



Alice Behrendt

# Afrikanische Stimmen zur weiblichen Genitalverstümmelung in Hamburg:

Kenntnisse, Einstellungen und Praktiken



**Plan**

gibt Kindern eine Chance

---

**Titelbild:** Plan/Alf Berg – „Mädchen aus einem Medien- und Kulturclub in Togo, die sich gegen Kinderrechtsverletzungen einsetzen.“  
**Fotos:** Suzanne Eichel (S. 4, 10)  
**Design:** graphikzungebrauch, Richard-Michael Diedrich  
[www.g-z-g.de](http://www.g-z-g.de)

Plan International Deutschland e.V.  
Bramfelder Straße 70  
22305 Hamburg  
[www.plan-deutschland.de](http://www.plan-deutschland.de)

**Copyright:** Plan August 2011  
Diese Publikation unterliegt dem Urheberrecht. Die Reproduktion in jeglicher Form darf ausschließlich mit Genehmigung des Copyright-Inhabers erfolgen.

---

## Danksagung

Viele haben zur Verwirklichung der Studie beigetragen. Mein ganz besonderer Dank gilt:

- den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, ihren Familien und den Institutionen, die sich an der Studie beteiligt haben.
- den Interviewern, die engagiert und mit viel Geduld Zugang zu den afrikanischen Gemeinden in Hamburg gefunden und Menschen davon überzeugt haben, an der Studie teilzunehmen: Traore Hawa Aissata, Andrea-Vicky Amankwaa-Birago, Armand Awo, Helena Bosompim, Coulibaly Brahim, Liethian Youssouph Coulibaly, Marie, Lydie Dossou, Perpetual Ekeh, Noreen Khanali Ellrott, Nancy Falke, Lulit Mekonnen Gebeyehu, Mersha Alehegne Mengistie, Irena Mischke, Aboubacar N'Diaye, Zita B. Tsafack Ndongmo, Harouna Nebie, Manneh Nouhou, Maria Adam Nyangasa and Mohamed Toure.
- der Projektkoordinatorin von Plan Deutschland, Dr. Anja Stuckert
- dem Kommunikationsteam von Plan Deutschland, insbesondere Barbara Baden, May Evers, Christina Frickemeyer, Samia Kassid und der Praktikantin Jennifer Werner.

Als Autorin der Studie bin ich für eventuelle Fehler bei der Interpretation der in den Interviews gegebenen Antworten verantwortlich.

Alice Behrendt  
Dakar, 31. Dezember 2010

## Einleitung

Weibliche Genitalverstümmelung/ -beschneidung (FGM/C) ist eine schädliche traditionelle Praktik, die die Kinder- und Menschenrechte verletzt. Weltweit sind schätzungsweise zwischen 100 und 140 Millionen Mädchen und Frauen beschnitten; hauptsächlich in Ländern Afrikas, aber auch in einigen arabischen und asiatischen Ländern. Innerhalb der praktizierenden Gemeinden ist FGM/C eine tief verwurzelte und akzeptierte Tradition. Anhänger betrachten sie als einen wichtigen Schritt in der Sozialisation der Mädchen und jungen Frauen, der sie auf ein Leben als treue und ehrenhafte Ehefrauen vorbereitet. Menschenrechtsaktivisten und Frauenrechtsgruppen sowie Menschen, die dieser Praktik nicht nachgehen, hingegen verurteilen FGM/C als eine Verletzung der grundlegenden Menschen- und Kinderrechte, besonders des Rechts auf körperliche Unversehrtheit und des Rechts auf Schutz vor Gewalt.

Im Kontext globaler Migration ist FGM/C schon lange kein ausschließlich „afrikanisches Phänomen“ mehr. In den EU-Mitgliedstaaten leben mittlerweile ungefähr etwa fünf Millionen registrierte afrikanische Immigrantinnen und Immigranten – viele von ihnen kommen aus Ländern und Gemeinden, wo FGM/C weiterhin praktiziert wird. Ihren Einstellungen, Meinungen und Vorschlägen in Bezug auf FGM/C ist jedoch bisher wenig Aufmerksamkeit geschenkt worden. Kampagnen und Aktionen basieren meist auf Einzelberichten und werden häufig ohne die Einbindung der Hauptvertreter der afrikanischen Immigrantengemeinden durchgeführt.

Plan International Deutschland e.V. hat deshalb zwischen August und November 2010 in Hamburg Migrantinnen und Migranten aus betroffenen afrikanischen Ländern zu ihrer Meinung, ihren Erfahrungen und ihren Vorschlägen bezüglich weiblicher Genitalverstümmelung befragt. Ziel der Befragungen war es, ihre Sichtweisen und Ideen in den Mittelpunkt zu stellen und darauf aufbauend Empfehlungen für die Abschaffung weiblicher Genitalverstümmelung in Hamburg zu erarbeiten. Hierfür schlägt Plan die Erarbeitung und Umsetzung eines Aktionsplans gegen weibliche Genitalverstümmelung vor. Dieser Aktionsplan müsste insbesondere jene Migranten in den Fokus rücken, die praktizierenden Gruppen angehören. Hierbei sollte der Schwerpunkt auf die Prävention gelegt werden, aber auch Maßnahmen zur Unterstützung akut betroffener Frauen beinhalten. Um die betroffenen Familien zu erreichen und um gefährdete Mädchen wirksam zu schützen, sollte der Aktionsplan vorrangig von Afrikanerinnen und Afrikanern erarbeitet und umgesetzt werden.

Die Studie stand unter der Schirmherrschaft von Senator Dietrich Wersich der Hamburger Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG).



## Methodische Vorgehensweise

Die zugrundeliegende Analyse für die Studie umfasste eine Übersicht über die vorhandene Literatur zum Thema und eine dreimonatige Feldstudie, für die Immigrantinnen und Immigranten aus Sub-Sahara Afrika befragt wurden. Die Hauptuntersuchungen fanden zwischen Juli und November 2010 statt. Die Studie wurde von einer Beraterin geleitet, die mit einem Team von 20 Studierenden und Forschern mit afrikanischem Migrationshintergrund zusammenarbeitete. Diese kamen aus folgenden Herkunftsländern: Äthiopien (1 Frau und 1 Mann), Benin (1 Mann), Burkina Faso (1 Frau, 1 Mann), Burkina Faso/Senegal (1 Mann), Elfenbeinküste (2 Männer), Gambia (1 Mann), Ghana (3 Frauen), Guinea (1 Frau und 1 Mann), Kamerun (1 Frau), Kenia (1 Frau), Nigeria (2 Frauen), Tansania (1 Frau) und Togo (1 Frau).

Zwei Datenerhebungsmethoden lagen den Befragungen zugrunde:

- qualitative Interviews mit 91 Schlüsselpersonen (37 Frauen und 54 Männern)
- semi-strukturierte individuelle Interviews mit 685 Frauen und 1.082 Männern aus 26 Ländern Sub-Saharas

Der Fragebogen für die semi-strukturierten Interviews war in drei Teile gegliedert: (1) soziodemografische Informationen, (2) Kenntnisse, Ansichten und Erfahrungen zu FGM/C und (3) das Akkulturationsniveau der Befragten. Kommentare und Beobachtungen bezüglich der Reaktionen und nonverbalen Mitteilungen der interviewten Person konnten auf

einer zusätzlichen Seite erfasst werden. Die Fragebögen lagen auf Französisch und Englisch vor.

Der methodische Ansatz umfasste zudem folgende Aspekte:

- eine partizipative und kooperative Herangehensweise, die die afrikanischen Gemeindemitglieder in einen gemeinsamen Forschungsprozess einbezog;
- die Triangulation der Daten, um qualitative und quantitative Daten aus verschiedenen Zielgruppen zu erhalten;
- ein innovativer Ansatz, der sich dem Mit- und Voneinander-Lernen verpflichtet;
- eine kultursensitive und interdisziplinäre Herangehensweise, die Informationen aus ethnischen, soziologischen, psychologischen, kritischen Medien- und Entwicklungsstudien sowie aus der Frauenforschung zusammenbrachte.

Alle quantitativen und qualitativen Interviewdaten wurden nach Geschlecht und Herkunftsland getrennt analysiert.

Der größte Anteil der Befragten waren Immigrantinnen und Immigranten aus Ghana, Nigeria und Togo. Sie stellen etwa 50 Prozent aller interviewten Personen dar. Es wurde eine größere Anzahl von Männern als Frauen befragt. Dies liegt zum einen daran, dass die weibliche afrikanische Bevölkerung in Hamburg bedeutend kleiner ist als die männliche. Zum anderen war es schwerer, weibliche Teilnehmer zu einem Interview zu bewegen.

## Terminologie

Es gibt eine fortlaufende Kontroverse bezüglich der angemessenen Terminologie, die im Umgang mit dem Thema FGM/C verwendet werden sollte. Die Ursprünge der Debatte liegen in den weit auseinander gehenden Ansichten über FGM/C – zwischen denjenigen, welche die Praktik befürworten und jenen, die sie verurteilen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und andere Institutionen der Vereinten Nationen sowie Menschenrechtsorganisationen haben sich für den Terminus „weibliche Genitalverstümmelung“ entschieden, um die schwerwiegenden Folgen des Eingriffs zu unterstreichen und um zu vermeiden, dass Parallelen zur männlichen Beschneidung gezogen werden. Allerdings kann der Begriff „weibliche Genitalverstümmelung“ von den Bezeichnungen in den befürwortenden Gemeinden abweichen oder sogar grundsätzlich anders sein. In einer kleinen ethnischen Gruppe in Guinea wird zum Beispiel der für FGM/C verwendete Begriff mit „gegenseitige Hilfe“ übersetzt. In anderen lokalen Sprachen wird die Praktik „Initiation“ oder „Beschneidung“ oder „Mädchenbeschneidung“ genannt. In den am weitesten verbreiteten offiziellen Sprachen Afrikas (Englisch und Französisch) bleiben „female

circumcision“ und „excision“ die am meisten verwendeten Begriffe.

Erfahrungen mit Interventionen auf Gemeindeebene haben gezeigt, dass der Begriff „Verstümmelung“ gerade bei Projektbeginn wenig förderlich ist, wenn es darum geht, die Praktik abzuschaffen. Viele Mädchen und Frauen, die beschnitten sind, fühlen sich durch die Bezeichnung angegriffen, stigmatisiert oder in die Opferrolle gedrängt. Selbst wenn sie mit der Tradition brechen wollen, tendieren sie dazu, ihre Mitarbeit oder ihr Engagement für die Abschaffung weiblicher Genitalverstümmelung einzustellen sobald dieser Terminus verwendet wird.

Auf der Suche nach einem neutraleren Begriff hat man sich deshalb auf „weibliche Genitalbeschneidung“ (FGC) geeinigt. Er taucht meistens in Untersuchungsdokumenten auf, zum Beispiel in Demographie- und Gesundheitsstudien, die von afrikanischen Regierungsorganisationen durchgeführt werden. In den letzten Jahren haben UNICEF und andere internationale Institutionen begonnen, den Begriff „Weibliche

Genitalverstümmelung/-beschneidung“ (FGM/C) in ihren Dokumenten zu verwenden. Die damit verbundene Intention ist es, die Schwere dieses Aktes zu unterstreichen, aber auch einen angemessenen Begriff je nach benötigtem Kontext zu verwenden. Als eine internationale Organisation, die sich für Kinderrechte und Kinderschutz einsetzt, haben wir uns dafür entschieden, den gleichen Kompromiss in diesem Bericht einzugehen. Für Frauen und Mädchen, bei denen

FGM/C durchgeführt worden ist, benutzen wir den Begriff „beschnitten“. Dies soll nicht ihre Erfahrungen trivialisieren, es handelt sich einfach um den von den meisten Frauen bevorzugten Begriff, wenn sie über ihren Zustand reden. Dieses Dokument ist deskriptiver Natur. Es kann als Quelle für Lobbykampagnen dienen, soll aber nicht als Lobbywerkzeug verstanden werden.

## Reaktionen auf das Studien-Thema

Die Reaktionen auf die Befragungen reichten von begeisterter Befürwortung über Gleichgültigkeit bis hin zu offener Ablehnung und Einschüchterung. Zu den positiven Reaktionen zählte das Interesse, mehr über Plan, das Projekt oder weibliche Genitalverstümmelung zu erfahren. Weitere ermutigende Antworten kamen von engagierten Gegnern der Praktik, die ihr Interesse an einer Zusammenarbeit bei zukünftigen Aktionen zum Ausdruck brachten. Es gab auch Personen, die die dringende Notwendigkeit sahen, das Thema in den afrikanischen Immigrantengemeinden anzusprechen.

Trotz allem waren die positiven Reaktionen eher gering. Eine große Anzahl der Befragten betrachtete FGM/C nicht als relevantes Forschungsthema und war eher überrascht. Sie meinten, solch eine Studie sollte in Afrika durchgeführt werden oder Immigrantinnen und Immigranten hätten wichtigere Dinge zu klären. So sagte zum Beispiel ein Mann aus Burkina Faso: „Es ist gut, gegen die Verletzung der Frauenrechte zu kämpfen, aber ich denke, dass Afrika dringendere Probleme hat, die gelöst werden müssen. Weibliche Beschneidung ist nur eins von so vielen Dingen.“ Viele Männer wiesen darauf hin, dass Fragen zur Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis viel wichtiger für sie seien. Sie waren der Ansicht, dass die Studie herausfinden sollte, wie man sie in diesen Bereichen unterstützen könnte. Einige Frauen brach-

ten auch ihr Unwohlsein bezüglich der Intimität der Fragen zum Ausdruck.

Nicht zuletzt gab es eine bemerkenswerte Anzahl feindselliger und aggressiver Reaktionen. Einige Befragte betrachteten die Fragen als Eindringen in ihre Privatsphäre oder in afrikanische Angelegenheiten. So drückte ein Immigrant aus Nigeria seine Gefühle folgendermaßen aus: „Plan International sollte sich um seine eigenen Dinge kümmern. Wir haben unsere Traditionen, und wir brauchen diese Leute nicht, um uns irgendetwas darüber zu erzählen.“

Andere wurden unfreundlich, weil sie fürchteten, dass das Projekt die Diskriminierung, Stigmatisierung und Vorurteile gegenüber afrikanischen Immigranten verstärken würde. Viele von ihnen fühlten sich auf die Art und Weise, mit der FGM/C durch die deutschen Medien behandelt wird, kritisiert und angegriffen. Sie sorgten sich, dass dieses Projekt mit dem Thema umgehen würde wie andere Nichtregierungsorganisationen es vorher getan hatten. Eine kleine Anzahl von Interviewpartnern aus Mali und Guinea fühlte sich persönlich angegriffen. Sie kritisierten, dass die afrikanischen Interviewerinnen und Interviewer, die sich in solch einem Projekt engagierten, ihre Traditionen verraten würden. Einschüchterungen und sogar Beschimpfungen waren das Resultat.

## Grenzen der Studie

### Begrenzter Fokus auf Subsahara-Afrika

Plan hat sich in der Phase der quantitativen Datenerhebung auf ausgewählte Länder südlich der Sahara beschränkt. Obwohl die ägyptische Gemeinde in Hamburg offiziell 875 männliche und 392 weibliche Personen zählt, war es in der ersten Phase der Datenerhebung nicht möglich, Interviewer aus Ägypten zu finden oder genügend wertvolle Kontakte in der ägyptischen Gemeinde herzustellen. Zum anderen konnten auch Länder, deren Immigrantengemeinde sehr klein und schwierig zu erreichen war, nicht berücksichtigt werden. Das war der Fall bezüglich Mauretanien, der Demokratischen Republik Kongo, der Zentralafrikanischen Republik und

Tschad. Länder außerhalb Afrikas, in denen ebenfalls FGM/C praktiziert wird, waren ebenso nicht Teil der Studie (zum Beispiel: Indonesien, Nordirak oder der Jemen).

### Keine Zufallsauswahl für die quantitative Umfrage

Wir konnten kein zufälliges Auswahlverfahren für die Erhebung der quantitativen Daten durchführen. Es ist anzunehmen, dass die Wahrscheinlichkeit interviewt zu werden, nicht für alle Immigrantinnen und Immigranten aus Subsahara-Afrika gleich war. Bei Gemeindemitgliedern außerhalb sozialer Netzwerke (Kirche, Moschee, Integrationsklassen, Gemeindeveranstaltungen und Treffen) oder solchen, die sich von

den typischen Treffpunkten fernhalten (Afroshops, Hauptbahnhof, Wettbüros) war die Wahrscheinlichkeit geringer, interviewt zu werden. Hingegen stieg die Wahrscheinlichkeit bei den Personen, die mit den Interviewern bekannt waren. Die Auswahl nach dem Schneeballsystem und die Bemühungen, Daten aus verschiedenen Gebieten Hamburgs erheben zu können, zielten darauf ab, diesen Effekt auszugleichen.

### Mündliche Berichte als einzige Quelle

Die Werkzeuge der qualitativen und quantitativen Umfragen erlaubten ausschließlich die Erhebung von Daten, die auf mündliche Zeugenaussagen basierten. Frühere Studien über FGM/C weisen allerdings darauf hin, dass mündliche Aussagen gefärbt sein können. Dies liegt meistens am Willen der Teilnehmenden, Antworten zu geben, die gesellschaftlich erwünscht sind (siehe zum Beispiel Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de Santé, Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Commerce et al. 2006). Auch Unwissenheit kann zu Einschränkungen führen. So sind sich zum Beispiel beschnittene Frauen oft nicht bewusst, welcher

Form von FGM/C sie unterzogen wurden und machen deshalb ungenaue Angaben über den Typ der Beschneidung (siehe zum Beispiel Asefaw 2007). Des Weiteren fürchteten einige Teilnehmende negative Sanktionen, wenn sie wahrheitsgemäß einige Fragen beantwortet hätten. Das macht es wahrscheinlich, dass einige der während des aktuellen Projektes erhobenen Daten aus Antworten stammen, die im Sinne der Konformität abgegeben wurden. Wir versuchten dieses Manko zu mindern, indem Notizen zu nonverbalen Reaktionen und zur generellen Bereitschaft zur Befragung gemacht sowie unklare Antworten aus der Datenanalyse ausgeschlossen wurden.

### Kleine Auswahl für einige Länder

Die erhobenen Daten aus Eritrea, dem Sudan, Tansania, Somalia, Guinea Bissau, Sierra Leone und Liberia sind für eine fundierte Analyse zu klein. Dass nur eine kleine Anzahl an Immigrantinnen und Immigranten erreicht wurde, liegt bei den ersten vier Ländern an der kleinen Größe der Gemeinden in Hamburg. Für Guinea Bissau, Sierra Leone und Liberia empfehlen wir in Zukunft zusätzliche Datenerhebungen.

## Formen und Verbreitung weiblicher Genitalverstümmelung

Weibliche Genitalverstümmelung umfasst „jegliche Prozedur, die eine teilweise oder vollständige Entfernung der weiblichen Genitalien beinhaltet oder andere Verletzungen weiblicher Genitalorgane aus nicht-medizinischen Gründen“ (WHO, UNICEF et al. 1997). Unterschieden werden vier Typen weiblicher Genitalverstümmelung:

- Typ I: Partielle oder vollständige Entfernung der Klitoris und/oder der Klitorisvorhaut (Klitoridektomie)
- Typ II: Partielle oder vollständige Entfernung der Klitoris und der kleinen Schamlippen, mit oder ohne Entfernung der großen Schamlippen (Exzision)
- Typ III: Verengung der vaginalen Öffnung durch das Entfernen und Zusammenheften oder -nähen der kleinen und/oder großen Schamlippen, mit oder ohne Entfernung der Klitoris (Infibulation)
- Typ IV: Alle anderen Eingriffe, die die weiblichen Genitalien verletzen und keinem medizinischen Zweck dienen, zum Beispiel: Einstechen, Durchbohren, Einschneiden, Ausschaben und Ausbrennen oder Verätzen

### Verbreitung und geographische Ausbreitung der Praktik von FGM/C

Laut Schätzungen der WHO sind zwischen 100 und 140 Millionen Frauen von weiblicher Genitalverstümmelung betroffen. Zwei bis drei Millionen Mädchen und junge Frauen

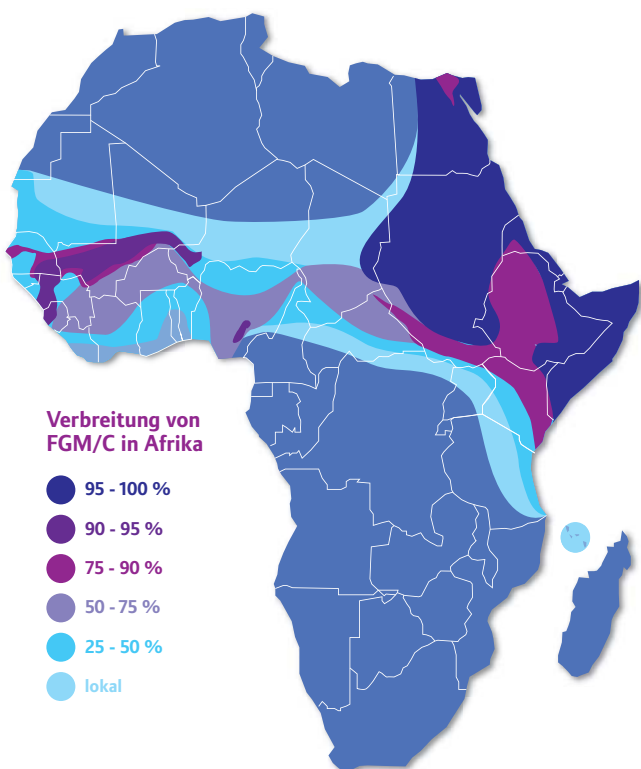
sind jedes Jahr gefährdet, beschnitten zu werden (UNICEF 2005; UNAIDS, UNDP et al. 2008). Die meisten Mädchen und Frauen leben im Afrika südlich der Sahara (UNICEF 2005). Die nebenstehende Karte liefert ein ungefähres Bild über die geographische Ausbreitung auf dem afrikanischen Kontinent. FGM/C wird auch in einigen Ländern des mittleren Ostens sowie in Teilen Asiens und dem Pazifik praktiziert. Des Weiteren gibt es eine zunehmende Anzahl an Berichten, die darauf hindeuten, dass in den letzten drei Jahrzehnten FGM/C von afrikanischen Immigranten in Gemeinden in Europa, Nordamerika und Australien durchgeführt wurde (IOM; Grassivaro-Gallo, Araldi et al. 1998; Irujo 2001; Sala und Manara 2001; Jaeger, Schulze et al. 2002; Essen and Johnsdotter 2004; Sandberg 2008).

Die Tabelle zeigt die Daten der letzten DHS/MICS und der FGM/C- Verbreitungsrate für Frauen zwischen 15 und 49 Jahren.

Tabelle 1: Schätzungen zur nationalen Verbreitung laut DHS oder MICS

Country	Jahr (des letzten DHS/ MICS)	Geschätzte Verbreitung
Benin	2006	13,0
Burkina Faso	2005	72,5
Kamerun	2004	1,4
Zentralafrikanische Republik	2005	25,7
Tschad	2004	44,9
Elfenbeinküste	2005	41,7
Dschibuti	2006	93,1
Ägypten	2005	95,8
Eritrea	2002	88,7
Äthiopien	2005	74,3
Gambia	2005	78,3
Ghana	2006	3,8
Guinea	2005	95,6
Guinea-Bissau	2005	44,5
Kenya	2008	27,1
Liberia	2007	58,0
Mali	2006	85,2
Mauretanien	2001	71,3
Niger	2006	2,2
Nigeria	2008	29,6
Senegal	2005	28,2
Sierra Leone	2005	94,0
Somalia	2005	97,9
Nord-Sudan <sup>1</sup>	2000	90,0
Togo	2005	5,8
Uganda	2006	0,6
Vereinigte Republik Tansania	2004	14,6

1 Bezogen auf ca. 80 % der Gesamtbevölkerung.



Quelle: <http://www.afrol.com/Categories/Women/FGM/netscapeindex.htm>



## FGM/C in Europa

Das Europäische Parlament bestätigt in einer Presseerklärung von 2009, dass jährlich etwa 18.000 in Europa lebende Mädchen und Frauen von weiblicher Genitalverstümmelung bedroht sind (Europäisches Parlament 2009). Die landesweiten Schätzungen basieren normalerweise auf Daten aus den praktizierenden Ländern in Afrika. Solch eine Übertragung der Prävalenzrate aus den Ursprungsländern auf die Immigrant\*innenbevölkerung weist jedoch starke methodische Begrenzungen auf (Powell, Leye et al. 2004).

Aufgrund fehlender exakter Daten ist das Ausmaß des Problems in den Immigrant\*innengemeinden in Europa schwer einzuschätzen. Justizfälle besonders aus Frankreich weisen jedoch auf die Existenz von Mädchen hin, die in Europa beschnitten wurden: in den vergangenen 30 Jahren sind in Frankreich über 30 Fälle vor Gericht gebracht und Eltern sowie Praktizierende zu Haftstrafen verurteilt worden. Vereinzelt sind auch in Italien, England und Schweden erhoben worden (Irin 2005; Sandberg 2008). Verschiedene andere Quellen berichten, dass es Hinweise darauf gibt, dass FGM/C in Europa praktiziert wird, jedoch ohne greifbare Beweise zu liefern (siehe zum Beispiel Black und Debelle 1995; Leye, Powell et al. 2006).

## FGM/C in Deutschland

Die deutsche Nicht-Regierungsorganisation Terre des Femmes (TDF) schätzt, dass 17.852 Frauen über 20 Jahre beschnitten sind. Die Zahl der Mädchen und Frauen, die jünger als 20 Jahre sind und von weiblicher Genitalverstüm-

melung bedroht sind oder sie bereits durchlebt haben, wird mit 5.031 veranschlagt. Diese Zahl ergibt sich aus einer geschätzten Gesamtzahl von 22.883 bedrohten oder betroffenen Mädchen und Frauen.

Hierfür wurde die Zahl der in Deutschland registrierten Frauen eines bestimmten Herkunftslandes mit der zugehörigen Prävalenzrate multipliziert und anschließend durch 100 dividiert. Laut dieser Berechnungen waren die Immigrant\*innengemeinden mit den höchsten Betroffenen- oder Risikorate von Mädchen und Frauen folgende:

- Äthiopien, Ägypten und Eritrea: über 3.000 Mädchen und Frauen;
- Somalia und Kenia: über 2.000 Mädchen und Frauen;
- Jemen und Nigeria: über 1.000 Mädchen und Frauen.

Vom statistischen Standpunkt her ist zu bezweifeln, ob die Prävalenzraten der Länder eins zu eins auf die in Deutschland lebenden Immigrant\*innenbevölkerungen übertragbar sind. So stellen Immigrant\*innen keine repräsentative Auswahl einer gesamten Bevölkerung dar. Viele von ihnen kommen zum Beispiel aus urbanen Gegenden, gehören seltener zur Gruppe mit den niedrigsten Einkünften und verfügen durchschnittlich über ein höheres Bildungsniveau (Kohnert 2007; Lessault und Mezger 2010): alles Hinweise darauf, dass weibliche Genitalverstümmelung von ihnen seltener praktiziert wird (siehe zum Beispiel UNICEF 2005; MICS 2006; Asefaw 2007; Bureau of Statistics Sierra Leone, Ministry of Health et al. 2009; Kenyan National Bureau of Statistics and ICF Macro 2010).



## Die Situation in Hamburg

### Anzahl der in Hamburg registrierten Immigrantinnen und Immigranten aus FGM/C praktizierenden Ländern

Laut Statistischem Landesamt für Hamburg und Schleswig Holstein waren Ende 2009 insgesamt 15.712 afrikanische Immigrantinnen und Immigranten in Hamburg registriert. Davon kommen 12.439 aus Ländern, in denen FGM/C praktiziert wird. Diese Zahl umfasst Immigrantinnen und Immigranten aus Ägypten und Jemen, die in der aktuellen Studie nicht berücksichtigt wurden. Die für diese Studie relevante Zahl an Immigranten aus Ländern südlich der Sahara liegt bei 11.305.

Wie unten stehende Tabelle zeigt, kommen die meisten afrikanischen Immigrantinnen und Immigranten in Hamburg aus Ghana, gefolgt von Togo und Nigeria. Die Gemeinden dieser

Tabelle 2: Anzahl der in Hamburg registrierten Immigranten aus FGM/C praktizierenden Ländern<sup>2</sup>

Nr.	Herkunftsland	Männer	Frauen	Gesamt
1	Ghana	2418	2778	5196
2	Togo	847	684	1531
3	Ägypten	857	392	1249
4	Nigeria	727	373	1100
5	Kamerun	270	213	483
6	Gambia	333	117	450
7	Elfenbeinküste	250	153	403
8	Kenya	77	208	285
9	Benin	151	68	219
10	Äthiopien	99	99	198
11	Burkina Faso	154	36	190
12	Sierra Leone	151	34	185
13	Guinea	122	56	178
14	Guinea Bissau	104	64	168
15	Liberia	84	46	129
16	Senegal	74	39	113
17	Niger	70	14	84
18	Mali	49	21	70
19	Sudan	41	20	61
20	Eritrea	22	30	52
21	Tansania	21	21	42
22	Uganda	9	26	35
23	Yemen	22	7	29
24	Mauretanien	17	8	25
25	Somalia	6	6	12
26	Tschad	3	1	4
27	Zentralafrikanische Republik	1	0	1
<b>Gesamt</b>		<b>6979</b>	<b>5514</b>	<b>12439</b>

2 Basis: vorhandene DHS/MICS-Daten zur Verbreitung von FGM/C.

drei Länder repräsentieren etwa 70 Prozent der Immigrantenbevölkerung aus Ländern Subsahara-Afrikas.

Die Zahlen beinhalten weder Inhaber eines deutschen Passes noch Frauen und Männer, die sich illegal in Hamburg aufhalten. Laut einer empirischen Studie der Diakonie Hamburg (2009) leben circa 6.000 bis 22.000 Personen ohne gültige Aufenthaltsgenehmigung in Hamburg. Der Frauenanteil wird dabei auf 45 Prozent geschätzt. Die Anzahl der Kinder unter 16 Jahren ohne Papiere liegt etwa zwischen 240 und 2.400. Die Zahl illegaler Einwohner aus Ländern Afrikas südlich der Sahara wird auf höchstens 2.474 Personen geschätzt, von denen die meisten aus Ghana kommen.

### Anteil der Immigrantinnen und Immigranten mit Wurzeln in praktizierenden Familien

Die Befragungen haben gezeigt, dass ein großer Anteil der Immigrantinnen und Immigranten aus Subsahara-Afrika (39 Prozent) Wurzeln in Familien hat, die FGM/C praktizieren. Männer geben häufiger als Frauen an, dass sie aus einer praktizierenden Familie kommen. Das kann durch die Tatsache erklärt werden, dass die Anzahl der Männer aus Ländern mit mittlerer bis hoher Verbreitungsrate bedeutend höher ist als die der Frauen (z.B. Burkina Faso oder Nigeria) und die Anzahl der befragten muslimischen Frauen geringer ist.

FGM/C wird sowohl in christlichen als auch in muslimischen Familien praktiziert, obwohl der Prozentsatz von Muslimen aus praktizierenden Familien (68 Prozent) höher ist als von Christen aus praktizierenden Familien (22 Prozent). Je gebildeter die Befragten waren, desto seltener befürworteten sie die Praktik. Ähnliches gilt für jüngere Frauen (siehe Seite 12, Tabelle 4), was auf eine graduelle Abnahme von FGM/C hinweisen könnte.

### Anteil der betroffenen Mädchen und Frauen

Etwa ein Viertel der befragten Frauen gab an, beschnitten zu sein. Weitere sechs Prozent der Frauen haben es vorgezogen, sich zu dieser Frage nicht zu äußern. In zwei Prozent der Fälle bevorzugten es die Forscher, diese Frage nicht zu stellen, da sie spürten, dass die Interviewumgebung es nicht erlaubte. Die meisten Frauen in den letzten beiden Kategorien kamen aus praktizierenden Familien, so dass sie mit hoher Wahrscheinlichkeit ebenfalls von FGM/C betroffen sind. Des Weiteren notierten die Interviewer bei etwa sechs Prozent der Frauen, die angaben unbeschnitten zu sein, dass die non-verbale Kommunikation und der sozio-ethnische Hintergrund auf das Gegenteil hinwies. Es ist von daher anzunehmen, dass die Anzahl betroffener Frauen aus Subsahara-Afrika nennenswert höher als 25 Prozent ist und wahrscheinlich über der 30-Prozent-Marke anzusiedeln ist.

Tabelle 3: Schätzungen betroffener Frauen (18+ Jahre) und Mädchen (0-17 Jahre) auf Basis der Prävalenzraten in den Heimatländern

Land	In Hamburg lebende Frauen > 18	Prävalenz (%) für Frauen (15-49 Jahre im Herkunftsland)	Geschätzte Anzahl beschnittener Frauen	In Hamburg lebende Mädchen < 18 Jahre	für Mädchen (< 18 Jahre im Herkunftsland) <sup>3</sup>	Geschätzte Anzahl betroffener oder gefährdeter Mädchen
Ghana	2322	3,8	88	456	3,8	17
Togo	448	5,8	26	236	1,0	2
Ägypten	287	91,1	261	105	57,0	60
Nigeria	296	29,6	88	77	29,6	23
Kamerun	183	1,4	3	30	1,4	0
Gambia	93	78,0	73	24	64,3	15
Elfenbeinküste	110	42	46	43	42	18
Kenya	193	27,1	52	15	27,1	4
Benin	56	12,9	7	12	3	0
Äthiopien	83	74,3	62	16	74,3	12
Burkina Faso	23	76,6	18	13	37	5
Sierra Leone	21	91,3	19	13	91	12
Guinea	46	95,6	44	10	94	9
Guinea Bissau	48	44,5	21	16	35	6
Liberia	35	58	20	11	58	6
Senegal	33	28,2	9	6	24	1
Niger	8	2,2	0	6	1,2	0
Mali	17	85,2	14	4	82	3
Sudan <sup>4</sup>	19	90,0	17	1	90,0	1
Eritrea	27	88,7	24	3	88,7	3
Tansania	19	14,6	3	2	6,4	0
Uganda	23	0,6	0	3	0,6	0
Yemen	7	23	2	0	20	0
Somalia	6	97,9	6	0	46,0	0
Mauritanien	6	71,3	4	2	69	1
Tschad	1	44,9	0	0	39	0
<b>Total</b>	<b>4404</b>	<b>n/a</b>	<b>902</b>	<b>1104</b>	<b>n/a</b>	<b>200</b>

Tabelle 4: Antworten der teilnehmenden Frauen auf die Frage: Wurden Sie beschnitten?

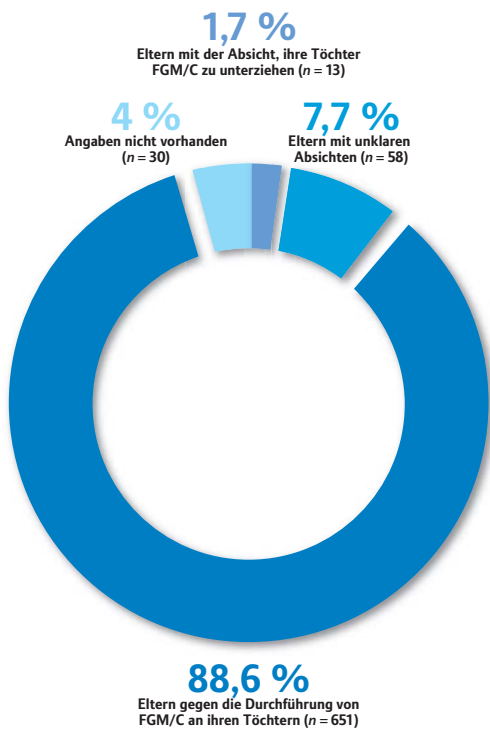
	Ja	Nein	Hat nicht geantwortet	Frage nicht gestellt
Frauen (16-30)	44 (19,0%)	176 (75,9%)	9 (3,9%)	3 (1,3%)
Frauen (31-44)	87 (26,9%)	209 (64,7%)	18 (5,6%)	9 (2,8%)
Frauen (45+)	22 (28,2%)	54 (69,2%)	2 (2,6%)	0 (0,0%)
<b>Gesamt (n = 666)</b>	<b>172 (25,1%)</b>	<b>459 (67,0%)</b>	<b>39 (5,7%)</b>	<b>15 (2,2%)</b>

3 Wenn die Prävalenz von FMG/C unter Töchtern in der DHS oder MICS nicht angegeben war, wurde die Prävalenzrate unter Frauen zwischen 15 und 49 Jahren verwendet und die Zahl mit einem Stern\* versehen

4 Die Prävalenzdaten sind ausschließlich für Nord Sudan und decken etwa 80 % der weiblichen Bevölkerung ab.

Die Befragten gaben eine Gesamtzahl von 1.172 Töchtern an. Laut Berichten der Eltern sind 85 Töchter (sieben Prozent) bereits beschnitten. Die meisten von ihnen leben jedoch in Afrika. Eine kleine Anzahl der Eltern beabsichtigt, ihre Töchter in Zukunft beschneiden zu lassen. Acht Prozent waren unsicher über den späteren Status ihrer Töchter.

Schaubild 1: Einstellung der Eltern zum Status ihrer Töchter



Insgesamt wurden über die Interviews 13 Mädchen identifiziert, die gefährdet sind. Sie kamen aus folgenden Ländern: Guinea (5), Togo (3), Benin (4) und Ghana (1). Eltern, deren Töchter bereits beschnitten sind oder die die Absicht hatten, ihre Töchter beschneiden zu lassen, waren in der Mehrzahl Männer muslimischen Glaubens aus Westafrika, über 30 Jahre alt, mit weniger als zehn Jahren Schulbildung.

### Kenntnisse, Einstellungen und Praktiken

Die Mehrheit der Immigrantinnen und Immigranten aus Subsahara-Afrika ist für die Abschaffung weiblicher Genitalverstümmelung. Lediglich drei Prozent der Befragten befürworteten eine Weiterführung der Praktik. 16 Prozent waren sich unsicher bezüglich ihrer Einstellung zu FGM/C: Einige Personen aus nicht praktizierenden Gruppen äußerten dafür fehlende Kenntnisse über FGM/C. Angehörige aus praktizierenden Gruppen waren der Ansicht, dass die Praktik nur unter medizinischer Aufsicht durchgeführt werden sollte oder dass Gemeinden selbstbestimmt darüber entscheiden sollten. Befürworter der Praktik oder solche mit gemischten Gefühlen waren stärker in der Gruppe der Männer, der

Muslimen und unter Personen mit niedrigem Bildungsniveau vertreten.

Mehr als die Hälfte der Immigrantinnen und Immigranten sieht keinen Vorteil in der Praktik weiblicher Genitalverstümmelung. 42 Prozent sind der Ansicht, dass die Praktik mindestens einen Vorteil hat. Die am häufigsten genannten Vorteile sind soziale Akzeptanz der Familie, bessere Heiratsaussichten und die Minderung der sexuellen Lust der Frauen.

### Bewusstsein über die Risiken und Folgen von FGM/C

Etwa ein Drittel der Befragten gaben an, dass sie keine Risiken der Praktik kennen würden. Am besten informiert über gesundheitliche Risiken oder Folgeprobleme waren Immigrantinnen und Immigranten aus nicht praktizierenden Familien. Besonders oft genannt wurde dabei die Schwierigkeit der Frauen sexuell erregt zu werden. Gerade Männern mit höherem Bildungsniveau erwähnten dies. Infektionen waren ein anderes häufig genanntes Risiko.

### Kenntnisse der deutschen Gesetzgebung

Die meisten Interviewten (70 Prozent) wissen, dass FGM/C in Deutschland strafbar ist. Einige der Befragten gaben an, dass FGM/C im deutschen Gesetz keine ausdrückliche Erwähnung findet, aber unter die Bestimmungen zur Körperverletzung fällt. Andere waren sich über den Gesetzestext unsicher.

Die Hauptinformationsquellen für die Kenntnis des deutschen Gesetzes waren mündliche Kommunikation und internationale Medien (RFI, BBC). Die Gerichtsfälle, die in Frankreich stattgefunden haben und zu Verurteilungen von Eltern und Beschneiderinnen führten, waren vielen bekannt. Einige der Befragten berichteten auch über Verfolgungen von in Deutschland lebenden Eltern, die verdächtigt wurden, ihre Töchter beschneiden zu lassen.

### Bedeutung von FGM/C für afrikanische Gemeinden

Weibliche Genitalverstümmelung spielt im Leben der Immigrantinnen und Immigranten in Hamburg keine herausragende Rolle. Ungeachtet ihrer Einstellung zu FGM/C, setzten die Befragten die Bedeutung der Praktik durchgängig ans Ende einer langen Liste von Themen, die für sie wichtig sind. Die Ergebnisse illustrieren deutlich, dass das Leben der afrikanischen Immigrantinnen und Immigranten sich um andere Dinge dreht: Aufenthaltserlaubnis und Arbeitsgenehmigung, Unterkunft, annehmbare Jobs, Zusammenführung der Familie, Heirat, Geburt. Des Weiteren stehen viele unter einem starken Druck erfolgreich zu sein und ihre Familien zu Hause finanziell zu unterstützen.

## Analyse der verschiedenen Immigrantengemeinden

Die Analyse der verschiedenen Ländergruppen ergab folgende Einordnung hinsichtlich der Notwendigkeit spezifischer Maßnahmen gegen FGM/C.

- Immigrantengruppen mit hohem Interventionsbedarf: Zahlreiche Frauen wurden der Praktik ausgesetzt und könnten Unterstützung benötigen. Die Ergebnisse weisen zudem auf die Existenz von Mädchen hin, die gefährdet sind, der Praktik unterzogen zu werden (Burkina Faso, Gambia, Guinea, Mali, Nigeria, Nord-Benin, Nord- und Zentral-Togo).
- Gemeinden mit mittlerem Interventionsbedarf: Sie weisen eine gemäßigte bis hohe Rate betroffener Frauen auf,
- Immigrantengruppen mit geringem oder gar keinem Interventionsbedarf: FGM/C ist nicht Teil ihrer kulturellen Bräuche. Es hat trotz allem Sinn, diese Bevölkerungsgruppen in Kampagnen gegen FGM/C zu integrieren. Sie können zu den Diskussionen beitragen, welche die Praktik in Frage stellen und andere ermutigen, Einstellungen zu verändern. Des Weiteren müssen Immigranten dieser Bevölkerungsgruppen über FGM/C informiert werden für den Fall, dass sie in eine praktizierende Familie einheiraten (Kamerun, Niger, Süd-Ghana, Süd- Benin, Süd-Togo).

Tabelle 5: Sozio-demographische Charakteristika der interviewten Personen

Soziodemographische Variablen	Frauen (n = 685)	Männer (n = 1082)	Gesamt (n = 1767)
<b>Alter (in Jahren)</b>			
Mittelwert (Standardabweichung)	34,7 (9,3)	36,8 (9,3)	36,0 (9,3)
Spanne	16-75	15-82	15-82
<b>Durchschnittlicher Bildungsgrad (in Jahren)</b>			
Mittelwert (Standardabweichung)	11,91 (4,9)	12,81 (5,1)	12,5 (5,0)
Spanne	0-27	0-27	0-27
<b>Religion</b>			
Moslem	183 (27,0%)	491 (45,9%)	674 (38,6%)
Christ	475 (70,1%)	539 (50,4%)	1014 (58,0%)
Traditionelle Religion	4 (0,6%)	9 (0,8%)	13 (0,7%)
Konfessionslos	16 (2,4%)	30 (2,8%)	46 (2,6%)
<b>Sozialer Status</b>			
Verheiratet (monogam)	314 (46,7%)	400 (37,3%)	714 (40,3%)
Verheiratet (polygam)	15 (2,2%)	34 (3,2%)	49 (2,8%)
Getrennt/geschieden/verwitwet	96 (14,3%)	165 (15,4%)	261 (14,7%)
Niemals verheiratet gewesen <sup>22</sup>	248 (36,8%)	473 (44,1%)	721 (40,7%)
<b>Durchschnittliche Anzahl an Kindern</b>			
Mädchen (Spanne)	0,69 (0-6)	0,65 (0-7)	0,67 (0-7)
Jungen (Spanne)	0,79 (0-4)	0,68 (0-4)	0,72 (0-4)
<b>Durchschnittliche Anzahl der in Deutschland lebenden Kinder</b>			
Durchschnitt Mädchen (Spanne)	0,55 (0-6)	0,45 (0-6)	0,49 (0-6)
Durchschnitt Jungen (Spanne)	0,65 (0-4)	0,44 (0-4)	0,53 (0-4)
<b>Migriert aus</b>			
Urbaner Umgebung	495 (72,1%)	787 (72,4%)	1282 (72,3%)
Ländlicher Umgebung	145 (22,1%)	249 (22,9%)	394 (22,2%)
Fehlende Daten	24 (3,5%)	38 (3,7%)	62 (3,5%)
Möchte nicht antworten	23 (2,3%)	11 (1,0%)	34 (2,0%)
<b>Aufenthaltszeit in Deutschland (in Monaten)</b>			
Mittelwert (Standardabweichung)	129,0 (92,5)	127,03	127,8 (89,1)
Spanne	1-552	0-576	0-576

## Zusammenfassung der Daten für einzelne Länder

### Ghana

Die Anzahl der von FGM/C betroffenen ghanaischen Immigrantinnen und Immigranten ist sehr klein. Bis auf eine kleine Gruppe von Befürwortern lehnt die Gemeinde FGM/C ab oder steht der Beschneidung zumindest gleichgültig gegenüber. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass FGM/C von der in Hamburg lebenden ghanaischen Immigrantengemeinde nicht praktiziert wird. Das Risiko für Mädchen ghanaischer Herkunft ist deshalb als gering einzuschätzen.

### Togo

Ein erheblicher Teil der togolesischen Immigrantinnen und Immigranten in Hamburg hat Wurzeln in praktizierenden Gruppen, wie etwa bei der Gruppe der Kotokoli. Die Mitglieder praktizierender Familien sind überwiegend Muslime, die sich meistens von der deutschen Bevölkerung absondern. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass der Anteil der in Hamburg lebenden gefährdeten Mädchen und betroffenen Frauen beträchtlich höher ist als die Verbreitungsrate in ihrem Heimatland.

Frauen haben einen geringen Status in der togolesischen, muslimisch geprägten Immigrantengemeinde. Selbst wenn sie gegen FGM/C sind, es fehlt ihnen an Einfluss und Macht, um ihre Töchter vor weiblicher Genitalverstümmelung während eines Urlaubs im Heimatland zu schützen. Trotz dieses Umfelds, das für eine größere Gefährdung der Mädchen spricht, gibt es keine Anzeichen dafür, dass FGM/C von der togolesischen Gemeinschaft in Deutschland praktiziert wird.

### Nigeria

Die Ergebnisse deuten drauf hin, dass mehr als die Hälfte der Immigrantinnen und Immigranten aus Nigeria aus einer praktizierenden Familie stammt. Fast die Hälfte der interviewten Frauen ist beschnitten – damit weisen die Ergebnisse darauf hin, dass die Verbreitung unter den immigrierten Frauen in Hamburg erheblich höher ist als die Prävalenzrate für Nigeria. Die Ergebnisse deuten zudem darauf hin, dass es in Hamburg Mädchen gibt, denen weibliche Genitalverstümmelung droht. Der Anteil der Befürworter weiblicher Genitalverstümmelung ist hoch, während das Wissen um die Risiken und Nachteile von FGM/C gering und eher oberflächlich ist – insbesondere unter den Männern. Obwohl die meisten nigerianischen Immigrantinnen und Immigranten das Gesetz kennen, spricht sich eine Minderheit trotzdem entschieden für die Bewahrung von FGM/C als Tradition aus. Der Anteil der männlichen Befürworter liegt dabei deutlich über dem der Frauen. Allerdings hat das Gesetz einen abschreckenden Effekt. Eine der Interviewerinnen fasst ihre Eindrücke folgendermaßen zusammen:

„Ohne das Gesetz würden es [FGM/C] bestimmte nigerianische Männer definitiv tun. Aber als Immigrant in Deutschland wollen sie nicht ihren Status aufs Spiel setzen. Obwohl sie sich klar für die Praktik aussprechen, hat ihr Status und ihr Überleben in Deutschland Priorität – und nicht die Beschneidung. Der Aufenthaltsstatus geht immer vor. Auf der anderen Seite ist keine der Frauen wirklich für die Praktik.“ (weibliche Forscherin kenianischen Ursprungs).

### Kamerun

Die Mehrheit der in Hamburg lebenden Immigrantinnen und Immigranten stammt aus nicht-praktizierenden Gruppen. Nichtsdestotrotz gibt es eine kleine Anzahl von Frauen, die in ihrem Heimatland beschnitten wurden bevor sie nach Deutschland kamen. Dennoch gibt es keinerlei Anzeichen für gefährdete Mädchen. Dies mag auch daran liegen, dass die meisten kamerunischen Immigrantinnen und Immigranten Universitäts-Studenten sind, die sowohl die Risiken weiblicher Genitalverstümmelung als auch die deutsche Gesetzeslage zum Thema sehr gut kennen.

### Gambia

Die meisten Immigrantinnen und Immigranten aus Gambia assoziieren eine oder mehrere Vorteile mit der Praktik weiblicher Genitalverstümmelung. Gleichzeitig ist das Bewusstsein über die Gefahren und Risiken gering. Die Ergebnisse der Befragungen deuten außerdem auf eine große Zahl gambischer Frauen hin, die beschnitten oder gefährdet sind. In Deutschland geborene Mädchen sind besser geschützt; es besteht aber die Gefahr, dass sie während eines längeren Heimataufenthalts beschnitten werden. Die gambische Gemeinde ist gut organisiert und einzelne Personen haben damit begonnen, die Eltern von Mädchen, die eine solche Reise planen, zu warnen und ihnen Tipps zu geben, wie sie ihre Kinder vor FGM/C schützen können.

### Elfenbeinküste

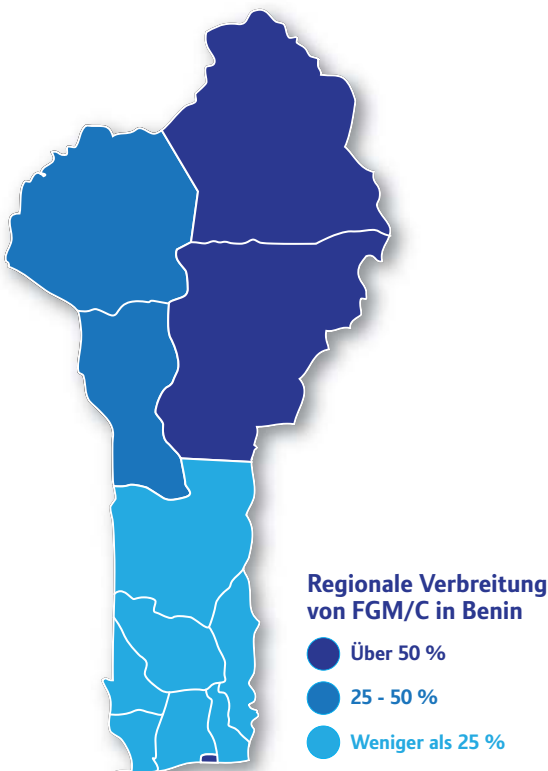
Der Großteil der ivoirischen Immigrantinnen und Immigranten hat Wurzeln in praktizierenden Gruppen. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass ein signifikanter Anteil der immigrierten ivoirischen Frauen beschnitten ist. In der Gruppe der in Deutschland aufwachsenden Töchter scheint Beschneidung jedoch bis auf einige wenige Ausnahmefälle beschränkt zu sein. Die meisten ivoirischen Immigranten kommen aus städtischen Gebieten, sind relativ weltoffen und respektieren die Regeln der Gesellschaft ihres Gastlandes – auch was das Verbot weiblicher Genitalverstümmelung angeht. Das Bewusstsein um die Risiken und medizinischen Gefahren ist relativ hoch.

## Kenia

Die Auswahl an befragten Personen aus Kenia war zu klein, um verlässliche Aussagen zur Situation von FGM/C bei den in Hamburg lebenden kenianischen Immigrantinnen und Immigranten treffen zu können. Es kann angenommen werden, dass der Anteil der Frauen, die beschnitten sind, in etwa der geschätzten Verbreitung in Kenia entspricht. Zudem existiert bei den interviewten Personen aus Kenia ein großes Bewusstsein über die Risiken weiblicher Genitalverstümmelung und das Verbot in Deutschland. Die Wahrscheinlichkeit einer in Hamburg aufwachsenden Tochter, von Beschneidung gefährdet zu sein, scheint gering zu sein.

## Benin

Die Immigrantengemeinde aus Benin ist in zwei Gruppen geteilt: Die Mitglieder der ersten Gruppe kommen vorrangig aus einer der vier nördlichen Regionen (überwiegend Muslime) und die der zweiten aus den südlichen Regionen (meist Christen und traditionelle Religionen). Unter den muslimischen Immigrantinnen und Immigranten aus den nördlichen Regionen ist Beschneidung weit verbreitet und die Anzahl der beschnittenen Frauen hoch. Die Haupt-Informanten schätzen, dass es mehr Immigranten aus den nördlichen Regionen gibt als aus den südlichen. Es kann daraus geschlossen werden, dass die Anzahl der betroffenen Frauen hierzulande höher liegt als im Heimatland.



## Äthiopien

Die befragten Mitglieder der äthiopischen Immigrantengemeinde besitzen einen relativ hohen Bildungsstand und sind gut integriert. Die Befunde deuten darauf hin, dass die Äthiopier eine hohe Bereitschaft zeigen, die Tradition der Beschneidung im Kontext der Migration hinter sich zu lassen. Obwohl viele der erwachsenen Frauen in Äthiopien selber beschnitten wurden – zumeist im frühen Kindesalter – besitzen sie kein Interesse daran, ihre in Deutschland aufwachsenden Töchter ebenfalls dieser Praktik zu unterziehen. Ein religiöser Führer erläutert:

„Wenn wir mit den Eltern sprechen, so haben die meisten von ihnen die Praktik miterlebt. Aber ich glaube nicht, dass sie diese Praktik bei ihren eigenen Kindern gutheißen würden. Ich habe noch von keinem Äthiopier – hier oder sonst wo in Deutschland – gehört, der seine Tochter beschneiden ließ. Es gab zwar diesen Bericht der Deutschen Welle, in dem von einer äthiopischen Familie berichtet wird, die angeblich in ihr Heimatland reisen wollte, um ihre Tochter beschneiden zu lassen. Aber natürlich stellte sich dies als eine falsche Anschuldigung heraus. Ich folgere daraus, dass die in Hamburg lebenden Äthiopier die Beschneidung nicht gutheißen und schon gar nicht bei ihren eigenen Kindern durchführen wollen. Aber dies bedeutet nicht, dass die Eltern selber nicht beschnitten sind. Ich bin sicher, dass viele von ihnen beschnitten wurden, als sie Säuglinge waren.“ (39-jähriger, religiöser Führer und Hauptinformant äthiopischer Herkunft).

## Burkina Faso

Mädchen und Frauen, die aus Burkina Faso nach Hamburg kommen, sind mit großer Wahrscheinlichkeit beschnitten. Die meisten burkinischen Immigrantinnen und Immigranten wissen recht gut über die Risiken weiblicher Genitalverstümmelung Bescheid. Ein Großteil spricht sich für die Abschaffung der Praktik aus. Einer der Interviewer burkinischen Ursprungs kommt zu dem Schluss, „Es kommt ihnen gar nicht in den Sinn; sie sind mit ganz anderen Dingen beschäftigt.“ Dennoch gibt es eine Minderheit von Männern, die für die Fortsetzung weiblicher Genitalverstümmelung plädieren, etwa um der sexuellen Freizügigkeit der burkinischen Frauen vorzubeugen.

## Guinea

Es ist sehr schwierig, das Thema Beschneidung in der guineischen Immigrantengemeinde anzusprechen. Die meisten der Befragten äußerten entweder Gleichgültigkeit oder starke negative Reaktionen, wenn sie zu ihrer Einstellung zu FGM/C befragt wurden. Obwohl die Mehrheit sich positiv zur Abschaffung weiblicher Genitalverstümmelung äußert, gibt es keine gewichtigen Stimmen, die sich für Aktivitäten gegen



die Praktik aussprechen. Die Ergebnisse der Befragung legen dar, dass fast alle guineischen Frauen in Hamburg beschnitten sind. Unter den Töchtern der befragten Eltern gab es 15 Mädchen, die im Heimatland beschnitten worden sind, fünf gelten als gefährdet. Insgesamt scheint die Anzahl der in Hamburg lebenden guineischen Mädchen beträchtlich höher zu sein als die zehn offiziell gemeldeten.

### Senegal

Die befragte Auswahl war zu klein, um Schlüsse über die senegalesische Gemeinde in Hamburg ziehen zu können. Die Daten deuten darauf hin, dass eine größere Anzahl an Immigrantinnen und Immigranten aus praktizierenden Familien kommt. Weibliche Genitalverstümmelung stellt für sie eine kulturelle und manchmal eine religiöse Praktik dar, mit der die Mädchen in die erwachsene Gesellschaft ihrer ethnischen Gruppe aufgenommen werden. Es bedarf weiterer Untersuchungen, um eine repräsentative Bewertung der senegalesischen Immigrantengemeinde vornehmen zu können.

### Niger

Die Anzahl an Immigrantinnen und Immigranten aus Niger ist sehr gering. Nur wenige Teilnehmende kommen aus praktizierenden Gruppen. Es gibt keine Anzeichen dafür, dass Frauen oder Mädchen betroffen sind, obwohl die Existenz von Einzelfällen nicht ausgeschlossen werden kann.

### Mali

Die Ergebnisse machen deutlich, dass es eine kleine aber aussagekräftige Anzahl von konservativen Befürwortern innerhalb der malischen Immigrantengemeinde gibt, die die Beschneidung als eine zu bewahrende Tradition ansehen.

Die meisten aus Mali immigrierten Frauen sind beschnitten. Es gibt jedoch keinen Beweis dafür, dass die Befürworter der Praktik soweit gehen würden, ihre in Deutschland aufwachsenden Töchter der Praktik auszusetzen. Weitere Studien sind auch hier notwendig, um fundiertere Informationen zu erhalten.

### Sierra Leone, Liberia und Guinea Bissau

Wir konnten nur eine Handvoll Immigrantinnen und Immigranten aus Sierra Leone, Liberia und Guinea Bissau befragen. Da die Prävalenzraten in den drei Ländern mäßig bis hoch sind, empfehlen wir die Durchführung weiterer Studien mit Personen aus diesen drei Ländern.

### Tansania

Es gibt offiziell nur 42 in Hamburg registrierte Tansanier. Das Zusammentragen von Daten aus solch einer kleinen Gruppe stellt methodologisch eine Herausforderung dar und erfordert so gut wie alle Mitglieder zu erreichen, um aussagekräftige Rückschlüsse zu ziehen. Es gab keine Hinweise auf betroffene Mädchen und Frauen – obwohl dies nicht ausgeschlossen werden kann.

### Sudan, Eritrea und Somalia

Die Gemeinden sind sehr klein und ihre Mitglieder scheinen ziemlich gut integriert zu sein. Es kann angenommen werden, dass die Frauen, die ihre Heimatländer als Erwachsene oder später verließen, beschnitten sind. Es gab keine Hinweise darauf, dass in Hamburg aufwachsende Mädchen gefährdet sind. Die Existenz von Einzelfällen kann jedoch nicht ausgeschlossen werden.

Die Befragungen weisen darauf hin, dass weibliche Genitalverstümmelung in Hamburg bislang nicht praktiziert wird. Lediglich vier der Befragten glaubten oder hatten davon gehört, dass FGM/C in Deutschland schon mal stattgefunden hat. Alle anderen waren überzeugt, dass die Praktik weder in Hamburg noch sonst wo in Deutschland durchgeführt wird.

Auch wenn weibliche Genitalverstümmelung in Hamburg nicht praktiziert wird, so besteht die Gefahr, dass Mädchen afrikanischer Herkunft im Ausland beschnitten werden. Die Schlüsselinformanten wiesen auf zwei Möglichkeiten hin, die Familien nutzen könnten, um ihre Töchter zu beschneiden. Einerseits könnten Mädchen während eines längeren Heimaturlaubs bei Verwandten beschnitten werden:

„Wenn sie es machen wollen, während sie hier leben, ist es besser, wenn sie in Ihr Land zurückkehren [...]. Die europäischen Medien haben uns Angst gemacht, hier zum Arzt zu gehen und danach zu fragen. Denn dann hätten sie mit sofortigen Konsequenzen zu rechnen. Die beste Lösung ist es, in ihr Land zurückzukehren, und es dort zu machen.“ (Schlüsselinformant senegalesischer Herkunft)

„Wenn eine Familie ihre Tochter beschneiden lassen will, wird sie sie nach Afrika zurückschicken. Sie erzählen ihr, dass sie die Ferien in Afrika verbringen wird, um ihre Großmutter zu sehen, den Großvater, Onkel... die afrikanische Verwandtschaft. Wenn es Cousinen gibt, welche die gleiche Sache durchmachen müssen, werden sie einen Plan machen, wie sie das Mädchen mit ihnen zusammen beschneiden lassen können. Wenn sie das gleiche Alter wie die anderen Mädchen hat, wird sie gezwungen werden zu gehen, ohne nach ihrer Meinung gefragt zu werden. So würde es gemacht werden!“ (Schlüsselinformant mit Herkunft von der Elfenbeinküste)

Zum anderen wird die Möglichkeit genannt, dass Mädchen in ein anderes europäisches Land geschickt werden – vorzugsweise Frankreich oder Italien. Mehrere Quellen gaben an, dass in den beiden Ländern FGM/C von Gemeinden aus dem Senegal, Mali, Guinea und der Elfenbeinküste durchgeführt wird. Die praktizierenden afrikanischen Gemeinden sind gut organisiert und führen FGM/C in absoluter Geheimhaltung durch. So erzählte zum Beispiel eine Teilnehmerin aus Guinea, dass ihr Bruder vor kurzem seine drei Töchter in Paris beschneiden ließ. Andere wiesen auf die Existenz traditioneller Beschneiderinnen in Frankreich hin.

„Es hier tun? Das wäre schwer. Die Familie würde mit dem Kind nach Afrika oder nach Frankreich gehen. In Frankreich findet man Frauen, die sich darum kümmern. Sie haben in Mali gelernt wie man es macht. In Hamburg gibt es keine solche Möglichkeit. Die Täter sind nicht angemessen organisiert. Es gibt nicht so viele Afrikaner hier.“ (Schlüsselinformant mit Herkunft von der Elfenbeinküste)

Obwohl beide Möglichkeiten von zahlreichen Schlüsselinformanten genannt wurden, wiesen sie auch darauf hin, dass beide Szenarios eher unwahrscheinlich sind. Vor allem fehlt es einem großen Anteil der Familien an finanziellen Möglichkeiten, ihre Töchter nach Afrika in den Urlaub zu schicken. Doch am häufigsten würden sie fürchten, dass die Beschneidung während medizinischer Kontrollen, Untersuchungen oder Behandlungen entdeckt werden, das Sozialamt oder Lehrkräfte eine medizinische Kontrolle nach einem Aufenthalt im Herkunftsland verlangen oder die Mädchen in der Schule oder in Anwesenheit von Deutschen über die Erfahrung sprechen könnten.

Die Schlussfolgerung des Forschungsteams: Mädchen, die für die Beschneidung nach Afrika geschickt werden, bleiben wahrscheinlich länger als die üblichen sechs Wochen in den Sommerferien. Zumal es unter afrikanischen Immigranten üblich ist, ihre Kinder – Jungen gleichsam wie Mädchen – für mehrere Jahre in ihr Herkunftsland zu schicken. Dort sollen sie mehr über die afrikanischen Traditionen erfahren und ihre Familie und Kultur kennenlernen. Während solcher verlängerter Aufenthalte sind Mädchen aus praktizierenden Familien besonders gefährdet. Die Daten liefern allerdings keine Informationen darüber, wie verbreitet es ist, Mädchen aus Bildungsgründen zu ausgedehnten Aufenthalten nach Afrika zu schicken.

### Schutzfaktoren

Bestimmte Faktoren konnten identifiziert werden, die dazu beitragen, Mädchen aus praktizierenden Familien vor weiblicher Genitalverstümmelung zu schützen:

- **Angst vor Sanktionen:** Die Mehrheit der afrikanischen Immigrantinnen und Immigranten weiß, dass FGM/C in Deutschland strafbar ist. Die Angst vor Verfolgung ist einer der Faktoren, der Familien davon abbringt, die Praktik fortzuführen.
- **Profil der Immigrantinnen und Immigranten:** Das hohe Bildungsniveau und die Vielzahl an Immigranten aus urbanen Gegenden mindern ebenfalls das Risiko für in Hamburg aufwachsende Mädchen.
- **Fehlendes soziales Umfeld:** Ohne den sozialen und kulturellen Kontext, in dem FGM/C in Afrika praktiziert wird, können sich viele Familien leichter für die Aufgabe der Praktik entscheiden.

### Risikofaktoren

Die Befragungen haben ergeben, dass es vier Hauptrisiken gibt, die eine Fortführung der Praktik begünstigen:

- **Zahlenmäßig große und schlecht integrierte Gemeinden:** Gemeinden, die sich stark von der Gastgesellschaft

abgrenzen, neigen dazu an ihren Traditionen festzuhalten, selbst wenn die Gastgesellschaft diese ablehnen sollte.

- **Fehlende Denunziationskultur:** Der Respekt vor Traditionen generell und die Angewohnheit, sich nicht in Familienangelegenheiten einzumischen, machen es relativ unwahrscheinlich, dass Mitglieder einer afrikanischen Gemeinde zu den deutschen Behörden gehen würden. Selbst entschiedene Gegner der Praktik würden es nicht in Betracht ziehen eine Familie zu denunzieren, die plant eine Tochter zu beschneiden.
- **Strikte Sexualmoral:** Einige Immigrantinnen und Immigranten betrachten weibliche Genitalverstümmelung positiv, weil sie glauben, dass damit das sexuelle Verlangen von Frauen reduziert würde und so die Jungfräulichkeit vor der Hochzeit und die Treue während der Ehe garantiert sei. Gerade muslimische Immigrantinnen und Immigranten glauben, dass Mädchen in Europa zu früh sexuelle Erfahrungen machen und dass die meisten europäischen Frauen untreu sind sowie häufig wechselnde Sexualpartner haben. Im Vergleich mit den sexuellen Praktiken ihres Heimatlandes kommt eine große Anzahl Männer zu dem Schluss, dass beschnittene Mädchen und Frauen seltener sexuell ausschweifendes Verhalten zeigen als unbeschnittene.
- **Fehlende Kenntnisse oder Gleichgültigkeit seitens der Männer:** Innerhalb praktizierender Familien haben Väter oft nur geringe Kenntnis über die Praktik weiblicher

Genitalverstümmelung und sind sich nicht über die Risiken und Gefahren für ihre Töchter bewusst. Dies kann dazu beitragen, dass Töchter beschnitten werden, selbst wenn ihre Väter nicht persönlich die Absicht hatten.

#### Gefährdung von Mädchen mit einem deutschen Elternteil

Die Ergebnisse zeigen auf, dass Mädchen mit einem deutschen Elternteil kaum gefährdet sind:

- Meist sind es vor allem die gut integrierten Immigranten, häufig Intellektuelle, die mit europäischen Partnern verheiratet sind. Sie betrachten traditionelle Praktiken wie FGM/C als gefährlich und beschützen ihre Tochter effektiv davor, wenn die Verwandtschaft in Afrika sie fortführen möchte.
- Immigrantinnen oder Immigranten, die eine Partnerschaft zu einem/einer Deutschen beginnen, um eine Aufenthaltserlaubnis zu erhalten, sind sich meist bewusst, dass der europäische Partner die Praktik nicht akzeptieren und den Fall der Polizei melden würde. Dies könnte ihre Aufenthaltsgenehmigung und damit die Unterstützung für ihre Familien im Herkunftsland gefährden.
- Kinder mit einem afrikanischen und einem deutschen Elternteil werden für gewöhnlich als Deutsche erzogen und haben kaum Zugang zur afrikanischen Kultur und den Traditionen.

Um Mädchen vor weiblicher Genitalverstümmelung in Hamburg zu schützen, sollte der Fokus auf Frauen und Männern aus praktizierenden ethnischen Gruppen und Familien liegen. Die Immigrantengemeinden mit mäßigem bis hohem Interventionsbedarf (hoch: Nigeria, Guinea, Gambia, Zentral- und Nord-Togo, Nord-Benin und Burkina Faso; gemäßigt: Elfenbeinküste, Äthiopien, Kenia, Nord-Ghana) sollten besondere Aufmerksamkeit und Ressourcen erhalten. Es wird empfohlen, dass die Hauptvertreter jeder Gemeinde ermutigt werden, einen spezifischen Strategieplan für ihre Gemeinde zu entwerfen.

Generelle Aufklärungskampagnen sollten für alle afrikanischen Immigrantengemeinden angeboten werden. Dabei sollten auch Immigrantinnen und Immigranten eingebunden werden, die gegen die Praktik sind. Sie können die Aufklärungsaktivitäten unterstützen und Familien, die in Betracht ziehen ihre Töchter zu beschneiden, begleiten und beraten.

Die Entwicklung und Durchführung eines Aktionsplans sollte unter afrikanischer Führung erarbeitet werden. Deutsche und internationale Organisationen können fachlich und finanziell unterstützen, sollten jedoch Abstand davon nehmen, aktiv an der Umsetzung des Aktionsplans beteiligt zu sein.

Es sollten Gemeindevermittler ausgesucht werden, die den gleichen soziodemographischen und ethno-linguistischen Hintergrund wie die Zielbevölkerung haben. Beim Kontakt mit Mitgliedern der muslimischen Gemeinden aus Nord-Benin zum Beispiel ist es von immenser Wichtigkeit, dass die Aktivitäten gegen FGM/C von Immigrantinnen und Immigranten geleitet werden, die aus der gleichen Gegend kommen, die gleiche oder eine ähnliche lokale Sprache sprechen und die kulturellen Traditionen teilen. Dieses bedeutet, dass jede Immigrantengemeinde mindestens eine eigene Person braucht, die für die Durchführung der Aktivitäten gegen FGM/C in der jeweiligen Gemeinde die Verantwortung trägt.

Da FGM/C ein sehr sensibles Thema ist, empfiehlt sich die Anwendung des multi-sektoralen Ansatzes, mit dem sehr gute Erfahrungen in Afrika gemacht werden. Statt sich auf ein einzelnes Thema zu beschränken, wird FGM/C in eine Reihe anderer Themen eingebettet, die diverse Bedürfnisse der Zielbevölkerung decken. Dieser Ansatz hilft dabei, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen bevor empfindliche Themen wie FGM/C angesprochen werden. Solche Schlüsselthemen sind zum Beispiel reproduktive Gesundheit, Familienplanung, berufsbegleitende Ausbildung, Computerkurse, Hilfe bei Problemen mit der Ausländerbehörde und andere Bedürfnisse, die von der Immigrantengemeinde ausgesprochen werden.

Um eine Veränderung in der Einstellung zu weiblicher Genitalverstümmelung zu ermöglichen, ist es hilfreich, dass in Diskussionsrunden mit den Zielgruppen auch die für die Gemeinden geltenden Vorteile der Praktik sowie Vorurteile gegenüber nicht-beschnittenen Frauen diskutiert und in Frage gestellt werden können.

Unterstützer der Praktik können sowohl unter Männern als auch unter Frauen gefunden werden. Obwohl die Praktik häufig als „Frauensache“ abgetan wird, tragen sowohl Männer als auch Frauen dazu bei, dass FGM/C beibehalten wird. Beide sollten deshalb über die Risiken und gefährlichen Folgen der Praktik informiert werden und eine Rolle in ihrer Abschaffung spielen. Deshalb empfehlen wir sowohl männliche als auch weibliche Immigranten aus allen Altersgruppen in die Aktionen mit einzubeziehen. Da Mädchen und Jungen eine sehr empfängliche Zielgruppe sind, sollten darüber hinaus kinder- und jugendfreundliche Aktivitäten umgesetzt werden.

- African Women's Association in Vienna (2000).** Die Anwendung der Female Genital Mutilation (FGM) bei Migrantinnen in Österreich. Wien, Oesterreich, Afrikanische Frauenorganisation in Wien.
- Ahmadu, F. (2000).** Rites and wrongs: an insider/ outsider reflection on power and excision. Female "circumcision" in Africa. B. Shell-Duncan and Y. Hernlund. Boulder, Colorado, Lynne Rienner.
- Al-Krenawi, A. and R. Wiesel-Lev (1999).** "Attitudes toward and perceived psychosocial impact of female circumcision as practiced among the Bedouin-Arabs of the Negev." *Family Process* 38: 431-443.
- Amegee, K. (1999).** L'excision au Togo: résultats d'une enquête. Lomé, Unité de Recherche Démographique (URD) de l'Université de Lomé.
- Asali, A., N. Khamaysi, et al. (1995).** "Ritual female genital surgery among Bedouin in Israel." *Archives of Sexual Behaviour* 24: 571-575.
- Asefaw, F. (2007).** Weibliche Genitalbeschneidung, (Female Genital Cutting, FGC) – Eine Feldstudie unter besonderer Berücksichtigung der Hintergründe sowie der gesundheitlichen und psychosexuellen Folgen für Betroffene und Partner in Eritrea und Deutschland. Berlin, Hamburg, Medizinischen Fakultät der Charité der Humboldt-Universität zu Berlin. Doctor medicinae (Dr. med.).
- Behrendt, A. (2005).** Female genital cutting in Moyamba and Bombali districts of Sierra Leone: perceptions, attitudes and practices. Dakar, Senegal, Plan International.
- Behrendt, A. (2005).** La promotion de l'abandon de l'excision au Mali: Bonnes pratiques et leçons apprises. Dakar, Senegal, Plan International.
- Behrendt, A. (2005).** Les déterminants socio-culturels de la pratique de l'excision en Guinée forestière. Dakar, Senegal, Plan West Africa Regional Office.
- Behrendt, A. (2006).** Tradition and rights: female genital cutting in West Africa. Dakar Senegal, Plan West Africa Regional Office.
- Black, J. and G. Debelle (1995).** "Female genital mutilation in Britain." *British Medical Journal* 310: 1590.
- Budiharsana, M. (2004).** Female circumcision in Indonesia: extent, implications and possible interventions to uphold women's health rights. Jakarta, Indonesien, Population Council.
- Bund der Frauenärzte, Terre des Femmes, et al. (2005).** Schnitte in Körper und Seele. Eine Umfrage zur Situation beschnittener Frauen und Mädchen in Deutschland. Cologne, Germany, Terre des Femmes and UNICEF.
- Bureau of Statistics Sierra Leone, Ministry of Health and Sanitation and ICF Macro (2009).** Sierra Leone Demographic and Health Survey 2008. Calverton, Maryland, ICF Macro
- Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Commerce (DNSI/MEIC), Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS) and Macro International Inc. (2006).** Enquête Démographique et de Santé du Mali 2006. Calverton, Maryland, USA, Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Ministère de l'Économie, Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS) and Macro International Inc.
- European Parliament (2009).** Stop female genital mutilation, European Parliament.
- Ehigiegba, A., D. Selo- Ojeme, et al. (1998).** "Female circumcision and determinants in southern Nigeria." *East African Medical Journal* 75: 374-376.
- EMMA (2009)** Genitalverstümmelung: mitten unter uns. January/ February 2009.
- Essen, B. and S. Johnsdotter (2004).** Sexual health among young Somali women in Sweden: living with conflicting culturally determined sexual ideologies *Advancing Knowledge on Psychosexual Effects of FGM: assessing the evidence.* Alexandria, Egypt.
- Freundeskreis Tambacounda E.V. (2003).** Weibliche Genitalverstümmelung: Untersuchung zur Situation von Migrantinnen in Niedersachsen Hannover, Freundeskreis Tambacounda E.V.
- Gambia Bureau of Statistics (2007).** The Gambia Multiple Indicator Cluster Survey 2005/2006 Report. Banjul. Gambia Bureau of Statistics (GBoS).
- Ghadijally, R. (1992).** Update on female genital mutilation in India. Women's Global Network for Reproductive Rights Newsletter.
- Grassivaro-Gallo, P., L. Araldi, et al. (1998).** Epidemiological, medical, legal and psychological aspects of mutilated/at risk girls in Italy. Bioethical focusing. . Male and female circumcision. Medical, legal and ethical considerations in pediatric practice. G. C. Denniston, F. Mansfield Hodges, & M. Fayre Milos. New York, Kluwer Academic/ Plenum: 241–257.
- Direction Nationale de la Statistique (DNS) (Guinée) and ORC Macro (2006).** Enquête Démographique et de Santé, Guinée 2005. Calverton, Maryland, U.S.A., Direction Nationale de la Statistique (DNS) (Guinée) and ORC Macro.
- Diakonie Hamburg (2009).** Leben ohne Papiere: eine empirische Studie zur Lebenssituation von Menschen ohne gueltige Aufenthaltspapiere in Hamburg. Hamburg, Germany, Diakonie Hamburg.
- Hashi, F. (2001).** Female Genital Mutilation and Early Marriage in Africa: Focus on Ghana, World Vision: 28-32.
- Institut National de Statistiques de Cameroun and ICF Macro (2004).** Enquête Démographique et de Santé. 2004. Yaoundé, Cameroun, Institut National de Statistiques de Cameroun and ICF Macro.
- Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) Burkina Faso and ORC Macro (2004).** Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso 2003. Calverton, Maryland, USA: Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) Burkina Faso and ORC Macro.
- Institut National de la Statistique, Ministère de la Lutte contre le Sida [Côte d'Ivoire] and ORC Macro (2006).** Enquête sur les Indicateurs du Sida, Côte d'Ivoire 2005. Calverton, Maryland, U.S.A. Institut National de la Statistique et ORC Macro.
- Institut National de la Statistique (INS) and Macro International Inc. (2007).** Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Niger 2006 Calverton, Maryland, USA, Institut National de la Statistique (INS) and Macro International Inc.
- Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) [Bénin] and Macro International Inc. (2007).** Enquête Démographique et de Santé (EDSB-III) – Bénin 2006. Calverton,

- Maryland, USA, Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) [Bénin] and Macro International Inc.
- International Organization for Migration.** Supporting the abandonment of female genital mutilation in the context of migration. International Organization for Migration (IOM).
- Irin (2005).** "Razor's edge. The controversy of Female Genital Mutilation. IRIN web special." from www.irinnews.org.
- Irujo, J. (2001).** Zaragoza-Banyoles, viaje a la mutilación genital. El líder de la comunidad gambiana en Aragón denuncia cómo se mutila el clitoris a niñas subsaharianas en España. El País. 32.
- Isa, A., R. Shuib, et al. (1999).** "The practice of female circumcision among Muslims in Kelantan Malaysia." *Reproductive Health Matters* 7: 137-144.
- Jaeger, F., S. Schulze, et al. (2002).** "Female genital mutilation in Switzerland: a survey among gynaecologists." *Swiss. Med. Wkly* 132: 259-264.
- Kenyan National Bureau of Statistics and ICF Macro (2010).** Kenya Demographic and Health Survey 2008-09. Calverton, Maryland, Kenyan National Bureau of Statistics and ICF Macro.
- Kohnert, D. (2007).** African migration to Europe: obscured responsibilities and common misconceptions. Working papers, German Institute for Global and Area Studies (GIGA).
- Koso-Thomas, O. (1987).** The circumcision of women. A strategy for eradication. London, England, Zed Books.
- Kvelling, A. and L. Sayed (2002).** Omskjering av kvinner i de forente arabiske emirater – er klitoridektomi i tradisjonell praksis et overgrep mot kvinner? (Concerning female circumcision in the United Arab Emirates: is clitoridectomy in a traditional context an assault against women? . Faculty of Medicine. Oslo, University of Oslo. Thesis.
- Lessault, D. and C. Mezger (2010).** La migration internationale sénégalaise. Des discours publics à la visibilité statistique. MAFE working paper 5, Migrations between Africa and Europe (MAFE).
- Leye, E., R. Powell, et al. (2006).** "Health Care in Europe for Women with Genital Mutilation." *Health Care for Women International* 27: 362-378.
- MICS (2006).** Ghana: Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) 2006. Accra, Ghana.
- Mooren, T., J. Knipscheer, et al. (2001).** The Lowlands Acculturation Scale: Validity of an Adaptation Measure Among Migrants in The Netherlands. The Impact of War. Studies on the psychological consequences of war and migration Delft, Eburon: 49 - 68.
- Ndiaye, S. and M. Ayad (2006).** Enquête Démographique et de Santé au Sénégal 2005. Calverton, Maryland, USA, Centre de Recherche pour le Développement Humain [Sénégal] and ORC Macro.
- Nigeria National Population Commission and ICF Macro (2009).** Nigeria Demographic and Health Survey 2008 and 2009. Abuja, Nigeria, National Population Commission and ICF Macro.
- Oduro, A., P. Ansah, et al. (2006).** "Trends in the Prevalence of Female Genital Mutilation and its Effect on Delivery Outcomes in the Kassena-Nankana District of Northern Ghana." *Ghana Med Journal* 40: 87-92.
- Planned Parenthood Association (1998).** Female Genital Mutilation – preventive activities in Ghana. UNFPA/IPPF Roundtable on Eradicating FGM, Yaounde, Cameroun.
- Powell, R., E. Leye, et al. (2004).** "Female genital mutilation, asylum seekers and refugees: The need for an integrated European Union agenda." *Health Policy* 70: 151-162.
- Rahman, A. and N. Toubia (2000).** Female Genital Mutilation – A Guide to Laws and Policies Worldwide. London, UK, Zed Books Ltd.
- Sala, R. and D. Manara (2001).** "Nurses and requests for female genital mutilation: Cultural versus human rights." *Nursing Ethics* 8: 247-258.
- Sandberg, U. (2008).** Audit of baseline data and information on FGM/C in Europe, Amnesty International Irish Section and Human Dignity Foundation.
- Terre des Femmes (2010).** Mindestanzahl der in Deutschland lebenden FGM-Betroffenen und Gefährdeten: Stand April 2010. Tuebingen, Germany, Terre des Femmes.
- U. S. Department of State (2001).** Ghana: Report on Female Genital Mutilation (FGM) or Female Genital Cutting (FGC). Released by the Office of the Senior Coordinator for International Women's Issues.
- UNAIDS, UNDP, et al. (2008).** Eliminating female genital mutilation: an interagency statement Geneva, Switzerland, World Health Organisation.
- UNICEF (2005).** Changing a harmful social convention: female genital mutilation/cutting. Florence, Italy, Innocenti Digest and UNICEF.
- UNICEF (2005).** Female genital mutilation/ cutting: a statistical exploration. New York, UNICEF.
- WADI (2010).** Female genital mutilation in Iraqi-Kurdistan: an empirical study by wadi. Frankfurt am Main, Germany, WADI.
- WHO, UNICEF, et al. (1997).** Female genital mutilation. A joint WHO/UNICEF/UNFPA statement. Geneva, Switzerland, World Health Organization.
- WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome (2006).** "Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries." *The Lancet* 367: 1835-1841.

# MODELL ZUR VERHALTENSVÄNDERUNG

## Kontext des Aktionsplans

### Direkte Zielgruppe

- Immigrantinnen und Immigranten aus praktizierenden Gruppen und Familien.

### Indirekte Zielgruppen

- Alle Immigrantinnen und Immigranten aus Ländern, in denen FGM praktiziert wird.
- Eltern von Mädchen mit einem Elternteil aus einer praktizierenden Familie.

### Unterstützende Faktoren

- Viele Immigrantinnen und Immigranten in Hamburg lehnen die Praktik ab.
- Viele von ihnen weisen einen relativ hohen Bildungsstand auf.
- Die deutsche Gesetzgebung wirkt abschreckend.
- Es gibt viele Gelegenheiten, mit afrikanischen Vereinen und anderen Nichtregierungsorganisationen in Kontakt zu treten.
- Es bestehen weder sozialer Druck noch ausgeprägte traditionelle Strukturen für die Ausübung von FGM/C.

### Hindernisse

- Viele Immigrantinnen und Immigranten stehen Aktionen von deutscher Seite argwöhnisch gegenüber.
- FGM/C ist kein vorrangiges Problem für die Immigrantinnen und Immigranten, besonders nicht für Männer.
- Es ist schwierig, Zugang zu muslimischen Frauen aus praktizierenden Familien zu erhalten.
- Viele Immigrantinnen und Immigranten sehen einen positiven Nutzen in der Praktik.
- Mädchen werden für längere Zeit nach Afrika geschickt.
- Die wesentlichen Akteure (Behörden, medizinisches Personal etc.) haben begrenzt Zeit, ein geringes Budget und mangelnde Kenntnisse über die Praktik.

## Vorbereitungsphase

### Gründung eines Panafrikanischen Komitees (PAK)

- Zusammengesetzt aus engagierten Mitgliedern des Forschungsteams und weiteren interessierten Personen aus Sub-Sahara Afrika.
- Entwicklung einer Vision.
- Identifikation wesentlicher Maßnahmenbereiche und Strategien im Bereich Lobbyarbeit und lokaler Aktionen.

### Verbreitung der Studienergebnisse durch das PAK auf Ebene der

- Migranten-Gemeinden aus Sub-Sahara Afrika.
- Ausgewählten Akteure wie religiöse und traditionelle Führer sowie Vertreterinnen und Vertreter der afrikanischen Vereine.
- Deutschen Behörden und relevanten Berufsgruppen.
- Nichtregierungsorganisationen, die zu dem Thema arbeiten.

### Afrikanische Vereine und Gruppen

- Entwicklung spezifischer Aktionspläne zur Abschaffung von FGM/C für einzelne Migranten-Gemeinden (z. B. Guinea, Nigeria)
- Austausch mit PAK zu den Aktionsplänen

### Aktionsplan für die Stadt Hamburg

- Das PAK prüft die einzelnen Aktionspläne und erstellt auf deren Basis einen gemeinsamen Aktionsplan für Hamburg.
- Dieser wird den Behörden und interessierten Institutionen zur Finanzierung vorgelegt.

## Umsetzung des Aktionsplans

### Afrikanische Vereine und Gruppen

- Umsetzung der spezifischen Aktionspläne in den einzelnen Migranten-Gemeinden.
- Teilnahme an Fortbildungsseminaren.
- Netzwerkarbeit mit anderen Migranten-Organisationen in Hamburg und deutschlandweit.

### Panafrikanische Komitee (PAK)

- Lobby- und Aufklärungsarbeit in Hamburg und auf (inter-)nationaler Ebene bezüglich der Abschaffung von FGM/C.
- Teilnahme an Fortbildungsseminaren.
- Begleitung der afrikanischen Vereine und Gruppen zu diesem Thema.
- Austausch mit anderen relevanten Organisationen in Hamburg und auf nationaler, europäischer und internationaler Ebene.

### Finanzielle/fachliche Partner (z. B. zuständige Hamburger Behörde, Plan, Terre des femmes)

- Fortbildungsseminare organisieren.
- Finanzielle und fachliche Unterstützung bereitstellen.
- Dokumentation der Aktivitäten und Erfahrungen.
- Austausch mit anderen Nichtregierungsorganisationen und zuständigen Regierungsstellen in Deutschland.

## Mögliche Resultate und Wirkungen

### Verbesserte Kenntnisse zu FGM/C unter den betroffenen Migrantengemeinden in Hamburg

- Verbesserte Kenntnisse und Handlungsmöglichkeiten bei wichtigen Akteuren (Behörden, medizinisches Personal etc.).
- Eine höhere Zahl an betroffenen Immigrantinnen und Immigranten kennen die Risiken, die mit der Praktik verbunden sind sowie die Rolle der Religion und die Vorgaben der deutschen Gesetzgebung.
- Bessere Gesundheitsversorgung für Frauen, die im Zusammenhang mit FGM/C unter Komplikationen leiden.

### Veränderungen in der Haltung bezüglich FGM/C

- Sinkende Zahlen an Immigrantinnen und Immigranten, die mit der Praktik Vorteile verbinden.
- Stärkere Akzeptanz und geringere Ablehnung nicht-beschmittener Mädchen.
- Meinungsführer aus praktizierenden Ländern verurteilen die Praktik.
- Mobilisierung der afrikanischen Gemeinden für die Abschaffung von FGM/C.

### Verhaltensänderung

- Effiziente Mechanismen auf Gemeindeebene zum Schutz der Mädchen vor FGM/C existieren.
- Die Anzahl der gefährdeten Mädchen sinkt.
- In Hamburg lebende Immigrantinnen und Immigranten setzen sich in ihren Heimatländern für die Abschaffung von FGM/C ein.
- Schnellere Abschaffung der Praktik.



**Plan**

gibt Kindern eine Chance

Plan International Deutschland e.V.  
Bramfelder Straße 70  
D-22305 Hamburg  
Germany

[www.plan-deutschland.de](http://www.plan-deutschland.de)