenommen wurden, und 0,6 % (3 Gynäkologinnen) wurden gefragt, ob sie selbst eine Female Genital Mutilation durchführen könnten, was den Verdacht nahe legt, dass auch in Deutschland illegal Genitalverstümmelungen durchgeführt werden und medizinisches Personal involviert ist (vgl. Prange, 2006, S. 4 ff).

4.5.3 Studie „Zur Anwendung der Female Genital Mutilation (FGM) beim Migrantinnen in Österreich (2000)“

Im Jahre 2000 wurden durch die „Afrikanische Frauenorganisation in Wien“ 250 MigrantInnen (130 Frauen und 120 Männer) zur Thematik „Female Genital Mutilation“ befragt. Die befragten Personen lebten zum Zeitpunkt der Studien in Wien, Graz oder Linz (vgl. Afrikanische Frauenorganisation in Wien, 2000, S. 8 ff).

30,5% der Befragten gaben an, dass bei ihren Töchtern FGM durchgeführt worden war, das waren 88 Mädchen, der insgesamt 250 Mädchen aus den befragten Familien. 89% der Mädchen waren laut Studie in Afrika genital verstümmelt worden, der Rest in Europa, davon 9,6% in Deutschland oder den Niederlanden, 1,9% in Österreich. Auch diese Studie ergab, dass Genitalverstümmelungen in Krankenhäusern durchgeführt, und diese von medizinischem Personal vorgenommen wurde (vgl. Afrikanische Frauenorganisation in Wien, 2000, S. 8 ff).

4.6 Ort der Durchführung und Bedingungen

Am Land wird FGM in unsterilen Hütten am Lehm Boden durchgeführt, meist unter sehr schlechten Lichtverhältnissen. Wer etwas mehr Geld hat und es sich leisten kann, lässt die Verstümmelung in privaten Räumen durchführen, aber auch dort sind keine keimfreien Verhältnisse zu erwarten. In der Stadt ist eine zunehmende Medikalisierung dieses Problems feststellbar, das heißt es wird in Krankenhäusern unter aseptischen Bedingungen und Narkose die FGM durchgeführt:

Es muss alles dafür getan werden, die „Medikalisierung“ jeglicher Form weiblicher Genitalverstümmelung zu verhindern und das auf der Grundlage der wesentlichen ethischen Richtlinien der Medizin, wonach körperliche Verstümmelungen keinesfalls vom Gesundheitspersonal geduldet werden dürfen (Lightfoot-Klein, 2003, S. 69).

Auf Grund der schlechten hygienischen Bedingungen, der nicht vorhandenen anatomischen Kenntnisse und der unsterilen Instrumente, kommt es immer wieder zu zusätzlichen Schädigungen. Auch plötzliche Abwehrbewegungen der Kinder verursachen Verletzungen, Knochenbrüche, Harnröhrenverletzungen, usw. Der Eingriff dauert je nach Geschick der Beschneiderin und Widerstand des Mädchens ca. 15-20 Minuten. Die verwendeten Instrumente sind spezielle Messer, Scheren, Skalpelle, Glasscherben, Rasierklingen, Fingernägel. Auch gibt es Beschneiderinnen, die die äußeren Genitale heraus beißen (vgl. Zerm, 2007, S. 8 ff).

Alle Mädchen werden mit demselben Werkzeug beschnitten. Nach Ende der Beschneidung werden die Wunden mit Akaziendornen, Schafdarm, Pferdehaar, Bast oder Eisenringen vernäht. Zur Blutstillung verwenden die Beschneiderinnen Salbenmischungen, Kräuter, Haferbrei, Asche, kaltes Wasser, Pflanzensäfte, Blätter und Wundpressen aus Zuckerrohr. Da das Gewebe allerdings sehr stark durchblutet ist, braucht es mehrere Wochen zum Verheilen. Dafür werden die Mädchen die Beine von Hüfte bis Fußgelenk zusammengebunden. Um ein kleines Loch für Menstruationsblut und Urin zu erhalten, werden Pflanzenhalme oder Federkiele eingeführt (vgl. Gruber, 2005, S. 9 ff).

Bei manchen Ethnien wird das Ausmaß der Beschneidung nicht nur von der Beschneiderin selber, sondern auch von den Großmüttern oder auch den Vätern der Beschnittenen „kontrolliert“. Sollte die Öffnung zu groß sein, wird das Mädchen nochmals beschnitten (vgl. Schnüll, 2003, S. 29 ff).

Da in den europäischen Ländern FGM verboten ist, reisen viele Eltern in ihr Heimatland zurück, um dort die Verstümmelung vorzunehmen zu lassen. Als Vorwand für die Reise nennen sie meist Jahresurlaub, Begräbnis oder Mutterschaftsurlaub (vgl. Rosenke, 2000, S. 85).

5 Die gesundheitlichen und psychischen Folgen der Beschneidung

5.1 Akute, unmittelbare Folgen

Laut WHO sterben etwa 10% der beschnitten Mädchen und Frauen an den akuten gesundheitlichen Komplikationen nach der Beschneidung. Ursachen dafür sind die schlechten hygienischen Bedingungen am Ort und während der Durchführung des Eingriffes, sowie der gesundheitliche Zustand der Mädchen. Die äußeren weiblichen Genitalorgane sind sehr gut mit Nerven versorgt und gut durchblutet. Da die meisten Beschneidungen ohne Anästhesie durchgeführt werden, haben die Betroffenen starke Schmerzen. Durch die gute Gefäßversorgung kommt es zu starkem Blutverlust (Hämorrhagie). Die Folgen sind Schock, Flüssigkeitsverlust und Blutarmut. Viele Mädchen sterben an dem hohen Blutverlust. Durch die nicht vorhandenen anatomischen Kenntnisse der Beschneiderinnen und meist auf das hohe Alter zurückzuführende schlechte Sehvermögen beziehungsweise auf Grund der schlechten Lichtverhältnisse, wird auch oft das umliegende Gewebe wie Harnröhre, Analbereich einschließlich Analmuskel verletzt. Dies führt in Folge zu unwillkürlichem Harn- und Stuhlverlust. Durch die enorme Gegenwehr der Mädchen kann es auch noch zu anderen Verletzungen, wie Schnittwunden an der Oberschenkelinnenseite, Schulterluxationen (Auskugeln), Knochenbrüche und Zungenbiss kommen (vgl. WHO Information Kit, 1996).

Da die Eingriffe größtenteils unter unsterilen Bedingungen durchgeführt werden, und oft eine Rasierklinge für mehrere Mädchen verwendet wird, kommt es häufig zu zusätzlichen Infektionen, die tödlich enden können. Bakterien können in die Blutbahn gelangen und eine Sepsis verursachen. Tetanus, Kinderlähmung, HIV-Infektion, Hepatitis sind weitere dieser Infektionskrankheiten, die als Folge des mehrfach verwendeten Beschneidungswerkzeugs vorkommen können. Die Verwendung von Kräutermischungen, kaltem Wasser, Darmfäden, Blütenfäden, usw. zur Blutstillung und zum Vernähen der Wunde sind weitere Infektionsquellen, die häufig zu Gangrän (Wundbrand) führen (vgl. Bauer, 2003, S. 65 ff).

Eine unmittelbare Folge des Eingriffs ist die Harnverhaltung. Durch die große offene Wunde halten viele Mädchen ihren Harn zurück, da ihnen das Wasserlassen enorme Schmerzen verursacht, es kommt häufig zu Harnstau. Durch Verletzung der Harnröhre kommt es im Bereich des Harnröhrenausgangs zu einer Schwellung, die wiederum Harnverhalten verursacht. Durch die volle Harnblase kommt es zu einem Rückstau und so in Folge zu Infektionen des Urogenitaltrakts. Die Mädchen versuchen auch möglichst wenig zu trinken, damit sie nicht urinieren müssen (vgl. .

Durch das wochenlange Zusammenbinden der Beine kann auch Wundsekret nicht abfließen, was weitere Infektionen nach sich zieht (vgl. Bauer, 2003, S. 65 ff). Zusätzlich zu den akuten gesundheitlichen Problemen kommen die psychischen Traumata, die mit denen von Vergewaltigungs- bzw. Folteropfern vergleichbar sind (vgl. Gruber, 2005, S. 13).

5.2 Chronische bzw. Langzeitkomplikationen

Je nach Grad beziehungsweise Ausmaß der Verstümmelung und den Verletzungen, die den Frauen zugeführt wurden, ist mit unterschiedlichen Langzeitfolgen zu rechnen. Großteils bleiben Typ I, Typ II und Typ IV unerkannt, jedoch kann es auch bei diesen Formen der Verstümmelung zu chronischen Erkrankungen des weiblichen Genitaltraktes kommen. Wichtig ist zu erwähnen, dass die Frauen diese Folgekomplikationen oft gar nicht mit der genitalen Verstümmelung in Verbindung bringen. Das traumatische Ereignis wird verdrängt, außerdem haben viele Frauen in ihrer Umgebung dasselbe Problem. Es kann auch vorkommen, dass die Frauen trotz dieses massiven Eingriffs keine medizinischen Probleme haben (vgl. Rosenke, 2000, S. 87 ff).

5.2.1 Miktion

Eine der vielen chronischen Langzeiterkrankungen sind immer wiederkehrende Harnwegsinfekte und in Folge davon Nierenbeckenentzündungen. Durch die verbleibende – oftmals zu enge – Öffnung brauchen die Frauen durchschnittlich

20-30 Minuten zum Wasserlassen. Dabei wird die Blase nicht vollständig entleert. Bakterien dringen somit in die Blase ein und verursachen somit einen Harnwegsinfekt. Aus Angst vor all diesen Beschwerden und Schmerzen trinken die Frauen sehr wenig Flüssigkeit, was wiederum zu Steinbildung, Stoffwechselerkrankungen und letztendlich zu Austrocknungssymptomen führt (vgl. Zerm, 2007, S. 9 ff).

Durch die Verwachsungen bzw. Beschädigungen der äußeren Harnröhrenöffnung wird das Wasserlassen, wie oben erwähnt zu einer schmerzhaften Prozedur. Die Frauen versuchen so lange wie möglich den Harn zurückzuhalten, es kommt zu Harnverhaltung und letztendlich zu Harnwegsinfekten. Da der Harnabfluss durch die veränderte Anatomie nicht normal ist, wird auch die Dammregion ständig mit Harn kontaminiert und ist so ein guter Nährboden für Bakterien. Bei einer Verletzung der Harnröhre kann es auch zu einer völligen Verengung der Harnröhre kommen, welche in den meisten Fällen zum Tode führt, da sich der Körper durch das Nicht-Abfließen des Harns selbst vergiftet (vgl. Zerm, 2007, S. 9 ff).

Inkontinenz (unwillkürlicher Harnabgang) ist ebenfalls auf massive Verletzungen während der Beschneidung zurückzuführen. Durch den permanenten Harnverlust kommt es zu Geruchsbildung, was wiederum ein Grund für den Ehemann darstellt, sich von der Frau zu trennen oder die Frau aus der Gemeinschaft auszustoßen. Die Frauen versuchen wiederum durch wenig trinken den unwillkürlichen und oftmals unbewussten Harnabgang zu vermeiden. Übelriechender Gestank durch die Inkontinenz kann ein großes Problem für die Frauen werden, da sie nicht nur von ihren Ehemännern sondern auch von der Gemeinschaft oft verstoßen werden (vgl. Rosenke, 2000, S. 87 ff).

5.2.2 Menstruation

Durch die enge Öffnung ist der Abgang des Menstrualblutes mit Schwierigkeiten verbunden. Die Periode dauert durchschnittlich 2 Wochen (!!!), da durch die enge Öffnung das Blut nicht abfließen kann. Es kommt auch vermehrt zu starken Schmerzen während der Periode (Dysmenorrhoe). Das Blut stockt und ist

wiederum ein guter Nährboden für aufsteigende Infektionen der inneren Geschlechtsorgane (vgl. Bauer, 2003, S. 65 ff).

Infektionen im Unterleib „gehören“ dazu, sie sind normal. Altes Blut führt zu übel riechendem Ausfluss und beeinträchtigt die Lebenssituation der Frauen sehr stark:

„Die Scham über den Geruch des herausfließenden lange zurückgehalten Blutes ist außerdem so groß, dass die betroffenen Frauen in dieser Zeit das Haus nicht verlassen, sodass sie nicht in der Lage sind, einer Berufstätigkeit nachzugehen“(Lightfood-Klein, 1992, S. 77 ff).

Dies gilt sowohl für die Frauen am Land, als auch für die gebildeten Frauen in der Großstadt, welcher einer regelmäßigen Arbeit nachgehen (vgl. Lightfood-Klein, 1992, S. 77 ff).

Durch das ständige Zurückhalten von Urin und Menstruationsblut kann es zu Steinbildung und Auskristallisierung der Scheide kommen. Die meisten Wunden verheilen unter Vereiterung, diese wiederum führt zu Narbengeschwülsten (Keloiden), zu Narbenverziehungen, Dermoidzysten und Neurinomen (Nervengeschwülsten). Durch die enorme Gewebsverziehung kann es zu Schmerzen beim Gehen kommen. Neurinome werden durch eine Verletzung oder Durchtrennung des Klitorisnerves beziehungsweise der umgebenden Nervenbahnen verursacht. Die Folge davon sind Hyperästhesie (Überempfindlichkeit für Berührungseize) und Hyperalgesie (Steigerung der Schmerzempfindung) im Genitalbereich. Die unerträglichen Schmerzen werden durch Geschwulstbildung verursacht (vgl. Bauer, 2003, S. 65 ff).

Eine zusätzliche Komplikation durch das Nichtabfließen des Menstruationsblutes ist der Hämatokolpos. Das Menstruationsblut bleibt im Bauchraum zurück, die Folge davon ist eine Anschwellung des Bauches. Die Frauen glauben zunächst an eine Schwangerschaft, was für junge nicht verheiratete Frauen in einer Tragödie enden kann. Sie müssen mit negativen Reaktionen ihrer Umgebung rechnen, die Mädchen/die jungen Frauen werden als Hure bezeichnet.

Die Familieehre wird als verletzt angesehen und das Mädchen oder die junge nicht verheiratete Frau kann von ihrer Familie verstoßen werden. Auf Grund des Hämatokolpos kommt es auch zu Hämatometra (Ansammlung von Monatsblut in der Gebärmutter bei angeborenem oder erworbenem Verschluss des Muttermundes und der Vagina), was letztendlich zum Tode führt. Viele dieser Infektionen werden oder können auf Grund der schlechten medizinischen Versorgung nicht behandelt werden, in weiterer Folge kommt es zu Infertilität und auch Sterilität (vgl. Bauer, 2003, S. 65 ff).

5.2.3 Sterilität/Infertilität

Durch die Beschneidung wird eine Infektion gesetzt, die auch die inneren Genitalorgane befällt, und letztendlich zu Infertilität und Sterilität führt. Die Infertilitätsrate bei beschnittenen Frauen ist im Vergleich zu unbeschnittenen Frauen um das Dreifache höher. Auch hängt es von der Art der Beschneidung ab und von den anatomischen Veränderungen, die durch die Beschneidung entstanden sind. Vaginal- und Introitusstenose bilden eine physikalische Barriere und trotz mehrmaligen Koitus über Monate werden die Frauen nicht schwanger. Versagen und schmerzhafter Geschlechtsverkehr können zu einem totalen Ausbleiben des Koitus führen.

Infertilität bzw. Sterilität ist besonders in Afrika für die Frauen sehr schlimm, da Kinder nicht nur als wichtiges Statussymbol gelten, sondern die ökonomische Sicherheit der Frau darstellen sollte sie keine Kinder bekommen können, wird sie von ihrem Ehemann verstoßen. Durch die Abhängigkeit im sozialen wie ökonomischen Bereich gegenüber dem Mann können die Frauen in eine Notsituation kommen. Da sie kaum über eine schulische oder berufliche Ausbildung verfügen, können sich die Frauen nicht selbst versorgen. Ein Zusammenhang mit der genitalen Verstümmelung wird hier nicht gestellt. Man ist eher der Meinung, dass die Frau von bösen Geistern besessen ist (vgl. Zerm, 2007, S. 9).

5.2.4 AIDS

Durch das mehrmalige Wiederbenützen der Beschneidungswerkzeuge kann es leichter zu einer Übertragung von HI-Viren kommen. Die WHO schätzt, dass sich weltweit mehr als 17 Mio. Menschen mit dem HI-Virus infiziert haben, wovon nahezu zwei Drittel auf den afrikanischen Kontinent und hier besonders auf die Länder südlich der Sahara entfallen. Mütter übertragen das Virus auf ihre Kinder und sobald ein infiziertes Mädchen bei einer Beschneidungszeremonie verstümmelt wird, kann es durch die Wiederverwendung der Beschneidungswerkzeuge die nachfolgenden Mädchen mit dem HI-Virus infizieren. Eine Studie, die in Kenia von Juli 1991 bis Juni 1992 durchgeführt wurde, ergab, dass 80% aller Genitalverstümmelungen innerhalb einer Gruppe vollzogen wurden und dass 71% aller Beschneiderinnen dasselbe Instrument benutzten ohne es zwischendurch zu reinigen (vgl. Rosenke, 2000, S. 59 ff).

Nicht nur durch den Eingriff selbst, sondern durch Verletzungen bei Deinfibulation oder durch den Geschlechtsverkehr ist ein weiteres Risiko gegeben am HI-Virus zu erkranken. Während den Frauen ein strenges Sexualleben auferlegt worden ist, dürfen die Männer ein sehr freies Sexualleben führen, was wiederum zu einem hohen Ansteckungspotenzial führt (vgl. Bauer, 2003, S. 65 ff).

5.2.5 Todesrate nach Beschneidung

Während genaue Statistiken über die Todesfälle, die dem Ritual selbst zuzuschreiben sind, weder existieren, noch zu erstellen sind, liegen die medizinischen Schätzungen sehr hoch. Im Sudan schätzen Mediziner die Todesrate auf 10%-30%. Die Todesrate in Folge aller Komplikationen bei FGM liegt zwischen 35% und 40% (vgl. Rosenke, 2000, S 57).

5.3 Psychische Folgeschäden/Komplikationen

Über die psychischen Folgeerscheinungen der weiblichen Genitalverstümmelung gibt es sehr wenig wissenschaftliches Material. Es kommt immer wieder zu

Ereignissen, die mit Angst, Phobie und Depression verbunden sind. Zu nennen sind hier vor allem das Einsetzen der Menstruation, die Hochzeitsnacht und die Geburt eines Kindes. Lightfoot-Klein hat einige hundert Frauen interviewt, und gefragt, woran sich die Frauen erinnern, wenn es um ihre Beschneidung geht:

„Ihren Erinnerungen gemeinsam war das Entsetzen, der Schmerz und das Gefühl, betrogen worden zu sein“ (Lightfoot-Klein, 2003, S. 75).

Dieses Trauma wird immer wieder detailliert beschrieben. Mariam ist eine 21-jährige junge Hausfrau, die im Alter von elf Jahren pharaonisch beschnitten worden ist, wobei eine Öffnung von 1,25 cm belassen wurde. Wichtig ist auch der Aspekt, dass sie zwölf Jahre lang die Schule besucht hat, während sonst großer Analphabetismus bei den Frauen vorherrscht. Mariam sagte, dass sie beim Sex keinen Spaß hätte. Die Ursache weiß sie: der Verlust ihrer Genitalien. Gegenüber ihrem Mann habe sie keine negativen Gefühle, aber es fehle das sexuelle Empfinden. Zwar wurde ihr Mann von der Familie ausgesucht, doch sie scheint ihn zu lieben, auch sei er ein rücksichtsvoller Liebhaber. Sex sieht sie als eheliche Pflicht. Sie spricht sich vehement gegen Beschneidung aus, für sie ist es ein klares Verbrechen. Sie hat Bücher über Sexualität gelesen und daher weiß sie auch, welcher großen Fähigkeit sie beraubt worden ist. Sie habe Wut auf ihre Eltern. Verzweiflung und Verlust sprechen aus ihr. Ihre zwei Töchter möchte sie auf alle Fälle intakt lassen. Sie hofft, dass sich mit der Zeit etwas ändern wird (vgl. Lightfoot-Klein, 2003, S. 75).

Eine Studie, die über den Menstruationsbeginn bei somalischen beschnittenen und unbeschnittenen Flüchtlingen in Italien durchgeführt wurde, ergab, dass bei nicht infibulierten Mädchen die Menarche 15 Monate früher auftrat, als bei infibulierten Mädchen. Man vermutet das späte Auftreten zum Teil aus psycho-somatischen Ursachen. Tritt die erste Menarche ein, ist das der Zeitpunkt für die Eheschließung, mit der die Entjungferung verbunden ist - ein Prozess der mit Schmerzen verbunden ist. Ein weiterer Grund könnte sein, dass durch die Entfernung erogener Zonen die psycho-sexuelle Stimulation fehlt, die Mädchen zu einem unterwürfigen Verhalten herangezogen werden und die Angst vor dem Einsetzen der Menarche entsteht (vgl. Grassivaro-Gallo, 1985, S. 9 ff). Man bat

die Mädchen weiters künstlerische Darstellungen zu machen. Die Auswertung ergab, dass die Identität und Selbstsicherheit der Mädchen sowohl auf physischer als auch auf psychischer Ebene gestört sind. Die Beschneiderin wird als Person dargestellt, die groß, erschreckend und aggressiv wirkt. Sich selber stellten sie als kleines Wesen dar. Auf rationaler verbaler Ebene werden ihre Ängste und Anspannung der Vernunft untergeordnet. Sie beschreiben die Verstümmelung als Fest, damit bekomme man in der Gesellschaft eine neue Identität. Angst und Angriff gegen die körperliche-seelische Integrität können jedoch nicht vergessen werden (vgl. Lightfoot-Klein, 2003, S. 80).

„Die lebenslänglichen Auswirkungen dieses grausamen Rituals hinterlassen ihren Abdruck auf der kindlichen Persönlichkeit und begleiten sie während des Heranwachsens in die Jugend und in das Erwachsenenleben“ (El Saadawi, 1980, S. 8).

Ein weiterer Aspekt ist, dass um das Ritual der Verstümmelung ein großes Geheimnis bzw. Stillschweigen herrscht. Auch wenn die Mädchen ahnen, dass es wehtun wird, wird die Beschneidung beschönigt oder totgeschwiegen. Man lockt die Mädchen mit Geschenken, auch ist das der einzige Tag eines Mädchens, wo sie im Mittelpunkt stehen, alles dreht sich um das Mädchen, es bekommt viele Geschenke. Flucht oder Rückzug sind nicht möglich, da die Mädchen meistens sehr jung sind. Die Beschneidung stellt für viele ein schweres Trauma dar, das meist zu einer tief greifenden Persönlichkeitsstörung führt: extrovertierte, lebendige Mädchen werden plötzlich still und leben zurückgezogen, ein Aspekt, der als positiv bewertet wird. Dieses Verhalten wird von den Mädchen gewünscht und wird als normal angesehen. Bei den Somalis wird Zurückhaltung als eine große Tugend bei Frauen geschätzt. Außerdem werden sie niemals über das Thema Infibulation sprechen, es bleibt für alle tabu. Es gibt Hinweise, dass sich die Mädchen ein bis zwei Jahre von der Außenwelt zurückziehen. Dann wird ihr Selbstwertgefühl gestärkt, erstens die Tortur der Beschneidung überlebt zu haben, zweitens die Anerkennung der Gesellschaft zu haben und drittens eine verantwortungsvolle, heiratsfähige Frau zu sein, die ihrer Familie Ehre gemacht hat (vgl. Lightfoot-Klein, 2003, S. 82 ff).

Schmerz gehört bei den afrikanischen Gesellschaften zum Leben dazu, sonst hätten sie keine Überlebenschancen:

„Tapferkeit im Angesicht von Schmerzen wird positiv gewertet, und wer fürchterliche Schmerzen aushalten kann, ohne eine Miene zu verziehen oder laut aufzuschreien, geht als mutig, stark und wertvoll“ (Lightfoot-Klein, 2003, S. 83).

Erst seit der Mitte der 90iger Jahre wird auch der psychische Aspekt der Verstümmelung wissenschaftlich untersucht. Die Auswirkungen der Female Genital Mutilation können sehr stark variieren. FGM ist ähnlich traumatisierend wie eine Vergewaltigung oder Folter. Die Verarbeitung der Schmerzen und Agonie ist nur schwer möglich, da dieses Thema stark tabuisiert ist. Die psychischen Folgen werden von den meisten Gesellschaften nicht in Verbindung mit der Verstümmelung gebracht. Meist klagen die Betroffenen über nicht genau definierbare Befindlichkeitsstörungen, Unterleibsschmerzen, Kopf- oder Rückenschmerzen. Auch kann es zu Panikattacken beim Anblick von Instrumenten oder anderen Gegenständen beziehungsweise Situationen kommen, die an die Verstümmelung erinnern oder damit in Zusammenhang stehen. Es wird von Alpträumen und Schlaflosigkeit berichtet oder es kann zu einer kompletten Abspaltung (Dissoziation) kommen. Es kann sogar soweit kommen, dass sich die Frauen nicht mehr an die Genitalverstümmelung erinnern (vgl. Gruber, 2005, S. 13 ff).

„Als weitere Folgen können psychische Symptome wie Angstreaktionen, Verhaltensstörungen, Konzentrationsschwäche, gestörtes Essverhalten, Depressionen oder unberechenbare Aggressionen bis hin zu Suizidversuchen auftreten“ (Gruber, 2005, S. 14).

Es können auch Psychosen und Neurosen ausgelöst werden, und oft macht es sich bemerkbar, dass die Mädchen ihre schulischen Leistungen nicht mehr erbringen und somit die Schule vorzeitig verlassen (School Drop Out). Somit sind sie vom Ehemann ökonomisch abhängig, die Chance auf Eigenständigkeit sinkt enorm (vgl. Gruber, 2005, S. 14).

Die Mädchen dürfen während des Eingriffes nicht schreien, weinen oder Widerstand leisten, so können sie ihren Mut beweisen. Das führt im späteren Leben allerdings oft dazu, dass sie ihre Gefühle nicht ausdrücken können. Für die Mädchen steht der Eingriff im Widerspruch zu ihrer Umgebung, sie empfinden tiefstes Elend in ihrer Situation, obwohl die Gemeinschaft rund um sie feiert. Misstrauen und Vertrauensverlust entstehen dadurch, dass das Mädchen von einer Bezugsperson der Beschneiderin übergeben wird. Die Vertrauensperson liefert sie dieser Gefahrensituation aus. Die Folge ist ein gestörtes Verhältnis zu der Vertrauensperson, meistens Mutter oder Großmutter, anderen weiblichen Familienmitgliedern bzw. anderen Frauen in der Gemeinschaft. Die Mädchen müssen auch die Verstümmelung der eigenen Schwestern, der Freundinnen oder Cousinen miterleben, das heißt sowohl die negativen Folgen bis hin zu deren Tod. Neben dem Vertrauensverlust kommt auch noch die Einschränkung der Freiräume und Entwicklungsmöglichkeiten im Vergleich zu gleichaltrigen Jungen dazu (vgl. Behrend, 2005, S. 1000 ff).

„Tausende von Frauen stellen sich mit wagen Klagen vor, die sich alle bildhaft um ihren Bauch und den Unterleib drehen, was eigentlich ihre Genitalien meint, worüber sie aber nicht sprechen können. Sie klagen über unbestimmte Depressionen und Angst, Schlaflosigkeit, Rückenschmerzen und vieles andere in einer traurigen und monotonen Stimme mit niedergeschlagenen Augen. Wenn ich genauer nachfrage, entsteht eine Flut von Schmerz und Angst über ihr Körpergefühl, ihr Sexualleben, ihre Fruchtbarkeitsprobleme und all die anderen psychischen und seelischen Komplikationen der Beschneidung, die nicht auszuhalten sind. Diese Frauen unterdrücken einen leisen Schrei, der so stark ist, dass er die Erde erschüttern würde, würde er befreit werden. Stattdessen hält er all ihre Energie zurück und untergräbt ihr Vertrauen in ihre Fähigkeiten und ihr Leben“ (Dorkenoo, 1994, S.26 f).

5.4 Sexualität

Gesellschaften, die FGM praktizieren, sind der Meinung, dass unbeschnittene Frauen ungezügelt und unstillbaren Appetit auf promiskuen Sex haben. Auch die Schmerzen, die die jungen Frauen beim ersten Koitus verspüren, halten viele Mütter und Großmütter nicht davon ab, FGM weiter fortzusetzen:

„Je mehr Schmerz sie erleide, desto mehr werde die Männlichkeit ihres Ehemannes verstärkt und desto größer sei seine sexuelle Lust“ (Lightfoot-Klein, 1993, S. 127).

Sind die jungen Mädchen dann verheiratet, muss in der Hochzeitsnacht das infibulierte Gewebe geöffnet werden. Für gewöhnlich ist das harte, fibröse Narbengewebe durch normale Penetration nicht zu öffnen. Erst nach Tagen und Wochen unter enormen Schmerzen während des Geschlechtsverkehrs (Dyspareunie), ist eine „normale“ vaginale Öffnung vorhanden, die einen halbwegs „normalen“ Geschlechtsverkehr ermöglicht. Damit die Öffnung nicht zuwächst, ist am Anfang häufiger Geschlechtsverkehr notwendig. Für viele Frauen ist somit Sexualität mit Schmerz verbunden und nicht mit Lust. Durch die Schmerzen ist kaum eine positive Paarbeziehung möglich. Viele Ehemänner greifen selbst zum Messer oder bezahlen eine Beschneiderin, die für ihr Schweigen viel Geld erhält, um die kleine Öffnung zu erweitern. Chirurgen berichten bei einem Versuch, das genitale Narbengewebe zu durchtrennen, mehrere Skalpelle dafür gebraucht zu haben (vgl. Lightfoot-Klein, 2003, S. 72 ff).

Durch den Verlust der Klitoris kommt es zu einer Einschränkung der sexuellen Möglichkeiten, da die Klitoris als Zentrum für sexuelle Empfindungsfähigkeit fehlt. Trotzdem sind auch beschnittene Frauen orgasmusfähig und können so Befriedigung erlangen. Durch die Beschneidung kommt es aber zu einer starken Herabsetzung der genitalen Empfindsamkeit. Burton meinte bei Untersuchungen in den 50iger Jahren entdeckt zu haben, dass der Sexualtrieb durch die Beschneidung verstärkt werden könne und nicht so wie gewünscht herabgesetzt wird. Sexuelle Befriedigung sei schwerer zu erlangen, aber nicht unmöglich (vgl. Lightfoot-Klein, 2003, S. 84).

Sexuelles Verlangen, Interesse und Vergnügen sind Reize, die über das Gehirn gesteuert werden. Genitalverstümmelten Frauen ist es entgegen der angenommenen Meinung doch möglich zum Orgasmus zu gelangen. Durch die Verstümmelung wird nur die sensorische Empfindungsfähigkeit vernichtet, aber nicht das sexuelle Verlangen, das von der Psyche gesteuert wird. Die physische Erregbarkeit kann beeinflusst sein, da durch die Verstümmelung die Anatomie der Geschlechtsorgane verändert wird. Durch die Genitalverstümmelungen werden Nervenstränge der Vulva zerstört. Es kommt zu einer sexuellen Kastration der Frau, die die angebliche Hypersexualität auf ein normales Maß reduzieren soll. Nicht nur die veränderte Anatomie sondern auch Wundheilungsstörungen (Narbenbildung, Verwachsungen der Nervenbahnen, Stenosen, ...) sind Ursachen, die die Orgasmusfähigkeit beeinflussen, dennoch ist es den Frauen möglich sexuelle Erfüllung zu erleben (vgl. Lightfood-Klein, 2003, S. 85).

Ein viel größeres Problem als die verminderte Orgasmusfähigkeit ist die Dyspareunie (Schmerzen beim Geschlechtsverkehr), da diese die Frauen erneut traumatisieren kann. Die meisten infibulierten Frauen verbinden die erneuten Schmerzen, die durch den Geschlechtsverkehr ausgelöst werden, mit den schmerzhaften Erfahrungen der Verstümmelung. Die Vielzahl der Frauen reagiert mit Desinteresse, das von der Gemeinschaft und den Männern gewünscht wird. Auch die Ehemänner leiden unter der Verstümmelung, da für sie das Eindringen schwierig ist. Der Mann muss aber vor der Gesellschaft seine Potenz erweisen. Durch das harte Narbengewebe kann es auch zu Verletzungen des Penis kommen (vgl. Lightfood-Klein, 2003, S. 86).

5.5 Geburt/Geburtskomplikationen

Je nach Art der Beschneidung können die Folgen der Beschneidung individuell verschieden sein. Durch die hormonell veränderte Scheidenflora können Infektionen gehäufiger auftreten, was die Gefahr einer Frühgeburt erhöht. Damit einhergehend tritt eine Schwächung der Immunabwehr auf. Ein zusätzliches Problem ist, dass die Frauen im Laufe der Schwangerschaft sehr wenig essen, da-

mit das Kind zum Zeitpunkt der Geburt nicht allzu viel Gewicht hat (vgl. Grapentin, 2008, S. 29).

Vor der Entbindung muss eine Defibulation durchgeführt werden. Während der Schwangerschaft wird das Gewebe im Genitalbereich stärker durchblutet, so kann es in vielen Fällen zu massiven und gefährlichen Blutungen kommen, die großteils in chronischer Blutarmut enden (vgl. Gruber, 2005, S. 15).

Durch die Entfernung der Schamlippen ist die Anatomie des weiblichen Genitale so verändert, dass ein normaler Geburtsverlauf nicht möglich ist. Die Schamlippen unterstützen die Vagina und die Vulva beim Dehnungsprozess, der für eine normale Geburt notwendig ist, das heißt durch die Beschneidung ist nur mehr unelastisches hartes Narbengewebe vorhanden, dass sich nicht mehr auf eine Größe von 10 cm dehnen lässt, was notwendig ist, dass der Säugling mit dem Kopf passieren kann. Es muss daher ein zusätzlicher Dammschnitt (Episiotomie) gemacht werden, der nach der Geburt wieder vernäht werden muss. Jedoch ist für viele Frauen eine medizinische Versorgung während der Geburt nicht möglich. Es kann zu verlängerter Wehentätigkeit, Stillstand der Wehentätigkeit, Einreißen innerer Organe, Blutsturz, Sauerstoffunterversorgung der Säuglinge und letztendlich Tod von Mutter und Kind kommen (vgl. Grapentin, 2008, S. 29 ff, Lightfood-Klein, 2003, S. 73 ff).

Durch einen Geburtsstillstand kann es dazu kommen, dass der Säugling die Gefäße für die Sauerstoffversorgung der mütterlichen Organe abdrückt, das hat zur Folge, dass das Gewebe abstirbt. Bei einem verlängerten Geburtsverlauf kommt es zu einer enormen Dehnung von Muskel und Gewebe, die die Gebärmutter halten. Durch viele aufeinander folgende Geburten kommt es zu einer Erschlaffung der Muskulatur. Die Folge davon ist eine Gebärmuttersenkung bis zum vollständigen Gebärmuttervorfall, was wiederum mit Harnverlust verbunden ist. Eine weit verbreitete Erkrankung ist die Scheidenblasen- beziehungsweise Scheidenenddarmfistel, die durch die verlängerten Geburtsverläufe entsteht. Folge dieser Komplikation sind Blasen- und Darminkontinenz. Kindbettfieber im Wochenbett sind ebenso keine Seltenheit (vgl. Grapentin, 2008, S. 29 ff).

Nach der Geburt werden die Frauen wieder reinfibuliert, das heißt auf die Größe eines Hirsekorns zugenäht. Das Gewebe vernarbt noch mehr, Invaginationen der Vulva sind keine Seltenheit, dadurch können Blut und Plazentaresten nicht mehr abgestoßen werden. Die Folge ist Hämatokolpos - postpartaler Blutsturz, der keinen Ausgang mehr findet. Das Leben der Mutter ist somit stark gefährdet. Durch die Reinfibulation besteht die gleiche Infektionsgefahr wie bei der Erstbeschneidung. Der Ehemann muss diese kleine Öffnung wieder unter qualvollen Schmerzen dehnen. Der Heilungsprozess nach einer Entbindung dauert bei einer beschnittenen Frau länger als bei intakten Frauen. Bei pharaonisch beschnitten Frauen kann dies zum Beispiel bis zu einem Jahr dauern. Manche Wunden verheilen jedoch niemals. Das mehrmalige Öffnen und Zunähen des Scheideneingangs kann dazu führen, dass nicht mehr ausreichend Gewebe für eine weitere Reinfibulation vorhanden ist (vgl. Lightfoot-Klein, 2003, S. 74).

FGM erhöht die Sterblichkeit der Mütter und Kinder erheblich, dadurch kommt es zu einem enormen gesamtgesellschaftlichen Gesundheitsproblem (vgl. WHO Information Kit, 1996).

5.6 Medizinische Möglichkeiten zur Behandlung von akuten und chronischen Folgen von FGM

5.6.1 Medikamentöse und operative Behandlung

Bei akuten Folgen ist eine rasche adäquate Behandlung notwendig, da sich durch eine Notoperation und rasche Wundversorgung die akuten Komplikationen wie hoher Blutverlust, Schock und akute Infektionen oder letaler Ausgang enorm verringern lassen. Chronische Folgekomplikationen müssen entweder medikamentös oder teilweise auch operativ behandelt werden, wobei nur die Folgeerkrankungen behandelt werden können: ausreichende Schmerztherapie, antibiotische Therapie bei chronischen Infektionen usw. Als operative Behandlung ist zu allererst die Defibulation im Rahmen einer Operation zu nennen. Auch können dadurch Verletzungen beim Geschlechtsverkehr vermieden werden. Durch das Öffnen der Vagina werden immer wiederkehrende Infektionen

verringert, da der Abfluss des Harns und Menstruationsblutes gewährleistet wird. Spätestens bei der Geburt muss eine Defibulation gemacht werden, da sonst kein Austritt des Kindes durch den Geburtskanal möglich ist. Meist ist jedoch ein Kaiserschnitt notwendig, da durch das vernarbte Gewebe und das Fehlen der Labien keine Dehnung des Geburtskanals möglich ist (vgl. Gruber, 2005, S. 17 ff).

Durch weitere Operationen lassen sich Zysten, Abszesse und Keloide entfernen. Verletzungen von Harnröhre und Darm, sowie Fisteln, die meist zur Inkontinenz führen, lassen sich durch Operationen ebenfalls gut behandeln:

In Frankreich hat ein Urologe und Chirurg, Dr. Pierre Foldès, eine von der französischen Ärztekammer anerkannte Operationsmethode entwickelt, die zum Ziel hat, die Klitoris soweit wie möglich zu restituieren. Dazu legt der Arzt in einer Operation das bei infibulierten Frauen unter Narbengewebe versteckte Ende der teilamputierten Klitoris wieder frei und durchtrennt die Sehnen, die den Großteil der Klitoris im Körperinneren der Frau halten, der bei der Beschneidung nicht entfernt wurde. Durch dieses Verfahren entsteht eine neue Spitze, die wieder empfindsam ist (Gruber, 2005, S.17).

In Italien führte man eine Studie über Auswirkungen und Folgen bei Einsatz eines Stickstoff-Lasers (CDL) zur Behandlung von Typ III FGM durch. Der Laser wurde zur Defibulation und Behandlung von Inklusionszysten des Epithels eingesetzt. Angewendet wurde der CDL bei 25 Patientinnen, die infibuliert waren. 7 (28%) der Patientinnen waren zwischen der 10. – 37. Schwangerschaftswoche. Bei der vulvären Untersuchung hatten fünf Patientinnen eine Inklusionszyste. Die Defibulation fand ambulant in Lokalanästhesie statt. Ein kolposkopisch geführter Laserstrahl wurde verwendet, um eine Inzision an der Verwachsungslinie der Labia majora durchzuführen. Im Fall der Inklusionszysten wurde die Zystenkapselfrönge eröffnet und seröses Material entleerte sich, die innere Oberfläche der Zyste wurde mit dem Laser verödet. Das Ergebnis der Studie zeigt, dass alle 25 Patientinnen, die durch die Lasermethode geöfnnet wurden, keine intra- bzw. postoperativen Komplikationen aufwiesen. Auch die Verödung der Inklusionszysten war in allen fünf Fällen erfolgreich. Die Nachuntersuchungen

wurden über einen Zeitraum von elf Monaten durchgeführt. Vier Patientinnen, die während der Schwangerschaft defibuliert wurden, hatten eine Spontangeburt ohne perianale Traumata. Zusammenfassend kann man sagen, dass diese Methode der Defibulation jeder infibulierten Patientin angeboten werden soll. Besonders während der Schwangerschaft ist diese Methode gut geeignet, weil es zu keinen Komplikationen kommt. Außerdem lassen sich Komplikationen, die durch die Verstümmelung entstanden sind, wie zum Beispiel Inklusionszysten, gut behandeln (vgl. Penna, 2002, S. 1550).

6 Migrantinnen – ihr Alltag in Europa

Durch die weltweite Migrationsbewegung ist die weibliche Genitalverstümmelung auch ein Problem der westlichen Welt geworden. Besonders Länder, die eine ehemalige Kolonialmacht waren, sind bevorzugte Immigrationsländer geworden. Aber auch Länder wie die Bundesrepublik Deutschland, Österreich, Italien usw. sind von der Problematik, die sich aus den Folgen der Genitalverstümmelung ergeben, betroffen. Mitarbeiter aus medizinischen, pädagogischen oder sozialen Berufen sind hier vermehrt gefordert.

6.1 Lebensbedürfnisse der Migrantinnen

Der Migrationshintergrund kann verschiedene Ursachen haben. Wirtschaftliche Gründe sind einer der bedeutendsten Faktoren, weil sich die Migranten für sich und ihre Familie eine Verbesserung des Lebensstandards erhoffen. Damit ergeben sich völlig andere Lebensbedürfnisse als für die Einheimischen (vgl. Nzimegne-Gölz, 2003, S. 225 ff).

Nach Abraham H. Maslow, der eine fünfstufige Pyramide erstellt hat, die die Bedürfnisse des Menschen darstellt, ergibt sich bezüglich der Wichtigkeit der Bedürfnisse folgendes Ergebnis:



- Als Basisbedürfnisse versteht man die Grundbedürfnisse des Organismus wie Atmen, Essen, Trinken, Unterkunft, Ruhe, Schlaf und Sexualität. Es geht hier um Überleben und Sein.
- Die Sicherheitsbedürfnisse umfassen die Sicherung der Existenz, den Schutz vor Bedrohung, die Sicherheit des Arbeitsplatzes sowie das Bedürfnis nach sozialer Sicherheit im Alter.
- Zu den sozialen Bedürfnissen sind unter anderem Kontakt, Zuneigung, Liebe, soziale Anerkennung, Zugehörigkeit zu Gruppen sowie das Bedürfnis, in die Arbeitswelt integriert zu sein zu zählen.
- Auf der Erfolg- und Leistungsstufe geht es um Achtung, Anerkennung, Status, Prestige, Macht, Einfluss, Erfolg und Selbstwertgefühl.
- Bei der Selbstverwirklichung geht es darum, gesetzte Ziele zu erreichen und Freude an der Arbeit zu haben (unabhängig davon, ob sie Anerkennung, Status oder mehr Geld bringt). Selbstverwirklichte Menschen sind frei von inneren und äußeren Zwängen (vgl. Nzimegne-Gölz, 2003, S. 225 ff).

Europäerinnen haben erst ab Stufe 4 (Wertschätzung/Anerkennung) Probleme mit der Verwirklichung ihrer Bedürfnisse, da von Stufe 1 – 3 das Sozialsystem weitgehend ihre Bedürfnisse abdeckt. Für emigrierte Afrikanerinnen bleiben oft alle fünf Bedürfnisstufen unbefriedigt, weil viele am Rande der Gesellschaft und am Existenzminimum leben. Für einen Großteil der Frauen sind Probleme wie Ernährung, Wohnen, Versorgung der Kinder, Partnerkonflikte, Behördengänge vorrangig. Auch die fehlende Sicherheit - unsicherer Aufenthaltsstatus, mangelnde Krankenversicherung, drohende Abschiebung, Arbeitslosigkeit, allgemeine Perspektivlosigkeit und Diskriminierung - beeinflussen das Selbstwertgefühl. Die meisten Migrantinnen stehen unter einem enormen Erfolgsdruck von Seiten der zurückgebliebenen Familien, da diese erwarten, finanzielle Unterstützung von den im Ausland lebenden Verwandten zu erhalten (vgl. Nzimegne-Gölz, 2003, S. 225 ff).

Die meisten Familien sind patriarchalisch strukturiert, d.h. der Mann ist das Oberhaupt. Die Frauen sind finanziell von ihren Männern abhängig und können daher gegen den Willen ihrer Männer nicht aktiv werden, um sich Arbeit zu suchen. Sie haben die höchste Arbeitslosenrate (vgl. Nzimegne-Gölz, 2003, S. 225 ff).

Über Sexualität und die damit verbundenen Probleme wird nicht gesprochen, die Genitalverstümmelung und die Folgen bleiben tabu. Daher sind gerade für diese Frauen afrikanische Communities sehr wichtig. Ohne diese Gemeinschaften und ihre damit verbundenen Traditionen, Ritualen und Tabus sind für das Überleben wichtig. Das erleben eines traditionellen Rituals stärkt das Zugehörigkeits- und Zusammengehörigkeitsgefühl (vgl. Nzimegne-Gölz, 2003, S. 225 ff).

Ein weiterer Grund sei die Angst sich dem Ehemann oder Gemeinschaft zu widersetzen und später im Herkunftsland beschnitten zu werden, was mit dem Unvermögen bzw. dem fehlenden Willen sich im neuen Heimatland zu integrieren einhergeht. Ein wichtiger Punkt ist die Ausbildung, Frauen mit höherem Bildungsniveau und besseren Sprachkenntnissen setzen sich eher gegen die weibliche Genitalverstümmelung ein, als Frauen mit niedrigem Bildungsniveau und schlechten Sprachkenntnissen, die dadurch kaum integriert sind (vgl. Nzimegne-Gölz, 2003, S. 225 ff).

6.2 Leben in der Gruppe

Communities sind für die afrikanischen Migranten sehr wichtig, sie sind der Ersatz für die Familie. Tradition, Religion und Wertvorstellung erhalten ihre Identität in der Fremde und sichern das Überleben, da sie sich ständig zwischen zwei Welten bewegen. Themen, die in ihrer Heimat tabuisiert und verschwiegen werden, sind in der neuen Heimat ständig in Medien und Öffentlichkeit präsent. Vorläufig tritt das Problem Genitalverstümmelung in den Hintergrund, außer die physischen bzw. psychischen Probleme werden so stark, dass die Betroffene medizinische Behandlung benötigt (vgl. Zerm, S.13ff).

Wichtig ist auch noch der Faktor Bildungsstatus der Migrantin. Handelt es sich um eine gut informierte und integrierte Migrantin, die sich mit ihrem Schicksal arrangiert hat oder die möglicherweise um eine Korrektur bittet oder auch die Unterstützung von einer drohenden Beschneidung benötigt, oder handelt es sich um eine Migrantin, die sich nicht über das Ausmaß einer eventuellen bestehenden FGM im Klaren ist. Eine weitere Möglichkeit ist die Migrantin, die von ihrer Besonderheit weiß, sich damit auch abgefunden hat oder die beschnitten ist und sich nicht im Klaren ist, dass sie sich von Frauen in Europa unterscheidet. Und schließlich gibt es die Mütter, die entweder aus eigener Überzeugung oder unter dem sozialen Druck der im Heimatland verbliebenen Familie ihre Töchter beschneiden lassen wollen (vgl. Zerm, 2007, S.13).

6.3 Leben mit der Tradition im Alltag

Das Leben zwischen zwei unterschiedlichen Kulturen kann für die Mädchen besonders problematisch werden. Neben dem Integrationsproblem in der Schule kommen noch die gesundheitlichen Aspekte dazu. Durch die Verstümmelung leiden die Mädchen an Menorrhagie (verlängerter Monatsblutung) und Dysmenorrhoe (Regelschmerzen), was es für sie unmöglich macht am Unterricht teilzunehmen. Außerdem brauchen sie 10–30 Minuten zur Miktion und fehlen im Sportunterricht aus Angst, dass bei den Turnübungen die Narbe aufplatzen könnte. Auch haben die Mädchen viele unbeantwortete Fragen und fühlen sich verletzt, wenn Freunde oder Mitschüler sich kritisch gegenüber der Tradition und Praxis der Genitalverstümmelung äußern (vgl. Rosenke, 2000, S. 86).

Die Töchter afrikanischer Einwanderer sind hin- und hergerissen zwischen den kulturellen Werten ihrer Familie und denen der hiesigen Gesellschaft. Wird zum Beispiel kein Arzt gefunden, der die Beschneidung durchführt, sammeln die Eltern Geld und lassen eine Beschneiderin ins Land einfliegen. Viele Eltern schicken ihre Töchter aber auch ins Heimatland und lassen dann die Verstümmelung dort durchführen. Die Eltern lassen auch deshalb FGM durchführen, damit sich ihre Töchter nicht mit anderen religiösen oder ethnischen Gruppen verbinden oder heiraten (vgl. Rosenke, 2000, S. 85 ff).

FORWARD Germany hat ein Projekt im Jahre 2002 initiiert, in dem untersucht wurde, ob Mädchen, deren Eltern Immigranten der ersten Generation sind, eine eigene kulturelle Identität entwickeln können. Alle teilnehmenden Mädchen waren sich einig, die Tradition der Verstümmelung nicht an ihre Töchtern weiterzugeben:

Eine Gruppe junger beschnittener Somalierinnen beschrieb das Gefühl von Verrat und Täuschung: „Jedes Mädchen in unserem Dorf, das nicht beschnitten ist, wird ausgeschlossen. Alle Mädchen wollen es, denn dann stehen sie einen Tag lang im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Danach allerdings kommt keiner zu uns und fragt, wie es uns geht. Es bleibt die Wut, dass wir angelogen worden sind. Dennoch können wir nicht auf unsere Eltern sauer sein. Sie wollten nur das Beste!“ (Prange; 2006; S. 15).

Im Zuge des Projektes zeigte sich, dass durch die Distanz zum ursprünglichen Heimatland der Eltern, sich die kulturellen und religiösen Werte der Kinder verändern. Trotzdem bleibt die Verstümmelung ein Tabuthema, über das man nicht spricht und sich nicht einmischt. Mit Kritik an dem Ritual der Verstümmelung sind die Töchter der Migrantinnen sehr zurückhaltend:

„Beschneidung ist für mich ein Stück Heimat“ (Prange, 2006, S. 15).

Das Leben zwischen zwei Kulturen ist für die Entwicklung des Selbstbewusstseins erschwerend, da ein wesentlicher Aspekt, nämlich die Rolle der Frau in ihrer Gesellschaft, in Frage gestellt wird.

7 Projekte

In europäischen Ländern, in denen die Anzahl der Migrantinnen aus Ländern, wo FGM praktiziert wird, sehr hoch ist, wurden verschiedene Projekte gestartet um Problemen entgegen wirken zu können beziehungsweise die Töchtergeneration vor FGM im Einwanderungsland zu bewahren. Aber nicht nur die Prävention steht im Mittelpunkt, sondern auch Personen, die mit verstümmelten Migrantinnen in Kontakt treten – sei dies aus medizinischen, pädagogischen oder sozialen Gründen sowie Polizisten, Mitarbeiter verschiedener Behörden.

Nachfolgend werden verschiedene Projekte vorgestellt, wobei eines auf internationaler Basis operiert und eines national angelegt ist. Ein weiteres Projekt arbeitet direkt an der Basis mit den Migrantinnen zusammen.

7.1 „Daphne“ – Auf dem Weg zu einem Konsens über Genitalverstümmelung bei Frauen in der Europäischen Union

„Daphne“ war ein Projekt um das Ausmaß des Problems der Genitalverstümmelung in Europa zu untersuchen und Empfehlungen zum Umgang mit dem Problem auszuarbeiten. Das Internationale Centre for Reproductive Health (ICHR) in Belgien hat gemeinsam mit zwei Partnerorganisationen in den Niederlanden das Projekt initiiert. Das Projekt war ursprünglich für ein Jahr angelegt, um einen Überblick über die Problematik der Genitalverstümmelung bei Frauen zu erhalten. Mit einer Reihe von Fragebögen erhoben die Partnerorganisationen die Meinungen europäischer Sozialarbeiter und Gesundheits- und Rechtsexperten. Die Empfehlungen richteten sich vor allem an die Regierungen der EU und sollten die verschiedenen Aspekte der Genitalverstümmelung beleuchten:

- Rechtlicher Aspekt: die Rechtsvorschriften der EU sollten auf internationalen Instrumenten zur Bekämpfung der Gewalt gegen Frauen und Mädchen beruhen und einen besonderen Schutz für Kinder aus Risikogruppen bieten. Mitarbeiter von Polizei, Gerichten und Einwanderungsbehörden sowie Ein-

wanderergemeinschaften sollten Informationen erhalten und geschult werden.

- Medizinischer Aspekt: Aufklärung über Genitalverstümmelung bei Frauen ist auf verschiedenen Ebenen notwendig. Vor allem sollte die Verstümmelung nicht als medizinisches Verfahren akzeptiert werden.
- Soziokultureller Aspekt: NRO, gruppenspezifische Organisationen und Einzelpersonen aus Ländern, in denen das Risiko der Beschneidung von Frauen besteht, sollten ebenso in alle Aktivitäten eingebunden werden wie auch Religionsführer.
- Allgemeiner Aspekt: die EU sollte die Regierungen von Ländern, in denen Genitalverstümmelung bei Frauen durchgeführt werden, bei der Eliminierung dieser Praxis unterstützen. Eine stärkere Vernetzung auf europäischer Ebene sowie zwischen diesen Ländern und Europa ist erforderlich (ICHR, 1998, S. 2)

1999 wurden die vorläufigen Ergebnisse des Projektes „Daphne“ und die daraus resultierenden Empfehlungen dem Europäischen Rat vorgelegt. Aufgrund des Erfolges wurde das Projekt erweitert. In der zweiten Phase kam es zum Aufbau eines europaweiten Netzes, darüber hinaus wurden internationale Workshops abgehalten. Das ICRH arbeitete in dieser zweiten Phase mit einem schwedischen Partner zusammen, auch Frauen aus afrikanischen Gemeinschaften wurden dazu eingeladen. Es wurden Leitlinien für Mitarbeiter des Gesundheitswesens und verschiedene Aufklärungsmaterialien erstellt, um den Informationsstand über Genitalverstümmelungen bei Frauen zu verbessern. Informationsaustausch unter den einzelnen Mitgliedstaaten ist sehr wichtig, da es unterschiedliche Ansätze zur Behandlung des Problems gibt (vgl. ICHR, 1998, S. 2).

7.2 The Swedish National Action Plan Against FGM – a model for Germany?

An diesem Projekt zur Erstellung eines Aktionsplanes waren folgende Organisationen beteiligt:

- Einwanderungsamt Göteborg
- Schwedisches Gesundheitsministerium
- Treffen von Experten über FGM in Straßburg Mai 2001

Das Ziel des Aktionsplans war FGM unter Frauen und Mädchen, die in Schweden leben zu eliminieren sowie Wissen und Information an verschiedene fachliche Gruppen zu verteilen. Die besonderen Zielgruppen waren Schulpersonal, soziale Einrichtungen, religiöse Führer, Magistrat und Bezirkshauptmannschaft sowie Gesundheits- und medizinisches Personal. Weiters wurde Trainingsmaterial für Polizei und Einsatzkräfte entwickelt. Zusätzlich sollten die verschiedenen Gruppen genügend Kompetenz erlangen, um FGM zu verhindern und beschnittenen Frauen und Kindern Hilfe anbieten zu können. Das in Schweden erlangte Wissen sollte dann in weiterer Folge auf die anderen Mitgliedsländer der Europäischen Union weitergegeben werden.

Welche Anforderungen stellen die Projektteilnehmer zuerst an Schweden und in weiterer Folge an Europa?

- Senkung der Verbreitungsrate: ein Ziel der Projektleiter war es, das Verhalten in Bezug auf Verstümmelung der afrikanischen Migrantinnen in der zweiten Generation zu ändern und so die Verbreitung von FGM in Schweden und letztendlich in Europa zu vermindern.
- Rechtliche Maßnahmen und Kinderschutzprogramm: es wurden neue Gesetze und Kinderschutzmaßnahmen erlassen. Die oben genannten Zielgruppen wurden über die neuen gesetzlichen Bestimmungen, inklusive ei-

ner Schweigepflichtsverordnung für Mitarbeiter im öffentlichen Dienst zum Schutz der Opfer, aufgeklärt. Neben der Aufklärungsarbeit wurde auch auf Unterstützung der Zielgruppen bei der Umsetzung der neuen Gesetze Wert gelegt.

- Mädchen und Frauen leben zwischen zwei Kulturen: um diese Mädchen und Frauen besser zu erreichen, wurden vermehrt Jugend- und Sozialarbeiter eingestellt. So war es möglich direkt mit diesen Frauen und Mädchen zu arbeiten. Gleichzeitig wurden Untersuchungen über die Auswirkungen des Lebens in zwei Kulturen durchgeführt. Im Zuge dieser Untersuchung wurden die Mädchen und Frauen über ihre sexuellen und reproduktiven Rechte in Europa aufgeklärt.
- Medien: nicht nur die direkt betroffenen Personengruppen wie Migrantinnen oder Sozialarbeiter, sollten durch dieses Projekt angesprochen werden. Auch die Medien sollten für diese Problematik der FGM sensibilisiert werden. Die Reaktion der Öffentlichkeit in Bezug auf FGM sollte geändert werden und so wurden spezifische Strategien und Vorgehensweise erarbeitet, um das Problem zu bekämpfen.
- Zusammenarbeit mit öffentlichen Servicestellen: eine verbesserte Zusammenarbeit der unterschiedlichen Servicestellen wie Gesundheitsamt, Stellen, die für die Immigration und Genehmigungen zuständig sind, Meldeamt, Arbeitsamt, Wohnungsamt, Bildungsamt und Sozialamt untereinander und mit den karitativen Einrichtungen wurde gefordert. Weiters sollte das Thema FGM Eingang in der Schulbildung und im Lehrplan des Medizinstudiums finden.
- Rückmeldungen von Gemeinden: CBOs und NGOs erkannten die Wichtigkeit von Aktionen im Zusammenhang mit FGM. Die oben genannten Zielgruppen erkennen die Wichtigkeit von öffentlichen Gemeindevorstellungen zur Ratsuche, gezielte Gruppendiskussionen untereinander und Rückmeldung aus der Erwachsenenbildung von Aktivitäten in den Gemeinden. Der Aufbau einer Migrationsgemeinschaft ist von großer Wichtigkeit und die Per-

sonen der Zielgruppen sollten die Rolle von koordinierten Aktivitäten übernehmen.

- Politischer Wunsch und Geldmittel: den verantwortlichen Politikern ist es wichtig, dass es zu einer Veränderung im individuellen und gesellschaftlichen Denkenverhalten kommt. Dieser Prozess sollte zu sozialen Gerechtigkeit führen, besonders für die betroffenen Frauen. Politische Versprechungen auch auf nationaler Ebene sollten eingehalten werden und Geldmittel für Kampagnen bereitgestellt werden. Besonders wichtig ist die Wertschätzung der Arbeit von NGOs und CBOs.
- Aktionen auf ernsthafte Ebene führen: rechtliche Maßnahmen wie spezielle Gesetze und Kinderschutzprogramme wurden erarbeitet, anordnende Maßnahmen für spezielle Berufsgruppen wurden veranlasst und Taktiken gefunden, die die Gesundheit und Bildung abdecken. Die Regierung muss eine aktive Rolle beim öffentlichen Dialog spielen und auf der anderen Seite sicherstellen, dass die Communities nicht abgeschreckt werden, damit die Praxis der FGM nicht weitergeführt wird. CBOs und NGOs sollten weiterführende Strategien für die Zusammenarbeit mit den Medien erstellen. Die Medien sollten sich vermehrt dem Thema FGM widmen, um einerseits die öffentliche Meinung zu beeinflussen, andererseits auch respektvoll darüber berichten.
- Taktiken, die den Zugang zu Gesundheitseinrichtungen gewährleisten: Frauen brauchen eine qualitative, hochwertige und professionelle Hilfe, kultursensible Behandlung, besonders Frauen die beschnitten sind. Ressourcen werden gebraucht für das Training der Mitarbeiter und um Fortbildung anbieten zu können.
- Forschung: eine Unterstützung der Forschung ist sehr wichtig, um heraus zu finden, welche Methoden effektiv sind, die zur Vermeidung und letztendlich zur Ausrottung von FGM führen. Wertschätzung der beschnittenen Frauen in Europa ist wichtig, um eine adäquate Hilfe zu gewährleisten, daher werden noch mehr Informationen über die Auswirkung von FGM bei

Mädchen benötigt. Die Forschung kann Informationen über die Trends und soziokulturellen Bestimmungsfaktoren der Praxis von FGM in den Communities liefern, besonders bei der zweiten Generation von afrikanischen Frauen.

- NGOs unterstützen: die Regierung braucht die NGOs und CBOs, damit die Projekte realisiert werden können. Daher sollte die Regierung sensibel gegenüber den betroffenen Frauen und Kindern sein. Finanzielle Unterstützung durch die Regierung muss gewährleistet sein, sowie eine adäquate Zusammenarbeit mit den NGOs und CBOs, um präventive Arbeit leisten zu können, damit FGM bei Mädchen und Frauen gestoppt wird (vgl. Bjälkander, 2006, S. 1 ff).

7.3 FORWARD – Foundation for Women`s Health, Resarch & Development

Forward wurde von Efua Dorkenoo OBE gegründet und wurde 1985 eine offizielle Wohltätigkeitsorganisation. Die Organisation setzt sich vor allem mit der Problematik FGM in England und Afrika auseinander und stellt Informationsmaterial für Gesundheitspersonal, Schulen, Sozialarbeiter und Kinderschutzeinrichtungen zusammen. Des weiteren arbeitet die Organisation mit internationalen Organisationen und afrikanischen NGOs zusammen, um diese grausame Tradition der weiblichen Genitalverstümmelung zu stoppen.

7.3.1 Das SWITCH–Projekt

1999 führte FORWARD eine Studie mit 15 somalischen Frauen in Manchester durch. Die Frauen wurden über ihre Erfahrungen und ihre Haltung gegenüber FGM befragt. Das Ergebnis zeigt, dass FGM bei 26% der befragten Frauen infolge seiner kulturellen Bedeutung eine sehr wichtige Praktik ist. 44% sagten aus, dass FGM keine wichtige Praktik sei, vor allem auf Grund der Schmerzen und gesundheitlichen Folgen. Mehr ältere als jungen Frauen gaben an, dass

FGM sehr wichtig für sei. Die jüngeren Frauen waren allerdings größtenteils der Meinung, dass FGM problematisch ist:

„Das Problem mit FGM ist, es bringt viele Probleme, besonders dann, wenn wir Kinder haben“ (Forward, 2002, S. 21).

Die Mehrheit der Frauen gab in der Befragung an, genital beschnitten zu sein. 47% gaben an keine Probleme damit zu haben, 6% gaben an unter Dysmenorrhagie zu leiden, 13% hatten Schmerzen beim Sexualverkehr. 40% hatten Probleme beim Urinieren und leiden unter schwerem Blutverlust und wiederkehrenden Infektionen. Viele der Befragten sagten aus, dass sie Probleme bei der Entbindung hatten und viele Frauen fühlten sich unglücklich und verletzt:

„Meine Mutter ist nun gestorben, aber ich kann ihr nie verzeihen, was sie mit mir gemacht hat, sie hat mein Leben ruiniert“ (FORWARD, 2002, S. 21).

40% der Befragten sagten aus, dass sie defibuliert werden möchten, aber nur 27% der Frauen wussten, wo man diesen Eingriff durchführen lassen kann, wie man Zugang bekommt. Fragte man sie bezüglich Abschaffen der Praktik, waren 73% für die Abschaffung der Verstümmelung, 27% meinten, die Praktik sollte beibehalten werden. Ein Drittel der Befragten gab an, dass ihre Töchter beschnitten seien. Das Ergebnis dieser Studie zeigte, dass es notwendig ist, weitere nationale Projekte zu starten, Unterrichtsmaterial zusammenzustellen, für Gemeinschaften, in denen FGM praktiziert wird (vgl. FORWARD; 2002, S. 21).

Eine zweite Studie wurde unter Befragten, die FGM praktizieren, in Birmingham durchgeführt. Die Gruppe der Befragten waren Männer und Frauen aus vier afrikanischen Gemeinschaften – Somalia, Äthiopien, Sudan und Eritrea. Diese Gemeinschaften praktizieren die Infibulation und rund 98% der Frauen sind beschnitten. Die Frage ob FGM gestoppt werden soll, beantworteten 61% der Befragten (Männer und Frauen) mit ja. 48% der befragten Frauen waren beschnitten und 58% dieser Frauen bestätigten, dass sie eine Rückoperation hatten, die restlichen Frauen verneinten eine Rückoperation gehabt zu haben. Fast 70% der befragten Frauen waren der Meinung, dass sie durch die Beschneidung

eine bessere Person geworden sind, da sie den Forderungen der Religion und Tradition gefolgt sind. 62% der befragten Männer und Frauen sagten aus, dass sie diese Praxis nicht fortführen möchten. Der Grund dafür ist, dass sich 50% der befragten Personen über die gesundheitlichen Folgen bewusst sind. Fast 20% der Frauen sagten, dass sich seit der Beschneidung an Depressionen leiden und Wut und Zorn darüber hätten. Männer und Frauen klagen über Sexualprobleme. 10% der Frauen waren geschieden, deren Ehemänner heirateten später eine unbeschnittene Frau (vgl. FORWARD, 2002, S. 22).

Die Frauen wurden auch über ihr Wissen bezüglich Gesundheitseinrichtungen und ob sie diese auch schon aufgesucht hätten befragt. Über 20% haben diese noch nicht in Anspruch genommen. Ein Drittel der Frauen sucht lieber spezielle Einrichtungen wie die „African-Well-Clinic“ auf. Sprachbarrieren seien das größte Hindernis, Gesundheitseinrichtungen aufzusuchen (vgl. FORWARD; 2002, S. 22).

Eine weitere Studie wurde im selben Zeitraum in London durchgeführt. Untersucht wurde, in welchem Alter die Mädchen beschnitten wurden. Die Studie verglich die Gruppe der Mädchen die in England geboren wurden beziehungsweise vor dem 8. Lebensjahr nach England kamen mit der Gruppe der Mädchen die nach dem 8. Geburtstag nach England kamen. Dabei fanden die Studienautoren heraus, dass mehr als die Hälfte der Mädchen der ersten Gruppe beschnitten waren. Viele wurden in Somalia verstümmelt, eine beträchtliche Anzahl wurde illegal von Gesundheitspersonal in Großbritannien beschnitten. Auch die Männer wünschen eine Beschneidung der Frauen, wobei diese Meinung je nach Aufenthaltsdauer in England variiert. Viele der befragten Männer und Frauen würde es lieber sehen, wenn ihre Söhne eine beschnittene Frau heiraten würden (vgl. FORWARD, 2002, S. 22).

8 Guidelines

Neben einer chirurgischen Behandlung ist die psychische und psychosomatische Betreuung der betroffenen Frauen sehr wichtig. Besonders vom medizinischen Personal wird von den verstümmelten Frauen ein sensibler Umgang erwartet. Dazu ist eine gute Aufklärung und Information über das Thema FGM sehr wichtig. Durch die unterschiedlichen kulturellen Hintergründe von Patientin und Personal kann es zu Missverständnissen kommen. In vielen Einwanderungsländern gibt es Unterlagen für das medizinische Personal, die nicht nur über die Praxis der Beschneidung und deren Folgen, sondern auch über den soziokulturellen Hintergrund Informationen liefern. Besonders wichtig ist eine gute Gesprächsführung, da bei den meisten betroffenen Frauen das Thema FGM tabuisiert ist. Das Gespräch sollte in einer für die Frau geschützten und abgeschirmten Atmosphäre stattfinden.

8.1 Erwartungen der Migrantinnen an das medizinische Personal

„Fragst du mich, ob ich beschnitten bin, sage ich Ja. Fragst du mich, ob ich verstümmelt bin, antworte ich Nein“ (Richter, 2006, S. 13).

Viele betroffene Frauen und Mädchen möchten nicht in die Opferrolle abgestempelt werden und wünschen sich vor allem Respekt und Sensibilität. Die Bezeichnung „Genitalverstümmelung“ empfinden viele Frauen als abwertend und verletzend. Kommt man direkt auf das Thema zu sprechen, haben die Frauen widerstrebende Gefühle, sie kämpfen mit Beklommenheit und Schweigen, wünschen sich aber das offen über das Thema gesprochen wird:

„Ich möchte nicht als der „interessante Fall“ ausgestellt werden. Ich wünsche mir, dass dieses ‚Überrascht – Sein‘ wegfällt und eine solche Untersuchung mehr Normalität wird. Ich wünsche mir auch, dass Ärzte wenigstens schon einmal vom Thema Mädchenbeschneidung gehört haben. Sie sollten wissen, dass es verschiedene Formen gibt. Auch stört mich, dass es immer nur als ein körperliches Problem gesehen wird. Klar ist es für den Gynäko-

logen primär ein körperliches Problem, aber es bringt für uns Betroffene auch einfach eine große seelische Belastung mit sich“ (Richter, 2006, S. 14).

Für die Frauen ist es wichtig, dass auf sachlicher Weise mit ihnen über das Thema Beschneidung gesprochen wird und nach den Hintergründen der Beschneidung gefragt wird. Je offener damit umgegangen wird, desto leichter fällt es den Frauen darüber zu sprechen. Aktuelle Studien zeigen, dass Patientinnen, die genital verstümmelt wurden, nicht immer eine adäquate medizinische Behandlung erhalten. Grund dafür ist das mangelnde Wissen des medizinischen Personals bezüglich FGM. Schon bei der ersten Untersuchung kann es zu einer ungewollten Stigmatisierung der Patientin kommen (vgl. Richter, 2006, S. 14).

Mangelhafte Kenntnisse des Themas können folgende Konsequenzen nach sich ziehen:

- Inadäquate Behandlung: Kaiserschnitt auf Grund von Unkenntnis der Defibulationstechnik.
- Unsensible Herangehensweise: Offenkundiges Erschrecken der/des Behandelnden während der Untersuchung und fehlender Austausch darüber mit der Patientin; völlige Unkenntnis des Themas, inadäquate Diagnostik.
- Kritikwürdiges Verhalten: Fehlende Thematisierung von FGM während der Schwangerschaft; Reinfibulation der Patientin ohne entsprechendes Gespräch im Vorfeld; Defibulation ohne Aufklärung der Patientin, so dass diese die anatomische Veränderung erst nach ihrer Rückkehr nach Hause feststellt.
- Fehlende Prävention: Verpassen der Gelegenheit für Präventionsgespräche zum Schutz der Töchter betroffener Frauen (Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, 2005, S.2).

In mehreren Studien gaben die beschnittenen Frauen an, dass der respektvolle Umgang mit ihrer Situation am wichtigsten sei. Das setzt wiederum ein umfangreiches Wissen des medizinischen Personals voraus. Viele verstümmelte Frauen werden sich erst durch den Kontakt mit unserer Kultur über den Verstümmelungscharakter der Beschneidung bewusst. Das bedeutet für diese Frauen eine zusätzliche Stresssituation und eine große emotionale Belastung. Wichtig ist es den Frauen mit Respekt gegenüber ihrer Kultur entgegenzutreten. In Gegenwart der Frauen sollte nicht über Verstümmelung gesprochen werden. Die Frauen sehen sich nicht als verstümmelt, sondern beschnitten. Im Beratungsgespräch sollte über die veränderten anatomischen Verhältnisse gesprochen werden und über die Möglichkeiten einer Wiederherstellung des beschnittenen Genitals. Ein Mit-Einbeziehen des Ehepartners kann die Frau der Entscheidung erleichtern, da die Meinung der Männer sehr viel zählt (vgl. Gruber, 2005, S.).

8.1.1 Studie „Knowledge, attitudes and practices of Flemish gynaecologists“

In Flandern wurde eine Befragung unter Gynäkologen durchgeführt, welche über den Wissensstand über FGM und deren rechtliche Situation Auskunft geben sollte. Gynäkologen, die erst kürzlich ihre Ausbildung abgeschlossen hatten, gaben an, in ihrer Ausbildung über FGM gehört zu haben. Schon länger praktizierende Gynäkologen sagten aus, dass sie sich über Fachartikeln in Zeitschriften informiert hätten. 45,5% der Befragten sagten aus, dass die wüssten, dass FGM verboten sei, nur 23,7% wussten genau welche Formen von FGM damit gemeint war (Typ I-VI laut WHO). Der Rest der Befragten meinte, dass verschiedene Variationen der Beschneidung verboten seien. Alle befragten Ärzte hätten in ihrer Praxis schon einmal eine beschnittene Frau behandelt. Die Frauen kamen wegen akuten Problemen, sexuellen Problemen oder auf Grund eines Problems in der Schwangerschaft.

Das Ergebnis der Studie zeigt, dass die Häufigkeit von FGM in Flandern sehr hoch ist und Information bezüglich der Gesetze in Belgien sehr wichtig ist. Des Weiteren hat sich gezeigt, dass Verstümmelungen illegal stattfinden und viele Mädchen und Frauen davon betroffen sind. Wichtig ist Informationsmaterial für

medizinisches Personal bereitzustellen und eine genaue Aufklärung über die Gesetzeslage, besonders wenn es sich um kosmetische Eingriffe, Reinfibulation, Piercings, Tattoos und Punktionen der Klitoris, die alle unter Typ IV fallen, handelt. In vielen europäischen Ländern ist die gesetzliche Regelung bei Typ IV nicht genau ausgehandelt.

In einigen Ländern gibt es bereits Bemühungen Richtlinien für den Umgang mit verstümmelten Frauen zu erarbeiten und zu veröffentlichen (vgl. Leye, 2008, S. 182 ff).

8.2 Guidelines – Deutschland

- In Anwesenheit Betroffener ist es angebracht den Ausdruck „Beschneidung“ zu wählen um die Frauen nicht als „verstümmelt“ zu beleidigen oder zu demütigen.
- Sollte für das Gespräch eine Übersetzung notwendig sein, sollte diese nach Möglichkeit nicht von den Kindern oder dem Ehemann der Patientin vorgenommen werden, um ein offenes Gespräch zu ermöglichen.
- Um beim hochsensiblen und tabuisierten Thema FGM ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Patientin und medizinischem Personal aufbauen zu können, ist Zeit vonnöten, die medizinisches Personal so weit wie möglich aufbringen sollte.
- Trotz einer eindeutigen Haltung gegen FGM sollte medizinisches Personal gegenüber der Patientin und ihrer Kultur nicht überheblich, anmaßend oder verurteilend sein.
- Liegt eine FGM vor und wird sie von medizinischem Personal als solche erkannt, sollte sie Eingang in die medizinische Beratung finden. Das Anliegen, weswegen die Patientin medizinischen Rat sucht, sollte allerdings im Vordergrund stehen, andernfalls fühlt sich die Patientin unter Umständen nicht ernst genommen und auf die FGM reduziert.

- Sollten zu einer Untersuchung weitere Personen hinzugezogen werden, bedarf dies der vorherigen Zustimmung der Frau. In der Herkunftsgesellschaft der Patientin herrscht möglicherweise eine starke Geschlechtersegregation, so dass die Frau die Anwesenheit von männlichem Personal bei der Untersuchung als inakzeptabel empfindet.
- Medizinisches Personal sollte in der Lage sein, emotionale Reaktionen beim Anblick eines FGM unterzogenen Genitals zu kontrollieren (Richter, 2001, S. 193ff).

8.3 Guidelines - Schweiz

Medizinisches Personal aus unterschiedlichen Bereich des Gesundheitswesens können mit Patientinnen, die einer FGM unterzogen worden sind, konfrontiert werden. Das Gesundheitspersonal ist in dieser Situation nicht nur medizinisch, sondern auch rechtlich, kulturell und ethisch gefordert. Durch eine ablehnende Reaktion kann das für die Betroffene eine weitere Erniedrigung darstellen.

Idealerweise sollte das Personal sich über Folgendes im Klaren sein:

- Den soziokulturellen Hintergrund von FGM und die Bevölkerungsgruppen, die den Brauch praktizieren,
- Die Formen von FGM und die assoziierten Komplikationen,
- Die körperlichen Symptome, die darauf hinweisen, dass ein Mädchen beschnitten worden ist und das Einschalten kompetenter Dienste in Anbetracht einer Gefährdung bezüglich FGM,
- Die eigene Haltung gegenüber FGM,
- Die spezifische Behandlung und Pflege im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe.

- Die Illegalität des Eingriffs in der Schweiz und in Europa (Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, 2005, S. 8).

9 Rechtliche Situation

2001 forderte das Europäische Parlament die Mitgliedsstaaten der EU auf, bei der Ausarbeitung spezifischer Rechtsvorschriften zusammen zuarbeiten, um FGM „im Namen der Rechte der Person auf Unversehrtheit, Gewissensfreiheit und Gesundheit zu unterbinden“ (Gruber, 2005, S. 39). Außerdem machte das Parlament seine ablehnende Haltung gegenüber der Medikalisierung von FGM deutlich. In folgenden europäischen Ländern gibt es spezialgesetzliche Regelungen gegen FGM: Belgien, Dänemark, Großbritannien, Italien, Norwegen, Österreich, Schweden und Spanien. In den restlichen Staaten ist die Praktik als Körperverletzung strafbar. Kommt es zu einer Verurteilung, drohen Geldstrafen sowie mehrjährige Freiheitsstrafen. Rechtfertigungsgründe können die Rechtswidrigkeit der Tat nicht aufheben. Wer eine FGM anordnet oder durchführt handelt vorsätzlich, auch eine Einwilligung der minderjährigen Opfer kann die Straftat nicht mindern oder aufheben. Das Europäische Parlament fordert derzeit, dass FGM auch strafbar ist, wenn die betroffene Frau ihre Zustimmung gegeben hat oder nicht.

9.1 Großbritannien

Seit 1985 gibt es in Großbritannien ein Gesetz, das die Verstümmelung weiblicher Geschlechtsorgane unter Strafe stellt (Prohibition of Female Circumcision Act 1985) und 2003 zum FGM Act modifiziert wurde. Jegliche Form vom FGM ist somit strafbar, außer das Piercing, Tattoos und das Dehnen der Schamlippen. Es gab allerdings bis zum jetzigen Zeitpunkt noch keine Verurteilungen auf Rechtsbasis dieses Gesetzes (vgl. Gruber, 2005, S. 40).

Jedoch wurden mindestens sieben Mädchen durch den „Wardship Jurisdiction Act“ (=gerichtliche Vormundschaft) vor einer Verstümmelung gerettet. Der Betreuungsprozess stellt einen schnellen und unkomplizierten Schutz für die gefährdeten Mädchen dar, da bestimmte Handlungen der Eltern das Mädchen betreffend einer gerichtlichen Erlaubnis bedürfen, z.B. für eine Auslandsreise zum Zwecke der FGM. Das Mädchen kann zwar im Elternhaus verbleiben, wird aber

vom Jugendamt regelmäßig betreut. Die „Wardship Jurisdiction“ kann von jeder Person, die ein berechtigtes Interesse am Wohlergehen des Kindes hat, initiiert werden. Laut Forward sind derzeit 10.000 Mädchen in England pro Jahr davon bedroht, einer FGM unterzogen zu werden (vgl. Rosenke, 2000, S. 85).

9.2 Italien

In Italien gibt es seit 2005 ein spezielles Verbot von FGM. Nach diesem Gesetz ist die Verstümmelung weiblicher Geschlechtsorgane ein eigener Straftatbestand. Den TäterInnen drohen Haftstrafen zwischen 12 und 44 Jahren. Bisher gab es zwei Gerichtsverfahren wegen vorgenommener FGM im Ausland. Ein wenig Monate altes Mädchen wurde in Nigeria verstümmelt. In Italien wurde den Eltern nach Veröffentlichung des Vorfalls das Kind unter vormundschaftlicher Aufsicht gestellt. In dem zweiten Verfahren hat ein ägyptischer Vater (Mutter Italienerin) seine 13-jährige Tochter einer Exzision und teilweisen Infibulation unterzogen. Die Anklage gegen den Vater lautete auf gefährliche Körperverletzung, dauerhafte Beschädigung eines Organs, begangen mit Vorsatz und auf Missbrauch elterlicher Gewalt (Rosenke, 2000, S.94 ff). Der Vater wurde gemäß den bestehenden Gesetzen rechtskräftig zu einer zweijährigen Haftstrafe verurteilt.

Eine Studie, die von der Universität Padua durchgeführt wurde, zeigt auf, dass FGM illegal in Italien Verstümmelungen durchgeführt werden:

„In einigen Städten Italien werden Mädchen beschnitten, auf Küchentischen in ihren Wohnungen, von Leuten, die aus dem Heimatland ihrer Eltern stammen“ (Turillazzi, 2007, S. 99).

Trotz der strengen Gesetzeslage, die in Italien vorherrscht, werden illegale Beschneidungen und Verstümmelungen vorgenommen. Man nimmt an, dass es ca. 27.000 – 30.000 infibulierte beziehungsweise beschnittene Frauen in Italien leben. Offenbar müssten die Gesetzesbrüche schärfer geahndet werden (vgl. Turillazzi, 2007, S. 99).

9.3 Schweden

In Schweden liegen dem seit 1982 bestehenden strafbewehrten Verbot von FGM im Wesentlichen folgende Vorkommnisse zugrunde: Töchter von afrikanischen Immigrantinnen wurden den Verstümmelungen in Gesundheitszentren, die ausnahmslos von der schwedischen Regierung und damit von Steuergeldern finanziert werden, unterworfen. Ein schwedischer Chirurg und Professor für Gynäkologie nahm die „Operation“ an muslimischen Frauen vor, die ihn wegen ihres Glaubens und wegen des Drucks seitens ihrer männlichen Familienmitglieder darum gebeten hatten; der Professor behauptete, dass sich diese „Operation“ nicht von anderen kosmetischen Operationen unterscheidet (Hosken, 1994, S.298 ff).

Das Gesetz über das Verbot der Beschneidung von Frauen lautet wie folgt:

§ 1 Ein Eingriff in die weiblichen äußeren Geschlechtsorgane mit dem Ziel, sie zu verstümmeln oder anderweitig ihre bleibende Veränderung zu erreichen (Umschneidung) darf nicht ausgeführt werden, unabhängig davon, ob eine Einwilligung in den Eingriff vorliegt oder nicht.

§2 (1) Wer gegen § 1 verstößt, wird zu Gefängnis von höchstens zwei Jahren oder, wenn mildernde Umstände vorliegen, zu Geldstrafe verurteilt.

(2) Wenn die Tat zu Lebensgefahr, schwerer Körperverletzung oder ernsthafter Krankheit geführt hat oder andernfalls ein besonders rücksichtsloses Verhalten beinhaltet, ist sie als schwerer Fall zu beurteilen. In einem schweren Fall wird zu Gefängnis von mindestens zwei und höchstens zehn Jahren verurteilt.

(3) Der Versuch ist strafbar nach den Bestimmungen des Kapitels 23 Strafgesetz“ (Kalthegener, 2003, S. 48).

Eine Person, die in Schweden ihren dauernden Aufenthalt hat, kann von einem schwedischen Gericht verurteilt werden, auch wenn sie die Genitalverstümme-

lung in einem anderen Staat begangen hat, egal ob in diesem Land ein solcher Eingriff ebenfalls unter Strafe gestellt ist oder nicht. Bisher kam es aber zu keiner Verurteilung (vgl. Gruber, 2005, S. 41).

9.4 Bundesrepublik Deutschland

FGM ist eine Straftat gegen die körperliche Unversehrtheit und nach dem §§223 ff. StGB strafbar. Zudem ist sie rechtswidrig, da es für einen derartigen Eingriff nach deutschem Strafrecht keine Rechtfertigungsgründe gibt:

Wer eine Genitalverstümmelung vornimmt, an einer solchen teilnimmt, zu ihr anstiftet oder sie duldet, macht sich der Körperverletzung strafbar und kann mit Geldstrafe oder Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren verurteilt werden. Da die Verstümmelung meist mit einem Messer oder einem anderen gefährlichen Werkzeug im Sinne des § 224 Absatz I Nr. 2, mit weiteren Beteiligten gemeinschaftlich im Sinne des § 224 Absatz I Nr. 4 oder anhand einer das Leben gefährdenden Behandlung im Sinne des § 224 Absatz I Nr. 5 StGB, vorgenommen wird, liegt der Straftatbestand der gefährlichen Körperverletzung vor. Das Strafausmaß liegt bei einer Freiheitsstrafe zwischen sechs Monaten und zehn Jahren. ÄrztInnen, die den Eingriff vornehmen, droht ein Berufsverbot von ein bis fünf Jahren (§ 70 StGB Die gegenwärtige gültige Rechtslage in Deutschland ermöglicht es nicht generell, aber in bestimmten Fällen auch eine außerhalb von Deutschland durchgeführte Genitalverstümmelung nach deutschem Strafrecht zu ahnden. Eltern, die eine im Ausland begangene Genitalverstümmelung nicht verhindern, können sich der Verletzung der Fürsorgepflicht nach § 171 StGB strafbar machen. Strafraum ist Geldstrafe oder Haftstrafe bis zu drei Jahren.). Seit 1996 gibt es auch Hinweise, dass FGM in Deutschland praktiziert wird (vgl. Gruber, 2005, S. 40).

Jedoch gibt es bis heute keine Gerichtsentscheidungen.

9.5 Niederlande

1991 hielten sich ca. 6000 Somalierinnen in den Niederlanden auf, davon galten etwa 100 Mädchen unter 10 Jahren als gefährdet einer Genitalverstümmelung unterzogen zu werden, die meist in den Sommerferien während eines Heimaturlaubs stattfindet. Einem Gerücht zu Folge soll ein somalisches Mädchen einem Eingriff unterzogen worden sein, der zu ernsthaften Komplikationen geführt hat. Der Vorfall wurde zwar nicht offiziell gemeldet, aber sollte eine Beschneidung in den Niederlanden tatsächlich stattfinden, kann die Staatsanwaltschaft ein Verfahren wegen Körperverletzung und wegen unbefugter Ausübung der ärztlichen Tätigkeit einleiten (vgl. Rosenke, 2000, S. 97 ff).

9.5.1 Die Bartels-Haaijer-Studie

Im September 1992 wurde eine Studie zur Epidemiologie von FGM bei somalischen Frauen in den Niederlanden durchgeführt. Koos Bartels und Ineke Haaijer kommen zu folgenden Ergebnissen:

- Das Vorbringen gynäkologischer Beschwerden wird durch Schamgefühl, möglichen Reputationsverlust und die Angst, dass die Ärztin/der Arzt nicht mit der Problematik von FGM vertraut ist, verhindert; viele Frauen wollen aus religiösen Gründen nicht von männlichen Ärzten untersucht werden und gebildete Frauen schämen sich gerade aufgrund der Tatsache, dass sie „beschnitten“ sind; die Kommunikationsmöglichkeiten sind zudem begrenzt, wobei die Hilfe von DolmetscherInnen selten eingesetzt wird.
- Die Tradition, dass der Ehemann in der Hochzeitsnacht die Defibulation selbst ausführt, wird in den Niederlanden beibehalten; die Hemmschelle, dafür Ärztinnen aufzusuchen, ist sehr hoch.
- Es ist wichtig, dass die niederländische Regierung in ihrer Politik zwischen verstümmelnden und nichtverstümmelnden Formen der weiblichen „Beschneidung“ differenziert und die Konditionen, unter denen die nichtver-

stümmelnden Formen (insbesondere Inzision der Klitorisvorhaut) praktiziert werden können, festlegt.

- GynäkologInnen sollten sich mit der Möglichkeit, selbst Inzisionen auszuführen, vertraut machen und ein Protokoll in Bezug auf Refibulationen, die aus psychosozialen Gründen indiziert sind, entwickeln (Bartels, 1991, S. 14 ff).

Es kam zu unterschiedlichen Reaktionen auf die Studie. Das Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur erklärte, dass die Frauenbeschneidung eine Unterdrückung der Frauen sei und die Vornahme eines nichtverstümmelnden Eingriffs keine Alternative darstellt, um die Praxis der FGM abzuschaffen. Die niederländische Vereinigung der Gynäkologen kam ebenfalls zu dem Schluss, dass jede Form der weiblichen „Beschneidung“ abzulehnen sei (vgl. Rosenke, 2000, S. 100).

9.6 Frankreich

Frankreich ist bisher das einzige europäische Land, in dem es zu Verurteilungen durch das Strafgericht gekommen ist.

Bei der Strafverfolgung wegen Verstümmelung weiblicher Geschlechtsorgane finden nunmehr die Art. 222-9 und 222-10 Code Pénal Anwendung. Zu Beginn der achtziger Jahre wurde die Tat zunächst als unterlassene Hilfeleistung eingeordnet, ein Urteil der „Cour de Cassation“ aus dem Jahre 1983, in dem die gewaltsame Entfernung der Klitoris eines Mädchen durch seine französische Mutter als Verstümmelung infolge von Kindesmisshandlung und damit als ein Verbrechen nach Art. 321-3 Code Pénal gewertet wurde, statuierte einen Präzedenzfall für alle nachfolgenden Gerichtsverfahren (vgl. Rossenke, 2000, S. 101).

Schon 1979 kam es zur ersten Gerichtsverhandlung, in dem eine Beschneiderin zu einem Jahr Freiheitsstrafe auf Bewährung wegen fahrlässiger Tötung verurteilt wurde. Das 14 Wochen alte Baby starb auf Grund von Komplikationen nach der Genitalverstümmelung. Nach diesem Prozess kam es zu weiteren Gerichts-

verhandlungen (vgl. Rosenke, 2000, S. 102). Eine im Mädchenalter verstümmelte Malierin stellte eine Strafanzeige und am 02.02.1999 begann der Prozess, in dem die Beschneiderin Hawa Greou und 26 Eltern wegen Ausübung von FGM angeklagt wurden. Der Prozess endet am 16.02.1999 mit einer achtjährigen Freiheitsstrafe ohne Bewährung für die Angeklagte Greou und mit 2 Jahren Freiheitsstrafe ohne Bewährung für eine mitangeklagte Mutter. Für die anderen mitbeteiligten Eltern gab es jeweils drei- beziehungsweise fünfjährige Freiheitsstrafen mit Bewährung (vgl. Weil-Curiel, 2003, S. 200).

Die jungen Frauen warfen ihren Eltern vor, dass sie die schlechtere Wahl getroffen hatten zwischen der Tradition und dem Wohlergehen ihrer Töchter.

Als der Richter fragte: „Was erwarten sie von diesem Gerichtsverfahren?“, antwortete die Malierin: „Wir wollen Gerechtigkeit“ (Weil-Curiel, 2003, S. 200).

Ein Großteil der Mädchen der ersten Generation, die in Frankreich geboren wurden, will mit der Tradition der Verstümmelung brechen. Für sie ist diese Tradition barbarisch und sie sind froh, dass in Frankreich FGM verboten ist und strafrechtlich verfolgt wird.

Durch die zahlreichen Gerichtsverhandlungen und Bestrafungen der Beschneiderinnen und Eltern ist ein Rückgang von FGM zu beobachten. 1985 waren noch 25% aller afrikanischen weiblichen Babys, die in einem französischen Krankenhaus untersucht wurden, genitalverstümmelt, 1992 nur noch 4% (vgl. Rosenke, 2000, S. 106).

9.7 Österreich

Ausgelöst durch einen Anlassfall in dem ein Arzt verdächtig wurde gegen Entgelt eine FGM in Österreich durchzuführen, wurde Überlegungen zur Aufnahme eines ausdrücklichen Verbotes der weiblichen Genitalverstümmelung ins österreichische Strafgesetzbuch vorgenommen.

Der Wiener Ärztekammerpräsident Walter Dorner, lehnt der unter Hinweis auf Suspendierungs- und Disziplinarfolgen für Ärztinnen „FGM medizinisch und ethisch absolut ab, da eine Beschneidung nichts anderes als eine Verstümmelung darstellt“ (profil, 2000, S 45ff).

Laut österreichischem Recht nach § 62 StGB (Strafgesetzbuch) gelten die österreichischen Strafgesetze für alle Taten, die im Inland begangen worden sind, also bei österreichischem Tatort. D. h. dass jede in Österreich begangene Genitalverstümmelung nach österreichischem Recht strafbar ist, selbst wenn sowohl Opfer als auch Täter/in AusländerInnen sind. Die Tat ist auch dann strafbar, wenn zwar die Verstümmelung selbst im Ausland begangen worden ist, aber in Österreich eine Bestimmungs- oder Beitragshandlung gesetzt wurde. Die bekannten Formen der weiblichen Genitalverstümmelung, wie sie insbesondere von der Weltgesundheitsorganisation klassifiziert wurden, sind als Körperverletzung im Sinne der § 83 ff StGB zu qualifizieren. Nach § 83 Abs 1 StGB begeht eine Körperverletzung, wer einen anderen am Körper verletzt oder an der Gesundheit schädigt (vgl ÖGF, 2001, S. 26 ff).

Hat die Tat eine länger als 24 Tage dauernde Gesundheitsschädigung oder Berufsunfähigkeit zur Folge oder ist die Verletzung oder Gesundheitsschädigung an sich schwer, ist diese gemäß § 84 Abs 1 StGB als schwere Körperverletzung zu qualifizieren:

Gegen die Strafbarkeit von FGM wurden mehrfach zwei Einwände vorgebracht, deren Validität zu prüfen ist. Zum einen wird auf „Rechtfertigungen“ wie Tradition, Brauchtum, gesellschaftliche Üblichkeit, bis hin zu religiösen Vorschriften verwiesen. Zum anderen wird gegebenenfalls darauf verwiesen, dass sich zumindest manche Betroffenen den Prozeduren freiwillig unterziehen. Unbestritten ist, dass Genitalverstümmelungen (als solche) grundsätzlich in jedem Fall sittenwidrig sind (ÖGF, 2001, S. 26 ff).

In Österreich gab es bis jetzt noch keinen gerichtlichen Fall zu diesem Thema und daher auch noch keine Rechtsprechung.

In den meisten europäischen Ländern ist man immer noch der Ansicht, dass eine Verurteilung auf Grund des Tatbestandes der Körperverletzung ausreichend sei, und keine zusätzliche gesetzliche Regelung gegen FGM notwendig wäre. Laut WHO handelt es sich aber nicht nur um eine kulturelle Praktik, sondern um eine Menschenrechtsverletzung und um Gewalt gegen Mädchen und Frauen. Deshalb sind Aufklärung und Information, besonders über die rechtliche Situation in Österreich, auch weiterhin wichtig, strafgesetzliche Regelungen sollten diesbezüglich vermehrt zum Einsatz kommen (vgl. Gruber, 2005, S. 41).

10 Zusammenfassung

FGM ist nach wie vor ein Thema, das nicht tabuisiert werden darf. Durch die vermehrte Migrationsbewegung und im Zuge der Globalisierung wird FGM auch zu einem Problem in Europa. Es gibt keine genauen Zahlen bezüglich der Anzahl an Verstümmelungen, die tatsächlich in Europa stattfinden. Feststeht aber, dass FGM in den meisten europäischen Staaten gesetzlich verboten ist. Ein großes Problem ist, dass die meisten immigrierten Frauen mit ihren chronischen Komplikationen medizinische Einrichtungen aufsuchen, das Personal dort jedoch nicht geschult ist, meist keine genauen Informationen zu FGM hat und nicht weiß, wie die rechtliche Situation im eigenen Land aussieht.

Durch das Engagement vieler nationaler Organisationen und NGOs versucht man sowohl Informationen für die einzelnen Berufsgruppen zu erstellen, aber auch den verstümmelten Frauen Hilfe anzubieten. In der Aufklärung ist nicht nur medizinisches Informationsmaterial enthalten, sondern es wird genau über die rechtliche Situation im Migrationsland Auskunft gegeben und man versucht die Frauen zu unterstützen, sodass die Tradition nicht an ihre Töchter weitergegeben wird.

Strafrechtlich gibt es bis jetzt nur vereinzelt Verurteilungen. Da die Verstümmelungen meist heimlich oder im Ausland stattfinden, ist eine Verfolgung sehr schwierig.

11 Abstract

FGM remains a subject that should not be a taboo. The increased migration in the course of globalization has made FGM a problem in Europe too. There are no exact numbers concerning the quantity of mutilations that actually occur in Europe. It is a fact though, that FGM is banned by law in most European states. A big problem is the fact that most of the immigrant women who suffer from chronic complications seek out medical facilities where the staff is not schooled, has no accurate information concerning FGM and does not know the legal situation concerning this problem in their own country.

By the commitment of many national organizations and NGOs it is attempted to provide information to individual occupational groups and to aide mutilated women. This education not only contains medical information material but it also advises on the legal situation in the country of immigration and it attempts to support the women, so this tradition is not passed on to their daughters.

There have only been a few legal convictions. Because the mutilations mostly happen in secret or abroad, persecution is very difficult.

12 Literatur

Abdi Nura. (2003) Tränen im Sand. Ehrenwirth: Bergisch Gladbach

Accad Evelyne. (2001) Die Beschnittene. Horleman: Bad Honnef

Ackerknecht Erwin. (1967) [1959] Kurze Geschichte der Psychiatrie. Enke Verlag: Stuttgart

Adams Karin E. (2004) What's "Normal": Female Genital Mutilation, Psychology and Body Image. Journal of the American Medical Women` Association S. 168 - 170

Afrikanische Frauenorganisation in Wien. (2000) Die Anwendung der Female Genital Mutilation bei MigrantInnen in Österreich. Afrikanische Frauenorganisation in Wien: Wien

Aḥmad, Mīrzā Tāhir. (2003) Koran. Verlag Der Islam: Frankfurt/Main

Asefaw Fana. (2005) Bildung ist der beste Schutz in Schnitte in Körper und Seele, S. 19 – 20

Bartels Koos & Ineke Haaijer. (1991) Female circumcision and Somali women in the Netherlands. VENA Journal 3, no. 1 S.14-17.

Bauer Christina, Hulverscheidt Marion. (2003) Gesundheitliche Folgen der weiblichen Genitalverstümmelung in Schnitt in die Seele. Weibleiche Genitalverstümmelung – eine fundamentale Menschenrechtsverletzung. Frankfurt am Main, S. 65 - 81

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2005) Genitale Verstümmelung bei Mädchen und Frauen. Berlin

Behrendt Alice, Steffen Moritz. (2005) Posttraumatic Stress Disorder and Memory Problems after Female Genital Mutilation in American Journal of Psychiatry 162, S. 1000 - 1002

Bullough VL. (1987) Technology for the Prevention of "les Maladies produites par la Masturbation". Technol Cult, S. 828 - 832

Catania L., Abdulcadir O., Puppo V., Verde J.B., Abdulcadir J., Abdulcadir D. (2007) Pleasure and Orgasm in Women with Female Genital Mutilation/Cutting. J Sex Med S. 1666 - 1678

Caldwell J., Oruboloye I.O., Caldwell P.. (2000) Female genital mutilation: Conditions of decline. Kluwer Academic Publishers, S. 233 – 254

Die Bibel – Die heilige Schrift des alten und neuen Bundes (1966) Verlag Herder Freiburg im Breisgau

Dirie Waris. (2004) Normadentochter. Blanvalet: München

Dirie Waris. (2005) Schmerzenskinder. Schröder: Berlin

Dirie Waris. (2005) Wüstenblume. Schröder: Berlin

Dionis Peter. (1712) Chirurgische Operationes Oder Ausführlicher Unterricht zur Wund=Artzney, mit vielen zum Theil gantz neu=inventirt= Chirurgischen Instrumenten. Aus dem Französischen übersetzt von SELINTES. P. Kützen: Augsburg

Dorkenoo Efua. (1995) Cutting the rose: female genital mutilation: the practice and its prevention. Minority Rights Publ.: London

Dorkenoo E, Morison L, Macfarlane A. (2007) A Statistical Study to Estimate the Prevalence of Female Genital Mutilation in England and Wales. England

Douglas Mary. (1998) [1973] Ritual, Tabu und Körpersymbolik. Natural Symbols. Explorations in Cosmology. Fischer-Taschenbuch-Verlag: Frankfurt am Main

Eigelsreiter-Jashari Gertrude. (2004)Frauenwelten – Frauensolidarität. Brandes & Apsel: Frankfurt am Main

Eiman Okroi. (2001) Weibliche Genitalverstümmelung im Sudan. Akademos: Hamburg

Faro Marlene. (2002) An heimlichen orten. Reclam: Leipzig

- Fauziya Kassindja. (2003) Niemand sieht dich, wenn du weinst. RM-Buch-und-Medien-Vertrieb: Rheda-Wiedenbrück
- Fehling Hermann. (1925) Die Entwicklung der Geburtshilfe und Gynäkologie im 19. Jahrhundert. Julius Springer Verlag: Berlin
- FORWARD. (2002) Female Genital Mutilation. Information Pack: London
- Gennep Arnold van. (1986) [1901] Les Rites de passage. Übergangsriten. Campus-Verlag: Frankfurt am Main
- Gollaher David. (2002) Das verletzte Geschlecht. Aufbau-Verlag: Berlin
- Gordon H, Comerasamy H & Morris N.H: Female genital mutilation. (2007) Experience in a West London clinic. Journal of Obstetrics and Gynaecology S. 416 - 419
- Grapentin Jeannine. (2008) Genitale Beschneidung bei Frauen und deren Auswirkungen auf Schwangerschaft und Geburt. Die Hebamme 21, S.28 - 31
- Grassivaro-Gallo P. (1985) Relation between circumcision and sexual maturation of Somali women. Acta Medica Auxologica, Vol 17:3, S. 239 - 247
- Greer Germaine. (2000) Die ganze Frau. Dt. Taschenbuch-Verlag: München
- Gruber F., Kulik K., Binder U. (2005) Studie zu weiblicher Genitalverstümmelung. Tübingen
- Hagner Michael. (1997) Homo cerebialis. Berlin-Verlag: Berlin
- Hauser-Schäublin Brigitta. (1998) Differenz und Geschlecht. Reimer: Berlin
- Hayes R.O. (1975) Female genital mutilation, fertility control, women's roles, and the patrilineage in modern Sudan. American Ethnologist 2 (4) S.617 - 633
- Hermann Conny. (2000) Das Recht auf Weiblichkeit. Dietz: Bonn
- Hicks Ester. (1992) Infibulation. Transaction Publ.: New Brunswick, NJ

Hirsch August (1886) Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker (Re-Print der Ausgabe Wien/Leipzig) 6 Bd. Urban&Schwarzenberg S. 1990 - 1993

Hirsi Ali. (2005) Ich klage an. Piper: München

Hosken Fran P. (1993) The Hosken Report – Genital and sexual mutilation of female. Fourth Edition. Women`s International Network News: Lexington, Massachusetts

Hosken Fran P. (1995) Stop female genital mutilation. Women speak, facts and actions. Women`s International Network News: Lexington, Massachusetts

Hulverscheidt Marion. (2002) Weibliche Genitalverstümmelung, Diskussion und Praxis in der Medizin während des 19. Jahrhundert im deutschsprachigen Raum. Mabuse-Verlag: Frankfurt am Main

Illich Ivan. (1995) Die Nemesis der Medizin. Beck: München

KaltheGener Regina. (2003) Strafrechtliche Regelungen in europäischen Staaten in Schnitt in die Seele. Weibliche Genitalverstümmelung – eine fundamentale Menschenrechtsverletzung. Frankfurt am Main S.187 - 194

Kangoum A, Flodin U, Hammar M, Sydsjö G. (2004) Prevalance of female genital mutilation among African women resident in the Swedish country of Östergötland. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, S.187 - 190

Karacsonyi Claudia. (2005) Weibliche Genitalverstümmelung in Afrika. Universität Wien: Wien

Kaufmann Doris. (1996) Schmerz zur Heilung des Selbst. Heroische Kuren in der Psychiatrie des frühen 19. Jahrhunderts. Med Ges Gesch 15, S. 101 - 116

Khady. (2006) Die Tränen der Töchter. Verlag Weltbild GmbH: Augsburg

Koso-Thomas Olyainka. (1987) The Circumcision of Women. Zed Books: London

Lachs Johann. (1903) Die Gynäkologie des Galen – eine geschichtliche gynäkologische Studie. Abhandlungen zur Geschichte der Medizin, 4. Kern: Breslau

Laquer Thomas. (1996) Auf den Leib geschrieben. Dt. Taschenbuch-Verlag: München

Larmont M. (1861) Medical Advisor and Marriage Guide. N.Y

Leye E., Powell R.A., Nienhuis G., Claeys P., Temmerman M. (2006) Health Care in Europe for Women with Genital Mutilation. Taylor & Francis Group, S. 362 - 378

Leye E., Ysebaert I., Deblonde J., Claeys P., Vermeulen G., Jacquemyn Y. and Temmerman M. (2008) Female genital mutilation: Knowledge, attitudes and practices of Flemish gynaecologists. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, S. 182 - 190

Lightfoot-Klein, Hanny. (1993) Das grausame Ritual – Sexuelle Verstümmelung afrikanischer Frauen. Fischer-Taschenbuch-Verlag: Frankfurt a. M.

Lightfoot-Klein, Hanny. (1995) Odysee einer Frau in Afrika. Fischer-Taschenbuch-Verlag: Frankfurt a. Main

Lightfoot-Klein Hanny. (2003) Der Beschneidungsskandal. Orlanda Frauenverlag: Berlin

Lundberg P.C, Gereziher A. (2008) Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden. Midwifery, S. 214 - 225

Maier Cristina. (2002) Das grosse Schweigen, Stimmen der Betroffenen zur FGM. Universität Wien: Wien

Nehberg Rüdiger. (2005) Autobiographie. Malik: München

Nehberg Rüdiger. (2006) Karawane der Hoffnung. Malik: München

Nzimenge-Gölz. (2003) Beratung zur Genitalverstümmelung im Kontext der Migration in Schnitt in die Seele – Weibliche Genitalverstümmelung eine fundamentale Menschenrechtsverletzung. Mabuse Verlag: Frankfurt/Main, S. 225 - 233

Österreichische Gesellschaft für Familienplanung. (2001) Female Genital Mutilation (FGM) – ein „harmloser“ Brauch oder ein tiefgehender Schaden für Frauen? ÖGF: Wien

Okafor-Obasi, Obasi. (2001) Völkerrechtlicher Schutz der Frauen und Kinder unter besonderer Berücksichtigung der Rechtslage in Afrika südlich der Sahar. Berlin-Verlag Spitz: Berlin

Ortner Karin. (2006) Schnitt ins Leben. Amnesty International Österreich: Wien

Park K. (1997) The Rediscovery of the Clitoris: French Medicine and the Tribade 1570-1620. In: The Body in Parts: Fantasies of Corporeality in early modern Europe; hrsg. v. Hillman D., Mazzio C. Routledge, S. 171-193.

Penna C., Fallani MG., Fambrini M., Zipoli E., Marchionni M. (2002) Type III female genital mutilation: clinical implications and treatment by carbon dioxide laser surgery in Obstet Gynecol 12; 187 (6): 1550

Placzek Siegfried. (1919) Das Geschlechtsleben der Hysterischen. Marcus & Weber: Bonn

Prange Astrid. (2006) Wechselbad der Gefühle in: Schnitte in Körper und Seele. S. 15

Prange Astrid (2006) Kulturschock in der Praxis in: Schnitte in Körper und Seele. S. 4 - 8

Prinz A, Katzensteiner S. (1986) Die Beschneidung der Frau. Speculum 2/86

Richter Gritt. (2001) Weibliche Genitalverstümmelung – ein Thema für Hebammen? In: Gebären zwischen Selbstbestimmung und gesellschaftlicher Kontrolle. Kongressband zum IX. Hebammenkongress 21.-23. Mai 2001, Kulturpalast Dresden, S. 193 - 198

Richter Gritt. (2003) Schnitt in die Seele. Mabuse-Verlag: Frankfurt am Main

Richter Gritt. (2006) Ich bin nicht verstümmelt in Schnitte in Körper und Seele. S. 13 - 14

Rosenke Marion. (2000) Die rechtlichen Probleme im Zusammenhang mit der weiblichen Genitalverstümmelung. Europäischer Verlag der Wissenschaften: Frankfurt am Main

El-Saadawi Nawal. (1980) The hidden face of Eve: Women in the Arab World. Zed Press: London

Scheuch Aglaja. (2005) Weibliche Genitalverstümmelung in Äthiopien. Universität Wien: Wien

Schneider Friederike (1997) Beschneidung von Mädchen und Frauen – über die Schwierigkeit, Traditionen zu verändern in Curare Sonderband 11. Verlag für Wissenschaft und Bildung: Berlin S. 355 – 365

Schurig Martin. (1729) Muliebra historico-medica hoc est partium genitalium muliebrium consideratio qua pudenti muliebris partes tam externae quam interna. Selectis et curiosis observationibus traduntur a Mart. Schurigio. O. Ver., Dresdae Lipsiae

Schnüll Petra. (1999) Weibliche Genitalverstümmelung – eine fundamentale Menschenrechtsverletzung. S.n: S.I.

Schnüll Petra. (2003) Weibliche Genitalverstümmelung in Afrika in Schnitt in die Seele – Weibliche Genitalverstümmelung eine fundamentale Menschenrechtsverletzung. Mabuse Verlag: Frankfurt/Main, S. 23 - 81

Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. (2005) Patientinnen mit genitaler Beschneidung: Schweizerische Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegekräfte. Gynécologie suisse

Sidibe, Binta J. (2003) Meine Erfahrung mit Genitalverstümmelung in Schnitt in die Seele – Weibliche Genitalverstümmelung eine fundamentale Menschenrechtsverletzung. Mabuse Verlag: Frankfurt/Main, S. 109 – 112

Simsa Iris. (2004) Essay zum Thema "Genitale Verstümmelung an Frauen" in:
www.stopfgm.net 13. März 2008

Tissot SAAD. (1826) [1785] Von der Onanie. 2. Auflage: Friedrich Fleischer.
Leipzig

Turillazzi E, Fineschi V. (2007) Female genital mutilation: the ethical impact of
the italian law .J. Med Ethics, S. 98 - 101

Wakolbinger Doris. (2005) Weibliche Genitalverstümmelung. Trauner Verlag:
Linz

Wallerstein Edward. (1989) Säkulare Beschneidung in den USA: Ein medizini-
scher Skandal Sexualforschung 2, S. 160 – 170

Wegscheider Max. (1901) Aetios von Amida: Geburtshilfe und Gynäkologie bei
Aetios von Amida. Verlag von Julius Springer, Berlin

Weil – Curiel Linda. (2003) Weibliche Genitalverstümmelung aus Sicht einer
französischen Rechtsanwältin und Aktivistin in Schnitt in die Seele – Weibliche
Genitalverstümmelung eine fundamentale Menschenrechtsverletzung. Mabuse-
Verlag: Frankfurt/Main S. 195 - 202

Wendl Monika. (1976) Frau und Kind bei den Beni Amer: Universität Wien:
Wien

World Health Organization. (1996) Female Genital Mutilation: Information Kit,
Department of Women's Health, Health Systems and Community Health:
Geneva

World Health Organization – Department of Gender and Women's Health.
(2001) Female Genital Mutilation: The Prevention and the Management of the
Health Complications. Policy Guidelines for nurses and midwives: Geneva

World Health Organization. (2006) Female genital mutilation and obstetric out-
come: WHO collaborative prospective study in six African countries in The Lan-
cet 367, S. 1835 - 1841

World Health Organization. (2008) Eliminating Female Genital Mutilation – An interagency statement. Geneva

Wichterich Christa. (1995) Frauen der Welt - Vom Fortschritt der Ungleichheit. Lamuv-Verlag: Göttingen

Zerm Christoph Dr. med. (2007) Weibliche Genital Beschneidung – zu Umgang mit Betroffenen und Prävention. AG Fide e.V.:Herdecke

Internetadressen

<http://www.bmz.de/de/themen/FGM/Downloads/Bjalkander.pdf?PHPSESSID=e5fbc3f5f100f4676f77ce7a98247afb>. 16.7.2008

[FORWARD FGM Information Pack \(606.4 KB\)](#). 3.09.2008

https://www.who.int/reproductive-health/publications/rhr_01_18_fgm_policy_guidelines/fgm_policy_guidelines.pdf 25.08.2008

<http://www.ag-fide.de/deutsch/neu/EmpfehlgenFGM2007.pdf> 12.02.2008

<http://www.bmfsfj.de/Kategorien/Publikationen/Publikationen.did=3590.html>
10.01.2008

http://www.unicef.de/fileadmin/content_media/mediathek/l0038_Doku_Beschneidung_01.pdf 16.07.2008

www.forwarduk.org.uk/download/96 03.09.2008

www.unicef.com

www.who.com

<http://de.wikipedia.org/wiki/Tribaden>, 19.08.2008

www.iac-ciaf.org/index.php, 14.08.2008

13 Lebenslauf

Lucia Hanslmaier

Persönliche Daten

Hauserstraße 24, 4040 Linz

lucia.hanslmaier@liwest.at

0699/11110296

16.02.1973, Haslach an der Mühl

Lebensgemeinschaft, 2 Kinder (Flora 2004, Gregor 2005)

Österreich

Aus- und Weiterbildung

2000 – 2008	Studium Völkerkunde, Fächerkombination Wien
01/2000	Zusatzausbildung zur Anästhesieschwester Freistadt
1999 – 2000	Berufsreifeprüfung BFI Linz
1990 – 1993	Gesundheits- und Krankenpflegeschule Linz
1987 – 1990	HLW Linz
1983 – 1987	Hauptschule Linz
1979 – 1983	Volksschule Linz

Berufliche Tätigkeiten

Seit 02/2008 Krankenhaus der Elisabethinen Linz, Abteilung für Interne Intensivmedizin

09/2003 – 01/2008 Kinderbetreuung

08/2002 – 09/2003 Krankenhaus der Elisabethinen Linz, Abteilung für Interne Intensivmedizin

07/2001 – 09/2001 Österreichisches Rotes Kreuz, Landesverband Salzburg

02/2001 – 05/2001 Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz

2000 – 2002 Pooldienst Wien

1993 – 2000 Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz, Abteilung für Anästhesie- und Intensivmedizin

Besondere Kenntnisse

Sprachen Englisch Maturaniveau
Spanisch Grundkenntnisse

EDV MS Office, Internet, SAP

Interessen Reisen, Lesen