

Thema: Weibliche Genitalverstümmelung in Ägypten. Beschreibung und
Kausalanalyse auf inhaltsanalytischer Basis

Masterarbeit
im Studiengang Soziologie
in der Fakultät Sozial- und Wirtschaftswissenschaften der
Otto-Friedrich-Universität Bamberg

Verfasserin: Tanja Preböck

Gutachter: Prof. Dr. em. Gerhard Schulze

URN: urn:nbn:de:bvb:473-irb-489163

DOI: <https://doi.org/10.20378/irb-48916>

Dieses Werk ist als freie Onlineversion über das Forschungsinformationssystem (FIS; <https://fis.uni-bamberg.de>) der Universität Bamberg erreichbar. Das Werk steht unter der CC-Lizenz CC-BY.



Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Hinführung zum Thema..... | 4 |
| 2 | Forschungsstand..... | 6 |
| 2.1 | Begriffsdefinition | 6 |
| 2.2 | Formen weiblicher Genitalverstümmelung | 9 |
| 2.3 | Verbreitung weiblicher Genitalverstümmelung | 10 |
| 3 | Theoretische Begründung weiblicher Genitalverstümmelung | 12 |
| 3.1 | Das Patriarchat als Gesellschaftsform..... | 12 |
| 3.1.1 | Patriarchale Strukturen in Institutionen | 13 |
| 3.1.2 | Patriarchale Strukturen innerhalb der Familie | 14 |
| 3.1.3 | Intergenerationale Weitergabe patriarchaler Strukturen | 14 |
| 3.2 | Die Theorie der Herstellung von Geschlecht | 17 |
| 3.2.1 | Der menschliche Körper als Geschlechtskörper | 17 |
| 3.2.2 | Das Konzept der Body Modification | 19 |
| 3.3 | In der weiblichen Genitalverstümmelung inkludierte Werte | 22 |
| 3.3.1 | Ermöglichung gesellschaftlicher Integration durch Heirat | 23 |
| 3.3.2 | Vorbereitung auf die Rollen der Ehefrau und Mutter | 28 |
| 3.3.3 | Steigerung der Fertilität..... | 29 |
| 3.3.4 | Begründung der FGM durch deren Existenz..... | 29 |
| 3.4 | Mögliche Folgen von FGM | 30 |
| 3.4.1 | Körperliche Konsequenzen von FGM | 31 |
| 3.4.2 | Psychische Folgen von FGM | 32 |
| 3.5 | Das Treffen der Entscheidung für die eigene Tochter | 33 |
| 3.6 | Einschränkungen in Bezug auf die theoretische Begründung weiblicher Genitalverstümmelung | 35 |
| 3.7 | Aktuelle Trends und Entwicklungen in Bezug auf die Durchführung weiblicher Genitalverstümmelung | 38 |
| 3.8 | Männliche Sicht auf FGM | 39 |
| 3.9 | Einbezug der menschenrechtlichen Perspektive | 41 |
| 4 | Präventionsansätze weiblicher Genitalverstümmelung | 43 |
| 4.1 | Prävention durch Kriminalisierung | 43 |
| 4.2 | Auf Informationsaustausch basierende Ansätze | 45 |
| 4.3 | Medikalisierung der FGM | 52 |
| 4.4 | Schwierigkeiten der Präventionsansätze gegen weibliche Genitalverstümmelung | 54 |
| 5 | Testung der theoretischen Begründung weiblicher Genitalverstümmelung mit Daten aus Ägypten | 57 |
| 5.1 | Methode und Methodologie | 58 |
| 5.2 | Verwendete Daten..... | 60 |

| | | |
|-------|---|----|
| 5.3 | Adaption des Strukturgleichungsmodells an die verwendeten Daten | 63 |
| 5.4 | Ergebnisse | 66 |
| 5.4.1 | Univariate Analysen der relevanten Variablen | 67 |
| 5.4.2 | Korrelationsanalyse | 68 |
| 5.4.3 | Ergebnisse des Strukturgleichungsmodells | 70 |
| 5.4.4 | Interpretation der Ergebnisse..... | 72 |
| 6 | FGM im Kontext von Migrationsprozessen | 74 |
| 6.1 | Änderung des Kontextes der FGM im Aufnahmeland | 76 |
| 6.2 | Von FGM Betroffene in Deutschland | 78 |
| 6.3 | Rechtliche Situation der FGM in Deutschland | 79 |
| 6.4 | Weitergabe der FGM an die eigene(n) Töchter in Deutschland | 80 |
| 6.5 | (Veränderung der) Rolle der Männer in Deutschland | 81 |
| 6.6 | FGM im Kontext von Asyl | 82 |
| 6.7 | Vergleich mit Vaginalkosmetik in Deutschland | 84 |
| 7 | Abschluss und Ausblick | 87 |

Abbildungsverzeichnis

| | | |
|-----|--|----|
| 1: | Formen von FGM nach Klassifikation durch die WHO, eigene Darstellung | 9 |
| 2: | Beispielhaftes Messmodell | 59 |
| 3: | Exemplarisches Strukturmodell | 59 |
| 4: | Beispiel für ein Gesamtmodell als Kombination von Mess- und Strukturmodell ... | 60 |
| 5: | Latente Variable "Patriarchat" | 64 |
| 6: | Latente Variable "Abwägung" | 65 |
| 7: | Verwendetes Strukturmodell..... | 66 |
| 8: | Analysiertes Gesamtmodell | 66 |
| 9: | Univariate Häufigkeitsverteilungen der betrachteten Variablen | 68 |
| 10: | Korrelationsmatrix der Variablen | 69 |
| 11: | Fit-Indizes des Strukturgleichungsmodelles | 71 |
| 12: | Ergebnis des Strukturgleichungsmodells..... | 71 |

1 Hinführung zum Thema

“Tradition is a beautiful thing if it doesn’t overwhelm you. But with traditions come a lot of expectations. And with failed expectations come a lot of stress and guilt.” (Sandy 2010)

Dieses Zitat, das eigentlich die Haltung der Autorin zu den Feierlichkeiten der Weihnachtsfesttage beschreibt, lässt sich auch auf andere Traditionen ausweiten. Unter Traditionen werden im Folgenden alle Praktiken der „Weitergabe, Übernahme und Verbindlichkeit von Werten und Normen“ subsumiert, „durch die in einer Gesellschaft große Bereiche des sozialen Zusammenlebens geregelt werden“ (Reinhold, Lamnek, und Becker 2000: 682). Zu diesen zählen auch schädliche traditionellen Praktiken, beispielsweise das Fußbinden, die Bevorzugung von Söhnen mit all ihren Konsequenzen, aber auch die weibliche Genitalverstümmelung. In ihrer Gesamtheit haben diese Praktiken katastrophale Auswirkungen auf die Menschenrechtssituation und die Gesundheitssituation der Weltbevölkerung, wodurch sie eine Thematik globaler Relevanz werden (Asefaw und Hrzán 2005: 8; Awolola und Ilupeju 2019: 1; Danelzik 2016: 17). Die zu den schädlichen traditionellen Praktiken zählende weibliche Genitalverstümmelung (Female Genital Mutilation / FGM) wird in der vorliegenden Arbeit genauer analysiert. Es handelt sich dabei um eine vor allem in Nordafrika und dem Nahen Osten verbreitete traditionelle Handlung, bei der die weiblichen Genitalien unwiderruflich verändert werden (Organization 1997: 3, 2014: 3).

Politik und Gesellschaft beschäftigen sich dabei sowohl in den Ursprungsländern, als auch in Migrationsgesellschaften, wie beispielsweise Deutschland, mit dem Thema, denn das Phänomen geht mit Todesfällen, Migrationsbewegungen und Geburtskomplikationen einher (Asefaw 2008: 1; Nestlinger u. a. 2017: 12; Yoder und Wang 2013: 20).

Bereits seit den 1970er Jahren wird sich der Thematik weiblicher Genitalverstümmelung auch wissenschaftlich genähert: Stand zunächst eine medizinische Betrachtung, meist mit dem Ziel der Abmilderung oder Vermeidung von Komplikationen oder Beschwerden im Vordergrund, so ist FGM mittlerweile in den Fokus von Sozialwissenschaften, beispielsweise der Soziologie getreten (Christakis 2016: 465; Wade 2009: 1 f.).

Dabei werden verschiedene, sehr breit gefächerte Merkmale und Erfahrungen von Personen in die Analyse einbezogen. Während einige Studien die Entwicklung der FGM-Quoten mehrerer Länder über den Zeitverlauf hinweg vergleichen (Kandala u. a. 2018; Nestlinger u. a. 2017; Yoder, Abderrahim, und Zhuzhuni 2004; Yoder und Wang 2013), nehmen andere individuelle soziodemographische Faktoren der überlebenden Frauen in den Blick (A Tag-Eldin 2008; Afifi 2010; Ahmed u. a. 2018; Blaydes und Izama 2015; Dalal, Lawoko, und Jansson 2010; El-Zanaty und Way 2015; Hassanin und Shaaban 2013: 2822; Kuring 2007; Modrek und Liu 2013; Van Rossem, Meekers, und Gage 2016; Wilson 2017; Yasein 2014). Einige Autoren verbinden beide Dimensionen (Boyle, McMorris, und Gómez 2002; Engelsma, Mackie, und Merrell 2020; Feldman-Jacobs und Clifton 2010). Hierbei wird häufig die individuelle Lebensverlaufsperspektive der Frauen nicht berücksichtigt (als Gegenbeispiel siehe: Farina und Orteni 2014; Yount 2002). Diese ist aber notwendig, da in viele Studien eine implizite Kausalität zwischen Lebensereignissen zum Befragungszeitpunkt und der individuellen Verstümmelung suggeriert wird, obwohl diese zeitlich nicht möglich sein kann. Beispielsweise liegt das durchschnittliche Beschneidungsalter in Ägypten bei knapp 10 Jahren (eigene Berechnungen), die Schulpflicht beträgt allerdings 9 Jahre, ist demnach erst mit etwa 15 Jahren erfüllt (UNICEF 2015: 4; Wilson 2017: 11). Um diese Forschungslücke noch weiter zu bearbeiten, wird die mütterliche Einstellung zur FGM, als Approximation zukünftiger Entscheidungen für die Töchter, mithilfe einer Literatürübersicht und eines Strukturgleichungsmodelles (SEM) betrachtet. Dies bietet den Vorteil, dass erstens die Kausalität des Vorgangs logisch richtig betrachtet werden kann. Zweitens können gesamtgesellschaftliche Faktoren mit einbezogen werden, was drittens den Vorteil bietet, mikro- und makrosoziologische Bedingungsfaktoren mit zu modellieren.

Hierzu soll im Folgenden zunächst die Praktik der weiblichen Genitalverstümmelung ausführlich definiert werden. Wobei insbesondere auf die Definition der WHO, die weltweite Verbreitung, Begrifflichkeiten sowie ihre formale Klassifikation eingegangen wird. Anschließend wird ein Begründungsmodell postuliert, dass gesamtgesellschaftliche Strukturen, körperliche Repräsentation von Geschlechtlichkeit (Gender und sex), sowie den Widerspruch zwischen Werten und gesundheitlichen Aspekten einbezieht. In einem Rückschluss auf die Literatur werden seine Beschränkungen aufgezeigt.

Nachdem eingangs aktuelle Strukturen analysiert wurden, sollen im Anschluss Veränderungspotentiale aufgezeigt werden, wobei rechtliche Situationen und verschiedene andere Präventionsansätze besonders fokussiert werden. Dieser bisher theoretische Teil wird anschließend durch die empirische Methode des Strukturgleichungsmodells geprüft. Abschließend wird ein Einblick in die Thematik in einem Kontext von Migration gewährt. Hierbei wird exemplarisch Deutschland betrachtet, welches einen besonderen Schutzmechanismus für bedrohte Mädchen bietet.

Abschließend wird ein Einblick in die Diskussion zwischen FGM und weiblicher Genitalchirurgie aus kosmetischen Gründen und deren Rezeption gegeben. Den Abschluss der Arbeit bildet eine Zusammenfassung der beleuchteten Aspekte. Auf dieses aufbauend wird ein Fazit gezogen.

2 Forschungsstand

Zunächst soll im Folgenden eine Definition des behandelten Forschungsgegenstandes vorgenommen werden. Anschließend werden verschiedene Bezeichnungen für die untersuchte Praxis vergleichend betrachtet.

Weibliche Genitalbeschneidung wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als „jede [Praxis, die] teilweise oder totale Entfernung oder sonstige Verletzung der äußeren weiblichen Geschlechtsorgane aus nicht medizinischen Gründen“ definiert (Organization 1997: 3).

Dieser Definition schließt sich die rezipierte Literatur ausschusslos an.

2.1 Begriffsdefinition

Damit enden jedoch bereits die Klarheiten und Gemeinsamkeiten, denn die rezipierten Quelle benennen die Praxis verschieden. Die meistgenannten Begriffe sollen hier kurz beleuchtet werden, denn, so auch der literarische Konsens: Allein über die verwendete Begrifflichkeit lässt sich in großem Maße ableiten, aus welcher Perspektive und mit welcher impliziten Einstellung der*die Autor*in das Thema betrachten wird (El Saadawi 2015: 7 f.; El-Kholy 1998: 140).

Verbreitet sind als Begriffe vor allem lokale Bezeichnungen, weibliche Beschneidung, FGC und FGM, deren jeweilige explizite und implizite Bedeutungen nachfolgend betrachtet werden sollen.

Jede FGM praktizierende Gemeinschaft hat ihre eigene Bezeichnung für die Praxis. Die Worte sind meist positiv konnotiert und spiegeln dadurch die positive Stellung von FGM in der jeweiligen Gesellschaft wider. Häufig ist der Begriff aus der Wortnähe der spracheigenen Übersetzung des Wortes „rein“ entlehnt (Ahmed u. a. 2018: 4; Asefaw 2017: 14; Nestlinger u. a. 2017: 18). Da die verschiedenen Begriffe lokal sehr begrenzt sind, und immer auch eine kulturelle Restriktion mit ihnen einhergeht, sind sie als Nomenklatur in einem wissenschaftlichen Überblickstext über ein globales Phänomen nicht ausreichend. Es müssen also übergeordnete Bezeichnungen betrachtet, und mit dem Ziel ihrer Nutzung reflektiert werden.

Hier bietet der Begriff der weiblichen Beschneidung eine Möglichkeit. Vor allem im europäischen Kontext wird die Verwendung dieses Terminus, obwohl es sich um eine sehr treffende Übersetzung der regionalen Bezeichnungen für die Praxis handelt (Modrek und Sieverding 2016: 83; Yoder und Wang 2013: 2), häufig kritisiert. Der Hauptkritikpunkt ist dabei, dass die Bezeichnung impliziere, dass weibliche Beschneidung die Entsprechung zur männlichen Beschneidung bei Säuglingen für Mädchen sei (Boyle u. a. 2002: 8 f.). Das ist zwar aus Sicht von Begründungsmustern teilweise richtig, allerdings bleibt bei Männern die sexuelle Funktion des intakt, was bei Frauen, die weibliche Beschneidung erfahren haben häufig nicht der Fall ist, wodurch der Terminus „weibliche Beschneidung“ oftmals als verharmlosend für die Reichweite der Folgen des Eingriffs auf Seiten der Betroffenen empfunden und daher eher selten in der deutschsprachigen Literatur verwendet wird (Afifi 2010: 15; Asefaw und Hrzán 2005: 3, 9; Beck und Freundl 2008; BMZ 2015: 4; Feldman-Jacobs und Clifton 2010: 2; Little 2017: 9; Wissenschaftliche Dienste 2018: 5 f.).

Dieser größeren Verletzung der weiblichen Genitalien im Zuge des Eingriffs trägt der Begriff weiblicher Genitalbeschneidung (Female Genital Cutting / FGC) Rechnung. Gleichzeitig wird er als rein deskriptiv beschrieben. Vielen Forschenden sind diese Argumente wichtig, um betroffene Frauen und praktizierende Gemeinschaften nicht vorzuverurteilen oder herabzusetzen und somit einen Dialog auf Augenhöhe zu ermöglichen. Allerdings werden der Terminus und die Praxis dadurch sprachlich als sozial akzeptabel dargestellt und infolgedessen wieder als akzeptiert bzw. akzeptierbar wahrgenommen, was wiederum Kritik hervorruft (Asefaw 2008: 724; Asefaw und Hrzán 2005: 9–11; Kuring 2007: 62 f.; Nestlinger u. a. 2017: 19; Wade 2009: 2; Yoder und Wang 2013: 2).

Der Begriff der weiblichen Genitalverstümmelung (Female Genital Mutilation / FGM) stellt die Unvollständigkeit und dauerhafte Verletzung der weiblichen Genitalien und dadurch auch ihre weitreichenden Konsequenzen, die im Folgenden noch genauer erläutert werden, in den Mittelpunkt (Abadeer 2015: 169; Asefaw 2017: 13; Feldman-Jacobs und Clifton 2010: 2; Njambi 2004: 284). Dafür wird er von Betroffenen, die sich selbst als „Überlebende“ bezeichnen, häufig kritisiert und abgelehnt, denn sie fühlen sich durch ihn stigmatisiert und auf den Fakt ihrer nicht mehr intakten Genitalien reduziert (Asefaw 2017: 14; Asefaw und Hrzán 2005: 9; End FGM EU 2016: 11). Allerdings wird er durch diese Betonung der Folgen häufig von politischen Gegnern der Praxis, aber auch von Institutionen, beispielsweise der EU oder der UNO, verwendet, was ihn unter den beleuchteten Termini zum verbreitetsten macht (Beck und Freundl 2008: 226; Organization 1997).

Darüber hinaus existiert auch die Mischbezeichnung FGM/C, die die Neutralität der Forschenden, sowie die Wertschätzung für Überlebende beider oben genannten Begrifflichkeiten vereinen will, allerdings gibt es keine Bezeichnung, die „es allen recht macht“, und in Fachartikeln immer häufiger Verwendung findet.

Bei der vergleichenden Betrachtung der literarischen Quellen ist auffallend, dass die hier rezipierten englischsprachige Texte eine grundlegende Diskussion um Begrifflichkeiten nicht wiedergeben. Vor allem auf Englisch verfasste Texte mit empirischem Schwerpunkt wählen meist die Bezeichnung „circumcision“ (Althaus 1997; Awolola und Ilupeju 2019; Boddy 2007; El Dareer 1982; El-Gibaly u. a. 2002; Lightfoot-Klein 1989; Van Der Kwaak 1992; Yoder und Khan 2008). Texte auf Deutsch fertigen meist zu Beginn eine Begriffsabwägung an, hier kann die Wahl des Begriffs erste Rückschlüsse auf die Argumentationsrichtung und die Einstellung des*r Autor*in zulassen. Auffällig ist jedoch, dass in den Fließtexten nur selten von „verstümmelt“ die Rede ist, hier wird häufiger das Wort „beschnitten“ gewählt. Wenn beide Begrifflichkeiten auftauchen, so werden sie synonym verwendet. Noch seltener ist in der Literatur von geschnitten (als deutsche Übersetzung des „Cutting“ in FGC) die Rede.

In der vorliegenden Arbeit wird, unter Verweis auf die verbreitetere Gebräuchlichkeit im betrachteten Diskurs, der Terminus der weiblichen Genitalverstümmelung, FGM, verwendet.

2.2 Formen weiblicher Genitalverstümmelung

Nachdem die Diskussion der Termini dargestellt wurde, und eine grundlegende Definition weiblicher Genitalverstümmelung erfolgt ist, wird im Anschluss die von der WHO erarbeitete, von der Literatur meist unreflektiert übernommene Klassifikation der FGM in vier Typen vorgestellt:

| Typ | Bezeichnung | Körperliche Veränderungen |
|-----|---|---|
| 1 | Sunna | Herausschneiden der <ul style="list-style-type: none"> • Klitorisvorhaut • Klitoris (teilweise oder komplett) |
| 2 | Klitoridektomie | Zusätzlich Entfernen der kleinen Schamlippen |
| 3 | Infibulation oder pharaonische Beschneidung | Entfernen der äußeren Genitalien (teilweise oder komplett), zusätzlich verschließen |
| 4 | Nicht näher klassifiziert | Veränderungen, die nicht unter vorher genannte Typen fallen |

Abbildung 1: Formen von FGM nach Klassifikation durch die WHO, eigene Darstellung

Beim ersten Typ, der „Sunna“, wird die Klitorisvorhaut herausgeschnitten und unter Umständen Teile der Klitoris oder diese komplett entfernt.

Werden zusätzlich zur Klitoris die kleinen Schamlippen entfernt, so spricht man von Klitoridektomie oder Typ 2. Nach Schätzungen von Unicef sind weltweit etwa 80 – 85 % der Frauen nach den Typen 1 oder 2 verstümmelt (Beck und Freundl 2008: 227; Organization 1997: 9), wobei diese Schätzung sich in verschiedenen Teilen der Welt sehr heterogen darstellt (Asefaw 2017: 35).

Werden nicht nur Teile oder die gesamten äußeren Genitalien der Frau entfernt, sondern die Wundränder zusätzlich vernäht oder anderweitig verschlossen, so wird dies als Infibulation oder pharaonische Beschneidung bezeichnet (Organization 1997: 9). Bei diesem dritten Typen bleibt den Betroffenen nur ein, häufig streichholzgroßes, Loch in der entstehenden Wundplatte, durch das Menstralsekret und Urin abfließen können. Um Geschlechtsverkehr haben oder Kinder gebären zu können, muss die Vernarbung der Vagina wieder geöffnet werden. Dieser Prozess wird als Deinfibulation bezeichnet. Nach einer Geburt wird die Infibulation häufig wiederhergestellt, was als Reinfibulation bezeichnet wird. Dieser Wechsel wird meist über die gesamte reproduktive Phase der Frau weitergeführt (Asefaw 2008: 727 f., 2017: 57 f.; Beck und Freundl

2008: 225 f.; Bundeszentrale für politische Bildung 2018; Kimani und Shell-Duncan 2018: 26).

Unter dem Typ 4 werden alle anderen, nicht näher einordbaren Veränderungen an Klitoris, sowie kleinen und großen Schamlippen subsumiert. Dies beinhaltet in der Praxis meist das Anbringen von Piercings, ihr Ausschaben oder Ausbrennen (Organisation 1997: 9 f.).

Obwohl sich der hier vorgestellten Klassifikation von Seiten der rezipierten Fachliteratur nahezu unreflektiert angeschlossen wird, muss jedoch an dieser Stelle bedacht werden, dass diese Kategorien von außen erstellt wurden, die tatsächliche Ausführung der FGM jedoch abhängig von der kulturellen Praxis der Region, den verwendeten Instrumenten, der Erfahrung und dem Können des*r Beschneidenden und vom Widerstand des Mädchens ist (Beck und Freundl 2008: 225). Daher ist die sichtbare Beschneidung einer Frau häufig nicht exakt einem von der WHO definierten Typus zuzuordnen, weshalb einige Autoren die Aussagekraft und Daseinsberechtigung der Klassifikation anzweifeln (Asefaw und Hrzán 2005: 11). Unter Verweis auf diese Pluralität schlägt Wade gar vor, für die Bezeichnung der Praxis das Akronym FGCs im Plural zu verwenden, um ihrer Diversität in der Realität Rechnung zu tragen (Wade 2009: 1).

Es ist festzuhalten, dass der Begriff weibliche Genitalverstümmelung eine Sammelbezeichnung für eine Vielzahl verschiedenster Veränderung an den weiblichen Genitalien darstellt. Sie kann sich aufgrund ihrer Begründung und Durchführung in ihren individuellen Realisationen an den betroffenen Mädchen und Frauen sehr verschieden darstellen.

2.3 Verbreitung weiblicher Genitalverstümmelung

Nachdem die Praxis der weiblichen Genitalverstümmelung bereits ausführlich definiert wurde, soll im Folgenden ihre Verbreitung, sowohl örtlich, also auch personenbezogen, im Fokus stehen.

FGM ist eine Praxis, die hauptsächlich in Nordafrika und im Nahen Osten verbreitet ist. Insgesamt wird sie, je nach Quelle, auf die man sich bezieht in 24-30 Ländern praktiziert. Diese Länder finden sich vor allem in Afrika südlich der Sahara, aber auch in Ägypten, Kolumbien, dem Iran, Indien, Indonesien, Malaysia, dem Oman, Pakistan, Russland, Saudi-Arabien und Thailand wird sie verbreitet praktiziert. Die tatsächliche

Prävalenz ist dabei in den meisten genannten Ländern nicht homogen, sondern regional stark verschieden (Afifi 2010: 15; Ahmed u. a. 2018: 2; BMZ 2015: 5; Bundeszentrale für politische Bildung 2018; Farina und Ortensi 2014: 1120; Feldman-Jacobs und Clifton 2010: 2; UNICEF 2013: 32; Van Raemdonck 2017: 164).

Diese Vielfalt und regionalen Unterschiede erschweren eine Schätzung der Anzahl von weiblicher Genitalverstümmelung betroffener Frauen und Mädchen. Viele Quellen nennen 130 Millionen Frauen als Zahl (Asefaw und Hrzán 2005: 12; Beck und Freundl 2008: 1; Dalal u. a. 2010: 41; Feldman-Jacobs und Clifton 2010: 1; UNICEF 2013: 22), allerdings taucht diese Zahl über einen Zeitraum von 5-6 Jahren wiederkehrend auf, was logisch unmöglich ist. Seit 2017/18 wird in den konsultierten Quellen die Zahl der Überlebenden auf 170-200 Millionen angehoben (Asefaw 2017; Awolola und Ilupeju 2019: 1; Bundeszentrale für politische Bildung 2018; Kimani und Shell-Duncan 2018: 26). Aus dieser sprunghaften Entwicklung der Zahlen, sowie aus den in den einzelnen Texten verwiesenen Quellen wird deutlich, dass nur sehr wenige Quelle eine multinationale Schätzung der Gesamtzahl betroffener Frauen selbst vornehmen. Meist wird daher auf Erhebungen der Weltgesundheitsorganisation verwiesen, die sich wiederum auf Daten von UNICEF stützt (UNICEF 2020). Lediglich Yoder und Khan stellten einen Versuch an, die Gesamtzahl Überlebender zu ermitteln. Hierzu berechnen sie für jedes Land die Anzahl der Betroffenen, indem sie die FGM-Rate mit der weiblichen Bevölkerung multiplizieren, anschließend addieren die die Fallzahlen der einzelnen Länder (Yoder und Khan 2008).¹

Die genaue Zahl der Überlebenden des Eingriffs ist aber weiterhin schwer zu bestimmen. Gründe sind, dass das Thema meist nicht öffentlich thematisiert wird. Es kann sein, dass in Befragungen Scham besteht dem Interviewenden die Wahrheit über ein derart intimes Thema zu sagen. Ein Grund hierfür kann darüber hinaus sein, dass legale Konsequenzen drohen können. Erschwerend kommt hinzu, dass einige Frauen schlicht nicht wissen, dass sie beschnitten sind. Dies liegt vor allem daran, dass viele Frauen als junge Mädchen beschnitten werden und sich nicht mehr aktiv an diesen Akt erinnern können. Darüber hinaus gibt es in den meisten Ländern, in denen FGM weit verbreitet ist, keine flächendeckende gynäkologische Vorsorge, die diese

¹ All diese Fallzahlen beziehen sich ausschließlich auf Betroffene auf dem afrikanischen Kontinent und auf die Überlebenden traditionell begründeter Veränderungen des weiblichen Genitals. Schönheitsoperationen oder Geschlechtsangleichungen, sowie Betroffene außerhalb Afrikas werden nicht berücksichtigt (vgl. z.B.: Asefaw und Hrzán 2005: 12; Yoder und Khan 2008: 3)

Tatsache offenlegen könnte. Auch das Wissen über die biologische Referenzialität eines Normaltypus weiblicher Genitalien ist meist nicht vorhanden (Asefaw 2017: 38; Elmusharaf, Elhadi, und Almroth 2006; Kuring 2007: 68; UNICEF 2013: 24; Yoder u. a. 2004: 18).

3 Theoretische Begründung weiblicher Genitalverstümmelung

Nachdem bereits zentrale Informationen und Abgrenzungen über die weibliche Genitalverstümmelung dargestellt wurden, soll im Folgenden versucht werden aufzuzeigen, wie FGM in den ausführenden Gemeinschaften begründet wird. Hierbei ist eingangs festzuhalten, dass diese Begründung sehr komplex und multikausal ist, daher kann an dieser Stelle nur ein vereinfachtes Modell hierzu aufgestellt werden.

Das Modell geht davon aus, dass Mütter die Entscheidungsmacht über die Beschneidung ihrer Töchter haben. Das Kernelement des Modells stellt die mütterliche Einstellung dar. Diese fußt dabei auf drei zentralen Annahmen:

Erstens der Ansicht, dass Frauen an sich schlechter als Männer seien, dies kommt im Patriarchat zum Ausdruck und stellt eine zentrale Grundlage dar. Eine weitere notwendige Bedingung ist, dass davon ausgegangen werden kann, dass sich diese Unterordnung auch körperlich widerspiegelt, und infolgedessen durch diese körperliche Veränderung die Differenzialität der Geschlechter im Patriarchat abgemildert werden kann. Daran schließt sich ein mit der Annahme der ersten beiden Bedingungen einhergehender Wertekanon an, dem Ausübende der Praxis in seiner Gesamtheit implizit zustimmen. Dem Wertekanon und der damit einhergehenden Aufwertung des Subjekts durch den Eingriff stehen medizinische Risiken und Folgen der Praxis entgegen.

Im anschließenden Kapitel wird daher aus diesem Entscheidungsmodell heraus genauer auf das Patriarchat, seine Erscheinungsformen in Ägypten, die Veränderlichkeit des Körpers und den Wertekanon, in den die weibliche Genitalverstümmelung eingebettet ist, sowie ihre möglichen medizinischen Folgen, eingegangen.

3.1 Das Patriarchat als Gesellschaftsform

Eine zentrale Annahme des Modells ist, dass Gesellschaften, in denen FGM verbreitet ist, patriarchale Strukturen aufweisen.

Zunächst wird an dieser Stelle versucht, den Begriff des Patriarchats einzugrenzen. Betrachtet man die literarischen Versuche, so fällt auf, dass Patriarchat zwar

gemeinhin als Vorrangstellung des Mannes gegenüber der Frau verstanden wird, gleichzeitig ist die Definition darüber hinaus allerdings schwierig und damit einhergehend auch in ihrer Spezifikation divers. Das Patriarchat kann sich in einer Machtasymmetrie äußern, was sich häufig dadurch beobachten lässt, dass Schlüsselpositionen vorrangig an Männer vergeben werden, und zwar aufgrund deren Geschlechts. Das Patriarchat kann aber darüber hinaus auch dazu führen, dass Frauen direkt unterdrückt und / oder ausgebeutet werden. Patriarchat ist allerdings nicht damit gleichzusetzen, dass alle Männer Macht haben, während alle Frauen machtlos sind, es handelt sich vielmehr um ein Kontinuum zwischen Gleichberechtigung und völliger Unterdrückung, auf dem sich Gesellschaften oder Teile von diesen bewegen können (Cyba 2008: 17 f.; Monagan 2009: 83).

Um festzustellen, ob eine Gesellschaft patriarchale Strukturen aufweist, muss zweierlei betrachtet werden: Zunächst muss die, zumindest mit einer gewissen Regelmäßigkeit wiederkehrend auftretende, Machtasymmetrie zwischen Mann und Frau omnipräsent sein und sie muss von der Gesellschaft selbst als natürliche bzw. selbstverständliche Ordnung wahrgenommen werden (Cyba 2008: 18; Monagan 2009: 83). Diese Omnipräsenz des Patriarchats kann in verschiedenen gesellschaftlichen Dimensionen auftreten. Zu diesen gehören Institutionen, Familie und dessen intergenerationale Weitergabe.

3.1.1 Patriarchale Strukturen in Institutionen

Die erste Dimension, in der patriarchale Strukturen an dieser Stelle betrachtet werden, sind staatliche Institutionen, die sich wiederum auf die daran anschließend betrachteten rückwirken können. Obwohl (sozial)politische Institutionen meist vorgeblich sachliche bzw. unpersönliche Strukturen aufweisen, können sie geschlechterdiskriminierend gegenüber Frauen sein (Cyba 2008: 20). Ein Beispiel wäre §1356 Abs. 1 BGB, der Frauen eine eigene Erwerbstätigkeit nur mit Zustimmung des Ehegatten gewährte.

Aber der Staat hat an dieser Stelle eine ambivalente Rolle: Er hat die Möglichkeit, die Geschlechterdiskriminierung, die er betreibt, auch abzubauen, indem er neue Gesetze erlässt, die dem Ziel der Gleichstellung dienen (Cyba 2008: 20). Im oben genannten Fall wurde 1977 ein neues Gesetz erlassen, laut dem beide Ehepartner gleichwertig erwerbstätig sein dürfen (§ 1356 Abs. 1 und 2 BGB).

Darüber hinaus besteht in vielen institutionellen Bereichen ein Androzentrismus, also eine Grundhaltung, die Männer, männliche Erfahrungen oder männliche Perspektiven

bevorzugt. Häufig führt das wiederum dazu, dass Frauen als „das Andere“, also als abweichend definiert werden, wodurch für sie direkte oder indirekte Nachteile entstehen (Bem 1993, zitiert nach: Monagan 2009: 85). In Deutschland wäre ein bekanntes Beispiel hierfür die gesetzliche Rentenversicherung. Die Höhe des ausgezahlten Betrags wird berechnet aus den Beitragsjahren multipliziert mit dem Verdienst². Zusätzlich gibt es eine Mindestzahlungsdauer. Hier werden also dauerhaft gutverdienende Arbeitnehmer besonders belohnt. Da Frauen häufig aufgrund von Kindererziehungszeiten und danach unter Umständen folgender Teilzeitarbeit unterbrochene oder geringer entlohnte Erwerbsbiografien aufweisen, werden sie aufgrund dieser androzentrierten Struktur der gesetzlichen Rente benachteiligt.³

3.1.2 Patriarchale Strukturen innerhalb der Familie

Neben staatlichen Institutionen kann Geschlechterdiskriminierung auch in der Familie geschehen. Hier ist zentral, dass Frauen institutionell die Möglichkeit genommen wird, für sich selbst zu sorgen, wodurch ihr Überleben von männlichen Verwandten abhängig wird. Außerdem werden Söhne und andere männliche Verwandte in der innerfamiliären Allokation von Macht und Ressourcen bevorzugt. Dadurch obliegt Vätern die vorrangige Verantwortung für das Wohlergehen ihrer Frauen und Kinder, gleichzeitig haben sie auch die Autorität über diese Familienmitglieder inne (Malhotra, Vanneman, und Kishor 1995: 284; Monagan 2009: 83).

Diese familiäre Geschlechterdiskriminierung geht oft mit einer staatlich-institutionellen einher, mit der sie sich wiederum gegenseitig verstärken kann. So unterscheidet das Scheidungsrecht in Ägypten, welcher Partner diese einreicht: Die Anforderungen für Männer sind geringer, als jene für Frauen (Langer 2015).

3.1.3 Intergenerationale Weitergabe patriarchaler Strukturen

Bisher wurde durch das Aufzeigen von patriarchalen Strukturen in staatlichen Institutionen und der Familie lediglich dessen aktuelle Existenz über seine Existenz erklärt. Das Patriarchat muss jedoch, um seinen Fortbestand zu sichern, an die nächste Generation weitergegeben werden.

² Stark vereinfachte Darstellung

³ Auch an dieser Stelle bemühen sich die Gesetzgeber Diskriminierung abzubauen: Die Mütterrente soll Kindererziehungszeiten rentenwirksam anerkennen und so einen Schritt in Richtung Gleichberechtigung ermöglichen (Deutsche Rentenversicherung 2019).

Doch zunächst sollen die Legitimierung und die Messbarkeit von Patriarchat betrachtet werden. Häufige Begründungsmuster sind Religion und Biologie.

In Bezug auf die Religion werden verschiedene Stellen in den jeweiligen heiligen Schriften zitiert. Im Christentum wird beispielsweise häufig auf die Schöpfungsgeschichte verwiesen.⁴ Ein weiteres Begründungsmuster für patriarchale Strukturen ist die Biologie: Da Männer stärker als Frauen sind, sollten sie auch mehr Rechte haben. Diese Kausalität wird auch als Sozialdarwinismus bezeichnet und wurde in historisch sehr unrühmlichen Kontexten, wie Genoziden, Zwangssterilisationen und der Sklaverei, ebenfalls angeführt (Monagan 2009: 88). In einer abgeschwächten Form wird diese Begründung bei der Betrachtung des Gesundheitsverhaltens deutlich: Je ausgeprägter patriarchale Strukturen in einer Gesellschaft sind, desto eher erhalten Jungen bzw. Söhne eine bessere Gesundheitsfürsorge als Mädchen bzw. Töchter (Malhotra u. a. 1995: 285).

Nachdem im Vorangegangenen dargestellt wurde, durch welche Mechanismen das Machtgefälle zwischen den Geschlechtern begründet wird, soll im Folgenden dessen intergenerationale Weitergabe fokussiert werden. Wichtig ist es dabei zu bedenken, dass die aktuelle Generation Männer zwar von der Situation des Geschlechtergefälles profitiert, diese aber nicht herbeigeführt hat. Dieser Erhalt und die Weitergabe der männlichen dominanten Position vollziehen sich dabei dadurch, dass Frauen als heterogener Gruppe durch das individuelle oder kollektive Verhalten von Männern vermittelt wird, dass männlich konnotierte und zugeschriebene Verhaltensweisen in allen gesellschaftlich relevanten Bereichen dominant sind. Die direkte Weitertradierung der patriarchalen Strukturen in die folgende Generation geschieht durch die personale Weitergabe vieler einzelner Machtpositionen an jüngere Männer, die von in ihrer Sozialisation vermittelt bekommen haben, dass diese Macht gerechtfertigt ist, und deshalb angenommen werden kann und muss. Dieser Vorgang, an dem Frauen eigentlich das Patriarchat durchbrechen könnten, ist für die meisten von ihnen jedoch keine nutzbare Möglichkeit, da sie häufig die formalen Zugangsvoraussetzungen nicht erreichen konnten. Grund hierfür sind häufig im Vorangegangenen erfahrene direkte und indirekte Benachteiligungen aufgrund ihres Geschlechts. Dieser Vorgang wirkt sich auch auf andere gesellschaftliche Bereiche, beispielsweise Berufschancen, aus, was zu Folge hat, dass Frauen der Eintritt in außerhäusliche Sphären erschwert, nahezu gar

⁴ Gott schnitzt die Frau aus einer Rippe Adams (Genesis 1,26-28)

verwehrt wird. Es ist Frauen also nahezu unmöglich, sich aus dem häuslichen Umfeld zu befreien, was darin resultiert, dass sie auch dort unterdrückt bleiben. Zentrale Dimensionen der intergenerationalen Weitergabe der patriarchalen Macht sind demnach die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung, Generativität, Sexualität und politische Strukturen, die die existierende Praxis tolerieren (Cyba 2008: 18 f.; Malhotra u. a. 1995: 285 f.; Möller 1999: 24).

Im vorangegangenen wurde verdeutlicht, dass patriarchale Strukturen in verschiedenen gesellschaftlichen Dimensionen existieren. Hierbei sind diese jedoch nicht als getrennt voneinander zu betrachten, vielmehr greifen sie ineinander über und führen wechselseitige Beziehungen. So ist ein Erbrecht, das Männer bevorzugt eine staatliche Regelung, die wiederum innerhalb der Familie eine Machtverteilung zu Gunsten der Söhne fördert.

Im Vorangegangenen wurde versucht, das Phänomen des Patriarchats zu beschreiben. An dieser Stelle ist festzuhalten, dass das Patriarchat als gesellschaftlicher Zustand, in dem Schlüsselpositionen und andere Vorteile vorrangig an Männer aufgrund deren Geschlechts vergeben werden, betrachtet werden kann. Es handelt sich demnach um einen gradiellen Zustand, auf dem sich Gesellschaften, sowohl in bestimmten sozialen Bereichen wie auch als Ganzes, befinden können. Monagan bringt den zentralen Mechanismus des Patriarchats in der Aussage „eine Frau hat nur die Freiheit, die der Mann gewillt ist, ihr zu geben“ (Monagan 2009: 84) treffend auf den Punkt.

Die bisherige Darstellung der Thematik vernachlässigt zwei zentrale Mechanismen, die auch in literarischen Quellen teilweise keine Berücksichtigung finden: Frauen werden meist als passive, wenn nicht gar untätige Akteure dargestellt. Dabei sollte nicht vergessen werden, dass auch sie selbst eine aktive Rolle in der Geschlechterverteilung einnehmen (können). Des Weiteren wird häufig nicht berücksichtigt, dass nicht alle Männer in patriarchalen Gesellschaften Macht haben, auch unter diesen gibt es wiederum eine Rangordnung. Darüber hinaus sollte, wie bereits erwähnt, nicht vergessen werden, dass, obwohl sie die Nutznießer des Patriarchats sind, Männer diese Konstellation nicht selbst aktiv intendiert haben, sondern dies eher aufgrund der gesellschaftlichen Trägheit weiterbesteht (Cyba 2008: 20).

Diese patriarchalisch-konservative Weltanschauung und ihre realgesellschaftlichen Folgen implizieren, dass eine erwachsene Frau nicht allein für sich sorgen kann. Nach dem Auszug aus dem Elternhaus ist die einzige sozial adäquate Position für diese

Frauen die Heirat mit einem Mann und damit einhergehend die Versorgung durch ihn und seine Familie. Um dieses Ziel zu erreichen müssen Frauen ein gutes, das heißt moralisch richtiges Verhalten an den Tag legen. Einhergehend mit ihrer bereits dargestellten gesellschaftlichen Dominanz diktiert in den meisten patriarchalisch geprägten Gesellschaften Männern, was als das tugendhafte und gesellschaftlich akzeptable Frauenbild und geschlechtsadäquate Verhalten erachtet wird (Asefaw 2017: 23 ff.; Monagan 2009: 96).

Im Zentrum der gesellschaftlichen Aufgaben der Frauen steht das Gebären von Kindern. Männer verfolgen das Ziel, direkte und indirekte Kontrolle über die eigene Nachkommenschaft zu haben. Deshalb verfolgen sie aufgrund dessen das Ziel die Sexualität von Frauen zu kontrollieren. Heutzutage ist dieses darwinistische Bestreben in Moralvorstellungen manifestiert, die die Kontrolle der weiblichen Sexualität verfolgen. Die Entsprechung der Töchter einer Familie, die später eine Heirat eingehen werden, in Bezug auf diese Norm fällt auf die Ehre und damit das Ansehen der Familie zurück. Von der Ehre der Familie sind wiederum die Heiratschancen der Tochter und ihrer noch unverheirateten Geschwister abhängig (Asefaw 2017: 23 ff.; El-Kholy 1998: 154; Monagan 2009: 93, 96 f.)⁵.

3.2 Die Theorie der Herstellung von Geschlecht

Nachdem im vorangegangenen ausführlich das Patriarchat beschrieben wurde, soll im Folgenden die Praxis der Herstellung von Geschlechtsidentität („Doing Gender“) fokussiert werden. Denn die weitere essenzielle Voraussetzung, die erfüllt sein muss, damit eine weibliche Genitalverstümmelung geschehen kann, ist der Glaube an die Notwendigkeit der Modifikation des Körpers. Damit diese geschehen kann, muss der Körper zunächst als Gegenstand der Selbstdarstellung instrumentalisierbar werden.

3.2.1 Der menschliche Körper als Geschlechtskörper

Der Körper ist durch die Annahme, dass er zur Selbstdarstellung genutzt werden kann, nicht mehr nur das Produkt, sondern ebenso ein zentrales Element der Produktion des Sozialen. Klein vertritt die These, dass die Menschen in einem Prozess von Inszenierung und Darstellung permanent ihren eigenen Körper theatralisieren. Den Menschen ist es also, im Gegensatz zu den Tieren, möglich, Körperstrategien und sozial-

⁵ Hierbei können die Frauen eine Scham über ihre Familie bringen, zu der Männer nicht fähig sind (Ihring 2015a: 93).

körperliche Praktiken zu entwickeln, um ihr Selbst oder ihre Vorstellung davon, eine Weltanschauung oder den eigenen sozialen Status zu repräsentieren. Hierdurch kann der Körper als Projektionsfläche dieser Inszenierungsstrategien verstanden werden (Klein 2012: 74–79; Meuser 2012: 272).

Der Körper kann hierbei als Synthese aus biologischem Geschlecht, der psychischen Struktur seines Trägers und seiner körperlichen Erscheinung verstanden werden (Klein 2012: S. 74). In der griechischen Antike vertrat Aristoteles dabei die Ein-Geschlecht-Theorie, laut der die Frau ein Mann mit inversem, d.h. ins Innere gestülptem Geschlecht sei. Bis zur Renaissance galt daher der weibliche Körper als eine imperfektere Version des männlichen, wodurch beide in ein hierarchisches Verhältnis traten, was jedoch keine Polarität nach sich zog. Die starke Koppelung von Geschlecht an Körperlichkeit ist demnach eine Umdeutung der Moderne (Hitzler und Honer 2012: 358; Klein 2012: 74; Meuser 2012: 270–72).

Diese historische Bedingung zeigt sich noch heute darin, dass der männliche Körper als Synonym zum menschlichen Körper als die Normalvorstellung gilt. In der Folge wird der weibliche Körper zur davon Abweichenden, defizitbehafteten Repräsentationsform der Spezies „Mensch“ (Meuser 2005: 280). Durch seine Modellentsprechung wird der Mann in der Folge als körperlos wahrgenommen, wodurch er souverän über diesen wird, und ihn als reines Instrument zur Willensverfolgung einsetzen kann. Der weibliche Körper wird dem entgegengesetzt in den beiden Prozessen Sein und Wahrgenommen-Sein sowohl von Männern als auch von Frauen konstruiert. Das Wahrgenommen-Sein zielt dabei meist auf die durch Männer zugeschriebene Attraktivität ab, die diese wiederum definieren. Diese übernehmen die defizitäre Zuordnung allein weiblicher Handlungen, beispielsweise Geburt und Menstruation, die demzufolge nicht als existentielles Symbol von Fruchtbar- und Weiblichkeit, sondern als Hygiene- und Gesundheitsprobleme verstanden werden, und dadurch eine körperliche Unterordnung erfahren (Hitzler und Honer 2012: 360–63; Meuser 2012: 270–72, 279 ff.).

Da in den meisten Gesellschaften eine Polarität zwischen männlichen und weiblichen Körpern besteht, versuchen Menschen sich, sofern sie diese Polarität teilen, eindeutig auf eine Geschlechtsseite zu stellen. Dieses Bestreben ist vor allem bei Personen ausgeprägt, die ihr Geschlecht ändern möchten: Sie versuchen möglichst nahe an den Idealtyp des von ihnen angestrebten Geschlechtes zu kommen, damit ihr gesamtes Erscheinungsbild, also Sprache, Körper, Kleidung und Gang eindeutig und

irritationsfrei einem Geschlecht zuordbar sind und dieses somit von außen nicht hinterfragt werden kann (Bammann 2008: 266; Villa 2000: 159).

Ähnliche Tendenzen sind auch bei Cis-Personen⁶ wahrnehmbar: Sie verfolgen unter dem Normalisierungstribut das Ziel, in die in ihrem Umfeld gängigen Geschlechtskategorien einordbar zu sein. Hierzu entwickeln Menschen spezifische soziosomatische Praxen⁷, die in der Vergangenheit ausgehandelt wurden und daher wandelbar sind. Um diese körperlich wertschätzende eindeutige Geschlechtsrepräsentation zu erreichen kann es demzufolge auch notwendig sein, den eigenen Körper zu verändern. Das gesellschaftliche Wahrgenommen-Sein als veränderter Körper kann dann eine Aufwertung des zugeschriebenen Geschlechts zur Folge haben, woraus teilweise eine Veränderung der gesellschaftlichen Wertigkeit der Person resultieren kann. Bei diesen körperlichen Veränderungen handelt es sich darüber hinaus immer auch um die Somatisierung einzelner gesellschaftlicher Normen, sie stehen darüber hinaus auch immer, sei es offensiv oder unterschwellig, in direktem Zusammenhang mit Sexualität bzw. deren gesellschaftlicher Vorstellung (Bammann 2008: 266; Villa 2000: 159).

3.2.2 Das Konzept der Body Modification

Es wurde dargestellt, dass Menschen das Ziel verfolgen, eindeutig in eine Geschlechtskategorie zu passen. In einigen Gesellschaften ist dieses Ideal nicht auf natürlichem Weg zu erreichen, es muss körperlich hergestellt werden.⁸ Der Vorgang, in dem dies erfolgt, ist eine so genannte Body-Modifikation, die alle Veränderungen des Körpers subsumiert. Dazu zählen auch das Haareschneiden, Schminken, sowie das Tragen von Schmuck und Ohrringen.

Alle diese Körperveränderungen haben zwei zentrale Gemeinsamkeiten: Sie besitzen eine persönliche Signifikanz für den Tragenden und werden deshalb bewusst genutzt, um etwas auszudrücken, wobei verschiedene Themen und deren Wichtigkeiten kombinierbar sind. Gleichzeitig grenzen sich Träger einer Body-Modifikation durch diese aktiv von Anderen, die über diese Symbole nicht verfügen, ab. Daraus folgt, dass diese

⁶ Cis-Personen sind Menschen, bei denen Geburts- rechtliches und selbstreferenziertes Geschlecht übereinstimmen.

⁷ Das bezeichnet sozialen Praktiken, die den Körper als Aushandlungsgegenstand haben (z.B.: Jungen raufen in der Pause; Mädchen spielen Gummitwist)

⁸ Für die Praxis der weiblichen Genitalverstümmelung kann diese Annahme, dass Geschlecht nicht qua Geburt existiert, sondern zunächst medizinisch oder sozial erzeugt werden muss, historisch und normativ dargelegt werden. Außerdem ist die Vorstellung von Geschlecht eine rein körperliche, die mit der Entfernung des Venushügels, dem „männlichen Teil der Frau“, explizit gemacht werden muss.

Praktik sich im Überschneidungsbereich von Individualisierung und Gruppenzugehörigkeit bewegt, indem sie sowohl für die Integration in eine Gemeinschaft, sowie für den Ausschluss aus einer anderen durch Stigmatisierung stehen kann (Bammann 2008: 258 ff.). Die Bedeutung der körperlichen Veränderung für die sie deutende Gemeinschaft geht dabei meist über den tatsächlichen Eingriff hinaus, so kann eine Körperveränderung Teil eines Rituals sein, eine Mutprobe darstellen oder das Erreichen gruppenspezifischer Schönheitsideale ermöglichen; gesundheitliche Risiken spielen hierbei keine oder eine untergeordnete Rolle (Bammann 2008: 260; Gugutzer 2005: 335; Klein 2012: 86 f.).⁹ In der Vergangenheit wurden Körperveränderungen zur Darstellung eines geringeren Status genutzt, beispielsweise Brandmale und Verstümmelungen als direkte Strafe und gleichzeitig als Symbol der sozialen Exklusion von zum Beispiel Sklaven, Prostituierten oder Straftätern. In der NS-Zeit wurden auch KZ-Häftlinge durch Tattoos „markiert“ (Bammann 2008: 262).

Heute sind körperliche Veränderung in unserer Gesellschaft größtenteils Normalität. Die Körperveränderungen sind dabei unterschiedlich konnotiert: Einige werden gesellschaftlich erwartet (Fingernägel und Haare schneiden), andere sind akzeptiert (Ohringe, Muskelaufbau) und wieder andere werden von Großteilen der Gesellschaft abgelehnt (großflächige Tattoos). Für die Träger*innen dieser Körperveränderungen sind sie allerdings positiv konnotiert, die gesamtgesellschaftliche Ablehnung wird meist wissend in Kauf genommen und teilweise gar als Möglichkeit der persönlichen Reife wahrgenommen (Bammann 2008: 258 ff.).

Es wurde im Vorangegangenen gezeigt, dass Körperveränderungen von Menschen genutzt werden können, um ihre Zugehörigkeit zu bestimmten gesellschaftlichen Gruppen zu demonstrieren. Diese offensichtliche Gruppenzugehörigkeit kann innerhalb dieser zu In- in der Gesamtgesellschaft allerdings zu Exklusion führen. Die gesellschaftliche Reaktion auf eine Body-Modifikation ist dabei unter anderem auch vom Geschlecht des Tragenden abhängig.

In seiner zuvor erarbeiteten Synthese aus Geschlecht, Psyche und allgemeinem Erscheinungsbild kann der menschliche Körper also gesellschaftliche Ordnungsmuster

⁹ So können auch Taufe, Firmung und Konfirmation als Body-Modifikation gesehen werden. Hier reicht die gesellschaftlich zugeschriebene Veränderung der Person um einiges weiter als die tatsächlichen körperlichen Folgen (etwas Chrisamöl auf der Stirn, sorgt aber dafür, dass ein Kind nicht in die Hölle kommt bzw. erwachsen wird).

darstellen. Darüber hinaus kann er auch als Reproduktionsinstrument sozialer Macht genutzt werden. Wenn das im vorangegangenen Kapitel näher beleuchtete Patriarchat nun um die Dimension als Institution, die dem Mann Kontrolle über die reproduktive Kraft der Frau gibt, erweitert wird, so müssen Frauen, wenn sie gegen das Patriarchat im Allgemeinen aufbegehren wollen, zunächst das individuelle Hoheitsrecht über ihren Körper „zurückerlangen“. Das heißt sie müssen sich gegen die männlich diktierten Schönheitsideale stellen und die Allverfügbarkeit ihres Körpers eindämmen (Tong 1989: 71 ff.).

Bisher wurden die beiden Themenbereiche Patriarchat und Body-Modification betrachtet. Diese Phänomene existieren jedoch nicht im leeren Raum, sondern können gemeinsam auftreten bzw. sich gegenseitig bedingen. Praktiken können durch die Kluft zwischen den Geschlechtern bedingt existieren und durchgeführt werden. Bei einigen dieser Praktiken handelt es sich um Körpermodifikationen, die sehr divers auftreten. Die Gemeinsamkeiten der sehr unterschiedlichen Praktiken sind, dass die körperlichen Veränderungen von Frauen an anderen Frauen, mit denen sie meist in direkter Linie verwandt sind, weitergegeben bzw. durchgeführt werden, jedoch sind die Profiteure der Veränderung die Männer, denen auch die Hoheitsmacht über ihre Begründung und Bewertung obliegt. Die Praktiken erfahren dadurch einen Wandel von einem kulturellen Phänomen hin zu einem Akt der Dominanz der Männer über die Frauen einer Gesellschaft (Abadeer 2015: 178; Monagan 2009: 83).

Dieser Ausdruck patriarchaler Macht wird im Allgemeinen akzeptiert, denn für die Frauen bietet die Körperversänderung die häufig einzig sozial anerkannte Möglichkeit innerhalb der Gesellschaft eine höhere Position zu erreichen und ihre eigene Versorgung sicherzustellen, wobei hier die Männer die Zugänge definieren. Über die sich widersetzenden Frauen drohenden negativen direkten und indirekten gesellschaftlichen Konsequenzen können sich Männer auch ohne direkte Kontrolle sicher sein, dass die von ihnen festgelegte Praxis durchgeführt wird. Für dieses Ziel sind die Frauen bereit, gewisse Risiken und Restriktionen in Kauf zu nehmen.

An dieser Stelle wird demnach durch Männer indirekt körperliche Kontrolle über Frauen ausgeübt. Diese Kontrolle erreichen sie über eine körperliche Schädigung, die wiederum die körperliche Leistungs- und Bewegungsfähigkeit der Frauen reduzieren und sie passiv werden lassen soll.

Beispiele für in diesen Begründungsstrang einordbare Praktiken lassen sich weltweit und in allen historischen Epochen wiederfinden: Füßbinden ((historisches) China), Brustbügeln (Kamerun, Guinea-Bissau, Tschad, Togo, Benin und Guinea) und Korsetage (Europa, v.a. viktorianisches England) sind nur einige von ihnen.

Vor allem für die Praktik des Füßbindens im (historischen) China¹⁰ ist ein weiterer Wirkungsschritt belegt: Sie schränkte die betroffenen Frauen in ihrer Bewegungsfähigkeit ein und ließ sie dadurch passiv werden. Es stellt also eine Inkorporation der erwünschten und idealisierten geistigen und emotionalen Passivität der betroffenen Frauen dar. Auch die weibliche Genitalverstümmelung kann Frauen in ihrer Bewegungsfreiheit einschränken.¹¹

Obwohl die meisten dieser Praktiken heute verboten sind, bleiben sie in praktizierenden Gemeinschaften dennoch sozial akzeptiert und behalten ihre Legitimität in der männlich dominierten Sphäre von Legalität und Politik, die sich eigentlich für alle Menschen einsetzen sollten, bei. Da hier Männer das gesellschaftliche Ideal tugendhafter und akzeptabler Frauen bestimmen, können sie jeden Aspekt ihres Lebens kontrollieren (Monagan 2009: 96).

Im Vorangegangenen wurde also dargestellt, dass der Körper soziale Ordnungsmuster repräsentieren kann, wodurch sich durch ihn auch soziale Macht instrumentalisieren lassen kann. Weibliche Genitalverstümmelung ist ein Beispiel dafür, wie patriarchale Gesellschaftsstrukturen durch die Körperveränderung von Frauen manifestiert werden können.

3.3 In der weiblichen Genitalverstümmelung inkludierte Werte

Zusätzlich zur gesellschaftlichen Existenz patriarchaler Strukturen und der Zustimmung zur Aufweichung dieser durch Body-Modifikation muss, damit eine Verstümmelung vorgenommen wird, eine Abwägung zwischen dem Wertekanon, den diese inkorporiert und den mit dem Eingriff verbundenen gesundheitlichen Folgen geschehen.

Der Wertekanon, der über die FGM inkorporiert wird, fußt auf diversen Begründungen. Diese müssen nicht alle bei jeder praktizierenden sozialen Gruppe vorhanden sein,

¹⁰ Spätestens seit der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts verschwindet die Praxis allmählich

¹¹ Vielen Mädchen, die nach pharaonischer Tradition zugenäht werden, werden anschließend die Beine bis zu den Knien zusammengebunden. Dies soll ein Aufreißen der noch frischen Wunde verhindern und Infektionen vorbeugen (Monagan 2009: 90–96)

jedoch tauchen ähnliche Begründungen in verschiedenen Gemeinschaften, auch wenn diese regional weit entfernt sind, wiederkehrend auf.

Es kann zwischen sozialen (Reife, Heiratsfähigkeit, gute Mutter sein), sexuellen (Steigerung männlichen Lustempfindens), sexual-moralischen (Jungfräulichkeit, treue Ehefrau sein), religiösen (Religiosität), traditionellen (Ehrung der Ahnen), sowie medizinischen und ästhetischen (Schönheit, körperliches Ideal) Begründungsmustern unterschieden werden (Klassifikation nach Berg und Denison 2013: 847 und Danelzik 2016: 82). All diese Werte dienen indirekt der Aufrechterhaltung existenter gesellschaftlicher Strukturen, das bedeutet sie ermöglichen die Perpetuation der bereits existierenden patriarchalen Gesellschaftsordnung.

3.3.1 Ermöglichung gesellschaftlicher Integration durch Heirat

Wie bereits dargelegt, verfolgt die FGM als eine mögliche Form der Körpermodifikation das Ziel, Frauen innerhalb ihrer durch das Patriarchat eingeschränkten Regulierungen eine möglichst gute Versorgung zuzusichern. Im Rahmen der existierenden Strukturen ist dies in vielen Gesellschaften die Ehe. Um diese eingehen zu können, müssen Frauen auf ihre Rolle als Ehefrau vorbereitet werden und müssen mit dieser verbundene Verhaltensweisen verinnerlichen. Um das zu erreichen wird sich sowohl sozialer als auch körperlicher Kontrollmechanismen bedient, um Tugendhaftigkeit zu erreichen und sicherstellen zu können. Darüber hinaus stellt die FGM für sich genommen häufig eine notwendige Bedingung für die Heirat dar (Adinew und Mekete 2017: 4; Berg und Denison 2013: 843–47; Blaydes und Izama 2015: 3; Danelzik 2016: 88; Kandala u. a. 2018: 5; Lightfoot-Klein 1989: 379; Little 2017: 8; Wilson 2017: 17).

Wie diese Werte und ihre Kontrollmechanismen auf die Mädchen wirken, wird im Folgenden anhand deren Lebensverlaufs verdeutlicht.

Zunächst geht es darum, dass Mädchen die Fähigkeit zu Heiraten öffentlichkeitswirksam erhalten, damit für andere Familien offensichtlich wird, dass die Tochter zur Verheiratung bereit ist. Es handelt sich hierbei gleichzeitig in den meisten Gesellschaften um den sozialen Übergang vom Mädchen zur Frau, wobei unbeschnittene erwachsene Frauen ihr Leben lang die soziale Position eines Mädchens, also eines Kindes, einnehmen, womit einhergeht, dass ihre Stimme nur deren Gewicht hat. FGM fungiert an dieser Stelle als Einordnungsvorgang der Frauen in den „Boden der Gesellschaft“ (Adinew und Mekete 2017: 4; Asefaw und Hrzán 2005: 17; Berg und Denison 2013: 848; Berggren, Bergström, und Edberg 2006: 55; El Saadawi 2015: 177; El-Kholy 1998:

145; Johnston 2007; Little 2017: 8; Modrek und Sieverding 2016: 83; Wilson 2017: 17 f.).

Die Zeremonie der Beschneidung geht aufgrund dieses Ausdrucks von Erwachsenen werden meist mit einer Feier einher. Oft ist dies der einzige Tag im Leben eines Mädchens, an dem sie allein im Mittelpunkt steht, einige Mädchen erhalten sogar Geschenke. Dadurch ist der Tag der Durchführung ihrer FGM bei den betroffenen Mädchen als freudiges Ereignis konnotiert, weshalb sie ihm mit freudiger Erwartung entgegensehen oder „es“ gemacht haben wollen, um Anerkennung zu erhalten. Allerdings gibt es auch viele Mädchen, die sich selbstberichtet vor diesem Augenblick fürchten (Abdelshahid und Campbell 2015: 9; Asefaw und Hrzán 2005: 18; Diehl 2005: 43; Dirie 2012; Johnston 2007; Otokoré und Guéna 2005: 50–54; Walley 1997: 421; Wilson 2017: 27).

Nachdem ein Mädchen durch seine Beschneidung offiziell in den Heiratsmarkt eingetreten ist, so ist es nun ihre Aufgabe, gemeinsam mit ihrer Familie, einen möglichst gut gestellten Ehemann zu finden, was wiederum der gesamten Familie einen sozialen Vorteil verschafft. Dafür muss ein Mädchen nach außen besonders „einwandfrei“ wirken. Um dieses Ziel zu erreichen gibt es unzählige Möglichkeiten: Schönheit, intersubjektive Gesundheit, Jungfräulichkeit und die Demonstration von Religiosität zählen hierbei zu den wesentlichen. Daher werden sie mit ihrer Verbindung zur FGM im Folgenden näher betrachtet (Asefaw 2007: 152; Berg und Denison 2013: 847; Blaydes und Izama 2015: 3; Bundeszentrale für politische Bildung 2018; El-Kholy 1998: 92 f.; Kandala u. a. 2018: 5; Kuring 2007: 77, 108; Modrek und Liu 2013: 1; Wilson 2017: 104)

Zunächst einmal sollte eine zukünftige Braut schön sein. Dass Schönheit im Auge des Betrachters liege, ist ein verbreitetes Sprichwort, dennoch gibt es meist einen gesellschaftlichen Grundkonsens darüber, was in einem gemeinsamen Kulturraum optisch als besonders erstrebenswert angesehen wird. In vielen FGM praktizierenden Gemeinschaften ist dieses Schönheitsideal durch die patriarchalen Strukturen von den Männern festgelegt. Da hier Jugend und Jungfräulichkeit als erstrebenswert verstanden werden, sollen diese Werte auch optisch transmittiert werden. Dies geschieht durch einen flachen Venushügel, teilweise stellt gar ein nicht sichtbarer Introitus (Scheideneingang) dieses Ideal dar. Die FGM dient dazu, dieses Ideal, das körperlich nicht erreicht werden kann, medizinisch herbeizuführen (Asefaw und Hrzán 2005: 19;

El-Kholy 1998: 154; Gugutzer 2005: 330; Kuring 2007: 140; Lightfoot-Klein 1989: 380; Wilson 2017: 17).

Des Weiteren verlangt das gesellschaftliche Ideal, dass eine Braut gesund und rein ist. So wird weiblicher Verstümmelung nachgesagt, dass sie vaginalen Ausfluss und üble Gerüche im Intimbereich, die als krank angenommen werden,¹² verhindert, gleichzeitig soll sie allgemeine Gesundheitsvorteile mit sich bringen (A Tag-Eldin 2008: 272; Adinew und Mekete 2017: 4; Afifi 2010: 15; Al-Hussaini 2003: 126; Berg und Denison 2013: 846; El-Kholy 1998: 92; Norman u. a. 2009: 23; Toubia 1995: 40; Wilson 2017: 17). In der irakischen Region Kurdistan geht diese Annahme sogar so weit, dass unbeschnittenen Mädchen `haram` (unreine) Hände zugeschrieben werden, weshalb andere nicht von diesen zubereiteten Speisen oder angebotene Getränke annehmen möchten (Ahmed u. a. 2018: 2).

Ein weiterer zentraler Aspekt bei der Eheschließung in vielen FGM praktizierenden Gemeinschaften ist, dass die Frauen jungfräulich in die Ehe gehen muss. Die Praxis der weiblichen Genitalverstümmelung soll dabei als Garant für diese Jungfräulichkeit dienen (Beck und Freundl 2008: 228; Berggren u. a. 2006: 55; Boyle u. a. 2002: 9; Bundeszentrale für politische Bildung 2018; Feldman-Jacobs und Clifton 2010: 2; Kuring 2007: 116; Little 2017: 8; Nestlinger u. a. 2017: 42; Norman u. a. 2009: 24; Wilson 2017: 17; Yasein 2014: 77; Yount 2002: 343). In Eritrea existiert zusätzlich die Vorstellung, dass die Infibulation eine Jungfrau „herstellt“, durch sie kann jede Frau, ungeachtet ihrer sexuellen Biografie, zu einer Jungfrau gemacht werden, auch die Verschleierung vorehelichen Geschlechtsverkehrs ist so möglich (Asefaw 2017: 44 f.).

Diese Kontrolle und die ihr zugrundeliegende Normierung weiblicher Sexualität wird von den vorherrschenden patriarchalen Strukturen für sich beansprucht. Jungfräulichkeit hat hier eine zentrale Rolle: Sie ist Voraussetzung für eine Ehe. Durch FGM soll das Erreichen dieser Voraussetzung erleichtert werden, denn es existiert die Annahme, dass vorehelicher Geschlechtsverkehr, da er in der vorherrschenden Gesellschaftsmeinung als schlecht angesehen wird, und Frauen, nach Aussage des Patriarchats, schlecht sind, nur von diesen ausgehend betrieben werden kann (Abadeer

¹² Aufgrund der Bakterien in der weiblichen Scheide ist ein leichter Intimgeruch, der in der Literatur meist als „metallisch“ beschrieben wird, sogar ein Zeichen von Gesundheit. Intimwaschgels und ähnliche Produkte sorgen zwar für einen „besseren“ Geruch, können auf mittelfristige Sicht allerdings den pH-Wert verändern, was einen verbesserten Nährboden für Bakterien zur Folge haben kann.

2015: 179). Daher wird angenommen, dass durch die Reduktion der weiblichen Libido, was durch die Genitalverstümmelung erreicht wird, die weibliche Keuschheit bewahrt wird bzw. dies erleichtert wird (Abadeer 2015: 178; Ahmed u. a. 2018: 2). Zentral ist hierbei die Vorstellung, dass eine Entfernung der Klitoris nicht mit einer Verringerung der weiblichen Empfindung beim Geschlechtsverkehr einhergeht (Abdelshahid und Campbell 2015: 52). Unbeschnittenen Frauen wird hingegen ein unkontrolliertes, zügelloses Sexualleben zugeschrieben (Asefaw 2007: 151; Beck und Freundl 2008: 228; Berg und Denison 2013: 847; Boddy 2007: 48; El-Kholy 1998: 140–50; Hassanin und Shaaban 2013: 275; Wilson 2017: 17).¹³

Gleichzeitig bietet FGM aber auch Frauen, die bereits voreheliche sexuelle Kontakte hatten die Möglichkeit durch Infibulation die eigene Jungfräulichkeit zu fingieren (Asefaw 2007: 150). Dies soll nun aber nicht zu dem Trugschluss führen, FGM würde diesen Frauen die Möglichkeit zu einer Ehe bieten. Die Problematik, die das Vortäuschen der Jungfräulichkeit bei der Eheschließung und damit die FGM erst notwendig macht, ist die Norm, eine Jungfrau heiraten zu wollen bzw. müssen. Die Dominanz über die Frau schränkt damit auch ihre weibliche körperliche und sexuelle Selbstbestimmung und Freiheit ein.

Infibulation, sprich das Zunähen des weiblichen Genitals, soll zusätzlich vor Vergewaltigungen (Asefaw 2017: 47; Kuring 2007: 115)¹⁴, der, nach patriarchaler Argumentationslinie, anderen Bedrohung der weiblichen Entjungferung, schützen. Diese Annahme gab es schon im alten Ägypten, weshalb einigen weiblichen Sklaven für den Transport die Schamlippen mit Eisenringen aneinander gekettet wurden, um ihre Keuschheit zu sichern. Teils diente dies dem Erhalt der Arbeitskraft durch das Vermeiden einer Schwangerschaft, teils sollte aber auch die Jungfräulichkeit bewahrt werden, die die Verkäuflichkeit sicherstellte (El Dareer 1982: 10). Auch der mittelalterliche Keuschheitsgürtel könnte in diese Linie eingeordnet werden.

Eine weitere zentrale Begründung, die von FGM praktizierenden Gemeinschaften häufig als Begründung für die Durchführung der Praxis genannt wird, ist ihre Religion. Auffällig ist, dass dies in verschiedenen Glaubensgemeinschaften geschieht.

¹³ Ob weibliche Genitalverstümmelung das sexuelle Lustempfinden der Frauen komplett unterbindet wird stark diskutiert. Betroffene, Expert*innen und Aktivist*innen berufen sich hier auf verschiedene Konzepte und kommen daher auch zu unterschiedlichen Ergebnissen.

¹⁴ Paradoxerweise wird dies nur in der deutschsprachigen, auf selbst durchgeführten Feldstudien basierenden, Literatur thematisiert

Darüber hinaus wirken Religion und der jungfräuliche Eintritt in die Ehe, die wiederum in vielen Glaubensgemeinschaften vertreten wird, einander verstärkend. Beides ist den beiden in Ägypten auftretenden dominanten Religionsgemeinschaften, Islam und Christentum, gemein. Der jungfräuliche Eheeintritt ist daher ein Indiz dafür, eine gute Muslima, respektive eine gute Christin zu sein. Als Garant hierfür dient, wie dargestellt, die weibliche Genitalverstümmelung. Außerdem stellt sie für sich genommen eine Demonstration des eigenen Glaubens dar (Afifi 2010: 15; Ahmed u. a. 2018: 2; Allag u. a. 2001: 825; El-Zanaty und Way 2015: 109–13; Hassanin und Shaaban 2013: 277; Modrek und Sieverding 2016: 86; Wilson 2017: 10, 57–66).¹⁵

Durch die Jungfräulichkeit der Töchter vor der Ehe und die Demonstration ihrer Religiosität sowie jener der Familie soll die Familienehre erhalten oder, im besten Falle, gar erhöht werden. Hierzu ist es notwendig, dass nicht nur die Einzelpersonen, sondern die weiblichen Familienmitglieder als Ganzes frei von Tadel sind, denn sie werden von außen als eine Einheit betrachtet. Das bedeutet, dass falls eine Schwester vor der Ehe Sex hatte, die Frage aufkommt, wer dem zukünftigen Ehemann garantiert, dass dies bei einer anderen nicht auch der Fall war (Awolola und Ilupeju 2019: 2; El-Kholy 1998: 154; Johnston 2007; Lightfoot-Klein 1989: 375; Little 2017: 7, 9; Yount 2002: 341). Weibliche Genitalverstümmelung wirkt hierbei einerseits als Garant und gleichzeitig auch als Mittel, um dieses tadellose Verhalten zu erreichen und es den anderen Gesellschaftsmitgliedern dies zu demonstrieren.

Die zuvor genannten Gründe für weibliche Genitalverstümmelung verfolgten gemeinsam das Ziel, die Fürsorge für das Mädchen durch eine Heirat mit einem Mann, der für sie sorgen kann, sicherzustellen. Auch nachdem eine Tochter einen gesellschaftlich möglichst hoch angesehenen Mann geheiratet hat und nun daraus resultierend mit ihm gemeinsam lebt, wirken weiterhin soziale Erwartungen auf sie ein, bei denen die vorherrschende Meinung davon ausgeht, dass sie für eine beschnittene Frau leichter zu erfüllen seien. Diese Erwartungen sind, dass die Frau eine gute Ehefrau und Mutter sein soll, dass sie das männliche Lustempfinden steigern und (viele) Kinder gebären soll.

¹⁵ Dies wird an späterer Stelle noch differenzierter betrachtet werden.

3.3.2 Vorbereitung auf die Rollen der Ehefrau und Mutter

Abgesehen von ihrem Eintritt in den Heiratsmarkt erfüllt die Durchführung der weiblichen Genitalverstümmelung viele weitere Zwecke. In Eritrea beispielsweise dient sie dazu, zu demonstrieren, dass ein Mädchen Schmerzen ertragen kann. Das Erleiden von Schmerzen ist in der eritreischen Kultur eng mit dem Konzept von Frausein und Erwachsensein verknüpft, denn nach dort herrschender Vorstellung, die sich in einem Sprichwort ausdrückt, muss eine Frau dreimal in ihrem Leben Schmerzen ertragen: Bei ihrer Verstümmelung, bei ihrer Hochzeit (Entjungferung) und bei Geburten (Asefaw 2017: 47; Kuring 2007: 116 f.). Dieses Erleiden und Integrieren von Schmerzen in das Konzept des eigenen Geschlechts demonstriert erneut deutlich die Geringerstellung der Frau gegenüber dem Mann, hier exemplarisch in der eritreischen Gesellschaft.

Zunächst wird weiterhin das Ideal der guten Ehefrau näher betrachtet. In der gesellschaftlich vorherrschenden Meinung ist dafür Treue dem Ehemann gegenüber notwendig. Da aber die vorherrschende Meinung davon ausgeht, dass Frauen, wie oben bereits beschrieben, ihre Sexualität selbst nicht ausreichend kontrollieren können, um treu zu sein, dient FGM über die Reduktion des sexuellen Verlangens dazu, diesen Wunsch zu unterdrücken und die Treue der Frau in der Abwesenheit des Mannes zu garantieren (Asefaw 2017: 55; Boyle u. a. 2002: 526; Kuring 2007: 110; Nestlinger u. a. 2017: 19; Wilson 2017: 17; Yasein 2014: 76). Dieser Faktor gewinnt noch einmal dadurch an Bedeutung, dass Ehepaare in Ägypten, wie in anderen, vor allem ländlichen Regionen Afrikas und des Nahen Ostens, häufig aus Gründen der Existenzsicherung über längere Zeiträume voneinander und ihren Familien getrennt verweilen. Des Weiteren ist eine ideale Ehefrau gehorsam gegenüber ihrem Ehemann (Ahmed u. a. 2018: 2; Kuring 2007: 111, 116; Modrek und Liu 2013: 1). Auch hier soll die FGM den Frauen die Normerfüllung erleichtern, indem sie sie, dem tradierten Glauben nach, ruhig und friedliebend werden lässt.

Neben ihrer Funktion als treue und gehorsame Ehefrau soll seine Frau dem Mann auch zur sexuellen Befriedigung dienen (Berg und Denison 2013: 846). Hierbei herrscht in FGM-praktizierenden Gemeinschaften die Annahme vor, dass das männliche Lustempfinden höher ist, je enger der weibliche Introitus ist. Hierzu wird dieser bei einigen FGM-Formen, vor allem bei der Infibulation, künstlich verengt, damit er weiterhin möglichst eng, und damit dem einer Jungfrau ähnlich, bleibt (Awolola und Ilupeju 2019: 2; Berg und Denison 2013: 848; Gee 2019).

3.3.3 Steigerung der Fertilität

Eine weitere gesellschaftliche Erwartung und infolgedessen zentrales Element des ehelichen Zusammenlebens ist darüber hinaus das Gebären, bestenfalls mehrerer, eigener Kinder. Der FGM wird nachgesagt, dass sie die Fertilität der Frau steigert und Totgeburten verhindert, die angeblich vorkommen, wenn das Kind bei der Geburt die mütterliche Klitoris berührt (Asefaw 2017: 52; Beck und Freundl 2008: 229; Kuring 2007: 116).

Nach der Geburt ihrer Kinder ist es Aufgabe der Frauen, diese zu erziehen. Die Gesellschaft erwartet hier, dass sie ihnen eine gute Mutter ist. „Gut“ ist hierbei gesellschaftlich als umsorgend und liebevoll ausgehandelt. Allerdings sind Frauen, so die Meinung der Gesellschaft, von sich aus ungestüm und wild, was das Umsorgen der Kinder erschwert. Auch hierbei erweist sich FGM als vorteilhaft: Da sie die Frauen lieb und umsorgend werden lässt, erleichtert sie ihnen dadurch das gesellschaftlich angemessene Erfüllen ihrer Mutterrolle (Asefaw 2007: 156 f.; Kuring 2007: 108).

3.3.4 Begründung der FGM durch deren Existenz

Ein weiterer Wert, der durch die Durchführung weiblicher Genitalverstümmelung inkorporiert wird, ist die Ehrung der eigenen Ahnen. Dieser Wert ist in der ägyptischen Gesellschaft weitestgehend zeitlich konstant. Weibliche Genitalverstümmelung wird infolgedessen häufig dadurch begründet, dass auch die Vorfahren diese erfahren haben und man sie praktiziert heute, um diese zu ehren (Ahmed u. a. 2018: 2; Asefaw 2007: 148; Asefaw und Hrzán 2005: 18; Beck und Freundl 2008: 228; Blaydes und Izama 2015: 13; Wilson 2017: 56). Dieser Konservatismus und diese Familienverbundenheit fügen sich hierbei sehr passend in den allgemeinen Wertekanon und die patriarchalen Strukturen der Gesellschaft ein. Es wirkt also über jeden einzelnen die Praxis begründenden Faktor zusätzlich die in sich ruhende Begründung der FGM: „man tut es, weil man es (halt) tut“ (El-Zanaty und Way 2015: 110 f.; Kuring 2007: 142).

Neben all diesen zentralen Push-Faktoren gibt es des Weiteren einen wichtigen Pull-Faktor hin zur Verstümmelung der eigenen Töchter: In einer Gemeinschaft, in der FGM Normalität ist, sind alle Nicht-Verstümmelten Mädchen nicht-normal, was dazu führt, dass sie Ausgrenzung erfahren können. Dies kann durch Gleichaltrige, die dörfliche Gemeinschaft oder Teile der erweiterten Familie geschehen. Der Druck, der über die Ausgrenzung aufgebaut wird, ist teilweise so groß, dass er die Familien trotz individueller Ablehnung der Praxis dennoch dazu bringt sie durchzuführen, um den sozialen

Frieden zu wahren (A Tag-Eldin 2008: 271; Adinew und Mekete 2017: 1; Berg und Denison 2013: 843; Hassanin und Shaaban 2013: 277; Johnston 2007; Little 2017: 8; Norman u. a. 2009: 25; Wilson 2017: 104).

Im Vorangegangenen wurde die kulturelle Zielsetzung der FGM diskutiert. Es wurde gezeigt, dass weibliche Genitalverstümmelung das Ziel verfolgt, die Existenz der Mädchen außerhalb der elterlichen Familie zu sichern. Dies wird über ihre Heirat zu erreichen versucht. Damit eine Tochter diese vollziehen kann, muss sie ein moralisch einwandfreies Verhalten an den Tag legen. Um dies zu demonstrieren muss sie den gesellschaftlich vorherrschenden Wertvorstellungen von Schönheit, körperlichem Ideal, Reife, Religiosität, Sexualmoral, Heiratsfähigkeit, Fertilität, Steigerung männlichen Lustempfindens, guter Ehefrau und Mutter sein, sowie Ehrung der Ahnen öffentlichkeitswirksam demonstrieren. Weibliche Genitalverstümmelung ist hierbei Weg (wie im Beispiel der Jungfräulichkeit bis zur Eheschließung) und Ziel (wie im Beispiel der Entsprechung des Schönheitsideals) zugleich.

Durch diese zentrale soziale Funktion, die FGM erfüllt, ist es schlussfolgernd nicht mehr abwegig das Zitat einer 15-jährigen Schülerin anzubringen, laut der „die Ägypter wegen der FGM in Frieden leben“ (Johnston 2007).¹⁶

3.4 Mögliche Folgen von FGM

Den gesellschaftlichen Idealvorstellungen, die mit der FGM verbunden werden, stehen bei der mütterlichen Entscheidung über deren Durchführung bei der eigenen Tochter die damit verbundenen medizinischen Risiken entgegen¹⁷. Diese können so frappierend sein, dass Amy Gee von FGM als einer „unspoken, medically harmful, tradition“, die dauerhaftes Leiden verursachen kann, spricht (Gee 2019: 38).

Da diese Arbeit keinen medizinischen Fokus besitzt werden die Folgen hier lediglich aufgelistet und nur in Auszügen kritisch rückbezogen. Hierfür werden zunächst physische und anschließend psychische mögliche Folgen des Eingriffs von dessen Durchführung ausgehend aufgezeigt.

¹⁶ Betrachtet man jedoch die historischen Ereignissen in Ägypten, zeigt sich ein gegenteiliges Bild.

¹⁷ Hierbei gilt es zu bedenken, dass diese Risiken zwar auftreten können, aber dies nicht zwangsläufig bei jeder Betroffenen geschieht.

3.4.1 Körperliche Konsequenzen von FGM

Zu den akuten, das heißt biographisch nah am Beschneidungszeitpunkt auftretenden körperlichen Komplikationen zählen Infektionen (teils mit Abszessbildung), septischer Schock, Übertragung von Hepatitis und HIV durch verunreinigtes und mehrfach benutztes Beschneidungswerkzeug, Harnverhaltung und im Extremfall der Infektionsverlauf Blutung – Schock – Anämie (Modrek und Sieverding 2016: 88; Njambi 2004: 298).

Eine intervenierende Möglichkeit wäre hier die (Teil)Deinfibulation eines Mädchens im Postbeschneidungskontext, um auf Komplikationen zu reagieren. Diese Möglichkeit ist allerdings gesellschaftlich nicht akzeptiert, da sie nicht mit dem Zweck des Vorgangs übereinstimmt, weshalb eine Jungfräulichkeit in diesem Fall nicht mehr als gesichert angesehen wird. Obwohl die Möglichkeit der (Teil)Deinfibulation zur Abmilderung von Gesundheitsfolgen der Infibulation also theoretisch gegeben wäre, so wird sie dennoch selten praktiziert, da sie den sozialen inkludierenden Zielen von FGM entgegenwirkt.

Im weiteren Lebensverlauf der Frauen kann es ferner zu koitalen Schwierigkeiten, Abszessen, Problemen beim Urinieren, Harnwegsinfektionen, Narbenbildung, chronischer Scheidenentzündung, Zystenbildung im Narbenbereich und Menstruationsproblemen kommen. Auch (teilweise) Unfruchtbarkeit der Frau und große Schmerzen und Komplikationen während der Geburt, sowie eine höhere Rate an medizinisch notwendigen Kaiserschnitten können Folgen von FGM sein (Asefaw 2017: 59–64; Beck und Freundl 2008: 231; Bundeszentrale für politische Bildung 2018).

Zahlen der Weltgesundheitsorganisation zufolge erleiden die meisten an FGM sterbenden beschnittenen Mädchen und Frauen direkte Folgen, wie Blutverlust oder Blutvergiftung, ebenso sterben viele an langfristigen Folgen wie der Ansteckung mit HIV oder Hepatitis, sowie bei Geburtskomplikationen, auch und vor allem aufgrund defizitär ausgebauter medizinischer Versorgung in den Umgebungen der Frauen (Bundeszentrale für politische Bildung 2018; Yount 2002: 339). Allgemein gilt es zu bedenken, dass nicht alle körperlichen Folgen bei jeder Beschneidung auftreten, es ist aber festzuhalten, dass die Häufigkeit und der Schweregrad der Nebenwirkungen mit steigendem Ausmaß der Beschneidungstypen (1-3), sowie sinkendem Beschneidungsalter der Mädchen zunimmt (Ahmed u. a. 2018: 12; Asefaw 2017: 65–72; Beck und Freundl 2009: 284).¹⁸ Besonders negativ ist an dieser Stelle zu betonen, dass die

¹⁸ Allerdings besteht, besonders bezüglich der Langzeitkomplikationen, noch Forschungsbedarf.

Menstruationsdauer bei Frauen, die nach Typ 3 beschnitten sind bis zu 14 Tage betragen kann und diese viel mehr Zeit (bis zu 45 Minuten) zum vollständigen Entleeren ihrer Blase benötigen, was das allgemeine Infektionsrisiko der Betroffenen erhöht und dadurch einen medizinischen Risikofaktor darstellt (Asefaw 2017: 61–63, 65; Beck und Freundl 2009: 284).

3.4.2 Psychische Folgen von FGM

Bei der Analyse der medizinischen Folgen von weiblicher Genitalverstümmelung tut sich eine zentrale Problemlage auf: Es sind wenige vergleichende empirische Studien, die unter hohen wissenschaftlichen Standards durchgeführt wurden, vorhanden. Darüber hinaus ist retrospektiv häufig nicht feststellbar, wann und wodurch eine Infektion, beispielsweise auch mit HIV, erfolgte. Bereits bei den physischen Komplikationen und Folgen von FGM ist die Forschung demnach nicht erschöpfend und demzufolge teilweise lückenhaft. Noch größer wird die Forschungslücke bei der Betrachtung der psychischen Folgen und Auswirkungen, wobei hier Schamgefühl und Verdrängung als weitere erschwerende Faktoren für die Prävalenzforschung von Komplikationen berücksichtigt werden müssen.

Zu den mentalen Folgen der Genitalverstümmelung zählen vor allem Traumata, die Reduktion bis das Nicht-Vorhanden-Sein sexuellen Empfindens und Erlebens und damit einhergehend sexuelle Störungen, Angstzustände, der Verlust der Weiblichkeit, Schamgefühle, Depressionen, chronische Reizbarkeit, Verlust der Orgasmusfähigkeit, Partnerschaftskonflikte und Psychosen (Adinew und Mekete 2017: 2; Asefaw und Hrzán 2005: 19; Bundeszentrale für politische Bildung 2018; Feldman-Jacobs und Clifton 2010: 1; Kuring 2007: 104; Lightfoot-Klein 1989: 380; Little 2017: 7; Nestlinger u. a. 2017: 42).

Auch den Vertrauensverlust zur eigenen Mutter, einer meist sehr engen Bezugsperson der Mädchen, die sie nach Meinung vieler Betroffener vor den Grausamkeiten der Praxis hätte bewahren sollen, wird von vielen von ihnen als schwer in das kindliche Weltbild integrierbar beschrieben (Beck und Freundl 2008: 231; Bundeszentrale für politische Bildung 2018; Kuring 2007: 85; Norman u. a. 2009: 24).

So beschreibt Nawal El Saddani den Moment, in dem sie erfuhr, dass ihre FGM mit Einwilligung ihrer Mutter geschah, schlicht als „Schock“ (2015: 7 f.). Auf die Frage, wie Mütter diese Tortur, die sie selbst erlebt haben, ihren Töchtern antun können, haben Psychiater bzw. Psychoanalytiker eine schlüssige Erklärung: Viele Frauen verdrängen

den Schmerz ihrer eigenen Verstümmelung und können ihn dadurch nicht empathisch auf ihre Töchter projizieren. Dadurch stehen die Handlungen für sie subjektiv nicht in einem direkten Zusammenhang (Welser 2014: 270).

Im Vorangegangenen wurde gezeigt, dass FGM ein körperlicher Eingriff ist, der medizinische Komplikationen nach sich ziehen kann. Nicht alle dieser physischen und / oder psychischen Folgen werden von den Betroffenen mit der eigenen Genitalverstümmelung in Verbindung gebracht, nicht alle werden entdeckt und nicht alle werden behandelt, falls das überhaupt möglich ist. An dieser Stelle wird wiederholt, dass nicht jede Überlebende der FGM eine oder mehrere (Spät-)Folgen mit sich trägt. Umgekehrt kann eine Frau mehrmals von den gleichen oder verschiedenen medizinischen Komplikationen betroffen sein (beispielsweise mehrere, jeweils zwischenzeitlich entfernte, Abszesse). Die potenziell auftretenden Komplikationen stellen jedoch eine realistische Gefahr dar, und müssen daher bei der informierten Entscheidung über die Durchführung einer weiblichen Genitalverstümmelung mit bedacht werden.

Es wurden im Vorangegangenen sowohl der durch die weibliche Genitalverstümmelung inkorporierte Wertekanon als auch ihre möglichen physischen und psychischen Folgen aufgezeigt. Diese Darstellung soll dazu dienen, die in vielen kulturellen Gemeinschaften existierende Ambivalenz, die gegenüber der weiblichen Genitalverstümmelung besteht, besser nachvollziehen zu können, denn einerseits ist sie meist sehr positiv besetzt, andererseits tritt das Bewusstsein über die medizinischen Gefahren, vor allem in den letzten Jahren, immer stärker in das kollektive Bewusstsein.

Die Entscheidung eine weibliche Genitalverstümmelung durchführen zu lassen scheint demzufolge nicht einfach. Im folgenden Kapitel werden deshalb zentrale Mechanismen dieses Vorgangs betrachtet.

3.5 Das Treffen der Entscheidung für die eigene Tochter

Zunächst einmal ist es hierbei zentral zu bedenken, dass die weibliche Genitalverstümmelung eine unumkehrbare Handlung ist. Das bedeutet, dass die Entscheidung zwar in einem größeren Zeitfenster getroffen werden kann, ist sie jedoch einmal durchgeführt, so gibt keine Möglichkeit sie wieder gänzlich rückgängig zu machen. Allerdings können noch Feinjustierungen, hin zu gravierenderen Typen vorgenommen werden, was vor allem in Kontexten praktiziert wird, wo verschiedene Ethnien einander heiraten und die Frau zur Eheschließung noch nach der Variante der Verstümmelung

des Ehemannes (nach-)beschnitten wird, um vollständig in dessen Subkultur assimiliert zu werden (Asefaw 2017: 49).

Grundlegende Bewahrer der Tradition der weiblichen Genitalverstümmelung sind die weiblichen älteren Verwandten, vorrangig die Mutter eines Mädchens. Sie sind für ihre Durchführung verantwortlich, was bedeutet, dass sie die Beschneidung eigenständig organisieren (A Tag-Eldin 2008: 272; Blaydes und Izama 2015: 6; Kuring 2007: 85; Modrek und Sieverding 2016: 90; Monagan 2009: 89 f.; Pashaei u. a. 2016: 2). Eine Mutter muss also für jede ihrer Töchter zwischen den sozialen Vorteilen, die eine Verstümmelung bietet und den mit ihr verbundenen möglichen Komplikationen abwägen (Abdel-Tawab und Hegazi 2000: 10 ff.; Capellini und Martin 2020; Dalal u. a. 2010: 44; Kuring 2007: 83). Provokant formuliert stellt sich hier also die Frage, ob die Gesundheit der Tochter wichtiger ein höheres Gut ist als deren gesellschaftliche Integration. Bei der Abwägung dieser Frage verfügen nicht alle Mütter über die gleichen relevanten Informationen. Wie die Entscheidung ausfällt, hängt also auch davon ab, wie gut eine Mutter über die gesundheitlichen Komplikationen des Eingriffs aufgeklärt ist, und wie sie diese in Kontrast zu ihrer Kultur bewertet.¹⁹ Damit wird die Entscheidung aber auch in einen zeitlichen und wissenden Bezugsrahmen gesetzt, das heißt, dass die gleiche Entscheidung, wenn sie zu einem anderen Zeitpunkt getroffen worden wäre, unter Umständen aufgrund eines Zugewinns oder einer Umdeutung von Wissen anders (hätte) ausfallen (können).

Die Entscheidung wird hierbei in einem spezifischen Alter der Tochter fällig. Dieses Alter ist regional verschieden. Da Menschen lernende Individuen sind, kann es sein, dass eine Mutter zu verschiedenen Zeitpunkten ihres Lebens auf unterschiedliche Wissensbestände bezüglich der FGM zugreifen kann. Dadurch kann sich ihre Haltung zur Thematik ändern. Dies kann sich wiederum auf die Beschneidungswahrscheinlichkeit ihrer Töchter auswirken (Asefaw 2017: 78–86; Bundeszentrale für politische Bildung 2018), denn grundsätzlich gibt es bei der Durchführung der Genitalbeschneidung innerhalb der Schwestern eine Reihenfolge, laut der immer die ältere zuerst beschnitten

¹⁹ Die Einschätzung von NGOs ist an dieser Stelle uneindeutig. Einige kritisieren, dass es keine unwissenden Mütter geben könnte, da sie ja selbst die Folgen der FGM erleben und wahrnehmen. Andere erwidern darauf, dass, vor allem in Gegenden mit extrem hoher FGM-Rate und nicht-vorhandener sexueller Aufklärung kein Wissen über eine normale weibliche Anatomie nach der Pubertät existiert (Kuring 2007: 95 f.; Lightfoot-Klein 1989: 384). Danelzik arbeitet darüber hinaus eine Korrelation zwischen medizinischen Komplikationen infibulierter Frauen und deren aktiver Ablehnung der Praxis heraus. Allerdings sind diese Frauen auch besonders häufig unverheiratet, geschieden oder haben wenige Töchter, auf die sich ihre Haltung auswirken könnte (2016: 89 f.).

werden muss. Wird eine der Töchter demnach nicht beschnitten, so kann der Eingriff auch an ihren jüngeren Schwestern und eigenen Kindern nicht vorgenommen werden. Die Tochter durchbricht den Kreislauf. Allerdings ist es, unter Einhaltung der Geburtsreihenfolge, auch möglich mehrere / alle Töchter an einem Tag der Prozedur zu unterziehen (Bewerunge 2017; Capellini und Martin 2020).

Hat die Mutter eine Entscheidung für ihre laut der Reihenfolge nächste Tochter getroffen, so muss sie diese im Anschluss durchsetzen. Das ist, abhängig von ihrer Entscheidung, mit unterschiedlichen Schwierigkeiten verbunden. Während es bei einer Entscheidung pro FGM lediglich darum geht, eine durchführende Person zu finden; so ist eine Entscheidung gegen die Verstümmelung unter Umständen gegen Widerstände innerhalb der eigenen Familie, häufig durch die Schwiegermutter, zu verteidigen, die die Familienehre für die restliche Familie hochhalten möchte (Adinew und Mekete 2017; Asefaw 2007: 146; Kuring 2007: 140; Nestlinger u. a. 2017: 35).

Das im Vorangegangenen herausgearbeitete lässt sich insofern zusammenfassen, als dass eine Durchführung der Praxis dann erfolgt, wenn eine Gesellschaft von patriarchalen Strukturen geprägt ist. Zusätzlich muss in der Gesellschaft die Annahme vertreten werden, dass der Wert einer Person durch körperliche Veränderung positiv beeinflusst werden kann. Darüber hinaus muss die individuelle, für ein Mädchen die Entscheidung treffende Person, meist ihre Mutter, dem Wertekanon mehr zustimmen, als sie die medizinischen Bedenken für wichtig erachtet. Die letzte Voraussetzung ist, dass die Mutter ihre Entscheidung, vor allem, wenn diese negativ ausfällt, auch verwirklichen kann, denn auch jedes andere weibliche Familienmitglied, das auf die Tochter zugreifen kann, kann deren FGM anregen und durchführen lassen.

3.6 Einschränkungen in Bezug auf die theoretische Begründung weiblicher Genitalverstümmelung

Doch, wie bereits erwähnt, handelt es sich bei weiblicher Genitalverstümmelung um eine sehr komplexe kulturelle Praktik. Daher sollen an dieser Stelle zentrale Tatsachen, die das im Vorangegangenen aufgestellte Modell einschränken betrachtet werden. Dabei wird exemplarisch auf die Vorrangstellung der Mutter beim Treffen der Entscheidung, die komplexe Rolle der Religion, aktuelle Trends und Entwicklungen, sowie die männliche Perspektive eingegangen.

Zunächst ist die tatsächliche Entscheidungshoheit der Mutter zu hinterfragen. Hierbei ist zentral, dass die weibliche Genitalverstümmelung einmalig durchgeführt wird, der Schutz der Tochter allerdings dauerhaft, mindestens bis zur Ehe, meist anschließend bis zur ersten Geburt, erfolgen muss. Eine Verstümmelung hingegen kann rasch durchgeführt werden. In der Literatur werden wiederkehrend Mütter zitiert, die sich nach eigener Aussage gegen eine Verstümmelung ihrer Töchter aussprachen, diese aber von ihren (Schwieger-)Müttern verfolgt wurde. Die Abwesenheit der Mutter, beispielsweise, wenn diese zum Markt ging, wurde dann genutzt, um den Eingriff an der Tochter gegen den mütterlichen Willen und ohne deren Zustimmung vornehmen zu lassen. Es wird also deutlich, dass nicht alle Mütter, die FGM ablehnen, ihre Töchter vor der Durchführung bewahren können (Adinew und Mekete 2017; Asefaw 2017: 32, 146; Behrendt 2011: 54; Danelzik 2016: 24; Hassanin und Shaaban 2013: 277; Kuring 2007: 89, 140; Little 2017: 8; Nestlinger u. a. 2017: 35).

Als Nächstes soll die komplexe Rolle der Religion²⁰ bei der weiblichen Genitalverstümmelung genauer analysiert werden. Wie bereits herausgearbeitet, kann es ein Ziel von FGM sein, die eigene Tochter als gläubig zu präsentieren. Das Verhältnis von FGM und Religion ist dabei jedoch sehr viel verworrener.

Es ist grundlegend zu bedenken, dass, wie bereits dargestellt, die weibliche Genitalverstümmelung in Ägypten historisch bereits vor dem Islam bzw. dem Christentum²¹ existierte und daher nicht durch diese aufgekommen sein kann. Darüber hinaus wird die Praxis in keiner heiligen Schrift, weder in der Bibel noch im Koran, gefordert (Asefaw 2007: 155; Beck und Freundl 2008: 228; Berg und Denison 2013: 848; Little 2017: 8).

Betrachtet man die Praxis im ägyptischen Kontext gemeinsam mit der Religionszugehörigkeit, so stellt sich heraus, dass der koptische Papst Shenouda die Praxis verbot und mittlerweile das Nicht-Beschneiden der Töchter Teil der koptischen Identität in Ägypten ist, der auch dazu verwendet wird, um sich aktiv von den Muslimen

²⁰ Hierbei ist eingangs einschränkend festzuhalten, dass eine Reduktion von Personen auf ihre Religionszugehörigkeit, Ethnie, Herkunft oder Geschlecht unter soziologischen und demographischen Aspekten schwierig ist, da es sich bei den wenigsten auf diese Weise gebildeten Gemeinschaften um eine homogene Gruppe handelt (Danelzik 2016: 24 f.). Auch in Ägypten sind weder Muslime noch Kopten, noch die weiteren auftretenden Weltanschauungsformen als homogene Gruppe zu analysieren. Vielmehr ist Religion bei den betrachteten Menschen ebenso eine Dimension ihres Wesens wie Geschlecht, Alter, subjektiver Grad der Religiosität und Bildungsgrad (Alexander und Welzel 2011: 24).

²¹ Diese Beschränkung erfolgt hier, da der Islam und das Christentum (koptische Christen) die beiden dominanten Religionen in Ägypten sind. Der Islam ist Staatsreligion.

abzugrenzen (Van Raemdonck 2017: 167). Es ist sogar zu beobachten, dass bei den Christinnen in Ägypten der Anteil der Frauen, die sich gegen weibliche Genitalverstümmelung aussprechen mit zunehmender Religiosität steigt, was auf Aufklärungskampagnen im Rahmen der engagierten Gemeindefarbeit zurückgeführt wird. In der christlichen Glaubensgemeinschaft war dieser rasche Sinneswandel möglich, da diese strikt hierarchisch organisiert ist. (Blaydes und Izama 2015: 9; Farina und Ortensi 2014: 1128; Little 2017: 8; Wilson 2017: 53 f.).

Dem hingegen existieren im Islam zusätzlich zum Koran weitere Schriften, die so genannten Fatwen, die als Auslegungs- und Interpretationshilfen des Korans dienen. Darüber hinaus besitzen die Imame relativ große Entscheidungs- und Machtspielräume, außerdem ist ihre religiöse Ausbildung nicht homogen. In einer Fatwa Mohammeds wird FGM erwähnt (Ahmed u. a. 2018: 5; Spuler-Stegemann 1997: 210), jedoch ist diese nicht autorisiert. Hinzu kommt, dass wenn islamische Führer von der Abschaffung von FGM sprechen, sie sich nur auf die invasiveren Formen 2 und 3 beziehen, denn die Sunna ist ihnen zufolge keine Genitalverstümmelung, da die zitierte Fatwa in ihrem Wortlaut vom Beschneidenden nur Mäßigung, nicht aber Abstinenz bei der Praxis verlangt. Der ägyptische Mufti geht sogar noch weiter: Laut ihm ist nur die pharaonische Erscheinungsform eine Genitalverstümmelung (Abadeer 2015: 184, 187).

Konsultiert nun eine Muslima ihren Imam bezüglich der Beschneidung ihrer Tochter, so ist seine Antwort viel mehr ein Spiegel seiner persönlichen Meinung, denn jener des Korans bzw. des Islams im Generellen (Ahmed u. a. 2018).

Zentral ist es an dieser Stelle zu wiederholen, dass weder der Islam die einzige Religionsgemeinschaft ist, die FGM ausübt; sie ist auch im Christentum, im Judentum und in afrikanischen Naturreligionen verbreitet; weder vollzieht der gesamte muslimische Teil der Welt die Praxis: In etwa zwei Drittel der islamischen Welt ist FGM unbekannt. Dennoch stellen einige Autoren einen direkten Zusammenhang zwischen Islam und FGM her, ohne die Existenz der Praxis außerhalb des Islam (Abadeer 2015: S.177-187) bzw. ihre Unbekanntheit in einigen Teilen der muslimischen Welt zu erwähnen (Wüstenberg 2006).

Aufgrund der Uneindeutig- und Uneinigkeit des Zusammenhangs von FGM und Religion, kann geschlussfolgert werden, dass FGM nicht in der Religion, sondern vielmehr kulturell in den ausübenden Gemeinschaften verankert ist, was auch dadurch zum Ausdruck kommt, dass innerhalb einer ethnischen Gruppierung, auch wenn deren

Mitglieder verschiedenen Religionen angehören, die gleiche Beschneidungsform dominant sein kann (Asefaw 2017: 49–51). Es kann aufgrund dessen postuliert werden, dass Religion und FGM lediglich eine Symbiose eingehen, da die von beiden transmittierten Wertvorstellungen, Gehorsam und Unterordnung, deckungsähnlich sind.

3.7 Aktuelle Trends und Entwicklungen in Bezug auf die Durchführung weiblicher Genitalverstümmelung

Nachdem nun eine Einschränkung des Erklärungsansatzes in Bezug auf die Entscheidungshoheit der Mütter und die tatsächliche Begründbarkeit der Praxis in religiösen Schriften vorgenommen wurde, sollen im Folgenden zwei zentrale aktuelle Entwicklungen, die Medikalisierung der Praxis (sh. unten) und das Absinken des Beschneidungsalters, die die weibliche Genitalbeschneidung in den letzten Jahrzehnten erfahren hat, genauer betrachtet werden.

Weltweit ist zu beobachten, dass junge Mädchen in immer jüngerem Alter beschnitten werden. Ein von der rezipierten Literatur herausgearbeiteter Grund könnte hierbei sein, dass jüngere Mädchen beeinflussbarer sind, weniger Widerstand leisten, und, vor allem in Ländern mit Anti-FGM-Gesetzen relevant, nicht oder weniger wirksam als Zeuginnen in eigener Sache vor Gericht auftreten können (Beck und Freundl 2008: 227; Boddy 2007: 48; Yoder u. a. 2004: 45). Hierdurch geht allerdings der Zusammenhang von FGM als Teil der Heiratsvorbereitung eines Mädchens und Bezugspunkt zu deren Erwachsenwerden weitestgehend verloren (Asefaw 2017: 53; Kuring 2007: 85; Wilson 2017: 17).

War die Durchführung der Genitalbeschneidung eines Mädchens bisher meist ein Festakt, so wird ihre Durchführung aufgrund der sozialen Ächtung der Praxis immer seltener offen und lautstark nach außen zelebriert. Des Weiteren wird die Feier der Beschneidung immer häufiger in ein anderes großes Fest innerhalb der Familie, beispielsweise eine Hochzeit, eingebettet, was die, teilweise sehr hohen, ökonomischen Kosten für die Familie verringern soll. Durch den Verlust des eigenen Beschneidungsfestes verliert die Durchführung der FGM für die betroffenen Mädchen allerdings die positive Konnotation (Boddy 2007: 48; Norman u. a. 2009: 47; Wilson 2017: 30, 87; Yoder u. a. 2004: 45).

Nachdem das postulierte Erklärungsansatz im Vorangegangenen bereits in Hinblick auf mütterliche Dominanz, den Zusammenhang von Religion und FGM sowie aktuelle

Trends und Entwicklungen eingeschränkt wurde, soll im Folgenden die Perspektive gewechselt werden: Die Praktik weiblicher Genitalverstümmelung soll aus Sicht der Männer fokussiert werden.

3.8 Männliche Sicht auf FGM

Die vorangestellte theoretische Erklärung weiblicher Genitalverstümmelung macht Männer als deren Profiteure aus. Jedoch legen mehrere empirische Untersuchungen nahe, dass Männern häufiger von Frauen zugeschrieben wird, die Praxis zu unterstützen, als sie es selbst tatsächlich tun (Asefaw 2007: 159; El-Zanaty und Way 2015: 109 f.). Obwohl Männer nicht direkt von FGM betroffen sind, werden sie in verschiedenen Kontexten mit ihr konfrontiert, wobei sie jeweils spezifische soziale Rollen einnehmen. Hierbei können drei Rollen zentral herausgearbeitet werden: Die des potenziellen Ehemannes, des tatsächlichen Ehemannes und die des Vaters.

Die erste Rolle im Lebensverlauf ist hierbei jene als potenzieller Ehemann. Hier ist es der Mehrheit der Männer wichtig, eine jungfräuliche Frau zu finden. Einige legen dabei keinen Wert darauf, ob diese Jungfräulichkeit operativ hergestellt ist. Aufgrund der hohen der Jungfräulichkeit zugeschriebenen Bedeutung, ist es in der Folge jedoch auch für die, meist progressiven, besser gebildeten, Männer, die eine nicht verstümmelte Frau heiraten möchten schwierig, der eigenen Familie glaubhaft zu versichern, dass die eigene Braut noch Jungfrau ist, wenn diese nicht FGM erfahren hat (Asefaw 2017: 54 f.; Beck und Freundl 2008: 230; Kuring 2007: 88).

Die zweite soziale Rolle aus der Männer FGM erleben, ist jene des Ehemannes. War zuvor Jungfräulichkeit der zentrale Wert, so stehen nun sexuelle Lust und Treue im Vordergrund. Die sexuelle Lust wird durch den verengten Scheideneingang zwar theoretisch gesteigert, dieses Leiden der eigenen Ehefrau kann auf den Sexualpartner aber negative Auswirkungen, wie sexuelle Störungen, insbesondere Erektionsstörungen, Schmerzen sowie vorzeitige Ejakulation hervorrufen. Die Schwere der Komplikationen scheint auch mit der Beschneidungsintensität der Ehefrau zuzunehmen. Viele Männer affiziert aber auch das Leiden ihrer Frauen bei deren Entjungferung und teilweise jedem weiteren sexuellen Kontakt negativ und sie leiden mit ihnen sehr unter der Situation (Asefaw 2017: 76 f.; Berg und Denison 2013: 850; Kuring 2007: 88).²²

²² Einige Männer, die bereits vorehelichen Geschlechtsverkehr, meist mit unbeschnittenen Frauen, hatten, berichten von diesem positiver bezüglich des eigenen Empfindens, als von jenem mit der eigenen

Unabhängig davon versprechen sich viele Männer, vor allem von der Infibulation, ein Garant für die Treue ihrer Ehefrau zu sein, weshalb sie deren Reinfibulation nach der Geburt unterstützen (Asefaw 2017: 57 f.; Berg und Denison 2013: 850; Kuring 2007: 88).

Wie bereits bei den physischen Risiken von FGM erwähnt, ist für viele infibulierte Frauen, um eine Penetration zu ermöglichen, spätestens jedoch bei der Geburt, ein „Aufschneiden“ der verwachsenen Wundnarben notwendig. Die durch diesen Vorgang entstehende „Offenheit“ ist im Kontext der Fortpflanzung gesellschaftlich akzeptiert, da sie ein positiv bewertetes Ziel, das Zeugen bzw. das Gebären eines Kindes, verfolgt. Die Notwendigkeit des Vorgangs wird deutlich, sind doch die einer Studie aus Saudi-Arabien zufolge die Geburtskomplikationen rechtzeitig vor der Entbindung deinfibulierter Frauen mit den niemals infibulierter vergleichbar (Rouzi u. a. 2001). Im Anschluss an die Geburt lassen sich die meisten Frauen wieder zunähen und die kulturelle Identität der Frau wird wiederhergestellt und dadurch bewahrt. Erst nach dem Ende der reproduktiven Phase ist es gesellschaftlich nicht mehr notwendig, dass eine Frau reinfibuliert wird, und das Zunähen kann entfallen. Mit jeder Reinfibulation sind Risiken, ähnlich jener der ersten FGM verbunden, hinzu kommt allerdings der Verlust von Vulvagewebe bei jedem Prozess von Auf- und Wiederzunähen, was vor allem dadurch problematisch werden kann, dass Frauen bis zu 17-mal in ihrem Leben de- und reinfibuliert werden, und daher das Zunähen immer enger wird. Besonders kritisch zu betrachten ist, dass die Reinfibulationen meist nicht in medizinischen, sondern im kulturell-heilpraktischen Kontext geschehen (Asefaw 2007: 179, 2008: 727 f.; Beck und Freundl 2009: 284; Berg und Denison 2013: 850; Kuring 2007: 88).

Als dritte soziale Rolle, in der Männer mit der FGM konfrontiert werden, ist die väterliche zu nennen. Hier ist festzuhalten, dass die Väter häufig nur die sozialen Vorteile der Praxis für ihre Töchter im Blick haben, und über Durchführung und Folgen nicht ausreichend informiert sind, oder diese nicht gewichtig erachten (Kuring 2007: 88; Nestlinger u. a. 2017: 51 f.).

Es wurde dargestellt, dass Männer in ihren drei sozialen Rollen, in welchen sie mit FGM konfrontiert werden, direkt oder indirekt Vorteile daraus ziehen, wenn die Praxis weiterhin persistiert. Negative Konsequenzen für sich oder ihre weiblichen

Ehefrau. Eine nicht beschnittene Frau zu heiraten ist für viele jedoch aufgrund des Drucks der eigenen Familie nicht möglich (Asefaw 2007: 151; Beck und Freundl 2008: 230).

Familienmitglieder sind ihnen meist nicht bekannt oder werden als nicht ausreichend gewichtig für eine Neubewertung der Praxis erachtet.

Eine weitere aktuell beobachtbare Entwicklung der weiblichen Genitalverstümmelung ist die Verschiebung der Durchführung hin in medizinischere Settings. Dieses Phänomen wird im Rahmen der Präventionsansätze genauer betrachtet werden.

3.9 Einbezug der menschenrechtlichen Perspektive

Nachdem im Vorangegangenen ausführlich auf die kulturelle Begründung der weiblichen Genitalverstümmelung eingegangen wurde, soll im Folgenden eine Haltung gegenüber der Praxis eingenommen werden. Weibliche Genitalverstümmelung verletzt zunächst den gesellschaftlichen Konsens zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung gegenüber Frauen (CEDAW), des Weiteren verstößt sie gegen die UN-Kinderrechtskonvention (BMZ 2015: 6; Bundeszentrale für politische Bildung 2018; Norman u. a. 2009: 25). Beiden internationalen Abkommen liegt der als schützenswert erachtete Wert der körperlichen Unversehrtheit des Individuums vordergründig zugrunde. Bei genauerer Analyse sind beide nur notwendig, da Unterdrückung einzelner Gruppen existiert. Geht man davon aus, dass alle Menschen gleich sind, so sind infolgedessen auch alle Praktiken, die einige Menschen aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu einer Subgruppe geringer zu stellen und infolgedessen zu verletzen, abzulehnen. Die weibliche Genitalverstümmelung fällt mit ihrer körperlichen Verletzung von Mädchen und Frauen in diese Kategorie. Als Erscheinungsform der Ungleichbehandlung von Menschen ist sie demnach abzulehnen.

Seit dem 20. Jahrhundert gibt es, größtenteils erfolglose, Bewegungen gegen die weibliche Genitalverstümmelung (Keck und Sikkink 1998), 1952 riefen die Vereinten Nationen zur Beendigung der Praxis auf (Winter, Thompson, und Jeffreys 2002: 73), 1964 kritisierten sie sie erstmals (Boyle u. a. 2002: 9). Einen Aufschwung erlangte die Kritik durch westliche Feministinnen in den 1970er Jahren (ebda). Nachdem sie ihre Zuständigkeit 1958 bzw. 1961 noch ablehnte, rief die WHO 1979 zur vollständigen Abschaffung von FGM auf (Favali 2001: 63 ff.). Aktuell verstößt sie sowohl gegen das Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (UN-Frauenrechtskonvention – CEDAW, Art. 2), als auch gegen die UN-Kinderrechtskonvention (insb. Art. 24 Abs. 3 KRK), laut der sich die ratifizierenden Staaten verpflichten, wirksame und geeignete Maßnahmen, um überlieferte Bräuche, die für die Gesundheit der Kinder schädlich sind, zu unterbinden, zu treffen. Ägypten ratifizierte die Erklärung

1990 (UNO 1990), jedoch entstehen dadurch für ein Land keine direkten Konsequenzen.

Seit dem 12. Dezember 2012 ist eine von der Generalversammlung der UN verabschiedete Resolution gegen weibliche Genitalverstümmelung in Kraft. Es ist die erste ihrer Art, die von der Generalversammlung beschlossen und damit für die Mitgliedsstaaten bindend ist (BMZ 2015: 6; Farina und Ortensi 2014: 1120; Kimani und Shell-Duncan 2018: 25; UN General Assembly 2012).

Aufgrund dieser rechtlichen Bindung sowohl der UN-Kinderrechtskonvention, aus auch der Resolution vom Dezember 2012, sollten die ratifizierenden Staaten, darunter auch der ägyptische, sich bemühen, die Prävalenz und vor allem die Inzidenz weiblicher Genitalverstümmelung zu senken. Um dieses Ziel der Verringerung der Neubeschneidungen bei Mädchen zu erreichen, müssen Anstrengungen unternommen werden. Wie bereits herausgearbeitet verfolgen die Mütter, die ihre Töchter genital verstümmeln lassen das Ziel, dass diese durch den Eingriff bestmöglich auf das Leben innerhalb der existierenden gesellschaftlichen Strukturen vorbereitet werden, was aktuell durch eine Ehe und das Aufziehen von Kindern gewährleistet ist, die jedoch wiederum erst durch FGM ermöglicht wird.

Auch Mütter, die sich gegen die Ausübung der Praxis entscheiden, begründen das mit dem Wohlergehen ihrer Töchter: Sie wollen ihnen das Leid der Folgen von Beschneidung ersparen. Jedoch sind letztere aufgrund der Strukturen in vielen Gemeinschaften einem starken gesellschaftlichen Druck ausgesetzt, dem sie sich entweder beugen müssen, sie gesellschaftlich ausgegrenzt werden oder migrieren²³ (Abadeer 2015: 180; Berg und Denison 2013: 852). Gleichzeitig versuchen Staaten, Staatenbünde und nichtstaatliche Organisationen (NGOs) die Frauen und Mädchen vor körperlicher Verheertheit zu schützen. Es entsteht hier also ein Widerspruch zwischen den Lebenswelten der Bevölkerung und ihren Bewältigungsstrategien einerseits und den Intentionen und Zielen der nationalen und internationalen Politik andererseits. Im Folgenden sollen Ansätze vorgestellt werden, die das Ziel verfolgen, diese Spannungen zu reduzieren.

²³ Einige Autoren sehen in der Tatsache, dass wenn Familien aus Ländern mit hoher FGM Prävalenz im Exil (z.B. Europa oder USA) leben, die Tradition aufgeben eine Bestätigung dieser These, da dort eine gute Schulbildung und ein Führerschein die Zukunft der Töchter sichern (Berg und Denison 2013: 852 f.).

4 Präventionsansätze weiblicher Genitalverstümmelung

Diese Vermittlung kann beispielsweise durch die Implementierung von Kampagnen zur Verhaltensbeeinflussung geschehen. Allgemein werden diese weltweit eingesetzt, um Todesraten zu senken. Denn obwohl einige Ursachen für Krankheiten oder Todesfälle strukturell bedingt sind, so können ihre Folgen durch Kampagnen zur Verhaltensbeeinflussung abgemildert werden, beispielsweise die Gefahr Malaria durch Stechmücken übertragen zu bekommen durch das Schlafen unter einem Moskitonetz (Danelzik 2016: 16).

4.1 Prävention durch Kriminalisierung

Erste Versuche, die weibliche Genitalverstümmelung auf dem afrikanischen Kontinent zu verhindern gab es bereits im 17. Jahrhundert. Sie hatten westliche Wurzeln und waren religiös motiviert. Seit den 1920er Jahren gibt es Anti-FGM-Kampagnen in Ägypten (Boyle, Songora, und Foss 2001: 529). Zurzeit werden große Anstrengungen auf Seiten der Prävention unternommen, die auch durch die Positionierung gegen FGM von Staaten, multilateralen Gemeinschaften und Verbänden indirekt unterstützt werden (Awolola und Ilupeju 2019: 2; Feldman-Jacobs und Clifton 2010: 2; Kimani und Shell-Duncan 2018: 26).

Nachfolgend werden verschiedene Ansätze der Prävention weiblicher Genitalverstümmelung vorgestellt. Es wird hierbei, angelehnt an eine Klassifizierung von Izett und Toubia aus dem Jahr 1999 (Izett und Toubia 1999) auf gesetzliche Verbote, Prävention als Teil allgemeiner Entwicklungshilfe, Awareness-Raising, Multiplikatoren und Medicalisierung eingegangen.

Wie bereits herausgearbeitet wurde, steht die Praxis der FGM seit den 1960er Jahren in der internationalen Kritik. Seit 1990 verabschieden Staaten mit einer handlungsfähigen Regierung Gesetze, die die Durchführung einer Genitalverstümmelung unter Strafe stellen (Asefaw 2017: 13).

Ägypten besitzt hierbei weltweit die längste und wahrscheinlich absurdeste Historie an Versuchen, FGM gesetzlich zu reglementieren. Eine Anweisung des Gesundheitsministeriums aus dem Jahr 1994 hatte zwar zunächst das Ziel, FGM zu verbieten, erhob sie jedoch schlussendlich aus machtpolitischen Perspektiven zu einer anerkannten medizinischen Behandlung, deren Durchführung durch Ärzte vorgesehen war (Moore u. a. 1997: 141). 1997 wurde sie offiziell verboten, jedoch existierte eine

Gesetzeslücke, die die Durchführung „medizinisch notwendiger“ weiblicher Genitalbeschneidungen²⁴ durch Ärzte gestattete. Nach dem Tod mehrerer Mädchen im Rahmen dieser Gesetzeslücke wurde sie 2007/2008 geschlossen. Seitdem stehen Veränderungen an den weiblichen Genitalien in Ägypten sowohl für den Vater als auch für den praktizierenden Arzt unter Strafe (Kimani und Shell-Duncan 2018: 29; Refugee Review Tribunal Australia 2008).

Jedoch ist die staatliche Autorität in Ägypten nicht vollständig. So ist zu bedenken, dass die staatliche Fähigkeit, über das Verhältnis einer Person zu ihrem Körper entscheiden zu können, als höchster Ausdruck staatlicher Autorität verstanden werden kann, jedoch ist sie kaum, falls jemals, vollständig (Roberts 2011: 347). Auch in Ägypten ist sie das nicht. Es werden immer noch viele Beschneidungen, sowohl durch Dayas²⁵, als auch durch Ärzte, die regelmäßig unter dem Deckmantel der männlichen Beschneidung in die Dörfer kommen, durchgeführt. Entdeckt werden die Beteiligten meist nur, wenn ein Mädchen im Rahmen des Eingriffes direkt stirbt, beispielsweise aufgrund falsch dosierter Schmerzmittel. Die für den Vater und den durchführenden Arzt folgenden Strafen sind, falls es jemals zu einer Verhandlung und daraus resultierend zu einer Verurteilung kommt, sehr gering (Awolola und Ilupeju 2019: 2; Farina und Ortensi 2014: 1124; Kimani und Shell-Duncan 2018: 31; Little 2017: 11; Refaat 2009: 1385; Wilson 2017: 28–39).

2012 organisierte ein lokaler Verband der Muslimbrüder gar eine mobile Beschneidung in einigen ägyptischen Dörfern (Van Raemdonck 2017: 167) und auch der Tod eines Mädchens während einer Beschneidung in einer ägyptischen Klinik ruft keine, weder politische noch mediale, Reaktion hervor. Erst als der Staat die Klinik schließen möchte, werden Proteste laut, der Staat werde den Ägyptern die FGM nicht verbieten (Slackman 2007). Es ist anzunehmen, dass das ägyptische Gesetz, das eigentlich die Verhinderung einzelner Beschneidungen zur Folge haben soll, seine Intention verfehlt. Das Gesetz führt vielmehr dazu, dass die Eingriffe heimlicher, und damit einhergehend häufig unhygienischer, und an jüngeren Mädchen, damit diese nicht aussagen und nicht für ihre eigenen Rechte einstehen können, durchgeführt werden. Dadurch werden die Eingriffe für die Betroffenen weiterhin riskanter und die Wahrscheinlichkeit des

²⁴ Es wird an dieser Stelle wiederholt, dass eine FGM per Definition nicht medizinisch notwendig sein kann.

²⁵ Eine Daya ist eine traditionelle Hebamme, die auch andere Aufgaben der Gesundheitsfürsorge übernimmt

Auftretens und Nicht-Behandeln-Könnens von medizinischen Risiken erhöht sich. Ein gesetzliches Verbot, und auch die Erhöhung der Strafen auf bis zu 15 Jahre Gefängnis, bleiben also weiterhin wirkungslos für die gefährdeten Mädchen (Adinew und Mekete 2017: 1, 4; Blaydes und Izama 2015: 15; BMZ 2015: 7; Kimani und Shell-Duncan 2018: 30; Refugee Review Tribunal Australia 2008: 4, 7).

Dabei kann am Beispiel des Füßebindens in China gezeigt werden, dass schädliche kulturelle Praktiken innerhalb einer Generation ausgelöscht werden können, wenn gesetzliche Vorgaben konsequent umgesetzt werden: In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts war die Praxis des Füßebindens in China nicht mehr mit der Politik des Arbeiterstaates vereinbar. Sie wurde daher verboten, und dieses Verbot streng kontrolliert. So ist die Durchführung der Praktik innerhalb einer Generation nahezu vollständig verschwunden, letzte Frauen mit deformierten Füßen sind heute bereits Senioren. Das schnelle Verschwinden des Füßebindens war aus zwei zentralen Gründen möglich: Erstens war die politische Richtung eindeutig und wurde auch streng verfolgt, zweitens war sie auch einfach überprüfbar, da man betroffene Frauen schon von weitem an ihrem trippelnden Gang erkennt. Hier liegt auch die zentrale Einschränkung für die Übertragbarkeit des hier erzielten Erfolges auf die FGM, denn von ihr betroffene Frauen sind von außen nicht zweifelsfrei erkennbar (Bayerischer Rundfunk 2007; Danelzik 2016: 72, 90 f.). Der Vergleich illustriert allerdings, dass adäquat umgesetzte gesetzliche Verbote wirkungsvoll sein können.

Für die entscheidenden Mütter ergibt sich aufgrund der gesetzlichen und gesellschaftlichen Lage eine Zwickmühle: Lassen sie ihre Töchter nicht beschneiden, laufen diese Gefahr, kollektive Bestrafung zu erfahren; lassen sie die Beschneidung durchführen, so drohen (ihrem Partner) rechtliche Bestrafung und ihrer Tochter eine unsichere bis gefährliche medizinische Lage während des Eingriffs (Abadeer 2015: 178).

Daraus kann geschlussfolgert werden, dass ein gesetzliches Verbot allein nicht ausreichen wird, um FGM in Ägypten und anderswo zu verhindern, vor allem wenn es nicht konsequent durchgesetzt wird. Ein alternativer Weg, hin zu einer Gesellschaft ohne weiblicher Genitalverstümmelung, könnten kommunikative Präventionsansätze sein.

4.2 Auf Informationsaustausch basierende Ansätze

Bei den kommunikativen Präventionsansätzen werden im direkten Gespräch die Gefahren und Risiken von FGM thematisiert, um durch Aufklärung eine informierte

Entscheidung gegen den Eingriff hervorzurufen. Diese Aufklärung ist notwendig, da immer noch viele Betroffene und Mütter, die die Entscheidung treffen sollen, wenig über das Thema der weiblichen Genitalverstümmelung wissen (Asefaw 2017: 16; Dalal u. a. 2010: 46; El-Zanaty und Way 2015: 114–17; Wilson 2017: 10, 55). Es scheint, als würde das generelle Bekanntmachen vor allem Frauen mit geringer Bildung in entlegenen Regionen erreichen. Unter ihnen erfahren vor allem Frauen, die sich unsicher bezüglich ihrer Haltung gegenüber FGM sind eine Orientierungshilfe, was auch dadurch geschieht, dass FGM häufig gemeinsam mit anderen Themen der Sexualaufklärung gemeinsam besprochen wird (Kelner, Boutboul, und Marzin 2017; Modrek und Liu 2013: 6; Wilson 2017: 53).²⁶

Dieses Bewusstmachen der negativen Aspekte weiblicher Genitalverstümmelung, das auch als Awareness-Raising bezeichnet wird, kann dabei auf verschiedenen Wegen erfolgen. Die verbreitetsten sind Treffen in den Dörfern, Plakate, Broschüren und Spots in den Medien. Treffen finden meist an einem öffentlichen Ort statt, dauern 1-2 Stunden und behandeln vor allem die Themen Gesundheit und religiöse Begründung. Meist sind diese Treffen nur für Frauen konzipiert, einige durchführende NGOs adressieren aber explizit (auch) Männer und Jugendliche (Abdel-Tawab und Hegazi 2000: 10–12, 17) und verfolgen dadurch einen ganzheitlicheren Ansatz.

Vor allem wenn die Ansprache der FGM in Form von Plakaten und Broschüren erfolgt, muss die Botschaft wertschätzend und nicht-diffamierend vermittelt werden, außerdem ist aufgrund der hohen Anteile (funktionaler) Analphabeten in den betreffenden Gemeinschaften auf die Reduktion von Text zu achten. Diese Problematik ergibt sich bei den Medien Radio und Fernsehen nicht, weshalb sie für die Präventionsarbeit immer mehr an Bedeutung gewinnen. So erhielten, laut DHS 2014, 77% der Befragten, die angaben, im letzten Jahr Informationen über FGM erhalten zu haben, diese (auch) über die Medien. Die im Senegal produzierte TV-Serie „C'est la vie“ (dt. „So spielt das Leben“) setzt hier an, und behandelt medizinische Themen auf Augenhöhe, darunter auch FGM. Die Darstellung kommt dabei nicht als Lehrinheit daher, sondern ist in eine Art Soap-Opera eingebettet. Bisher wird die von den Vereinten Nationen

²⁶ Es wird als schwer vorstellbar beschrieben, dass Frauen ihre körperlichen Beschwerden nicht mit der FGM in Verbindung bringen, allerdings muss berücksichtigt werden, dass viele von ihnen den Eingriff vor der Pubertät oder noch früher erlebten und ihn dadurch nicht mit heutigen Problemen verbinden. Aufgrund der Tabuisierung von sexuellen Themen im Allgemeinen und der Omnipräsenz von FGM erfahren die meisten von Ihnen auch nicht, dass Frauen ohne FGM weniger Probleme haben (könnten) (Kuring 2007: 95).

mitfinanzierte Serie hauptsächlich im französischsprachigen westlichen Afrika ausgestrahlt (Produktionsland: Senegal), jedoch wäre eine Adaption für ein ägyptisches Publikum denkbar (Dalal u. a. 2010; Kelner u. a. 2017).

Die Wirksamkeit des Ansatzes des Awareness-Raisings untersuchte Dalal mit den Daten des ägyptischen Demographic and Health Surveys (DHS) aus dem Jahr 2003, in den die Information von fast 10.000 Interviews mit jemals verheirateten Ägypterinnen zwischen 15 und 49 Jahren einfließen. Sie arbeitete heraus, dass Frauen, die im der Befragung vorausgegangenem Jahr Informationen über FGM aus Zeitung oder Fernsehen erhalten hatten, oder ein Community Meeting über das Thema besucht hatten, sich signifikant häufiger für die Nicht-Weiterführung von FGM aussprachen (Dalal, 2010)²⁷. Dieses Ergebnis legt nahe, dass Awareness-Raising, vor allem über massentaugliche Medien und Informationsveranstaltungen eine ablehnende Haltung zur FGM in der Gesellschaft fördern kann. Allerdings erreichen die beschriebenen Zusprachekanäle, auch wenn sie für die breite Öffentlichkeit konzipiert sind, diese (bisher) nicht. So haben in Ägypten, je nach Region, nur 34-20 % der Befragten innerhalb des letzten Jahres Informationen zu FGM über die Massenmedien erhalten (Dalal u. a. 2010; El-Zanaty und Way 2015: 116 f.).

Mit dem Ansatz des Awareness-Raising verbunden ist die Problematik, dass viele der Personen, die ihn betreiben nicht bedenken, dass auch über die Risiken und Begründungsmuster des Eingriffes informierte Frauen, diesen dennoch an ihren Töchtern durchführen lassen können wollen, wenn sie die Abwägung zwischen Vor- und Nachteilen des Eingriffes weiterhin zugunsten der Vorteile entscheiden (Awolola und Ilupeju 2019: 2; Kuring 2007: 140). Hier gilt es zu hinterfragen, ob das Ziel der NGOs tatsächlich die Aufklärung über die Praxis für das Treffen einer begründeten Entscheidung ist, oder ob es sich vielmehr um eine indirekte Bevormundung, das Gesprächsziel der Ablehnung unter dem Deckmantel der Ergebnisoffenheit handelt (Danelzik 2016: 72 ff.). Diese hier entstehende Bevormundung bzw. Überstimmung mit der Intention die andere, ebenfalls erwachsene Person vor Gefahr bzw. Schaden zu schützen wird auch als Parentalismus bezeichnet (Danelzik 2016: 18; Oppermann und Wagemann 2005: 24).

²⁷ Zu berücksichtigen ist hier, dass es sich NICHT um ein Experiment handelte, das heißt es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die betreffenden Frauen die Einstellung bereits zuvor und damit unabhängig von der Aufnahme von Informationen aus den Medien, hatten.

Das Problem bzw. Paradoxon liegt in der Natur von Entwicklungszusammenarbeit begründet, in der meist ein offizielles Skript (Entwicklungshelfer sollen von lokaler Bevölkerung lernen und diese die Ziele der Arbeit bestimmen lassen) und ein inoffizielles Skript (Entwicklungshelfer verfügen über mehr Ressourcen, Geld, Know-How, Technik etc., sonst würden sie nicht als solche in der Region auftreten können) praktische Anwendung finden. Problematisch kann die Situation werden, wenn beide Skripte nicht deckungsgleich sind, bzw. die benachteiligte Seite dieses Machtgefälle ablehnt. Der Ethnologe Rottenburg vertritt daher die These, dass Entwicklungsarbeit (bisher) nicht offen mit diesem Paradoxon umgehen und es infolgedessen auflösen kann, ohne dass sie ihre Daseinsberechtigung verliert (BMZ 2015; Danelzik 2016: 152–57; Rottenburg 2002: 214).

Als weiterer Umstand, der die Präventionsarbeit in Ländern, in denen kulturell bedingte FGM betrieben wird, zu berücksichtigen, dass in den praktizierenden Gemeinschaften diese meist nicht als zentrale Problemlage wahrgenommen wird, denn viele dieser Länder zählen zu den so genannten Entwicklungsländern. Die Bevölkerung, und vor allem die Frauen und Mädchen dort, haben häufig mit Mangelernährung, Hunger, Krieg, ungleichen Rechten, Arbeitsüberbelastung und schlechter medizinischer Versorgung zu kämpfen. Diese Problemlagen sind in der Lebensrealität der Betroffenen meist subjektiv wie auch intersubjektiv größere Probleme als die Genitalverstümmelung (Asefaw 2017: 13, 32 f.; Hicks 2011: 3; Kuring 2007: 87). Hier gibt es die Möglichkeit, sich dem Thema indirekt anzunehmen, indem man die generelle Lebenssituation der Menschen verbessert, beispielsweise durch die Ermöglichung von Schulunterricht und dem Einrichten von Gesundheitszentren. Obwohl dieser Ansatz sehr vielversprechend ist, wird er nur sehr selten durchgeführt, da er sehr kostenintensiv und regional sehr stark begrenzt ist (Abdel-Tawab und Hegazi 2000: 14–17; Asefaw 2007: 136, 207; Yount 2004: 1069, 1071).

Ein weiteres praktisches Hindernis bei der Durchführung dieses Ansatzes liegt in der Ehrlichkeit in der Kommunikation zwischen Sozialarbeiter und Gesprächspartnerin. So legen einige Erfahrungsberichte nahe, dass Frauen dazu neigen, gegenüber der die Prävention betreibenden Person die Praxis abzulehnen, wenn diese aber das Dorf verlassen hat, die Durchführung der FGM an den eigenen Töchtern voranzutreiben (Abadeer 2015: 177). Diese Problematik könnte durch das legale Verbot der Praxis noch verstärkt werden (Kimani und Shell-Duncan 2018: 26).

Der im Vorangegangenen diskutierte Ansatz des Awareness-Raising hat mit seinem Aufklärungsgedanken einen großen Vorteil, allerdings weist er mit seiner Ferne von der Lebensrealität der Betroffenen und seiner Unverbindlichkeit auch zwei zentrale Schwachstellen auf.

Neben der Nutzung von Medien zur Verbreitung von Informationen über FGM oder Gesprächen mit der ganzen Gemeinschaft, ist es auch möglich einen gezielteren Zugang zu Personen zu suchen, die im täglichen Leben der Bevölkerung Einfluss haben. Ziel ist es dann, diese über FGM zu informieren, damit diese die Informationen wiederum weitergeben. Dieses Vorgehen nutzt also lokale Autoritäten und Vertrauenspersonen als Multiplikatoren der Botschaft, was den Vorteil hat, dass man weniger Personen direkt schulen muss und die indirekten Adressaten die Botschaft als aus ihrer Gemeinschaft kommend wahrnehmen können, was ihre Annahme bzw. Akzeptanz erleichtern kann (Abdel-Tawab und Hegazi 2000: 12 ff.; BMZ 2015: 7). Allerdings müssen zur Verwirklichung dieses Präventionsansatzes unter Verwendung eines Konzeptes von Multiplikatoren²⁸ geeignete, das bedeutet für NGOs und lokale Bevölkerung vertrauenswürdige, die Informationen zuverlässig weitertragende, Personen gefunden und von der Teilnahme überzeugt werden.

Dies können Hebammen, Friseure²⁹, religiöse Autoritäten, Lehrpersonen oder engagierte Dorfbewohner*innen sein. Jedoch ist es immer zu bedenken, dass, einmal überzeugt, die Reichweite mit dem sozialen Ansehen und Einfluss der überzeugten Person steigt. Von zentraler Bedeutung ist es, dass hier vor allem Ärzte*innen und religiöse Autoritäten nach außen eine einheitliche Positionierung einnehmen, denn solange dies nicht der Fall ist, können einzelne Vertreter dieser Gruppen nicht bestmöglich als Multiplikatoren arbeiten (Ahmed u. a. 2018: 2 f.; Blaydes und Izama 2015: 5, 13; Farina und Ortensi 2014: 1123, 1128; Kuring 2007: 115; Modrek und Sieverding 2016: 90; Wilson 2017: 63, 93–99). Um dieses Teilziel zu erreichen muss das Training der Multiplikatoren qualitativ hochwertig sein. Des Weiteren müsste evaluiert werden, wie Multiplikatoren die ihnen vermittelten Kenntnisse weitergeben, denn hier findet ein individueller Selektionsprozess statt. Aktuell kritisieren Beobachter, dass dieses

²⁸ Die Multiplikatoren werden, vor allem in der englischsprachigen Literatur auch als „Change Agents“ (dt.: Vermittler des Wandels) bezeichnet (Bundeszentrale für politische Bildung 2018)

²⁹ Beide Berufsgruppen führen die FGM allerdings auch aus, weshalb deren Ablehnung bzw. Diffamierung für diese auch eine Reduktion der eigenen Einnahmen bedeutet. Aufgrund des daraus resultierenden Interessenskonflikts sind sie daher als Multiplikatoren bezüglich ihrer Verlässlichkeit kritisch zu bewerten (Kuring 2007: 118).

selbstaufgelegte Ziel häufig nicht erreicht wird, wodurch die Verwendung von Multiplikatoren ihre Legitimationsgrundlage verliert (Abdel-Tawab und Hegazi 2000: 3, 17; BMZ 2015: 8; Danelzik 2016: 29; Kuring 2007: 140).

Um die bisher genannten Ansätze zu unterstützen, damit eine gänzliche Abschaffung der Praxis erreicht werden kann, verfolgen seit 2003 viele Kampagnen, auch in Ägypten, einen ganzheitlichen Ansatz, das „Dorf-ohne-FGM-Modell“ (FGM-Free Village Model). Hierbei geht es darum, dass Mütter eine informierte Entscheidung gegen die Verstümmelung ihrer Töchter treffen. Dazu wird auf gesundheitliche, rechtliche und pädagogische Aufklärung des ganzen Dorfes, die Unterstützung devianter, das heißt ihre Töchter nicht beschneidender, Mütter und die Kooperation mit Dorfältesten und lokalen NGOs gesetzt. Dieser Ansatz erzielt regelmäßig gute Ergebnisse bei der Veränderung der Einstellung in den Interventionsgruppen (Abdel-Tawab und Hegazi 2000: 9–13; Farina und Ortensi 2014: 1121).

Die Erfahrung mit dem „Dorf-ohne-FGM-Ansatz“ zeigt, dass dieser dann in einer Region erfolgreich sein könnte, wenn er eine „kritische Masse“ an Müttern dazu bringt, FGM nicht an ihren Töchtern durchführen zu lassen. Das Prinzip der kritischen Masse wird in Bewegungen von Aktivisten häufig eingesetzt. Weltweit bekannt wurde die unter dem Namen „Critical Mass“ agierende Bewegung, die sich für mehr Fahrradfreundlichkeit einsetzt. Mit dem hier besprochenen Ansatz steht sie nur in ihrer Grundlegenden Überlegung im Zusammenhang. Das Prinzip der kritischen Masse taucht im Zusammenhang mit Verkehr erstmals bei der Betrachtung des anstauenden Verkehrs an Kreuzungen ohne Ampeln auf, bei denen sich die Vorfahrt ab einer „kritischen Masse“ wartender Fahrzeuge automatisch ändert (Carlsson 2011: 81). In Deutschland agieren diese Radtouren mit dem häufig synonym verwandten § 27 StVO, laut dem ab 15 Radfahrenden von einem Verband zu sprechen ist, für den Sonderrechte, beispielsweise bei der Vorfahrt, gelten. Entgegen zur deutschen Straßenverkehrsordnung ist in der weiblichen Genitalverstümmelung nicht exakt definiert, wie viele Mütter notwendig sind, um die kritische Masse zu erreichen. Sollte es allerdings gelingen, eine ausreichend große Zahl von ihnen zum Umdenken und den entsprechenden Nicht-Handlungen an ihren Töchtern zu bringen, so könnte eine Abschaffung der Praxis, über eine Modifikation der zugrundeliegenden Norm sehr schnell realisierbar sein.

Eine Stärke des „Dorf ohne FGM – Ansatzes“, die auf die allgemeine Präventionsarbeit übertragen werden kann, ist, dass Kampagnen sich nicht nur an Mütter richten dürfen,

sondern auch Gemeinderäte, Ärzte, Väter und die Generation der Großeltern mit adressiert werden müssen. Jeder Informationsempfänger muss hierbei adäquat angesprochen und berücksichtigt werden. Die Präventionsarbeit muss dabei durch speziell geschulte lokale Akteure durchgeführt werden. Die Weiterverfolgung dieses Ansatzes schließt jedoch die (ergänzende) Verwendung weiterer Strategien, beispielsweise über das Internet oder Anreizsysteme, nicht aus (BMZ 2015; Yoder und Khan 2008). In Regionen, in denen FGM einen hohen Stellenwert als Übergangsritual zur Frau innehat, hat sich die Etablierung wertschätzender Ersatzrituale, beispielsweise in einigen Teilen Kenias, als zielführend erwiesen (Feuerbach 2011: 265–73).

Ein negativer Aspekt der meisten Präventionsprogramme, der stets zu berücksichtigen ist, ist, dass diese in aller Regel ohne unabhängige wissenschaftliche Begleitforschung verlaufen, lokal sehr begrenzt sind, oder beobachtbare Veränderungen in der Prävalenz auf „nationale und internationale Bemühungen“ zurückgeführt werden (A Tag-Eldin 2008: 274; Abdel-Tawab und Hegazi 2000; Adinew und Mekete 2017: 4; Ahmed u. a. 2018: 2; Blaydes und Izama 2015: 9; BMZ 2015: 7–11; Dalal u. a. 2010: 46; Danelzik 2016: 16; Farina und Ortensi 2014: 1121; Kimani und Shell-Duncan 2018; Kuring 2007: 82–89, 140 f.; Modrek und Liu 2013; Nestlinger u. a. 2017: 36, 55; Wilson 2017: 99–107; Yoder u. a. 2004: 53). Das bedeutet, dass über ihre Wirksamkeit keine unabhängigen Aussagen getroffen werden können, denn die in der direkten Arbeit agierenden Aktivist*innen, die die Effekte des Programmes direkt beobachten können, scheiden als neutrale Informationsquelle unter den Bedingungen guten wissenschaftlichen Arbeitens aus.

Darüber hinaus wird allerdings auch deutlich, dass die bisher etablierten Präventionsprogramme noch nicht erschöpfend in Bezug auf ihre Möglichkeiten sind. So können zwei weitere Zugangskanäle der Aufklärungskampagnen genutzt werden: Das Fernsehen und die direkte Ansprache weiterer Zielgruppen. Zunächst muss erwähnt werden, dass bisher das Potential des Mediums Fernsehen, das in vielen afrikanischen Ländern aktuell noch starke Zuwachsraten verzeichnet, noch nicht optimal genutzt wird (Boyle u. a. 2002: 9; Dalal u. a. 2010: 44; Wilson 2017: 96). Hier wäre das Zeigen sowohl rein informativer, aber auch kreativer thematischer Annäherungen an das Thema weiblicher Genitalverstümmelung denkbar.

Darüber hinaus richten sich existierende Angebote meist exklusiv an Frauen. Jedoch muss auch die familiäre Autorität der Väter, Großeltern und potentiellen Ehemänner

über die Beendigung der FGM bedacht und die Möglichkeit der direkten Ansprache beider Gruppen genutzt werden, um bestmögliche Zugänge zur Bevölkerung zu nutzen und bei dieser einen Prozess des Umdenkens zu initiieren (Abdel-Tawab und Hegazi 2000: 11; Adinew und Mekete 2017: 4; BMZ 2015: 7; Danelzik 2016: 360; Kuring 2007: 164 f.). Hier muss die Breite der angesprochenen Zielgruppe in vielen Settings erhöht werden.

Die Vorstellung verschiedener Ansätze für eine Abschaffung weiblicher Genitalverstümmelung erhebt an dieser Stelle keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Ebenso ist es selbstverständlich, dass viele Ansätze sich verschiedener hier vorgestellter Konzepte bedienen und aus diesen einen individuellen Handlungsplan entwickeln. Es sollte jedoch verdeutlicht werden, dass keiner der vorgestellten Ansätze alleine ein ausreichend Außenwirkung hat, um wirkungsvoll gegen weibliche Genitalverstümmelung zu intervenieren (Danelzik 2016: 98–109). Darauf folgt, dass zukünftige Präventionsansätze weiterhin ganzheitlicher, sowohl in Bezug auf die angesprochene Zielgruppe, als auch in Bezug auf die Gewählten Zugangskanäle bleiben bzw. werden muss.

4.3 Medikalisierung der FGM

Aus der Analyse der kommunikativen Ansätze sowie der rechtlichen Situation wird ersichtlich, dass beide nicht an der Wurzel des Problems ansetzen, sondern vielmehr ein Symptom behandeln. Das bedeutet, statt sich der Egalisierung der Geschlechter zu widmen, wird eine negative Konsequenz des Patriarchats, die FGM, als Problem erkannt. Thematisiert werden an dieser Stelle hauptsächlich die potenziellen gesundheitlichen Gefahren. Dieser Schwerpunkt der kommunikativen Ansätze, sowie die rechtliche Situation in Ägypten (bis 2007) förderten die Medikalisierung der Praxis (Danelzik 2016: 77 f.; Kuring 2007: 126 f.; Modrek und Sieverding 2016: 81 f.; Refaat 2009: 1380). Darunter wird eine Veränderung der die FGM durchführenden Person von der Daya hin zum Arzt oder der Krankenschwester verstanden. Dieser Trend, der in fast allen Ländern, in denen FGM weit verbreitet ist, beobachtet werden kann, ist in Ägypten am stärksten ausgeprägt (UNICEF 2013: 44). Die Gründe hierfür sind vermutlich der relativ hohe Urbanisierungsgrad und der relative Wohlstand des Landes.

In der Diskussion um eine Medikalisierung der Praxis weiblicher Genitalverstümmelung wird als erwiesen angesehen, dass eine auf diese Art durchgeführte Beschneidung, durch die Verfügbarkeit steriler medizinischer Instrumente und Wissen um akute

Wundversorgung die direkte Todesrate von Mädchen senkt (Modrek und Sieverding 2016: 81; Refaat 2009: 1380; Wilson 2017: 12; Yount 2004: 1068), was, so argumentiert Asefaw, unter dem Paradigma des Menschenrechtsansatzes positiv zu betonen ist (2007: 206 f.). Allerdings werden gleichzeitig viele bei der Durchführung der FGM auftretende Todesfälle vertuscht, beispielsweise indem im Totenschein „Narkosefehler“ oder „Allergie“ eingetragen wird. Diese Gründe, die nur durch die Durchführung der FGM auftraten, tauchen dann in der offiziellen Statistik der Todesrate bezüglich der FGM nicht auf, und senken so, vermeintlich, diese. Es ist daher begründet anzuzweifeln, ob eine medikalisierte Durchführung der FGM tatsächlich deren direkte physische Gefahren für die Mädchen verringert und dadurch als positive Entwicklung zu betrachten ist (Guerin 2014).

Doch auch wenn man der Vermutung, dass eine Medikalisierung der Praxis medizinische Vorteile mit sich bringen könnte folgt, so ist diese Entwicklung dennoch auf mehrererlei Weise problematisch: Erstens ist auch eine unter medizinischen Umständen durchgeführte Genitalverstümmelung schmerzhaft (End FGM EU 2016: 6), die physischen und psychischen Langzeitfolgen unterscheiden sich kaum. Dennoch wurden knapp 80 % der Beschneidungen an 2015 in Ägypten Befragten von medizinischem Personal³⁰ durchgeführt (El-Zanaty und Way 2015: 107; Johnston 2007; Kimani und Shell-Duncan 2018: 26; Refaat 2009: 1380), oft auch unter dem Wissen darum, dass wenn die FGM nicht durch den Arzt durchgeführt wird, sich die Mutter wahrscheinlich an eine Daya wenden wird (Abadeer 2015: 178).

Besonders kritisch ist hier die Tatsache zu betrachten, dass viele Mütter bei einem Arzt nachfragen, ob die Beschneidung bei ihrer Tochter notwendig ist (Blaydes und Izama 2015: 13), und, falls vom Arzt festgestellt, ihre Tochter sogar gegen ihre eigene Überzeugung beschneiden lassen, was wiederum den Machtmissbrauch durch und fehlendes Wissen auf Seiten des Arztes illustriert (Modrek und Sieverding 2016: 85 f.). Daraus resultiert ein weiteres Problem der Medikalisierung von FGM: Sie setzt ökonomische Anreize. Ein Arzt kann für eine weibliche Beschneidung etwa zehnmals so viel verlangen wie für eine generelle Untersuchung (Blaydes und Izama 2015: 15; Johnston 2007; Wilson 2017: 90). Die Tatsache, dass im Fall der medikalisiert durchgeführten FGM nun ein Arzt einen Bedarf, an dem er selbst verdient, definieren kann, wird

³⁰ Wobei hierunter Ärzte jeglicher Fachrichtung, Krankenschwestern und Hebammen subsumiert werden.

von vielen Autoren besonders kritisch gesehen (Little 2017: 11; Wilson 2017: 12). Erschwerend kommt hinzu, dass die meisten Ärzte und vor allem Dayas selbst unzureichende fachliche Kenntnisse der weiblichen Anatomie und der Folgen der FGM haben. Um diese Wissenslücke zu schließen, werden aktuell in vielen Ländern, auch in Ägypten, Trainingsprogramme, sowohl für Ärzte, als auch für Dayas, implementiert (Afifi 2010: 15; Asefaw 2017: 40, 42; Refaat 2009; Wilson 2017: 12, 90 f.).³¹

4.4 Schwierigkeiten der Präventionsansätze gegen weibliche Genitalverstümmelung

Abschließend ist zur Medikalisierung der weiblichen Genitalverstümmelung hervorzuheben, dass diese durch die (vermeintliche) Reduktion der medizinischen Gefahren die Praxis indirekt legitimiert werden könnte, da so das bisherige Hauptargument der Kritiker und auch die, zumindest offen kommuniziert, einzige negative Folge von FGM, die Gefahr negativer körperlicher Folgen, ausgeschlossen wird (End FGM EU 2016: 6; Modrek und Sieverding 2016: 81; Refaat 2009: 1380; Wilson 2017: 12). Das zugrundeliegende Problem allerdings, die Geringschätzung der Frauen, wurde nicht hinterfragt und kann daher unverändert bestehen bleiben.

Eine weitere neue Entwicklung, die jedoch noch nicht ausreichend wissenschaftlich untersucht ist, im weitesten Sinne aber mit der Medikalisierung in Zusammenhang steht, ist die Abnahme der Invasivität des Eingriffes. Darunter ist zu verstehen, dass Gemeinschaften, statt ein Mädchen zu infibulieren es eher mit einer „milderen Form“ der FGM verstümmeln (Kuring 2007: 71 f.; Norman u. a. 2009: 16). Das bedeutet, dass der Anteil der pharaonischen Neubeschneidungen abnimmt, während jener der Klitoridektomien ansteigt (Blaydes und Izama 2015: 2; Farina und Ortensi 2014: 1125; Kuring 2007: 71 f.), die Gesamtrate der Neubeschneidungen bleibt dabei allerdings konstant. Auch hier handelt es sich aber um eine Art der körperlichen Protektion der Mädchen vor den gravierendsten medizinischen Risiken. Ein ähnlicher Vorschlag erfolgte durch Anti-FGM-Organisationen, die sich für symbolische Genitalverstümmelungen, beispielsweise in Form eines kurzen Schnitts in die Klitorisvorhaut, aussprachen. Diese Idee ist auch als „Kompromiss von Seattle“ bekannt, und wurde in diesem Zusammenhang als moralisch und juristisch vertretbar eingestuft (Asefaw 2017: 118 ff.). Allerdings bleibt dennoch kritisch einzuwenden, dass die betroffenen Frauen weiterhin

³¹ Arzt meint hier tatsächlich die generelle Berufsgruppe, die Konsultation und Durchführung von FGM ist nicht auf Gynäkologen beschränkt.

einen medizinisch nicht notwendigen Eingriff erfahren, der ihnen in unterschiedlicher Schwere schaden kann. Eine, auch sprachliche, Abtrennung von milden, leichteren oder symbolischen Formen der weiblichen Genitalverstümmelung ist demnach unter der Prämisse der Menschen- und Kinderrechte strikt abzulehnen (End FGM EU 2016: 14).

Wenn man Medikalisierung und geringere Invasivität des Eingriffs hingegen positiv interpretieren möchte, könnte es sich hierbei um einen Schritt hin zur Abschaffung handeln, andere Expertenmeinungen legen allerdings nahe, dass sich so, durch die Reduktion der negativen Folgen, die Prävention hin zur gänzlichen Abschaffung erschweren könnte. Auf jeden Fall könnten beide Entwicklungen auf einen Einfluss der Aufklärung über gesundheitliche Risiken hinweisen, denn die Bevölkerung ist in einen Prozess von Nach- und Umdenken gekommen und beginnt dementsprechend zu handeln.

Vor allem vor diesem Hintergrund von Medikalisierung und Verringerung der Invasivität ist also zu hinterfragen, woran die Wirksamkeit von Präventionsansätzen gemessen werden sollte.

Je nachdem, welche Dimension gewählt wird, fällt nämlich auch die Erfolgsbilanz der Wirksamkeit der Ansätze unterschiedlich aus. Wird sich hier auf das Sinken der Neuverstümmelungen unter den jüngeren weiblichen Mitgliedern einer Gemeinschaft verständigt, so muss im Zwischenfazit angemerkt werden, dass die bisherige Präventionsarbeit eine durchwachsene Bilanz aufweist: Vor allem Familien, die in den Städten wohnen, und in denen die Frauen höher gebildet sind, verzichten auf die Durchführung von FGM an ihren Töchtern. Sie sind jedoch auch die Bevölkerungsgruppe, die in der Ausgangssituation die geringste FGM-Rate aufwies (Wilson 2017: 9). Es wird daher oftmals angenommen, dass, unter der Prämisse, dass nicht die gesamte Bevölkerung eines Staates in den Städten leben kann, durch eine bessere allgemeine Bildung der Frauen die FGM-Rate der Töchter indirekt gesenkt werden könnte, daher sollten neben expliziten FGM-Präventionsansätzen wieder mehr allgemeine Bildungsprogramme etabliert werden, die den Mädchen zunächst mindestens einen Grundschulabschluss ermöglichen. Dem ist allerdings entgegenzuhalten, dass, während empirische Befunde darauf hinweisen, dass der ökonomische Fortschritt eines Landes den Frauen zwar höhere Bildungsbeteiligung ermöglicht, aber nicht zwangsläufig einen verbesserten Jobzugang bzw. mehr häusliche Freiheiten zur Folge hat (Malhotra u. a. 1995: 284).

Darüber hinaus erarbeitete eine Studie von Unicef mit Daten des DHS für verschiedene Länder des afrikanischen Kontinents, dass eine hohe mütterliche Schulbildung nicht zwangsläufig mit einer ablehnenden Haltung demgegenüber FGM korreliert: Dies wurde lediglich für 8 von 15 Ländern festgestellt. In Nigeria ist sogar das Gegenteil der Fall: Hier sind die Töchter von Müttern, die eine weiterführende Schule besucht haben mit höherer Wahrscheinlichkeit beschnitten als andere (UNICEF 2005: 9 f.)³². Dies lässt darauf schließen, dass eine Modernisierung der allgemeinen Situation in den Ländern, in denen FGM praktiziert wird, zu der auch eine höhere Bildungsbeteiligung von Frauen gehört, nicht zwangsläufig zu einer Reduktion der Quote der verstümmelten Mädchen nach sich zieht, allerdings ist sie generell zu befürworten.³³ Das Bemühen um eine bessere Schulbildung wird auch als Modernisierungsansatz bezeichnet. Er steht jedoch vor dem grundlegenden Problem, dass er im Vergleich zu einem exklusiven Anti-FGM-Ansatz relativ schwer zu realisieren ist. Demnach ist er aufgrund seiner Komplexität in der Durchführung und Langsamkeit in der Wirkung nur bedingt als Präventionsansatz geeignet, soll aber an dieser Stelle explizit nicht als solcher abgelehnt werden (Awolola und Ilupeju 2019: 2; Boyle u. a. 2001: 22; Wilson 2017: 11, 105). Seine Fortführung, ein Bemühen um eine rechtliche und soziale Besserstellung der Frauen, durch die die FGM dann keine Legitimität mehr besäße, scheitert an gleicher Schwachstelle, wäre jedoch langfristig anzustreben (Asefaw 2017: 25; Kuring 2007: 75–78).

Darüber hinaus gibt es bei der Auseinandersetzung mit FGM weiterhin viele Unwägbarkeiten: Existierende Gesetze müssen effektiv angewendet werden und Aufklärungsarbeit muss von der Dialogperspektive abrücken. Dieser Schritt muss geschehen, da für die häufig westlich sozialisierten Aktivist*innen nicht anzweifelbar ist, dass am Ende einer dialogbasierten Aufklärungsarbeit eine Abkehr von der Praxis stehen muss. Dies ist jedoch in den betroffenen Gemeinschaften nicht zwangsläufig der Fall, was zu Entmutigung und Frustration der Informierenden, und dadurch zu einer nicht-fruchtbaren Zusammenarbeit, führen kann. Es wurde verdeutlicht, dass Ansätze existieren, die das Ziel der Abschaffung von Neuverstümmelungen von Mädchen verfolgen. Der kommunikative Ansatz sowie die Medikalisierung der Praxis wurden

³² Es wird vermutet, dass es sich hier um eine Scheinkorrelation handelt, und dieser Unterschied über verschiedene Wohnorte, deren Urbanisierungsgrad, Religionszugehörigkeiten oder Einkommen erklärt werden könnte (diese These wurde im Rahmen der Studie allerdings nicht weiterverfolgt).

³³ Aktuellere Untersuchungen legen auch einen positiven Zusammenhang zwischen mütterlicher Bildung und körperlicher Unversehrtheit der Töchter nahe (UNICEF 2013: 41)

tiefgehend betrachtet. Gleichzeitig wurde aufgezeigt, dass Präventionsarbeit fortgeführt und weiterentwickelt werden muss, um ihr Ziel erreichen zu können.

Seif El Dawla fasst abschließend treffend zusammen, was das Ziel aller Präventionsbemühungen gegen FGM sein sollte: „the struggle against FGM involves promoting the welfare of women and their right to take full control of their lives, not conducting a battle against women who circumcise their daughters“ (1999: 134). Es ist also sicherzustellen, dass eine Aufklärung und Sensibilisierung für und über FGM immer darauf achtet, von der Praxis Betroffene weder zu stigmatisieren, vorzuverurteilen noch abzuwerten. In vielen afrikanischen Ländern existieren Plakat-Werbungen gegen FGM, meist ist hier eine Rasierklinge und ein kleines Mädchen zu sehen. Für einige stark traumatisierte Frauen kann diese Symbolik retraumatisierend wirken, für andere kann sie stigmatisierend sein, da sich Betroffene durch diese Darstellung der Praxis in Kampagnen häufig abgestempelt und auf ihre Genitalverstümmelung reduziert fühlen (Asefaw 2017: 114 f.).

Positiv über die Betrachtung der Präventionsansätze kann allerdings festgehalten werden, dass die Thematik der weiblichen Genitalverstümmelung mittlerweile in das öffentliche Bewusstsein gerückt ist. Verschiedene Institutionen haben ihre Existenz und Risiken erkannt und versuchen, diese Erkenntnis weiterzuerweitern.

5 Testung der theoretischen Begründung weiblicher Genitalverstümmelung mit Daten aus Ägypten

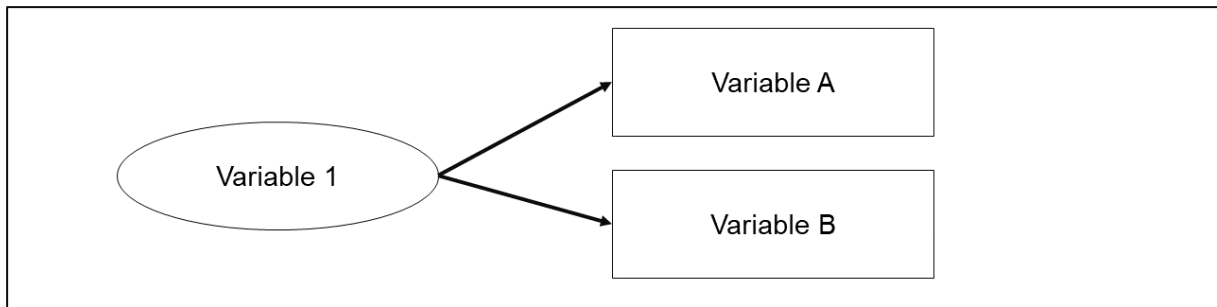
Im Folgenden soll die bisherige theoretisch-literarische Betrachtung der Thematik weiblicher Genitalverstümmelung um eine empirische Dimension erweitert werden. Deshalb wird an dieser Stelle das im Vorangegangenen aufgestellte Modell der Entscheidungsfindung und -Realisation in Bezug auf die Weitergabe weiblicher Genitalverstümmelung von der Mutter- in die Tochtergeneration empirischen Daten überprüft. Hierfür wird an dieser Stelle ein Strukturgleichungsmodell (englisch: Structural Equation Model, kurz: SEM) aufgestellt. Dabei werden folgende Schritte durchgeführt: Zuerst wird auf methodische und methodologische Aspekte des SEMs eingegangen werden. Anschließend werden die im Modell verwendeten Daten beschrieben und das formale Modell für die Analyse aufgestellt, durchgeführt und die Ergebnisse diskutiert.

5.1 Methode und Methodologie

Allgemein formuliert ist ein Strukturgleichungsmodell ein statistisches Verfahren, das es erlaubt, lineares Regressionsmodell, Pfadanalyse, sowie Faktoranalyse zu vereinen (Aichholzer 2017: 6). Grundsätzlich werden Strukturgleichungsmodelle oftmals genutzt, um Entscheidungen, Einstellungen, sowie andere, nicht-messbare-Konstrukte greifbar zu machen. Es dient folglich der Überprüfung komplexer Zusammenhänge bei gleichzeitigem Einbezug latenter Variablen. Hierbei bedient sich das Strukturgleichungsmodell der Differenzierung zweier Ebenen: der Mess- und der Strukturebene.

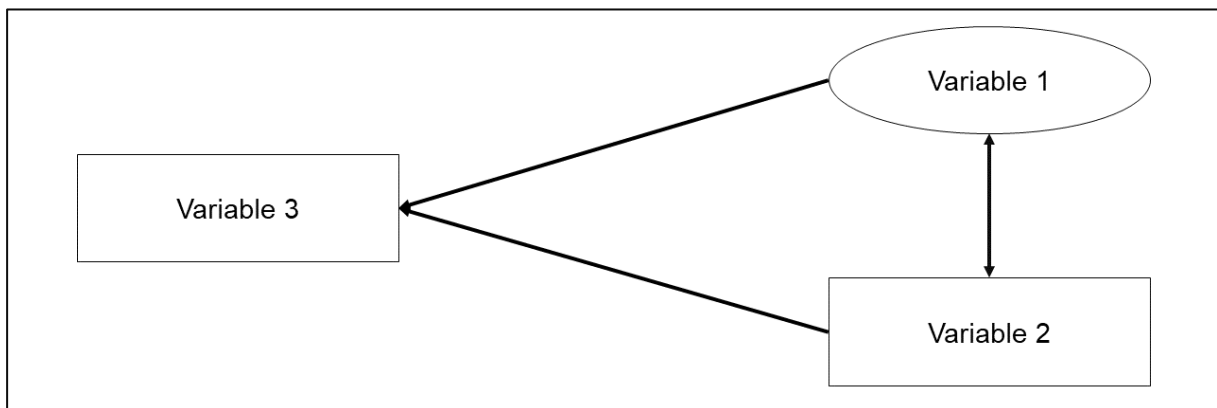
Das Messmodell (Abb. 2) dient dabei dazu, eine zu messende Größe, die nicht direkt beobachtbar ist, durch die Verwendung von mindestens zwei Indikatoren, aus denen sie sich zusammensetzen (könnte), zu messen. Wenn die Grundlage für diese Annahme aus der Literatur kommt, und demnach theoretisch oder empirisch fundiert ist, dann wird von einer konfirmatorischen Analyse gesprochen, kommt sie allerdings rein aus der vorliegenden Datenstruktur, wird das als explorativ bezeichnet. Die messbaren Variablen werden hierbei als manifeste Variablen bezeichnet, jene, für die eine Entstehungsvermutung postuliert wird, werden latent genannt. Wird ein Messmodell, beispielsweise im Rahmen einer Operationalisierung, exklusiv betrachtet, so wird hierfür üblicherweise eine Form der Faktoranalyse verwendet. Die Reliabilität dient als Gütekriterium für die Stärke der Korrespondenz zwischen den genutzten Indikatoren und den latenten Konstrukten (Aichholzer 2017: 7).

Für die grafische Darstellung von Strukturgleichungsmodellen werden Pfaddiagramme verwendet. Hierbei werden Variablen als Ellipsen oder Rechtecke dargestellt. Ellipsen werden hierbei für latente, Rechtecke für manifeste Variablen verwendet. Beziehungen zwischen den einzelnen Variablen werden durch Pfeile repräsentiert. Pfeile mit einer Spitze demonstrieren einen gerichteten Zusammenhang, dies bedeutet hier wird eine Kausalität vermutet. Pfeile mit einer Spitze auf jeder Seite stellen einen ungerichteten Zusammenhang dar. Zugrunde liegt hierbei die Annahme, dass zwischen den Variablen eine Korrelation besteht.



2: Beispielhaftes Messmodell

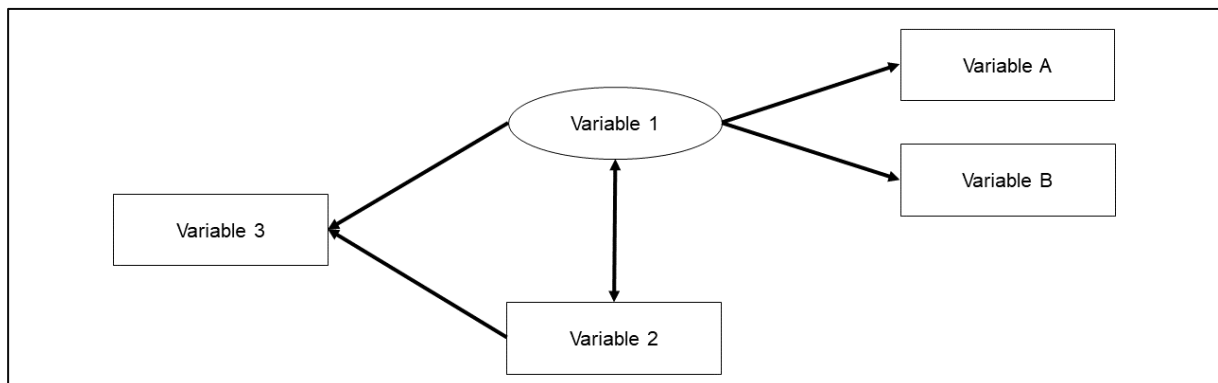
Das Strukturmodell hingegen, das auch als Pfadmodell bezeichnet wird, betrachtet die angenommenen Zusammenhänge zwischen den relevanten Variablen. Die entsprechenden Variablen können dabei sowohl latent als auch manifest sein. Entgegen dem Messmodell, in dem die Effektrichtung immer zur latente Variable hin angenommen wurde, sind hier auch andere Effektrichtungen möglich. Ein möglicher Ansatzpunkt hierbei ist die empirische oder theoretische Fundierung des Strukturmodells. In Abb. 3 ist ein exemplarisches Strukturmodell dargestellt. Bei der Variable 1 handelt es sich um die im vorangegangenen Messmodell erzeugte latente Variable, die Variablen 2 und 3 sind manifest. Zwischen den Variablen 1 und 2 wird eine Korrelation angenommen, beide beeinflussen Variable 3.



3: Exemplarisches Strukturmodell

Durch die Verbindung vom Strukturmodell mit den relevanten Messmodell(en) entsteht ein „globales“ Strukturgleichungsmodell, mithilfe dessen Zusammenhänge zwischen verschiedenen latenten Konstrukten erforscht werden können. Hierbei sollte das aufgestellte Modell insgesamt möglichst sparsam sein, das bedeutet es sollten so viele wie nötig, aber so wenig wie möglich Variablen einbezogen werden. Die dabei entstehende Überidentifikation des Modells kann die Verallgemeinerung abgebildeter Zusammenhänge erschweren.

Das abgebildete, exemplarische Gesamtmodell (Abb. 4) setzt sich aus dem Messmodell (Abb. 2) und dem Strukturmodell (Abb. 3) zusammen.



4: Beispiel für ein Gesamtmodell als Kombination von Mess- und Strukturmodell

5.2 Verwendete Daten

Im Folgenden wird eine konfirmatorische Analyse durchgeführt, da das zu prüfende Modell auf Grundlage der Literatur aufgestellt wurde.

Um den zuvor theoretisch vermuteten Zusammenhang zwischen patriarchalen Strukturen, Glauben an die Wandelbarkeit der Körperrezeption durch körperliche Veränderung, sowie das Abwägen zwischen Wertevorstellung und medizinischem Risikobewusstsein und zunächst der Einstellung über die weibliche Genitalverstümmelung, wird ein Strukturgleichungsmodell aufgestellt. Im Weiteren wird an dieser Stelle die Durchsetzbarkeit dieser Einstellung auf den Beschneidungsstatus der Tochter einbezogen.

Als Datengrundlage wurde Ägypten gewählt. Die Entscheidung ist damit zu begründen, dass Ägypten, durch seine relativ große Bevölkerung und die hohe Prävalenz weiblicher Genitalverstümmelung insgesamt das Land mit den meisten Überlebenden von FGM ist (Afifi 2010: 15; Wilson 2017: 9). Darüber hinaus wird das Land nach außen oftmals als homogen dargestellt, Ethnien scheinen selbstberichtet nicht zu existieren (Van Raemdonck 2017: 164). Die dominanten Beschneidungsformen sind die Typen I und II nach der Klassifikation der WHO (Abdel-Tawab und Hegazi 2000: 7; Al-Hussaini 2003: 124).³⁴

³⁴ Die Frage nach der Art der FGM wird in neueren Wellen des DHS nicht mehr direkt gestellt. Erschwerend kommt hinzu, dass sich bei vielen Frauen der beobachtbare und der berichtete FGM-Typus nicht deckungsgleich sind (Asefaw 2007: 160)

Für die Analysen wird der Datensatz des „Demographic and Health Survey“ (DHS) für das Land Ägypten aus dem Jahr 2014 verwendet. Der DHS wird mit Unterstützung durch die gemeinnützige Organisation USAID (United States Agency for International Development) in unregelmäßigen Abständen in bis zu 140 Ländern weltweit durchgeführt. Es handelt sich jedoch nicht um eine Längsschnitts-, sondern vielmehr um eine Trendstudie. Die betrachtete Teilerhebung ist die siebte Welle an Befragungen von jemals verheirateten Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren. Insgesamt wurden 21.762 Frauen aus ganz Ägypten in ihrem Wohnumfeld im 2. Quartal 2014 von Interviewerinnen befragt. Die Geschlechtshomogenität wurde gewählt, um soziale Barrieren im Interview so gering wie möglich zu halten. Die Erhebung versucht, Informationen über mütterliche Gesundheit und Überleben der Kinder zu erhalten, die dann wiederum genutzt werden sollen, um die landesspezifische Bevölkerungs- und Gesundheitspolitik dementsprechend zu gestalten (El-Zanaty und Way 2015: iv–7).

Als zentrale Vorteile des Datensatzes sind seine vollständige Verfügbarkeit auf Englisch (sowohl des Codebooks, des Fragebogens als auch der Variablen) und seine Größe, sowohl in Bezug auf die Verschiedenheit der Frauen bezüglich ihres Alters (beispielsweise der Survey of Young People in Egypt), als auch in Bezug auf die Fallzahlen zu nennen.

Ein großer Nachteil des Datensatzes ist allerdings die exklusive Befragung jemals verheirateter Frauen. Eine zentrale Annahme der Begründung weiblicher Genitalverstümmelung bestand darin, dass diese eine Voraussetzung für die Ehe darstellt. Im Einklang mit dieser Annahme müsste demnach der Anteil beschnittener Frauen im DHS überschätzt werden.³⁵

Eine weitere Schwierigkeit, die mit der Betrachtung weiblicher Genitalverstümmelung einhergeht, ist, dass diese auch in Ägypten illegal ist. Es könnte demnach der Fall sein, dass Frauen, aus Angst vor Repressionen, angaben, gegen weibliche Genitalverstümmelung zu sein, und ihre Töchter nicht beschneiden zu wollen, das allerdings nicht ihrer tatsächlichen Einstellung entspricht.³⁶ Diese Befürchtung kann allerdings dadurch entkräftigt werden, dass im DHS jemals verheiratete Frauen ab 15 Jahren befragt

³⁵ Vergleiche mit anderen Datensätzen entkräftigen diese Annahme (wenn für Altersgruppen kontrolliert wird).

³⁶ Das Vorhandensein dieser sozialen Erwartungen wird in der Literatur wiederkehrend angedeutet und stellt einen zentralen Kritikpunkt der Ergebnisse von Forschung zu weiblicher Genitalverstümmelung dar.

wurden. Das legale Mindestalter für die Heirat liegt in Ägypten jedoch bei 18 Jahren (Wilson 2017: 19). Da auch die Altersgruppe der 15-bis 18-Jährigen besetzt ist, liegt nahe zu vermuten, dass dies im untersuchten Datensatz ein reales Phänomen darstellt, dass in der Interpretation und Konklusion berücksichtigt werden muss. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass es eine Dunkelziffer bei den Befürworterinnen weiblicher Genitalverstümmelung gibt, jedoch liegt die Vermutung nahe, dass es sich hierbei nicht um ein systematisches Problem handelt.

Aus dem Datensatz wurden folgende Variablen in die Analyse einbezogen: Erleben häuslicher Gewalt; Männlicher Haushaltsvorstand; Ehemann bevorzugt eine Frau, die FGM erfahren hat; FGM verhindert Zügellosigkeit; FGM kann Geburt erschweren; FGM kann zum Tod führen; FGM soll fortgeführt werden und FGM soll an eigener Tochter geschehen.

Alle Variablen wurden für die Analysen dichotomisiert, wozu die Dimension „weiß ich nicht“ entfernt wurde. Die Variable *Erleben häuslicher Gewalt* ist das Resultat einer Itematterie, bestehend aus 20 einzelnen Fragen, die Gewalt verteilt auf die vier Dimensionen soziale Kontrolle, emotionale Gewalt, körperliche Gewalt und sexuelle Gewalt erhoben. Für das Modul häuslicher Gewalt wurde jedoch nur eine Subgruppe von 31,59 % der Gesamterhebung ausgewählt, bei knapp einem Prozent der Ausgewählten konnte jedoch keine ausreichende Privatsphäre bei der Befragung sichergestellt werden, weshalb dieses sensible Thema nicht angesprochen wurde. Es sind daher nur Antworten von 6.693 Frauen verfügbar.³⁷

Als weitere Variable wurde das *Geschlecht des Haushaltsvorstands* einbezogen. Hier wurde zwischen männlich und weiblich unterschieden. Allerdings bleibt im Datensatz unklar, in welchem (Verwandschafts-)Verhältnis die befragte Frau zu diesem steht.

Darüber hinaus wurden die Frauen befragt, ob sie der Aussage, ein potenzieller *Ehemann bevorzuge eine beschnittene Frau*, zustimmen.³⁸

Des Weiteren wurde ihre Zustimmung zur Hypothese, *FGM verhindere Zügellosigkeit* erfragt.

³⁷ Häusliche Gewalt wurde dabei über 20 Fragen, die die vier Gewaltdimensionen soziale Kontrolle, emotionale, körperliche, sowie sexuelle Gewalt abdecken, erhoben.

³⁸ Studien, die sich an Männer und Frauen richten zeigen in der Vergangenheit, dass Frauen dazu neigen, die Befürwortung der FGM durch die Männer zu überschätzen.

Zwei weitere Fragen beschäftigten sich mit dem Wissen der Frauen über mit der FGM verbundenen gesundheitlichen Risiken. Im DHS für Ägypten wurde 2014 erfragt, ob die Frauen glauben, dass *FGM die Geburt erschweren bzw. zum Tode führen* kann.³⁹ In der Literaturübersicht wurde verdeutlicht, dass beide Fragen eigentlich zu bejahen sind.

Als abhängige Variablen wurden die Einstellung der Mutter zur FGM (*FGM soll fortbestehen*), sowie die Intention für die Beschneidung der eigenen Tochter (*FGM soll an eigener Tochter geschehen*) verwendet. Es werden beide Dimensionen betrachtet, da, wie in der Literaturübersicht dargestellt wurde, nicht alle, die die Durchführung der FGM intendieren, diese auch befürworten, gleichzeitig können nicht alle Befürworterinnen der FGM diese durchführen (lassen).

Das Hauptthema des Datensatzes, mütterliche und kindliche Gesundheit, spiegelt sich auch in der Datenstruktur wider. Während die mütterliche Einstellung zu weiblicher Genitalverstümmelung also noch direkt bei dieser erfragt wurde, so ist die Betrachtung ihrer Realisation schwieriger, da die Beschneidung der Töchter aufgrund der traditionellen Rahmenbedingungen in der Reihenfolge ihrer Geburt zu erfolgen hat. Das Alter der Kinder ist im Datensatz aber in der Position innerhalb der gesamten Kinderzahl erfasst worden.⁴⁰ Möchte man nun berücksichtigen, dass Töchter nicht direkt bei ihrer Geburt beschnitten werden, sondern im ägyptischen Fall im Alter von 8-12 Jahren, so ergibt sich das Problem, dass man für die jeweilige Tochter zwar den Beschneidungsstatus kennt, ihr Alter allerdings nicht berechnen kann⁴¹. Die tatsächlich realisierte Beschneidung der eigenen Töchter kann also mit den vorhandenen Daten nicht angemessen untersucht werden. Daher wurde hier die Variable *Intention für die eigene Tochter* als Approximation gewählt. Die Variable verfügt über systematische Missings: Allen Frauen ohne lebende Kinder wurde die Frage nicht gestellt.

5.3 Adaption des Strukturgleichungsmodells an die verwendeten Daten

Im Rahmen der Analyse werden die vorgestellten Variablen im Folgenden in ein Strukturgleichungsmodell, das auf dem betrachteten literarischen Konzept der weiblichen

³⁹ Die vier letztgenannten Variablen stammen aus zwei Itembatterien zu den Themen „Gründe für FGM“ und „Wissen über FGM“. Beide bestehen aus mehreren Fragen, die verschiedene Dimensionen erfassen. Leider werden für jede Befragung nur einige spezielle Fragen ausgewählt.

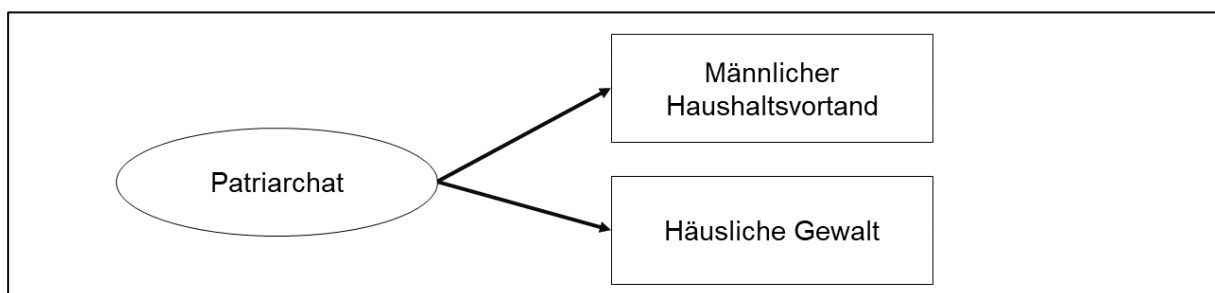
⁴⁰ Beispielsweise: Alter des ersten /zweiten / n-ten Kindes. Falls zutreffend: Alter beim Tod

⁴¹ Für die befragten Frauen liegt das durchschnittliche Beschneidungsalter bei 9,6 Jahren (eigene Berechnungen)

Genitalverstümmelung fußt, überführt. Dieser Schritt wird vorgenommen, um den postulierten Zusammenhang zwischen patriarchalen Strukturen, Glauben an die Wandelbarkeit der Körperrezeption durch körperliche Veränderung, sowie das Abwägen zwischen Wertevorstellung und medizinischem Risikobewusstsein und zunächst der Einstellung über die weibliche Genitalverstümmelung untersucht. Im Weiteren wird an dieser Stelle die Wirkung der mütterlichen Einstellung auf ihre Intention einbezogen.⁴²

Zunächst wird hier das Messmodell, anschließend das Pfadmodell fokussiert. Daran anschließend werden beide zu einem Strukturgleichungsmodell verbunden⁴³.

In der Aufstellung des Entscheidungsmodells wurde darauf eingegangen, dass patriarchale gesellschaftliche Strukturen für verschiedene Individuen unterschiedlich wirken können. Da alle Befragten unter den gleichen Gesetzen leben, wird angenommen, dass die institutionellen Wirkungen des Patriarchats für die Befragten ähnlich sind. Anders verhält es sich mit den individuellen Faktoren: Diese sind familienpezifisch. Da das Patriarchat nicht direkt messbar ist, wurde es über die Variablen *häusliche Gewalt* und dem *Geschlecht des Haushaltsvorstandes* zusammengesetzt (Abbildung 5).



5: Latente Variable "Patriarchat"

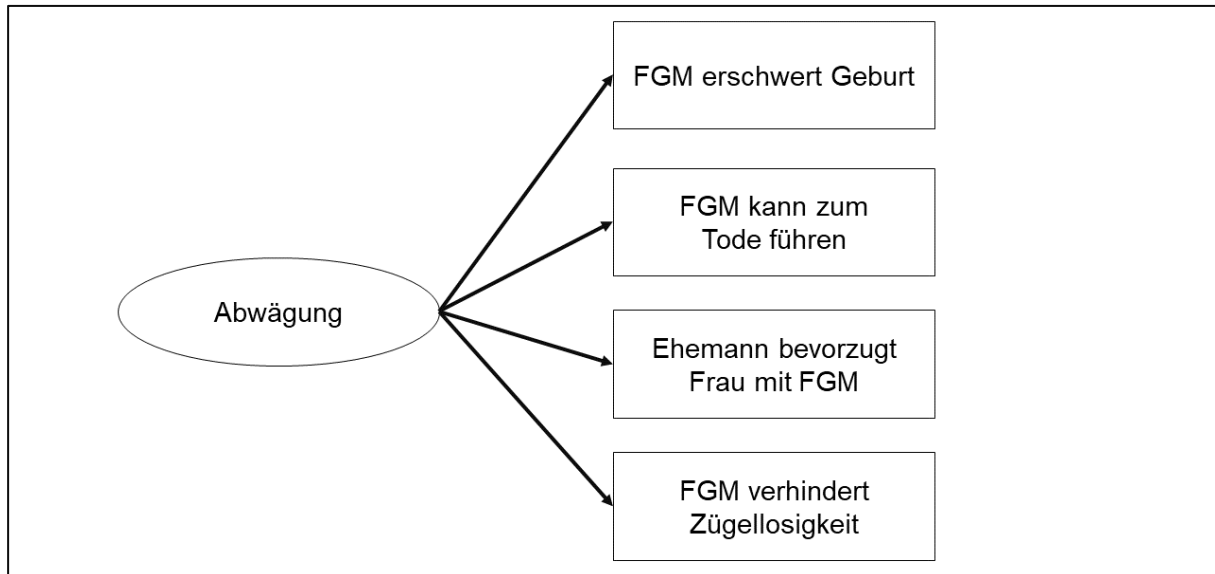
Das nächste verwendete latente Konstrukt der „Abwägung“ besteht aus je zwei manifesten Variablen zu den mit FGM verbundenen Werten⁴⁴, sowie Wissen über mögliche medizinische Komplikationen. Als Werte werden die *Präferenz des Ehemannes für eine beschnittene Frau* und die *FGM als Mittel, um Zügellosigkeit zu verhindern* in die Analyse einbezogen, als medizinische Größen wird die Zustimmung zu den Aussagen,

⁴² Diese Einschränkung beschränkt die Fallzahl der betrachteten Fälle. Da allerdings eine große Fallzahl das Aufstellen eines SEM erleichtert, wird diese realitätsnahe Einschränkung in einem separaten Schritt vorgenommen.

⁴³ Um den Lesefluss zu erleichtern werden die Variablennamen des Datensatzes im Folgenden *kursiv* gesetzt. Sie werden u. U. sprachlich geglättet. Latente Variable werden in „Anführungszeichen“ gesetzt.

⁴⁴ Weitere Zustimmungssystems wären hier erfragbar, fanden jedoch im DHS Ägypten 2014 keine Anwendung.

dass FGM die Geburt erschwert und dass FGM zum Tode führen kann einbezogen (Abb. 6).



6: Latente Variable "Abwägung"

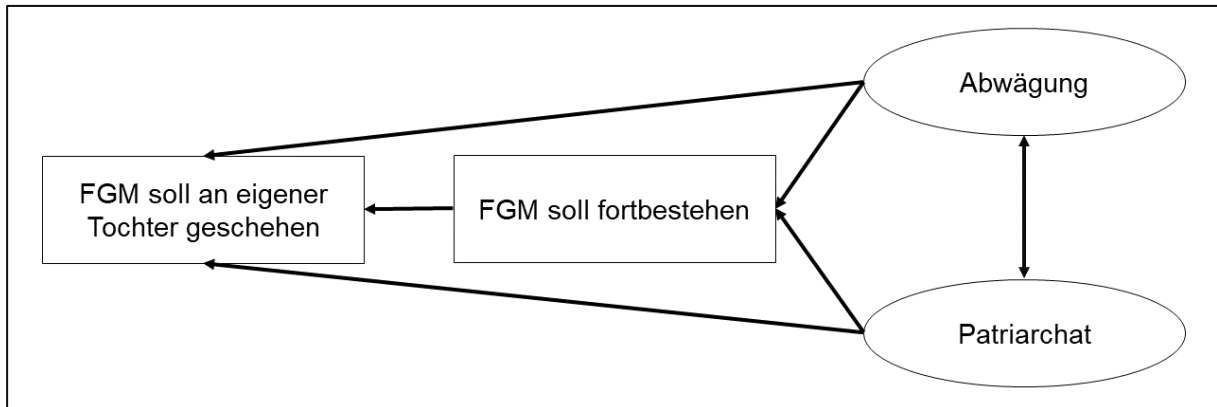
Als dritte latente Variable wäre das Einbeziehen des Glaubens an die Veränderlichkeit der Wertigkeit des eigenen Körpers durch dessen Modifikation in das Modell sinnvoll gewesen. Diese latente Variable kann jedoch aus den im Datensatz vorhandenen Angaben nicht gebildet werden, da die entsprechenden Fragen 2014 in Ägypten nicht gestellt wurden. In Wellen bzw. Ländern, in denen die Fragen gestellt wurden, fehlen dafür wiederum andere oder die Befragungen liegen bereits lange zurück.

Nachdem im Vorangegangenen bereits die verwendeten latenten Variablen herausgestellt wurden, und alle Variablen beschrieben wurden, sollen sie im Folgenden in einem Strukturmodell verbunden werden. Die angenommene Pfadanalyse basiert hierbei auf dem im Vorangegangenen aufgestellten Modell der Entscheidungsfindung und -Realisation in Bezug auf die Weitergabe weiblicher Genitalverstümmelung von der Mutter in die Tochtergeneration.

Es wird eine Korrelation zwischen den latenten Variablen „Patriarchat“ und „Abwägung“ vermutet. Des Weiteren wird vermutet, dass beide die getesteten manifesten Größen *Einstellung zur weiblichen Genitalverstümmelung*, sowie *Intention für die eigene Tochter* beeinflussen.⁴⁵ Es wird darüber hinaus angenommen, dass die

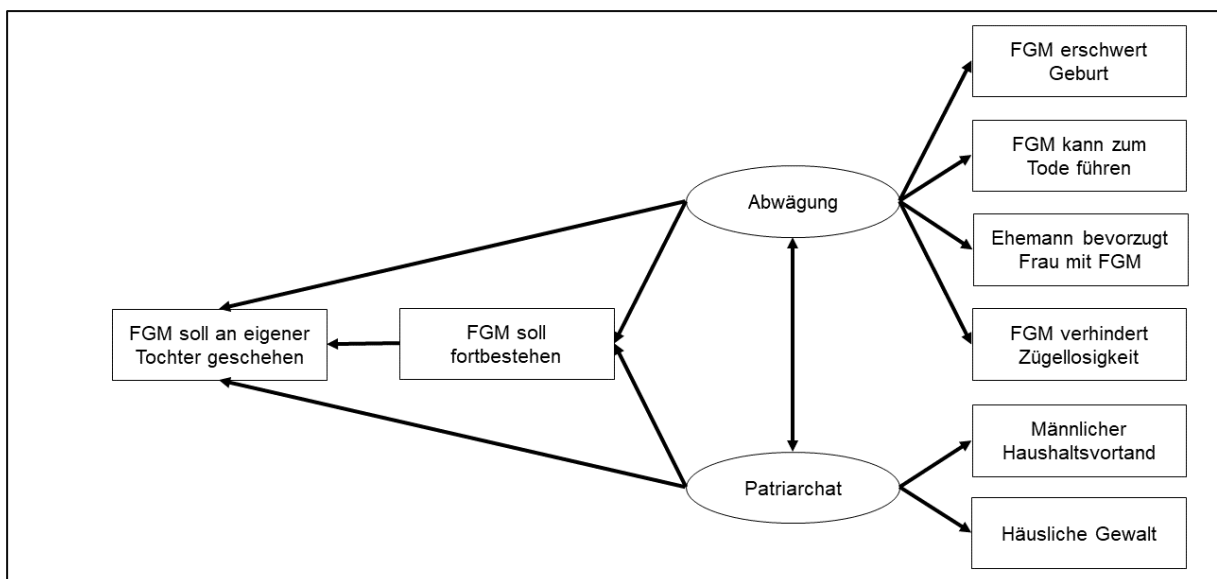
⁴⁵ Eigentlich war auch das Einbeziehen der latenten Variable „Glaube an die Veränderlichkeit des Körpers“ geplant. Leider wurde für diese keine adäquate Entsprechung im Datensatz gefunden, weshalb sie ausgeschlossen wurde. Aus der Literatur wird jedoch nahegelegt, dass eine generelle Zustimmung der Gesamtgesellschaft zu dieser Aussage anzunehmen ist.

Einstellung zur weiblichen Genitalverstümmelung auf die mütterliche Intention wirkt.⁴⁶
 Das Strukturmodell ist in Abbildung 7 visualisiert.



7: Verwendetes Strukturmodell

Nachdem im Vorangegangenen bereits die Messmodelle, sowie das Strukturmodell separat aufgestellt wurden, werden beide im Folgenden zum Strukturgleichungsmodell verbunden. Das Resultat ist in Abbildung 8 zu sehen.



8: Analysiertes Gesamtmodell

5.4 Ergebnisse

Nach der Betrachtung der Methode und Methodologie des Strukturgleichungsmodells soll der Fokus nun wieder auf der empirischen Situation liegen. Dafür werden zunächst

⁴⁶ Einen ähnlichen Modellaufbau verwendeten auch Icek Ajzen in seinem Werk zur Theorie geplanten Verhaltens (Ajzen 1991), sowie Pashaei et al. um das Erlauben weiblicher Genitalverstümmelung im Iran zu untersuchen (Pashaei u. a. 2016)

deskriptive Ergebnisse der einbezogenen Variablen vorgestellt. Im ersten Schritt werden univariate Analysen durchgeführt, anschließend die Korrelationsmatrix diskutiert.

5.4.1 Univariate Analysen der relevanten Variablen

Da für das Strukturgleichungsmodell die Fallzahl über alle Variablen konstant gehalten werden musste, wurden für dessen Aufstellung alle Frauen aus der Analyse ausgeschlossen, die auf mindestens einer der acht betrachteten Variablen einen fehlenden Wert hatten. Die Fallzahl sank durch diese Einschränkung auf 1667 Frauen, was vor allem auf hohe systematische Missings bei den Variablen *häusliche Gewalt* (Ausschluss aller, die nicht für das Modul ausgewählt waren) und *FGM soll an eigener Tochter geschehen* (Ausschluss aller Nicht-Mütter). Die Verteilungen der Frauen auf die beiden Antwortkategorien bleiben jedoch auch durch den generellen Ausschluss der fehlenden Werte bei allen Variablen vergleichbar, was die Vermutung nahelegt, dass dieser Ausschluss der Daten zur für den gesamten Datensatz generalisierbaren Ergebnissen führt.

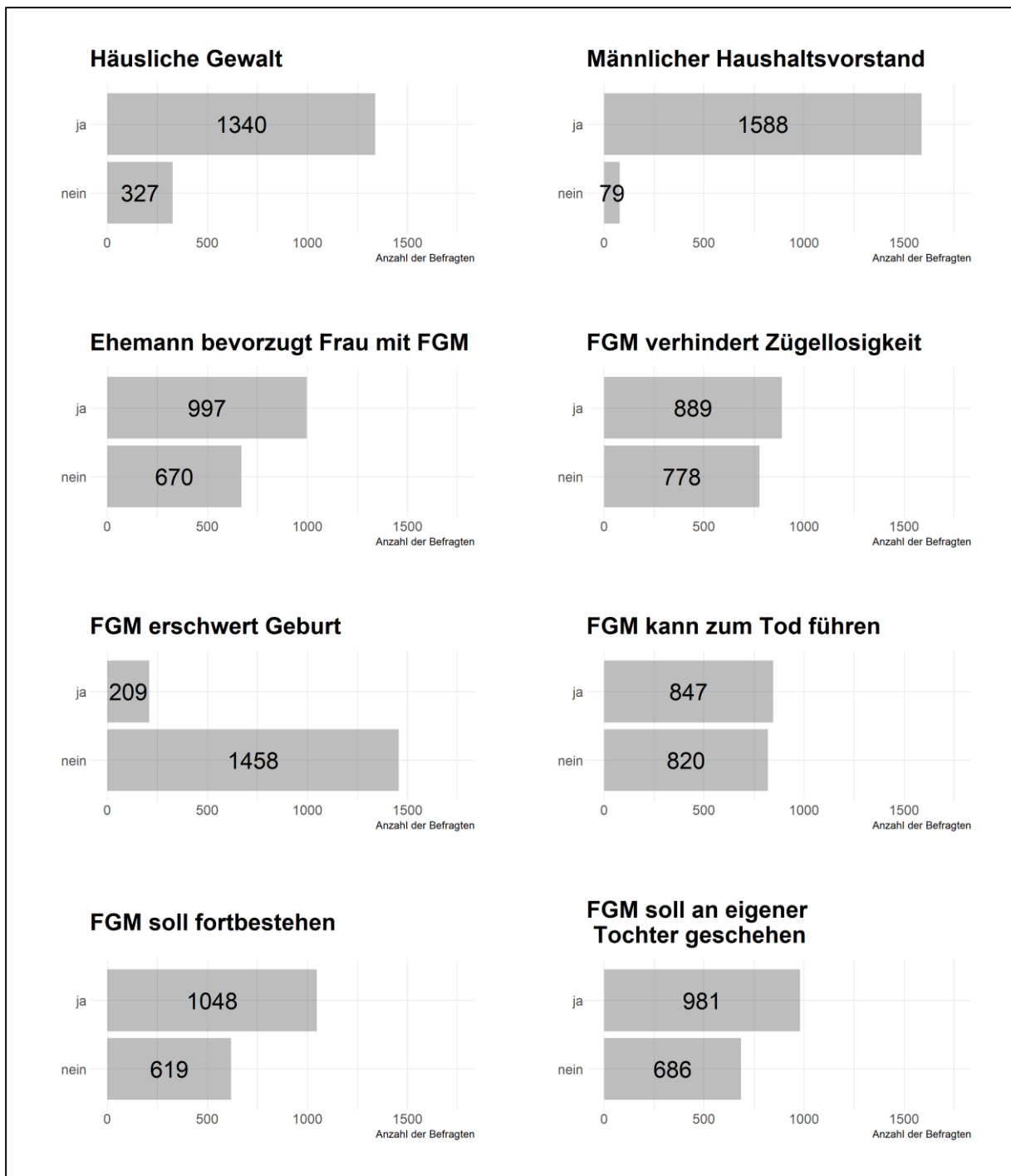
Zunächst wurden die verbleibenden 1667 Fälle auf ihre univariaten Verteilungen hin analysiert (Abb. 9). In Bezug auf *häusliche Gewalt* kann hier festgehalten werden, dass 1340 Frauen diese selbstberichtet in mindestens einer Dimension erlebt haben, 337 gaben an, keine häusliche Gewalt erlebt zu haben. Das *Geschlecht des Haushaltsvorstandes* benennen 1588 Frauen als männlich, in 79 Fällen ist es eine Frau.⁴⁷

Auf die Frage zu kulturellen Vorteilen der FGM vermuten 997 Interviewpartnerinnen, dass der *Ehemann eine Frau mit FGM bevorzugt*, 889 stimmen der These zu, *FGM verhindere Zügellosigkeit*. Betrachtet man das berichtete Wissen der Frauen zu den medizinischen Risiken von FGM, so fällt auf, dass nur 209 Frauen der Aussage, *FGM erschwere die Geburt* zustimmen, immerhin 847, knapp mehr als die Hälfte der Interviewpartnerinnen, wissen, dass *FGM zum Tod führen kann*.

Fragt man die Frauen, ob *FGM ihrer Meinung nach fortbestehen soll*, so antworteten 1048 Befragte klar mit ja, 619 mit nein.⁴⁸ An *ihrer eigenen Tochter* wollen 981 Frauen FGM durchführen lassen, 686 wollen ihre Tochter nicht beschneiden.

⁴⁷ Wie bereits erwähnt ist an dieser Stelle jedoch kein Rückschluss auf die Verwandtschaftsbeziehungen von Interviewpartnerin und Haushaltsvorstand möglich

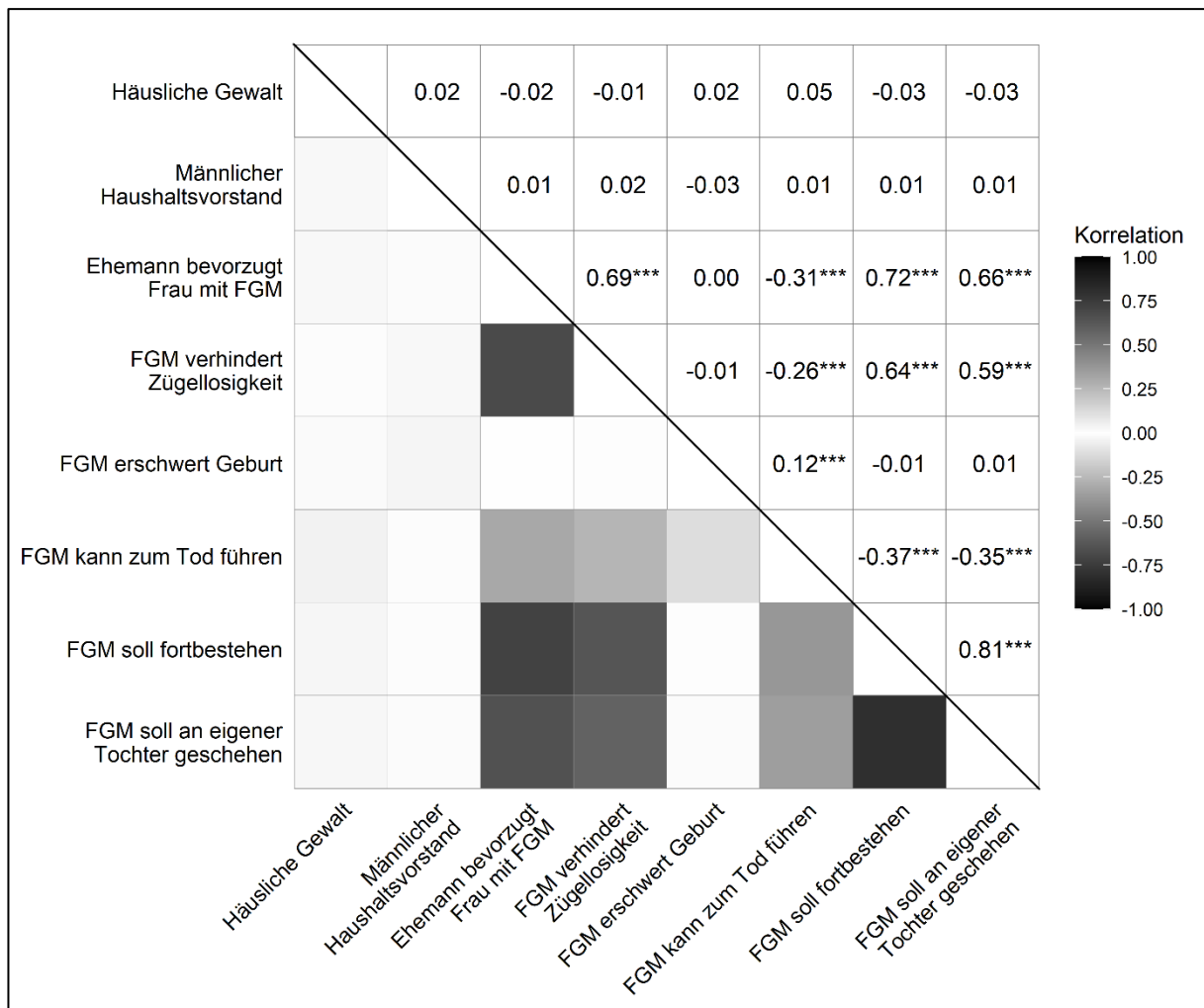
⁴⁸ Die Antwortkategorien „weiß ich nicht“ und „keine Antwort“ waren zwar möglich, wurde aufgrund ihrer Uneindeutigkeit jedoch für die Analysen ausgeschlossen.



9: Univariate Häufigkeitsverteilungen der betrachteten Variablen

5.4.2 Korrelationsanalyse

Nachdem im Vorangegangenen die Verteilungen der betrachteten Variablen fokussiert wurden, wird im Folgenden eine Korrelationsmatrix aller Variablen untereinander aufgestellt (Abbildung 10).



10: Korrelationsmatrix der Variablen

In der Darstellung sind die Korrelationskoeffizienten nach Pearson zwischen den betrachteten Variablen als Matrix zu sehen. Unterhalb des trennenden Strichs wurde eine Farbkodierung verwendet, laut der dunklere Felder für eine höhere Korrelation der beiden Variablen zueinander stehen. Hier wird nicht zwischen positiven und negativen Korrelationen unterschieden. Oberhalb der Korrelation mit sich selbst sind die exakten Korrelationskoeffizienten abgetragen. Falls zutreffend findet sich hier ebenfalls das Signifikanzniveau.

Es sind demnach besonders große Korrelationen zwischen der Zustimmung zu *FGM verhindert Zügellosigkeit* und dem Glauben, dass der *Ehemann eine Frau mit FGM bevorzugt* (hoch signifikant). Diese beiden Variablen korrelieren ebenfalls hoch mit dem *Wunsch nach Fortführung* der Praxis weiblicher Genitalverstümmelung und der *Intention für die eigene Tochter* (alle Ergebnisse hoch signifikant). Des Weiteren gibt es eine sehr hohe Korrelation zwischen dem Wunsch, dass *FGM als Praxis*

weiterbestehen soll, und der *Intention diese an der eigenen Tochter durchführen zu lassen* (Ergebnis ist hoch signifikant).

Sehr geringe Korrelationen zu den anderen betrachteten Variablen weisen hingegen das *Geschlecht des Haushaltsvorstandes*, die selbstberichtete Erfahrung *häuslicher Gewalt*, sowie die Wissensabfrage, ob *FGM die Geburt erschwere* (alle Ergebnisse nicht signifikant).

Ebenfalls sehr gering fallen die Korrelationskoeffizienten zwischen den beiden medizinischen Wissensfragen aus, sie ist allerdings signifikant. Das könnte bedeuten, dass signifikant viele Mütter entweder keine oder beide Fragen mit ja beantworten konnten.

Auffallend ist allerdings, dass zwischen *FGM erschwert die Geburt* und *FGM soll fortbestehen* quasi kein Zusammenhang besteht, zwischen *FGM kann zum Tod führen* und *FGM soll fortbestehen* allerdings ein, wenn auch kleiner, negativer, signifikanter, Zusammenhang besteht. Das könnte bedeuten, dass Mütter, die wissen, dass FGM zum Tod führen kann, diese eher ablehnen. Betrachtete man die Korrelation der beiden Variablen mit der Intention für die eigene Tochter, so kann (nahezu) der gleiche Effekt festgestellt werden, was wiederum konsistent mit der gefundenen hohen Korrelation zwischen Einstellung und Intention ist.

Der Korrelationsmatrix ist demnach zu entnehmen, dass einige Variablen untereinander stark korrelieren, andere hingegen nicht.

Allgemein untersuchen Korrelationen nur, ob zwei Sachverhalte, beispielsweise die Beantwortung der medizinischen Fragen zu FGM mit ja, eher zusammen auftreten. Es wird allerdings keine Aussage, über eine mögliche Ursache-Wirkungs-Beziehung getroffen. Diese Lücke soll durch die Berechnung des im vorangegangenen aufgestellten SEM erfolgen.

5.4.3 Ergebnisse des Strukturgleichungsmodells

Zunächst soll an dieser Stelle die Modellgüte des Strukturgleichungsmodells bestimmt werden.

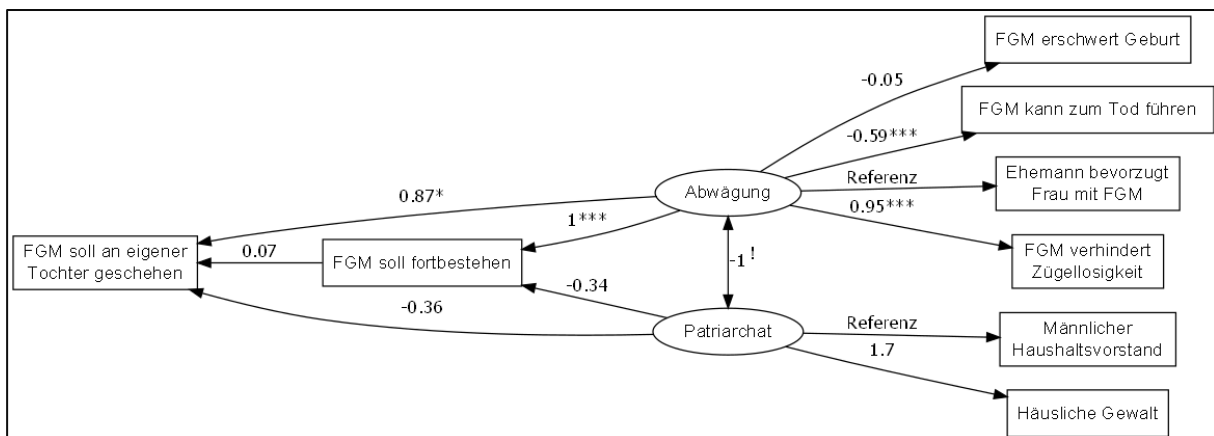
Es wurde eine konfirmatorische Faktoranalyse genutzt, um das theoretisch aufgestellte Modell der Weitergabe weiblicher Genitalverstümmelung von der Mutter an die Tochter zu testen. Es wurde hierbei das Paket Lavaan 0.6-5 in der Statistiksoftware

R in der Version 3.6.3 genutzt. Es wurde ein gewichteter Kleinste-Quadrate Schätzer genutzt.

| <i>Fit-Index</i> | <i>Soll-Wert</i> | <i>beobachteter Wert</i> |
|------------------|------------------|--------------------------|
| Freiheitsgrade | > 0 | 17 |
| CFI | 1 | 0,998 |
| RMSEA | 0 | 0,056 |
| SMSR | 0 | 0,059 |

11: Fit-Indizes des Strukturgleichungsmodelles

Mit 17 Freiheitsgraden ist das Modell überidentifiziert, das heißt mit den verwendeten Daten lösbar. Es weist damit eine Passung zu den verwendeten Daten auf. Das Modell zeigt folgende weitere Fit-Maße: Der Comparative Fit Index (CFI) liegt mit 0,998 nahe 1. Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) ist 0,056 ist damit immer noch nahe genug zur 0, ebenso wie das Standardized Mean Square Residual (SMSR) mit 0,059. Das getestete Modell weist demnach eine bessere Passung zu den empirischen Daten auf, als es ein hypothetisches Nullmodell täte (sh. Abb. 11).



12: Ergebnis des Strukturgleichungsmodells

Die manifeste Variable der *erschwert* Geburt lädt geringfügig negativ, aber nicht signifikant auf das latente Konstrukt der „Abwägung“. Das Wissen um das *Todesrisiko bei der weiblichen Genitalverstümmelung* lädt negativ und signifikant auf die „Abwägung“. Die zugeschriebene *Präferenz eines Ehemannes für eine beschnittene Frau* wurde als Referenzkategorie festgelegt. Die Zustimmung zur Aussage, dass *FGM Zugellosigkeit verhindere*, lädt positiv und signifikant auf die „Abwägung“. Diese Faktorladung ist höher als die beiden medizinischen Gefahren, sie ist außerdem die einzige positive. Bei der latenten Variable „Patriarchat“ wurde die manifeste Variable des *Geschlechts des Haushaltsvorstandes* als Referenzkategorie gewählt. Die erlebte *Häusliche Gewalt* lädt extrem hoch, aber nicht signifikant auf das Patriarchat.

Die latente Variable der „Abwägung“ hat einen positiven stark signifikanten Einfluss auf die *Zustimmung zum Fortbestehen der FGM*. Das „Patriarchat“ hat hier einen geringen, nicht signifikanten negativen Einfluss.

Auf die manifeste Variable der *mütterlichen Intention* hat die „Abwägung“ einen hohen, geringfügig signifikanten Einfluss. Der Einfluss der *mütterlichen Einstellung zur FGM* im Allgemeinen ist geringfügig positiv, der des „Patriarchats“ leicht negativ. Die beiden letztgenannten Effekte sind auf dem 5-Prozent-Niveau nicht signifikant.

Zwischen den beiden latenten Konstrukten „Abwägung“ und „Patriarchat“ kann keine Korrelation geschätzt werden. Eine separate Korrelationsanalyse zeigt, dass hier eine nahezu perfekte, negative Korrelation besteht. Da die Effekte dadurch nicht trennscharf voneinander waren, wurde deshalb für eine explorative Analyse das latente Konstrukt des „Patriarchats“ durch das *Geschlechts des Haushaltsvorstands* ersetzt, da bezüglich der erlebten *häuslichen Gewalt*, aufgrund ihrer hohen Faktorladung, verbunden mit der geringen Varianz und ihrer Entstehungshistorie davon ausgegangen werden muss, dass sie ein ungeeignetes Messinstrument sein könnte (Ergebnis im Anhang, Abbildung 14) Die Ergebnisse unterscheiden sich kaum, lediglich der Einfluss des *Geschlechts des Haushaltsvorstandes* wird kleiner (0,02 bzw. 0,03). Er bleibt allerdings weiterhin negativ und nicht signifikant.

5.4.4 Interpretation der Ergebnisse

In Zusammenschau mit der Tatsache, dass Abwägung einen scheinbar sehr großen Einfluss auf das Fortbestehen der weiblichen Genitalverstümmelung hat, könnte das Patriarchat hierbei keine messbare Rolle⁴⁹ auf der individuellen Ebene spielen. Dafür könnte sprechen, dass die gesamtgesellschaftlichen Wirkungen patriarchaler Strukturen in Ägypten als prädominant beschrieben werden (Wilson 2017: 11). Um einen möglichen Einfluss des Patriarchats auf die Entscheidung für eine FGM an der eigenen Tochter testen zu können, müsste man Studien aus verschiedenen Ländern vergleichen, bei denen nach Möglichkeit alle anderen Faktoren unverändert bleiben, vergleichen.⁵⁰

⁴⁹ Es wäre aber auch denkbar, dass es in Ägypten so unüblich ist, keinen männlichen Haushaltsvorstand bzw. keine häusliche Gewalt erlebt zu haben, dass diese Frauen keiner gesellschaftlichen Norm mehr folgen.

⁵⁰ Vergleichbar geschieht das bei Engelsma, Mackie, und Merrell, jedoch werden hier nur allgemeine FGM-Gesetze und nicht explizit Gesetze, die patriarchale Strukturen untermauern könnten in die Analyse einbezogen (Engelsma, Mackie, und Merrell 2020)

Die Fortführung weiblicher Genitalverstümmelung wäre somit rein durch die mütterliche Abwägung zu erklären. Hier sind die besonders die Todesgefahr für das Mädchen während des Eingriffs der relevante Faktor, der die Mütter davon abhält, FGM zu unterstützen und an ihrer Tochter durchführen lassen zu wollen, sowie die Verhinderung ihrer Zügellosigkeit, die den Müttern anscheinend sehr wichtig ist, und sie gegenteilig entscheiden lässt. Hier wird sichtbar, dass die Tugendhaftigkeit eines Mädchens, hier erreicht über die weibliche Genitalverstümmelung für die Mütter sehr wichtig erscheint, da sie eine Ehe ermöglicht. Diese Konvention des Heiratsmarktes könnte den Unterschied zwischen mütterlicher Einstellung und Intention der FGM erklären (Danelzik 2016: 90–94).

Das FGM weist auf einen verwundernd geringen Einfluss der potenziellen Erschwerung der Geburt durch eine FGM auf die mütterliche Abwägung hin. Dies könnte dadurch entstehen, da auch hier, wie die Literatur gezeigt hat, viele Faktoren relevant sind. Die Wahrscheinlichkeit von Geburtsschwierigkeiten ist abhängig von der Art der FGM, der Unterstützung, die die Mutter erhält, deren Alter, der Größe und dem Gewicht des Kindes, sowie der Möglichkeit, die allgemeinen Schmerzen zu mildern, denn ein Großteil der ägyptischen Frauen gebärt weiterhin ohne Hilfe durch medizinisch geschulte Personen.

Es wird insgesamt also durch das durchgeführte Strukturgleichungsmodell deutlich, dass die Verhinderung der Zügellosigkeit eines Mädchens, sowie die Vermeidung der Todesgefahr während der Beschneidung für die Mütter die wichtigsten Argumente gegen eine FGM, sowohl im Allgemeinen als auch bei der eigenen Tochter sind. In diesem Zusammenhang wird auch die Gefahr der Medikalisierung der Praxis hervorgehoben: Wenn folglich die einzige für die Entscheidung relevante negative Konsequenz wegfiel, könnte die Beschneidungsrate in Ägypten mindestens stagnieren, aufgrund der positiven Konnotation der Vermeidung von Zügellosigkeit bei Mädchen wäre aber auch ein erneuter Anstieg denkbar. Eine zielführende Präventionsarbeit müsste hier weiterarbeiten, um Eltern alternative Handlungsmöglichkeiten, die das Ziel tugendhaften Verhaltens ihrer Kinder zur Folge haben, aufzuzeigen. Hier müssten demnach Elemente des Awareness-Raisings und des Empowerments vereinen.

Das vorgestellte Strukturgleichungsmodell muss allerdings auch im Kontext seiner Einschränkungen betrachtet werden: So wurden aus ursprünglich über 21.000 befragten Frauen nur die Aussagen von 1667 von ihnen einbezogen. Während einige Gründe

für dieses Herausfallen logisch begründet waren (Nicht-Mütter könne keine Entscheidungen für ihre Tochter treffen), waren andere hingegen zufällig (Auswahl für das Modul zu häuslichen Gewalt), wieder andere könnten eine Systematik aufweisen (die generelle Beschränkung auf jemals verheiratete Frauen, Auslassen des Moduls zur häuslichen Gewalt bei fehlender Privatsphäre). Des Weiteren musste das theoretische Modell stark adaptiert werden, um zu den vorhandenen Variablen zu passen. Darüber hinaus fehlt der Einbezug möglicher relevanter Kontrollvariablen komplett (Aichholzer 2017: 162). Außerdem misst die zweite unabhängige Variable lediglich die Intention der Mutter für die Beschneidung ihrer Tochter, nicht aber deren tatsächliche Realisation, die, wie beispielsweise Asefaw, Kuring und Nestlinger u. a. zeigen, von dieser abweichen kann (Asefaw 2017: 32, 146; Kuring 2007: 89, 140; Nestlinger u. a. 2017: 35).

6 FGM im Kontext von Migrationsprozessen

Nachdem im Vorangegangenen die weiblichen Genitalverstümmelung auf den afrikanischen Kontinent, und hier vor allem auf Ägypten fokussiert betrachtet wurde, soll nun eine Verlagerung des regionalen Betrachtungskontextes hin nach Europa und hier vor allem nach Deutschland vorgenommen werden. Dieser Schritt ist für eine möglichst umfassende Betrachtung des Phänomens notwendig, denn durch Migrationsprozesse wandern viele von FGM betroffene Frauen aus ihren Ursprungsländern nach Europa und Nordamerika (Ihring 2015b: 13).

Historisch ist für den europäischen und amerikanischen Raum die weibliche Genitalverstümmelung bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts belegt. Es gab Mediziner aller Fachrichtungen, die sie als letztes Mittel benutzten, um Frauen von Leiden wie Lesbianismus, exzessiver Masturbation, Epilepsie oder Hysterie zu heilen (Hodges 1997; Meßmer 2017: 134 f.). Mit der Rationalisierung der Entstehung und Behandlung dieser Krankheiten verschwand die Praxis nahezu vollständig aus dem Bewusstsein der Europäer (Asefaw und Hrzán 2005: 13 f.). Erst zu Beginn der 1990er Jahre wurde sie wieder öffentlich thematisiert: Das heute in New York lebende Topmodel Waris Dirie berichtet in ihrer, mittlerweile auch verfilmten, Autobiografie „Wüstenblume“ sehr persönlich von ihrer Beschneidung und schreckt damit Leser*innen in Europa und Nordamerika erstmals öffentlich auf. Abgesehen davon ist die Thematik, allerdings in der Mehrheitsgesellschaft immer noch weitgehend unbekannt oder wird von ihr bewusst ignoriert (Beck und Freundl 2008: 226 f.), jedoch erfolgt jährlich zum 6. Februar, den

internationalen Tag gegen weibliche Genitalverstümmelung ein kurzer medialer Aufschrei. Auch nach Todesfällen während Beschneidungen und der Veröffentlichung neuer Zahlen oder Berichte ist dies zu beobachten. Jedoch verhalten diese Aufschreie nach kurzer Zeit meist wieder und die Mehrheitsgesellschaft geht wieder zum Tagesgeschäft über (Johnston 2007).

Aktuell gewinnt weibliche Genitalverstümmelung durch die neuesten Migrationsbewegungen, vor allem aus dem Irak und Somalia, wo sie weit verbreitet ist, an Bedeutung. Durch diese Entwicklung gibt es auch in Deutschland immer mehr von FGM betroffene Frauen und Mädchen (Afifi 2010: 15; Asefaw und Hrzán 2005: 14; Awolola und Ilupeju 2019: 1; Kandala u. a. 2018: 2).

Eine geschätzte Prävalenz der Praxis in Deutschland zu kennen ist relevant, da nur so die Notwendigkeit der Prävention, Intervention und Anpassung an diese Tatsache erfolgen kann⁵¹. Diese Weiterentwicklung unseres Sozialsystems kann auf zweierlei Weise geschehen: Zunächst müssen direkt betroffene Frauen Unterstützung und Hilfe suchen können, die sich ihrer Probleme und Sorgen wertschätzend annimmt. Hierzu gehört auch eine gute Qualifikation des medizinischen Fachpersonals bezüglich der Thematik weiblicher Genitalverstümmelung (Asefaw 2007: 202). In vielen Autobiographien und Interviews berichten beschnittene Frauen in europäischen (auch deutschen) Frauenarztpraxen, wenn ihre Genitalverstümmelung erkannt wurde, wie ein exotisches Tier, wie eine medizinische Absurdität, begafft worden zu sein (Otokoré und Guéna 2005: 146 f.). Die betroffenen Frauen empfinden dies als peinlich und verletzend. Des Weiteren berichten viele Frauen, dass sie sich von außen viktimisiert fühlen, was vor allem durch die Eindimensionalität des Wissens über FGM bedingt ist (Asefaw 2007: 200 f.; Behrendt 2011: 83; Bundeszentrale für politische Bildung 2018; Nestlinger u. a. 2017: 36). Viele Betroffene scheuen wegen dieser (erwarteten) Stigmatisierung, und da sie das deutsche Gesundheitssystem oft nicht ausreichend kennen, Vorsorgeuntersuchungen, vor allem vor, aber auch in der Schwangerschaft, sowie das Aufsuchen medizinischer Hilfe bei kleineren Problemen⁵² (Asefaw 2007: 201 f.;

⁵¹ Der Unterschied der drei Termini liegt hierbei in ihrer Zielgruppe begründet: Prävention zielt auf die Verhinderung einer ersten FGM ab, während Intervention bereits betroffene Frauen in den Blick nimmt. Anpassung ist eher auf einer Meta-Ebene angesiedelt: Hier wirken Gesetze, Empfehlungen, medizinische Schulungen etc.

⁵² Erschwerend kommt an dieser Stelle hinzu, dass deutsche Krankenkassen Kosten für medizinisch notwendige Maßnahmen, die in Zusammenhang mit der FGM stehen nicht übernehmen, da diese in ihrem Leistungskatalog nicht berücksichtigt sind.

Behrendt 2011: 84). Das ist besonders gefährlich, da Genitalverstümmelungen, vor allem Infibulationen, die die Geburt verkomplizieren, dadurch häufig zu spät erkannt werden. Dies kann zur Folge haben, dass diese Geburten für Mutter und Kind riskanter werden, als sie es eigentlich sein müssten. Viele Betroffene wechseln nach solch negativen Erfahrungen den*die Arzt*in, einige suchen explizit nach einem Nicht-Deutschen Arzt, in der Hoffnung, dass dieser kultursensibler auf ihre Situation eingehen wird (Asefaw 2007: 201 f.; Behrendt 2011: 84; Otokoré und Guéna 2005: 147 f.).

Seitens der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in Deutschland gibt es zwei negative Extremata: Die eine Gruppe kann eine anatomische weibliche Anomalie nicht von einer FGM der Typen I und II unterscheiden (Behrendt 2011: 83; Zinka u. a. 2018). Die kontrastierende Gruppe hat ein rudimentäres Wissen über die Thematik und generalisiert stark. Dies kann beispielsweise in der Vorstellung, alle Frauen eines Herkunftslandes seien „beschnitten“, unabhängig der Form, Art und Gründe des Eingriffs. Vor allem nicht-verstümmelte Frauen aus diesen Ländern fühlen sich dadurch zu Unrecht verurteilt und diskriminiert (Asefaw 2017: 91). Gespräche mit medizinischem Fachpersonal legen hingegen offen, dass diese gerne den verstümmelten Frauen mehr Empathie entgegenbringen würden, allerdings nicht wissen, wie und gleichzeitig, auch wenn sie vorbereitet sind, das tatsächliche Sehen einer Infibulationsnarbe sie persönlich-empathisch schockiert, was sie in diesem Moment nicht verbergen können. Über die persönliche Empathie und Betroffenheit trotz aller Professionalität seitens des medizinischen Fachpersonals informiert, schlägt eine Frau vor, dass es für sie angenehmer wäre, wenn die medizinische Fachkraft diese Tatsache ihr gegenüber offen ansprechen würde (Asefaw 2017: 96–104).

6.1 Änderung des Kontextes der FGM im Aufnahmeland

Diese Unwissenheit und Unsicherheit des medizinischen Personals setzt sich in der allgemeinen Bevölkerung fort, in der Wissen, wie bereits erwähnt, entweder nicht vorhanden ist oder aktiv ignoriert wird. In der deutschen Gesellschaft tragen die existierenden Strukturen auf fachlich-medizinischer, gesetzlicher und gesamtgesellschaftlicher Ebene dazu bei, Überlebenden von FGM eine gelungene Integration in unsere Strukturen zu erschweren.

Für die von weiblicher Genitalverstümmelung betroffenen Frauen und Mädchen erfährt durch diese sowohl offene als auch subtile Ablehnung der Praxis die eigene Beschneidungsgeschichte eine Transformation: Von gesellschaftlicher Normalität hin zu dem

Status einer Exotin. Die Frauen nehmen bei dieser Umdeutung eine passive Rolle ein. Viele sehen die in ihrem Heimatland mit der Beschneidung verknüpften positiven Werte, die sie durch die Praxis inkorporiert haben, in Deutschland nun negativ vorbelastet und erfahren an vielen Stellen Unverständnis und Ablehnung aufgrund ihrer Beschneidung und den hier damit einhergehenden, ihnen zugeschriebenen Wertevorstellungen und Vorurteilen (Asefaw 2007: 198–201; Ihring 2015a: 44–58; Kuring 2007: 105). Einige Frauen berichten von negativen Emotionen, die ihnen durch die deutsche Gesellschaft entgegengebracht werden, die vermutlich auch mit der hiesigen Berichterstattung und Aufklärung zusammenhängen. Diese erfolgt in Deutschland meist eurozentristisch und stark verallgemeinernd. Viele Migrantinnen nehmen sie daher als voyeuristisch, stigmatisierend und rassistisch wahr (Asefaw 2017: 83 ff.; Behrendt 2011: 32).⁵³

Die Frauen fühlen sich dadurch aufgrund ihrer Beschneidung, die im Herkunftsland Normalität und damit nicht hinterfragbar war, exotisiert und herausgestellt. Sie beginnen, die eigene Beschneidung zu hinterfragen, was bei einigen zum Bewusstwerden und dadurch zum Aufbrechen eines Traumas führen kann. Auch der Zusammenhang zwischen Beschwerden in der Intimgegend, beispielsweise beim Urinieren oder während der Regelblutung, kann aufgrund gesellschaftlicher Tabus im Herkunftsland erstmals in Deutschland mit der Genitalverstümmelung in Zusammenhang gebracht werden. Durch diese Umdeutung zur Reflexion und zum Überdenken der eigenen Lage gezwungen berichten viele interviewte Migrantinnen, dass die Komplikationen in Zusammenhang mit ihrer Beschneidung in Deutschland zugenommen haben (Asefaw 2007: 198; Kuring 2007: 98, 199; Nestlinger u. a. 2017: 47). Erschwerend kommt hinzu, dass psychische Belastungen die körperliche Gesundheit negativ beeinflussen können und die medizinische Behandlung der Migrantinnen, wie bereits dargestellt, oftmals unzureichend ist und als stigmatisierend wahrgenommen wird. Daher kann ein Migrationsprozess dazu führen, dass die eigene Beschneidung negativer bewertet wird und so emotionale und körperliche Probleme für Überlebende entstehen und zugelassen werden können, die vorher verdrängt oder ignoriert wurden (Asefaw 2017: 80 f.). Eine Mehrheit der Überlebenden lehnt mittlerweile nach eigenen Aussagen Gespräche über weibliche Genitalverstümmelung mit Personen aus anderen

⁵³ Als besonders negative Beispiele werden hier wiederkehrend eine Plakatkampagne von (I)NTACT e.V. aus dem Jahr 2002, sowie ein Abschnitt in einem Sozialkundebuch für die 8. Jahrgangsstufe angeführt (Asefaw 2017: 83 ff.)

Kulturkreisen aufgrund der negativen Erfahrungen damit ab⁵⁴, allerdings besteht nach eigener Aussage eine Gesprächsbereitschaft, um Aufklärungs- und Sensibilisierungsarbeit in eigener Sache zu leisten (Asefaw und Hrzán 2005: 19; Ihring 2015a: 44–58).

6.2 Von FGM Betroffene in Deutschland

Nachdem im Vorangegangenen betrachtet wurde, welchen Herausforderungen sich von FGM Betroffene in Deutschland gegenübersehen, soll im Folgenden festgestellt werden, wie viele Frauen und Mädchen sich in dieser Lage befinden. Lange Zeit war dies nicht bekannt⁵⁵, erst 2017 veröffentlichte das Bundesministerium für Gesundheit eine eigens dafür in Auftrag gegebene Studie. Die Berechnung der Zahl der von weiblicher Genitalverstümmelung Betroffenen in Deutschland erweist sich als schwierig. So konnten für die Studie beispielsweise eingebürgerte Frauen, trotz eventueller Herkunft aus einem FGM-Risikoland, nicht betrachtet werden, da über sie keine differenzierten (d.h. nach Ursprungsland aufgeschlüsselten) Daten verfügbar sind. Die ermittelte Zahl ist somit auf in Deutschland lebende Ausländerinnen beschränkt, was die tatsächliche Prävalenz unterschätzen könnte (Nestlinger u. a. 2017: 10).

Die vom Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend geförderte Studie kommt zu dem Ergebnis, dass sich die Zahl der in Deutschland aufhaltenden Ausländerinnen, die FGM überlebt hatten auf geschätzt etwa 47.359 Frauen beläuft (Stichtag: 31.05.2016). Diese Zahl wurde, analog der Ermittlung der globalen Prävalenz, berechnet, indem man die Anzahl der in Deutschland lebenden Migrantinnen mit der in deren Herkunftsland existierenden FGM-Quote multiplizierte⁵⁶ (Nestlinger u. a. 2017: 22; Yoder und Khan 2008: 6).

In einem zweiten Schritt wurde die Zahl der gefährdeten Töchter ermittelt. Hier wurden weitere Faktoren, wie die Töchterzahl pro Frau und extreme Szenarien für deren Beschneidungsrate, einbezogen. Laut offiziellen Schätzungen sind demnach zwischen 1.558 und 5.684 Mädchen von FGM bedroht (Stichtag: 31.12.2016). Auch hier konnten deutsche Staatsbürgerinnen nicht berücksichtigt werden, die tatsächliche Zahl der

⁵⁴ Dies kann vor allem im medizinischen Kontext problematisch werden, wenn eine verschlossene Vagina beispielsweise Vorsorgeuntersuchungen oder eine Geburt erschwert.

⁵⁵ Beziehungsweise es wurden Zahlen genannt, deren Ursprung nicht begründet wird (Beck und Freundl 2009: 282)

⁵⁶ Behrendts Untersuchung in Hamburg legt nahe, dass diese Berechnung für Länder mit hoher FGM-Rate sehr gut eine Fallzahl approximiert, für Länder mit mittlerer bis geringer FGM-Prävalenz unterschätzt sie jedoch die Fallzahlen. Hier könnte eine Adaption, in der die nach Deutschland migrierende Subpopulation im Ursprungsland stärker fokussiert wird, notwendig sein (2011: 89)

gefährdeten Mädchen könnte also realistisch betrachtet deutlich höher sein (Nestlinger u. a. 2017: 22). Insgesamt leben laut der Studie des Gesundheitsministerium zu Folge demnach mindestens über 50.000 Personen in Deutschland, für die FGM eine wichtige Thematik darstellt. Ehemänner, Väter und Söhne, die wie im Vorangegangenen erläutert indirekt betroffen sein können, sind in dieser Zahl noch nicht mitberücksichtigt.

Im Juni 2020 wurden die Zahlen aus dem Jahr 2017 aktualisiert. Als von weiblicher Genitalverstümmelung betroffen werden nun knapp 68.000 Frauen eingestuft, von ihr bedroht scheinen zwischen 2.810 und 14.880 Mädchen. Dies entspricht einem Anstieg der Zahlen um 44 bzw. bis zu 162 % (BMFSFJ 2020).

6.3 Rechtliche Situation der FGM in Deutschland

Nachdem im Vorangegangenen verdeutlicht wurde, wie groß die, in sich heterogene, Gruppe der von FGM betroffenen bzw. bedrohten Mädchen und Frauen in Deutschland ist, soll im Folgenden die deutsche Rechtslage fokussiert werden.

Seit 2013 erfüllt weibliche Genitalverstümmelung in Deutschland einen eigenen Straftatbestand. In § 226a StGB ist geregelt, dass eine Person, die die Genitalien einer Frau oder eines Mädchens verstümmelt mit einer Freiheitsstrafe von einem bis fünf Jahren bestraft wird, wobei das maximale Strafmaß bei 15 Jahren liegt. Zuvor war FGM in Deutschland als gefährliche oder schwere Körperverletzung verfolgbar. Das aktuell gültige Gesetz kann für Ärzte, aber auch für Elternteile, die sich dann der Mithilfe schuldig machen, angewandt werden. Ärzte können darüber hinaus auch von der Ärztekammer professionsintern sanktioniert werden. Seit 2015 besteht darüber hinaus die Möglichkeit im Ausland erfolgte Verstümmelungen in Deutschland zu ahnden (so genannte, negativ konnotierte „Ferienverstümmelungen“). Das Gesetz ist explizit nicht auf Jungen anwendbar und greift nicht bei kosmetischen Vaginaloperationen oder dem Anbringen von Piercings (Wissenschaftliche Dienste 2018).

Eltern, bei denen befürchtet wird, dass sie ihre Tochter im Ausland genital verstümmeln lassen könnten, kann ein Teil des Sorgerechts, das Aufenthaltsbestimmungsrecht, entzogen werden, um diese zu schützen, wenn ein begründeter Verdacht vorliegt (Bremische Bürgerschaft 2018; Rüttler 2019). Von betroffenen Familien wird diese Praktik als stigmatisierend und vorverurteilend empfunden, außerdem ist sie aufgrund des Fehlens flächendeckender verpflichtender Genitaluntersuchungen an Mädchen

und Frauen auch schlecht kontrollierbar.⁵⁷ Darüber hinaus wird hier auch pädagogisches Fachpersonal als möglicher Aufdecker dieser Fälle angesprochen, dieses ist dafür jedoch häufig nicht ausgebildet und traut sich nach eigenen Aussagen oftmals nicht, die Familien, auch aus eigener Unwissenheit, auf die Thematik anzusprechen und kann diese daher präventiv nicht erkennen. Dieser von außen herangetragene Anspruch kann Fachkräfte demnach verunsichern und eine Kommunikation mit Eltern erschweren (Asefaw 2007: 200 f.; CHANGE 2013; Ihring 2015b: 169, 2015a: 39–42; Kunze 2015; Nestlinger u. a. 2017: 58; Rüttler 2019: 49 f.; stop mutilation e. V. 2017).

Es ist festzuhalten, dass die Durchführung von FGM in Deutschland strafbar ist. Darüber hinaus wird versucht, bedrohten Mädchen im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten Schutz zu bieten. Nach Meinung der schützenden Personen funktioniert das allerdings noch nicht gut (genug) und ist auch aufgrund nicht erhobener Daten nicht evaluierbar.

6.4 Weitergabe der FGM an die eigene(n) Töchter in Deutschland

Nachdem im deutschen Kontext bereits auf die Häufigkeit des Vorkommens von FGM und ihre rechtliche Stellung eingegangen wurde, soll im Folgenden eine Betrachtung aus Perspektive der Mütter mit einbezogen werden.

Eine qualitative Forschungsstudie unter in Deutschland lebenden Frauen mit afrikanischen Wurzeln, die von FGM betroffen sind, kommt dabei zu dem Ergebnis, dass diese ihre Töchter meist nur verstümmeln haben lassen, wenn diese im Heimatland geboren wurden oder noch dort leben. In Deutschland geborene Kinder wurden meist nicht beschnitten, als Grund wird meist das rechtliche Verbot genannt, über das sie demnach ausreichend informiert sind (Nestlinger u. a. 2017: 34 f.). Zum gleichen Ergebnis kommt Ihring, sie arbeitet jedoch die stärkere Konfrontation der Mutter mit den drohenden negativen Konsequenzen weiblicher Beschneidung als Hauptursache dieses Verhaltens heraus (Ihring 2015a: 44–58, 66 f.). Eine Studie von Behrendt stellt für die Subpopulation von Migrant*innen in Hamburg heraus, dass lediglich 65 % der Frauen und 74 % der Männer selbstberichtet glauben, dass das deutsche Gesetz FGM

⁵⁷ An dieser Stelle werden einige Stimmen laut, die sich für die Implementierung einer entsprechenden Verordnung, vergleichbar den Untersuchungen im Kleinkindalter aussprechen. Um allerdings das Kriterium der Vereinbarkeit mit dem Grundgesetz zu erfüllen, dürften diese nicht auf Mädchen mit Migrationshintergrund beschränkt sein, sondern müssten für alle Mädchen gleichermaßen gelten. Dies hätte den positiven Nebeneffekt, dass sexueller Missbrauch im Rahmen dieser Untersuchungen erkannt werden könnte (Diehl 2005: 41).

verbietet. Positiv kann jedoch festgehalten werden, dass in der Gruppe der 31-44-Jährigen, der potenziellen Eltern, etwa drei Viertel über das gesetzliche Verbot informiert sind (2011: 89). In der qualitativen Studie von Nestlinger et al. berichten die Mütter, dass in Deutschland lebenden Mädchen gut über ihr gesetzliches Recht auf körperliche Unversehrtheit, hier vor allem auf Unbeschnittenheit, Bescheid, und wissen ebenfalls, dass sie sich im Notfall selbstständig an das Jugendamt wenden können⁵⁸ (Nestlinger u. a. 2017: 42 f.). Aus Erfahrungen mit anderen Gesetzen (z.B. Ticketkontrolle, Aufenthaltstitel) ist den meisten Migrant*innen bewusst, dass, unter Umständen gegensätzlich zu ihren Erfahrungen im Ursprungsland, Gesetze in Deutschland wirksam verfolgt werden und nicht nachverhandelbar sind (Behrendt 2011: 89). Zu beachten ist hierbei, dass weitere wichtige Faktoren, wie beispielsweise der eigene Bildungshintergrund, die eigene Familiengeschichte, die regionale Herkunft vor der Migration, sowie die Dauer des Aufenthalts in Deutschland ebenfalls wichtige Faktoren für das Kennen der rechtlichen Lage sind; starke Integration in eine in Deutschland lebende Gemeinschaft des Herkunftslandes kann hingegen förderlich für die Durchführung einer FGM wirken (Behrendt 2011: 40, 77–79).

Es ist allerdings als Gegenargument festzuhalten, dass das hier geltende Verbot bei einem starken Wunsch der Eltern nach einer Beschneidung der Tochter oft dadurch umgangen wird, dass diese im Ausland, beispielsweise im Herkunftsland oder Frankreich stattfindet.⁵⁹ „Ferienverstümmelungen“ können leider in Deutschland statistisch nicht erfasst werden, weshalb ihre Prävalenz unbekannt ist (Behrendt 2011: 77, 90; Nestlinger u. a. 2017; Wissenschaftliche Dienste 2018: 13).

6.5 (Veränderung der) Rolle der Männer in Deutschland

Im Vorangegangenen wurde herausgearbeitet, dass Männer in verschiedenen sozialen Rollen mit der weiblichen Genitalverstümmelung konfrontiert werden. Im Folgenden werden ihre Rolle als Vater und jene als potentieller Ehemann, der im Migrationskontext in Deutschland lebt, betrachtet.

⁵⁸ Wie und ob dies in der Praxis funktioniert kann leider nicht systematisch erfasst werden. Vor allem hinderlich könnte sein, dass etwa 95 % der Mütter bereits vor einem Alter von 10 Jahren beschnitten waren (Behrendt 2011: 34). Da diese Alter weiterhin sinkt, ist zu hinterfragen, ob die bedrohten Mädchen ihre Situation bereits selbst einschätzen und dementsprechend selbstverantwortlich handeln können.

⁵⁹ Diese Praxis ist dennoch verboten. § 226 StGB ist einer der wenigen Paragraphen des deutschen Rechts, der auch für im Ausland begangenen Taten angewendet werden kann (Wissenschaftliche Dienste 2018: 11 f.)

Die Väter nehmen bei der Thematik der weiblichen Genitalverstümmelung in Deutschland eine zwiespaltene Rolle ein: Viele Väter befürworten die Praxis, als Garant und Erleichterung, den Werten der eigenen Herkunftsgesellschaft zu entsprechen. Paradoxerweise lehnen diese Väter die Praxis teilweise sogar ab, kommen aber dennoch zum Schluss, dass sie unumgänglich sei, damit die eigenen Töchter sich nicht den als promiskuitiv wahrgenommenen deutschen Sexualvorstellungen anpassen. Anders ergeht es Vätern, die die Praxis offen ablehnen: Da ihre Durchführung den weiblichen Verwandten obliegt, werden sie oft lediglich über diese informiert, haben jedoch bei der Entscheidung kein Mitspracherecht und dadurch oftmals selbstberichtet keine Möglichkeit sehen, ihre Töchter zu schützen (Nestlinger u. a. 2017: 47 f.).

Bezüglich des Beschneidungsstatus einer potentiellen Ehefrau scheinen die Männer Vor- und Nachteile sehr kritisch zu reflektieren: So sind für sie Akzeptanz durch die Herkunftsfamilie, gemeinsame Werte, aber auch die Fähigkeit der Frau sexuelle Lust zu empfinden wichtige Argumente (Nestlinger u. a. 2017: 48). In der von Ihring durchgeführten Befragung, gaben pädagogische Fachkräfte an, keine Angebote für Jungen bzw. Männer anzubieten, betonten jedoch deren Notwendigkeit (2015a: 40).

Im Kontext von Migration wird somit deutlich, dass die Praxis der weiblichen Genitalverstümmelung im nun veränderten Kontext hinterfragt wird. Diese Selbstreflexion kann negative Konsequenzen (psychische Probleme, Gefühl des Anders-Seins, wahrgenommene Stigmatisierung), aber auch Potentiale (Möglichkeit, eigene Töchter zu schützen, Behandlungsmöglichkeiten) mit sich bringen. Vor allem positiv hervorgehoben wird in diesem Zusammenhang die Existenz, konsequente Einhaltung und Ermöglichung (beispielsweise durch pädagogische Interventionsketten) des gesetzlichen Verbotes. Als zwiespältig wird von den Betroffenen oftmals die Vereinbarkeit von Erwartungen des Aufnahme- und des Herkunftslandes beschrieben.

6.6 FGM im Kontext von Asyl

Diese Hin- und Hergerissenheit erleben vor allem Asylbewerber*innen, eine weitere Personengruppe, in Deutschland lebender Ausländer, die in der im vorangegangenen zitierten Studie von Nestlinger et al. allerdings nicht ausreichend betrachtet wurde. Vor allem seit 2015 erreichten viele von ihnen Deutschland. Unter den wichtigsten Herkunftsländern von Asylbewerbern sind 2019 auch einige mit sehr großer Verbreitung der weiblichen Genitalverstümmelung: Somalia, Eritrea, Nigeria und Irak (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2020; UNICEF 2015: 2).

Die drohende Gefahr weiblicher Genitalverstümmelung für die Geflüchtete selbst oder deren Töchter kann in Deutschland als personenbezogene nicht-staatliche Verfolgung, vor der die staatliche Gewalt nicht schützen kann, anerkannt werden und kann somit ein Asylgrund, bzw. ein Grund für subsidiären Schutz sein (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2010: 56 f.). Allerdings wird dies sehr kontrovers diskutiert, da diese Tatsache sehr schwer zu beweisen⁶⁰ und durchzusetzen⁶¹ ist. Bisher sind die Entscheidungen der Gerichte zu dieser Fragestellung nicht einheitlich (Asefaw 2017: 105 f.; Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2010: 61–70). Ein zentraler limitierender Faktor ist hierbei die Unwissenheit der Entscheider*innen und Ärzt*innen in Deutschland (Welser 2014: 213; Zinka u. a. 2018).

Während die von Nestlinger et al. interviewten Frauen, die in Deutschland über einen gesicherten Aufenthaltsstatus verfügen und bereits länger hier leben, ausreichend über ihre Rechte informiert sind, sind sie hingegen der Ansicht, dass es in den Flüchtlingsunterkünften an Aufklärungsarbeit, sowohl bei Müttern, als auch bei den von FGM bedrohten Mädchen, über das Recht eines Mädchens auf die Unversehrtheit ihres Körpers mangelt (2017: 43, 74).

Es wird also deutlich, dass sowohl betroffene Frauen als auch medizinisches und pädagogisches Personal, sowie Entscheider*innen im Asylkontext noch einen großen Bedarf an Wissen und Weiterbildung über weibliche Genitalverstümmelung haben. Sicherzustellen ist hierbei, dass alle Beteiligten versuchen, weitere Kenntnisse zu erwerben und sich so aneinander anzunähern, um einen gleichberechtigten, wertschätzenden Dialog zu initiieren. Allerdings besteht gleichzeitig die Befürchtung, dass dieser Wunsch nicht realisiert werden kann, da er im alltäglichen Berufs-, Alltags- und Arbeitsleben der Lernwilligen, auch entgegen eigener Beteuerungen, eine geringe Priorität einnehmen könnte.

Der vorangegangene Abschnitt verdeutlichte, dass, vor allem aufgrund aktueller Migrationsbewegung, weibliche Genitalverstümmelung nicht mehr als lokal weit von

⁶⁰ So müssen beispielsweise Frauen aus ganz Bayern nach München in die Gerichtsmedizin, um sich dort auf Genitalverstümmelung untersuchen zu lassen, da andere Ärzte dies nicht zweifelsfrei feststellen können

⁶¹ Auch subsidiärer Schutz, das heißt ein dauerhaftes Aussetzen der Abschiebung aufgrund drohender Gefahren für Leib und Leben im Herkunftsland, wird nicht immer gewährt. Grund ist hier, dass einige Entscheider*innen den betroffenen Müttern empfehlen, in einen anderen Landesteil zu ziehen, in dem FGM in weniger invasiven Formen oder gar nicht praktiziert wird. Diese Empfehlung illustriert die Unwissenheit über die gesellschaftlichen Strukturen im Herkunftsland geflüchteter bei vielen Entscheider*innen.

Deutschland entferntes Phänomen betrachtet werden kann, sondern auch in Deutschland zunehmend thematisiert wird. Diese ist darauf noch nicht adäquat vorbereitet: Es fehlt an kulturell wertschätzender Information für die breite Bevölkerung, Ärzt*innen und weitere potenzielle Bezugspersonen Überlebender⁶². Darüber hinaus bedarf es dem Aufbau und der Etablierung von Strukturen institutionalisierter Hilfe, um eine Inklusion der Überlebenden Frauen und bedrohten Mädchen in die Mehrheitsgesellschaft zu fördern.

In Bezug auf FGM bringen hier vor allem das gesetzliche Verbot und der offenere Umgang mit Informationen über Sexualität Denkprozesse in Gang. Unter Einbezug dieser neuen Erkenntnisse und durch die insgesamt liberalere, gleichberechtigtere Aufnahmegesellschaft deuten viele Frauen ihre persönlichen Erfahrungen und Erlebnisse in diesem Bereich um, viele Männer machen sich unabhängig von familiären und gesellschaftlichen Erwartungen Gedanken über ihr persönliches Idealbild für ihre Ehefrau. Neben diesem Werte- und Bewertungswandel der Gesellschaft definiert das deutsche Recht FGM klar als Straftat gegen Frauen und Mädchen, was sowohl bekannt ist, als auch verfolgt wird. Daher entscheiden sich viele Mütter in Deutschland aktiv gegen eine Verstümmelung ihrer Tochter.⁶³

6.7 Vergleich mit Vaginalkosmetik in Deutschland

Die Betrachtung der weiblichen Genitalverstümmelung, als eine Praxis mit Ursprung im Nahen Osten bzw. Afrika, im Rahmen ihrer Begründungsstrukturen, Auswirkungen und aktuellen Entwicklungen, sowie Präventionsmöglichkeiten ist hiermit für die vorliegende Arbeit abgeschlossen. Jedoch verlangt das Gebot der vollständigen und multidimensionalen Betrachtung eines Themas die Erweiterung um eine weitere, zunehmend relevante Diskussion: Vaginale kosmetische Operationen.

Viele afrikanisch stämmige Frauen, die in Deutschland zu ihren Ansichten über weibliche Genitalverstümmelung befragt wurden, äußerten Unverständnis darüber, dass diese, wenn sie an einer Frau geschehen ist, die aus einem afrikanischen Kontext

⁶² Beispielsweise sind hier Erzieher*innen, Lehrer*innen und (Schul-)Sozialarbeiter*innen als relevante Berufsgruppen zu nennen

⁶³ Allerdings sollte nicht der Fehlschluss gezogen werden, allein eine liberale Gesellschaft und strikte Einhaltung der Gesetze würden die FGM in betroffenen Ländern ausrotten, denn: Im Gegensatz zu diesen war FGM im Aufnahmeland Deutschland nicht verbreitet, weshalb sich die Migrantinnen assimilieren mussten, hier durch das Nicht-Beschneiden ihrer Töchter. Auch ist eine Gesetzeslücke so einfacher zu schließen, da die Entscheidungsträger und Sanktionierenden losgelöster von kulturellen und religiösen Bedenken sind.

stammt, von der Mehrheitsgesellschaft strikt abgelehnt wird und als Zeichen von Unterdrückung und Patriarchat kritisiert wird; gleichzeitig Vaginalchirurgie, die auch in Deutschland einen Boom erlebt, als Ausdruck von Feminismus und Selbstbestimmung gefeiert wird, allerdings verletzen beide Praktiken das Menschenrecht der körperlichen Unversehrtheit, da sie medizinisch nicht notwendige Modifikationen am weiblichen Genital darstellen, sind sie, ebenso wie geschlechtsangleichende Operationen intersexueller Kinder, unter weiblicher Genitalverstümmelung zu subsumieren (Asefaw 2017: 87 f., 94 f.; Asefaw und Hrzán 2005: 12; Ihring 2015a: 30–33; Meßmer 2017: 212 f.).

Das Schönheitsideal, das der Vaginalkosmetik zugrunde liegt, ist ein kindlich-unschuldiger Intimbereich. Diesen beschreibt die mittlerweile pensionierte kanadische Gynäkologin Dorothy Shaw: „[eine Vagina] ohne Schambehaarung und sehr flach“. Das Problem dieser Idealvorstellung ist, dass nach der Pubertät die meisten Frauen eben, logischerweise, nicht mehr aussehen wie ein junges Mädchen, da der Intimbereich sich in der Pubertät sehr stark verändert (Borkenhagen 2011; Der Standard 2017).

Um dennoch möglichst nahe an der vorherrschenden Idealvorstellung eines schönen Intimbereichs zu sein, rasieren viele Frauen sich dort glatt oder verwenden Waschlotionen oder Intimparfüms, um einen neutralen Duft der Vagina (kurzzeitig) zu erreichen.⁶⁴ Beides ist, falls nicht medizinisch angezeigt, bestenfalls unnötig, schlimmstenfalls kann es die Entstehung von Krankheiten begünstigen, denn Schamhaare und der pH-Wert der Scheide, der für deren Geruch verantwortlich ist, sind bei einer gesunden Frau von der Natur so angelegt, dass sie als physische bzw. chemische Barriere die beste Gesundheitsförderung darstellen, indem sie die Vagina vor dem Eintritt von Bakterien und Schmutz schützen. Zu häufiges Waschen und rasieren im Intimbereich gefährdet diese Barriere: Frauen werden anfälliger für Krankheiten, beispielsweise Scheidenpilze (Meßmer 2017: 146). Während Rasur und Wäsche reversibel sind und keine Körperverletzung darstellen, können sie Frauen dem angestrebten Ideal zeitlich begrenzt zwar ein wenig näherbringen, es bleibt allerdings weiterhin unerreicht.

Um diese Ideal dauerhaft und möglichst vollständig erreichen zu können, unterziehen sich einige von ihnen einer kosmetischen Operation, grob wird hierbei zwischen Vaginalplastiken und vaginalen Verjüngungen unterschieden. Insgesamt unterzogen sich

⁶⁴ Ein alternativer Grund für diese Verhaltensweisen ist die Medikalisierung des weiblichen Körpers (Meßmer 2017: 146).

2015 5296 Frauen einer Vaginalplastik, 639 ließen eine vaginale Verjüngung vornehmen. Die Trends sind hier weiter steigend (Meßmer, 2017: 10).

Während FGM und Intimchirurgie also zu vergleichbaren körperlichen Ergebnissen führen und teilweise unter ähnlichen Operationsumständen durchgeführt werden, so ist ihre Bewertung in der Mehrheitsgesellschaft dennoch kontrastierend: Während FGM als Ausdruck von Rückständigkeit und Unterdrückung unschuldiger kleiner Mädchen angesehen wird, so wird Intimchirurgie eine emanzipierende, selbstverwirklichende Rolle zugeschrieben (Asefaw 2017: 86 ff., 94 f.).⁶⁵ Es wird hier also aus einer kulturellen egozentrischen Perspektive mit zweierlei Maß gemessen. Vor diesem Hintergrund kann auf einer empathischen Ebene nachvollziehbarer werden, wenn Frauen mit Beschneidungswunsch für ihre Töchter die gesetzlichen Vorgaben in Deutschland nicht nachvollziehen können.⁶⁶

Ein zentraler Unterschied der Praktiken ist allerdings, dass weibliche Genitalverstümmelung an Kindern vorgenommen wird, während Vaginalkosmetik an Erwachsenen geschieht. Das bedeutet, dass die Entscheidung für oder wider die Praktik bei ersterer nicht bei der Betroffenen, sondern meist deren Mutter liegt. Diese hat im deutschen Grundgesetz nach allerdings das Recht, aber auch die Pflicht für ihre Tochter zu sorgen. Dazu gehört auch die Gesundheitsvorsorge, die bestmöglich ausgeübt werden sollte. Eine nicht medizinisch notwendige Entfernung von Körperteilen widerspricht dieser Fürsorgepflicht inhaltlich. Erwachsene Frauen sind hingegen für sich selbst verantwortlich, das heißt sie dürfen, und sollen, für sich selbst entscheiden, welche Eingriffe sie vornehmen lassen wollen.⁶⁷

Der einzige Weg, über den der Staat im Falle drohender Körperverletzungen bei erwachsenen Menschen aktuell regulierend eingreift, ist der Schwangerschaftsabbruch. Die Entscheidung für oder wider dessen Durchführung liegt bei der schwangeren Frau allein, jedoch ist der Abbruch an die Bedingung geknüpft, dass er informiert erfolgen soll. Um diese Informiertheit sicherzustellen, ist ein neutrales, ergebnisoffenes

⁶⁵ Meßmer schlägt hingegen die Lesart von Intimchirurgie als Unterdrückung der Frau vor, in der Beziehungsqualität über ein erfülltes Sexualleben zwischen Mann und Frau, künstlich gesteigert wird. Diese Lesart vermitteln auch viele weitere Artikel zur Thematik (Berendsen 2014; Kimani und Shell-Duncan 2018: 31; Kolosowa 2017)

⁶⁶ Dennoch muss betont werden, dass für viele migrierte Familien das Befolgen geltender Gesetze ein Teil von tugendhaftem Verhalten ist (Nestlinger u. a. 2017: 56).

⁶⁷ Diese „vollkommene Freiheit“ wird jedoch, wie dargestellt, bei der Betrachtung weiblicher Intimchirurgie wiederholt kritisiert

Informationsgespräch⁶⁸, auch bekannt als Schwangerschaftskonfliktberatung, obligatorisch (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2020).

Der Staat stellt hier zwei zentrale Prämissen auf, unter denen auch irreversible, nicht gesundheitsförderliche körperliche Veränderungen vertretbar sind: Die Entscheidung der Durchführung muss bei der von dieser betroffenen Person selbst liegen. Grundsätzlich ist diese Urteilsfähigkeit erst mit 18 Jahren erreicht, allerdings soll Jugendlichen ab 14 Jahren ein zunehmendes Maß an Mitbestimmung durch die Personensorgeberechtigten ermöglicht werden (ZWP online 2018). Außerdem muss die Entscheidung informiert erfolgen. Im Kontext des Schwangerschaftskonflikts wird diese Informiertheit durch das neutrale, ergebnisoffene Beratungsgespräch sichergestellt.

Es wäre demnach denkbar, die weibliche Genitalverstümmelung als eine Art der kosmetischen Intimchirurgie zuzulassen, wenn der Wunsch zur Durchführung dieses Eingriffes von einer urteilsfähigen Frau selbst geäußert wird, und nach dem Besuch eines neutralen Beratungsgesprächs, das über Konsequenzen aufklären und Druckausübungen von außen bestenfalls ausschließen soll, weiterhin bestehen bleibt. (Behrendt 2011: 77, 90).⁶⁹

Der vorangegangene Abschnitt hat verdeutlicht, dass es sich bei FGM aktuell um ein globales Thema handelt. Die betroffenen Frauen und Männern kommen durch die Veränderungen des Kontextes vom Herkunftsland nach Deutschland auch im Bezug von Körperlichkeit zu einem Überdenken. Auch die aufnehmende Gesellschaft muss sich ihrer Position klar werden und hinterfragen, ob es sich bei ritueller weiblicher Genitalverstümmelung und ästhetischen Eingriffen im Intimbereich nicht um vergleichbare Sachverhalte handelt.

7 Abschluss und Ausblick

Die vorliegende Arbeit befasste sich mit der Thematik weiblicher Genitalverstümmelung. Hierzu wurde zunächst in einer ausführlichen theoretischen Betrachtung des Themas dieses definiert, Typen identifiziert, sowie dessen Verbreitung aufgezeigt.

⁶⁸ Kann ein Anbieter solcher Beratungen aufgrund seines institutionellen Selbstverständnisses nicht garantieren, dass seine Gespräche ergebnisoffen und neutral sind, so wird ihm die Berechtigung abgesprochen, diese Beratungen im Sinne des Erwerbs der Beratungsbescheinigung zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruches durchzuführen.

⁶⁹ An dieser Stelle sei angemerkt, dass dieser Lösungsvorschlag für keinen der Beteiligten tragfähig wäre: Gemeinschaften, die FGM für sich kulturell begründen verlor so ihre kulturelle Spezifität der Durchführung, die ebenso Teil des Begründungskontextes ist; Frauen, die sich durch kosmetische Operationen selbst verwirklichen wollen würden sich diffamiert fühlen.

Anschließend wurde eine mögliche theoretische Begründung, fußend auf Patriarchalen Strukturen, der Theorie der Herstellung von Geschlecht, sowie der Ambivalenz von transmittierten Werten und medizinischen Risiken, dargestellt. Das Modell wurde anschließend um mütterliche, relativierende, aktuelle und männliche Perspektiven erweitert. Anschließend wurde eine begründete Haltung zur Thematik eingenommen. Daraufhin wurden mehrere Präventionsansätze gegen weibliche Genitalverstümmelung vorgestellt und kritisch diskutiert. Daran anschließend erfolgte eine Testung der theoretisch auf Grundlage literarischer Werke aufgestellten Begründung weiblicher Genitalverstümmelung mittels eines Strukturgleichungsmodells. Nach dieser Fokussierung auf den afrikanischen Kontinent wurde FGM im deutschen Kontext, vor allem in Bezug auf Veränderungen, betrachtet. Den Abschluss bildete der Aufgriff der aktuellen kontroversen Debatte um das Verhältnis weiblicher Genitalverstümmelung und Vaginalkosmetik.

In ihrem Verlauf zeigt die Arbeit einen umfassenden Überblick über die tagesaktuelle Thematik weibliche Genitalverstümmelung dar. Das Hauptaugenmerk liegt hierbei auf der Betrachtung und Einordnung bisheriger Erklärungsansätze und theoretischer Befunde, welche ein komplexes und nicht durchgehend konsistentes Bild der Situation und ihrer Begründung aufzeigen. Hierbei ergänzt diese Arbeit die bisherige Forschung um ein stringentes explizites Modell, dass mit den Daten des DHS 2014 auf empirische Plausibilität getestet wurde. Insofern werden hier die Untersuchungen von Kuring (2007) und Asefaw (2007), sowie die Studien von Abdelsahid & Campbell, Yoder, sowie Modrek & Sieverding ergänzt.

Unbeantwortet bleiben dabei verfeinerte Untersuchungen, die Wirksamkeitsforschung von Präventionsansätzen, sowie die subjektive bzw. familiäre Aushandlung weiblicher Genitalverstümmelung. Hier könnten weitere Studien durchgeführt werden.

Einen ersten Schritt in diese Richtung stellt die Aktualisierung der Zahlen von FGM betroffener und bedrohter Frauen und Mädchen in Deutschland im Juni 2020 durch die Bundesfamilienministerin dar. Weitere Schritte könnten Feldforschung, sowohl in durchführenden Communities auf dem afrikanischen Kontinent, als auch in Deutschland sein.

Literaturverzeichnis:

- A Tag-Eldin, Mohammed. 2008. „Prevalence of Female Genital Cutting among Egyptian Girls“. *Bulletin of the World Health Organization* 86(4): 269–74.
- Abadeer, Adel SZ. 2015. Norms and gender discrimination in the Arab world. Wiesbaden: Springer.
- Abdelshahid, Amy, und Catherine Campbell. 2015. „‘Should I Circumcise My Daughter?’ Exploring Diversity and Ambivalence in Egyptian Parents’ Social Representations of Female Circumcision“. *Journal of Community & Applied Social Psychology* 25(1): 49–65.
- Abdel-Tawab, Nahla G., und Sahar Hegazi. 2000. *Critical Analysis of Interventions against FGC in Egypt*. Washington D. C.: Population Council.
- Adinew, Yohannes Mehretie, und Beza Tamirat Mekete. 2017. „I Knew How It Feels but Couldn’t Save My Daughter; Testimony of an Ethiopian Mother on Female Genital Mutilation/Cutting“. *Reproductive Health* 14(1): 162.
- Afifi, M. 2010. „Egyptian ever-married women’s attitude toward discontinuation of female genital cutting“. *Singapore medical journal* 51(1): 15.
- Ahmed, Hamdia M., Mosleh S. Kareem, Nazar P. Shabila, und Barzhang Q. Mzori. 2018. „Knowledge and Perspectives of Female Genital Cutting among the Local Religious Leaders in Erbil Governorate, Iraqi Kurdistan Region“. *Reproductive Health* 15(1): 44.
- Aichholzer, Julian. 2017. *Einführung in lineare Strukturgleichungsmodelle mit Stata*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Alexander, Amy C., und Christian Welzel. 2011. „How Robust Is Muslim Support for Patriarchal Values? A Cross-National Multi-Level Study“. *UC Irvine: Center for the Study of Democracy*.
- Al-Hussaini, Tarek K. 2003. „Female Genital Cutting: Types, Motives and Perineal Damage in Laboring Egyptian Women“. *Medical Principles and Practice* 12(2): 123–28.
- Allag, F., P. Abboud, G. Mansour, M. Zanardi, und C. Quéreux. 2001. „Female genital mutilation. Women’s point of view“. *Gynécologie Obstétric Fertilité* 29: 824–828.
- Althaus, Frances A. 1997. „Female Circumcision: Rite of Passage Or Violation of Rights?“ *International Family Planning Perspectives* 23(3): 130.
- Asefaw, Fana. 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: Humboldt-Universität zu Berlin.
- Asefaw, Fana 2008. „Weibliche Genitalbeschneidung: Gesundheitliche Folgen und Hintergründe“. *Der Gynäkologe* 41(9): 723–34.
- Asefaw, Fana. 2017. Weibliche Genitalbeschneidung: Hintergründe, gesundheitliche Folgen und nachhaltige Prävention. Urnäsch CH: boox-verlag.
- Asefaw, Fana, und Daniela Hrzán. 2005. „Female Genital Cutting – Eine Einführung“. in *Female Genital Cutting, Bulletin - Texte*. Berlin: Universitätsdruckerei der HU.

- Awolola, Olalekan O., und N. A. Ilupeju. 2019. „Female Genital Mutilation; Culture, Religion, and Medicalization, Where Do We Direct Our Searchlights for It Eradication: Nigeria as a Case Study“. *Tzu Chi Medical Journal* 31(1): 1.
- Bammann, Kai. 2008. „Der Körper als Zeichen und Symbol. Tattoo, Piercing und body modification als Medium von Exklusion und Inklusion in der modernen Gesellschaft“. S. 257–271 in *Exklusion in der Marktgesellschaft*. Wiesbaden: Springer.
- Bayerischer Rundfunk. 2007. „Goldener Lotus – Die gebundenen Füße der Frauen in China“. *BR online*. Abgerufen 8. Juni 2020 (<https://web.archive.org/web/20071018222236/http://www.br-online.de/wissen-bildung/collegeradio/medien/geschichte/lotus/hintergrund/>).
- Beck, Lutwin, und Günter Freundl. 2009. „Beschneidung des äußeren weiblichen Genitales“. *Der Gynäkologe* 42(4): 282–84.
- Beck, Lutwin, und Günter Freundl. 2008. „Zur Genitalbeschneidung bei Mädchen“. *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* 13(1).
- Behrendt, Alice. 2011. „Listening to African Voices“. Hamburg: Plan International Deutschland.
- Berendsen, Eva. 2014. „Intimchirurgie: Das genormte Geschlecht“. *FAZ.net*. Abgerufen 29. Juni 2020 (<https://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/intimchirurgie-der-schoenheitswahn-sinn-untenrum-12838085.html>).
- Berg, Rigmor C., und Eva Denison. 2013. „A Tradition in Transition: Factors Perpetuating and Hindering the Continuance of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) Summarized in a Systematic Review“. *Health Care for Women International* 34(10): 837–59.
- Berggren, Vanja, Staffan Bergström, und Anna-Karin Edberg. 2006. „Being different and vulnerable: experiences of immigrant African women who have been circumcised and sought maternity care in Sweden“. *Journal of Transcultural Nursing* 17(1): 50–57.
- Bewerunge, Julia V. 2017. „Statt in die Sommerferien zur weiblichen Genitalverstümmelung“. *ze.tt*. Abgerufen 17. Juni 2020 (<https://ze.tt/statt-in-den-urlaub-zur-weiblichen-genitalverstuemmung/>).
- Blaydes, Lisa, und Melina Platas Izama. 2015. „Religion, Patriarchy and the Perpetuation of Harmful Social Conventions: The Case of Female Genital Cutting in Egypt“. *Association for Analytical Learning about Islam and Muslim Societies*.
- BMFSFJ. 2020. „BMFSFJ - Ministerin Giffey stellt Zahlen zu weiblicher Genitalverstümmelung vor“. *BMFSFJ.de*. Abgerufen 25. Juni 2020 (<https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/presse/pressemitteilungen/ministerin-giffey-stellt-zahlen-zu-weiblicher-genitalverstuemmung-vor/156804>).
- BMZ. 2015. Weibliche Genitalverstümmelung. Der Beitrag der deutschen Entwicklungspolitik zur Überwindung dieser Menschenrechtsverletzung an Mädchen und Frauen. Bonn und Berlin: Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ).
- Boddy, Janice. 2007. „The Female Circumcision Controversy in Cultural Perspective“. S. 46–66 in *Transcultural bodies: Female genital Cutting in Global Context*. New Brunswick: Rutgers University Press

- Borkenhagen, Ada. 2011. „Intimmodifikationen bei Jugendlichen“. *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*. Abgerufen 25. Mai 2020 (<https://forum.sexualaufklaerung.de/ausgaben-ab-2010/2011/ausgabe-3/intimmodifikationen-bei-jugendlichen/>).
- Boyle, Elizabeth Heger, Barbara J. McMorris, und Mayra Gómez. 2002. „Local Conformity to International Norms: The Case of Female Genital Cutting“. *International Sociology* 17(1): 5–33.
- Boyle, Elizabeth Heger, Fortunata Songora, und Gail Foss. 2001. „International Discourse and Local Politics: Anti-Female-Genital-Cutting Laws in Egypt, Tanzania, and the United States“. *Social Problems* 48(4): 524–44.
- Bremische Bürgerschaft. 2018. Genitalverstümmelung von Frauen und Mädchen im Land Bremen. Bremen: Landtag.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. 2010. *Weibliche Genitalverstümmelung*. Nürnberg: BAMF.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. 2020. *Schlüsselzahlen Asyl 2019*. Nürnberg: BAMF.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. 2020. „Ungeplant schwanger: Beratung hilft“. *familienplanung.de*. Abgerufen 25. Mai 2020 (<https://www.familienplanung.de/beratung/ungeplant-schwanger/beratung-hilft/>).
- Bundeszentrale für politische Bildung. 2018. „6. Februar: Internationaler Tag gegen weibliche Genitalverstümmelung“. *bpb.de*. Abgerufen 29. Juni 2020 (<https://www.bpb.de/politik/hintergrund-aktuell/263832/tag-gegen-weibliche-genital-verstuemmelung>).
- Capellini, Kevin, und Mona Martin. 2020. „Genitalverstümmelung. Wenn ein Teil der Selbstachtung weggeschnitten wird“. *CH Media*. Abgerufen 17. Juni 2020 (<https://chmedia.shorthandstories.com/genitalverstuemmelung--bei--frauen/>).
- Carlsson, Chris. 2011. „King of the Road“. *Boom: A Journal of California* 1(3): 80–87.
- Chan, Chung-hong, und Thomas J. Leeper. 2018. *rio: A Swiss-Army Knife for Data I/O*.
- CHANGE. 2013. *Weiblicher Genitalverstümmelung begegnen*. Berlin: TERRE DES FEMMES & Hamburg: Plan International Deutschland e. V.
- Christakis, Nicholas A. 2016. „Social science: Female genital cutting under the spotlight“. *Nature* 538(7626): 465–466.
- Cyba, Eva. 2008. „Patriarchat: Wandel und Aktualität“. S. 17–22 in *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung*. Wiesbaden: Springer.
- Dalal, Koustuv, Stephen Lawoko, und Bjarne Jansson. 2010. „Women’s Attitudes towards Discontinuation of Female Genital Mutilation in Egypt“. *Journal of Injury and Violence Research* 2(1): 41–47.
- Danelzik, Mathis. 2016. *Kulturell sensible Kampagnen gegen Genitalverstümmelung: strategische und ethische Herausforderungen*. Wiesbaden: Springer-Verlag.
- Der Standard. 2017. „Der Trend zur ‚Barbie-Vagina‘“. *DER STANDARD.at*. Abgerufen 25. Juni 2020 (<https://www.derstandard.at/story/2000052166423/der-trend-zur-barbie-vagina>).

- Deutsche Rentenversicherung. 2019. „Kindererziehung - Ihr Plus für die Rente“. DRV. Abgerufen 30. Juni 2020 (https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/national/kindererziehung_plus_fuer_die_rente.html).
- Diehl, Sarah. 2005. „Female Genital Cutting (FGC) in der Wissensvermittlung an ein weißes Publikum in Museen und Ausstellungen“. in: *Female Genital Cutting, Bulletin - Texte*. Berlin: Universitätsdruckerei: 34-46
- Dirie, Waris. 2012. *Wüstenblume*. München: Knauer eBook.
- El Dareer, Asma. 1982. *Woman, why do you weep? Circumcision and its consequences*. London: Zed Press.
- El Dawla, Aida Seif. 1999. „The political and legal struggle over female genital mutilation in Egypt: five years since the ICPD“. *Reproductive health matters* 7(13): 128–136.
- El Saadawi, Nawal. 2015. *The Hidden Face of Eve: Women in the Arab World*. London: Zed Books Ltd.
- El-Gibaly, Omaina, Barbara Ibrahim, Barbara S. Mensch, und Wesley H. Clark. 2002. „The Decline of Female Circumcision in Egypt: Evidence and Interpretations“. *Social Science* 54 (2), 205-220.
- El-Kholy, Heba Aziz. 1998. „Defiance and Compliance: Negotiating Gender in Low-Income Cairo“. London: SOAS University.
- Elmusharaf, Susan, Nagla Elhadi, und Lars Almroth. 2006. „Reliability of Self Reported Form of Female Genital Mutilation and WHO Classification: Cross Sectional Study“. *BMJ* 333(7559): 124-129.
- El-Zanaty, Fatma H., und Ann Adams Way. 2015. „Egypt health issue survey“. *Ministry of Health and Population, Cairo, Egypt*.
- End FGM EU. 2016. *„Wie sprechen wir über das Thema weibliche Genitalverstümmelung.“* Brüssel: europäisches Netzwerk zur Prävention von weiblicher Genitalverstümmelung.
- Engelsma, Brian, Gerry Mackie, und Brandon Merrell. 2020. „Unprogrammed abandonment of female genital mutilation/cutting“. *World Development* 129: 104845.
- Epskamp, Sacha. 2019. *semPlot: Path Diagrams and Visual Analysis of Various SEM Packages' Output*.
- Farina, Patrizia, und Livia Elisa Ortensi. 2014. „Mother to Daughter Transmission of Female Genital Cutting in Egypt, Burkina Faso and Senegal“. *African Population Studies* 28(0): 1119.
- Favali, Lyda. 2001. „What is Missing? (Female Genital Surgeries-Infibulation, Excision, Clitoridectomy-in Eritrea)“. *Global Jurist Frontiers* 1(2).
- Feldman-Jacobs, Charlotte, und Donna Clifton. 2010. *Female genital mutilation/cutting: data and trends*. Washington D. C.: Population Reference Bureau.
- Feuerbach, Melanie. 2011. *Alternative Übergangsrituale*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gee, Amy. 2019. „Physicians Worldwide: Educate To End Female Genital Cutting“. *Missouri Medicine* 116(1): 38.

- Guerin, Orla. 2014. „Egypt: Deadly Risks, but Female Genital Mutilation Persists“. *BBC News*, Abgerufen am 12. Juni 2020 (<https://www.bbc.com/news/world-middle-east-27322088>).
- Gugutzer, Robert. 2012. *Der Körper als Identitätsmedium: Eßstörungen*. in: *Soziologie des Körpers*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Hassanin, Ibrahim M. A., und Omar M. Shaaban. 2013. „Impact of the Complete Ban on Female Genital Cutting on the Attitude of Educated Women from Upper Egypt toward the Practice“. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 120(3): 275–78.
- Henry, Lionel, und Hadley Wickham. 2019. *purrr: Functional Programming Tools*.
- Hicks, Esther K. 2011. *Infibulation: Female Mutilation in Islamic Northeastern Africa*. New Jersey: Transaction Publishers.
- Hitzler, Ronald, und Anne Honer. 2012. *Körperkontrolle: Formen des sozialen Umgangs mit physischen Befindlichkeiten* in: *Soziologie des Körpers*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Hlavac, Marek. 2018. *stargazer: Well-Formatted Regression and Summary Statistics Tables*.
- Hodges, Frederick. 1997. „A short history of the institutionalization of involuntary sexual mutilation in the United States“. in *Sexual Mutilations*. Wiesbaden: Springer.
- Hzán, Daniela. 2005. „Female Genital Cutting: Die Schwierigkeit, sich zu positionieren – Eine Einleitung“. in *Female Genital Cutting*, Bulletin - Texte. Berlin: Universitätsdruckerei der HU.
- Huang, Houyun, Lei Zhou, Jian Chen, und Taiyun Wei. 2020. *ggcor: Extended tools for correlation analysis and visualization*.
- Iannone, Richard. 2016. *DiagrammeRsvg: Export DiagrammeR Graphviz Graphs as SVG*.
- Iannone, Richard. 2020. *DiagrammeR: Graph/Network Visualization*.
- Ihring, Isabelle. 2015a. *Weibliche Genitalbeschneidung*. Münster: Unrast.
- Ihring, Isabelle. 2015b. *Weibliche Genitalbeschneidung im Kontext von Migration*. Opladen, Berlin: Budrich UniPress.
- Izett, Susan, und Nahid Toubia. 1999. „Learning about social change“. *A research and evaluation guidebook using female circumcision as a case study*. New York: RainbR
- Johnson, Paul, Benjamin Kite und Charles Redmon. 2019. *kutils: Project Management Tools (Version 1.69)*
- Johnston, Cynthia. 2007. „Egypt Death Sparks Debate on Female Circumcision“. *Reuters*, Abgerufen am 29.06.2020 (<https://www.reuters.com/article/us-circumcision-egypt-idUSL3016886220070820>).
- Jr, Frank E. Harrell, with contributions from Charles Dupont, und many others. 2020. *Hmisc: Harrell Miscellaneous*.
- Kandala, Ngianga-Bakwin, Martinsixtus C. Ezejimofor, Olalekan A. Uthman, und Paul Komba. 2018. „Secular Trends in the Prevalence of Female Genital Mutilation/Cutting among Girls: A Systematic Analysis“. *BMJ Global Health* 3(5).

- Keck, Margaret, und Kathryn Sikkink. 1998. „Activists without borders“. *Transnational Advocacy Networks in International Politics*. Oxford: Blackwell.
- Kelner, Vincent, Sophie Boutboul, und Olivier Marzin. 2017. „Sénégal : une série TV pour le droit des femmes“. *ARTE Info*. Abgerufen 2. Mai 2020 (<https://info.arte.tv/fr/senegal-une-serie-tv-pour-le-droit-des-femmes>).
- Kimani, Samuel, und Bettina Shell-Duncan. 2018. „Medicalized Female Genital Mutilation/Cutting: Contentious Practices and Persistent Debates“. *Current Sexual Health Reports* 10(1): 25–34.
- Klein, Gabriele. 2012. Das Theater des Körpers: Zur Performanz des Körperlichen. in: *Soziologie des Körpers*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Kolosowa, Wlada. 2017. „Warum Frauen untenrum aussehen wollen wie ‚Brötchen‘“. *VICE*. Abgerufen 25. Mai 2020 (<https://www.vice.com/de/article/xy9p4a/warum-frauen-untenrum-aussehen-wollen-wie-brotchen>).
- Kunze, Katharina. 2015. „Weibliche Genitalverstümmelung“. *Schulische Prävention*. Abgerufen 22. Juni 2020 (<http://www.schulische-praevention.de/wissensbereich-sexualisierte-gewalt/kontexte-sexueller-uebergriffe/weibliche-genitalverstuemmelung/>).
- Kuring, Diana. 2007. „Weibliche Genitalverstümmelung in Eritrea-regionale Erklärungen, nationale Ansätze und internationale Standards“. Magdeburg: Otto-Guericke Universität
- Langer, Anette. 2015. „Dein Onkel ist ein Teufel, aber Du kommst auch in die Hölle“. *Spiegel Panorama*. Abgerufen 31. Mai 2020 (<https://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/aegypten-gesetze-zum-schutz-vor-frauen-oft-nur-fassade-a-1188110.html>).
- Lightfoot-Klein, Hanny. 1989. „The sexual experience and marital adjustment of genitally circumcised and infibulated females in the Sudan“. *Journal of sex research* 26(3): 375–392.
- Lishinski, Alex. 2018. lavaanPlot: Path Diagrams for Lavaan Models via DiagrammeR.
- Little, Emily. 2017. „FGC reformation: the egyptian cultural dilemma“. *Middle East Review of International Affairs*. 21(2): 9.
- Lüdecke, Daniel. 2018. „sjmisc: Data and Variable Transformation Functions.“ *Journal of Open Source Software* 3(26): 754.
- Lüdecke, Daniel. 2020a. sjlabelled: Labelled Data Utility Functions.
- Lüdecke, Daniel. 2020b. sjlabelled: Labelled Data Utility Functions (Version 1.1.3).
- Lüdecke, Daniel. 2020c. sjmisc: Data and Variable Transformation Functions.
- Lüdecke, Daniel. 2020d. sjstats: Collection of Convenient Functions for Common Statistical Computations.
- Lüdecke, Daniel. 2020e. sjstats: Statistical Functions for Regression Models (Version 0.17.9).
- Lüdecke, Daniel, Dominique Makowski, Philip Waggoner, und Mattan S. Ben-Shachar. 2020. see: Visualisation Toolbox for „easystats“ and Extra Geoms, Themes and Color Palettes for „ggplot2“.

- Malhotra, Anju, Reeve Vanneman, und Sunita Kishor. 1995. „Fertility, Dimensions of Patriarchy, and Development in India“. *Population and Development Review* 21(2): 281-305.
- Meßmer, Anna-Katharina. 2017. *Überschüssiges Gewebe: Intimchirurgie zwischen Ästhetisierung und Medikalisierung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Meuser, Michael. 2005. *Frauenkörper-Männerkörper: somatische Kulturen der Geschlechterdifferenz* in: *Soziologie des Körpers*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Modrek, Sepideh, und Jenny X. Liu. 2013. „Exploration of Pathways Related to the Decline in Female Circumcision in Egypt“. *BMC Public Health* 13(1): 921.
- Modrek, Sepideh und Maia Sieverding. 2016. „Mother, Daughter, Doctor: Medical Professionals and Mothers' Decision Making About Female Genital Cutting in Egypt“. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 42(2): 81-92.
- Möller, Simon. 1999. *Sexual Correctness. Die Modernisierung antifeministischer Debatten in den Medien*. Opladen: Leske + Budrich.
- Monagan, Sharmon Lynnette. 2009. „Patriarchy: Perpetuating the Praxis of Female Genital Mutilation“. *International Research Journal of Arts & Humanities (IR-JAH)* 37(37): 83-101.
- Moore, Kirsten, Kate Randolph, Nahid Toubia, und Elizabeth Kirberger. 1997. „The Synergistic Relationship between Health and Human Rights: A Case Study Using Female Genital Mutilation“. *Health and Human Rights* 2(2): 137-146.
- Müller, Kirill, und Hadley Wickham. 2019. *tibble: Simple Data Frames*.
- Nestlinger, J., P. Fischer, S. Jahn, I. Ihring, und F. Czelinski. 2017. „Eine empirische Studie zu weiblicher Genitalverstümmelung in Deutschland. Daten–Zusammenhänge–Perspektiven.“ Düsseldorf & Frankfurt: Integra.
- Njambi, W. N. 2004. „Dualisms and Female Bodies in Representations of African Female Circumcision: A Feminist Critique“. *Feminist Theory* 5(3): 281–303.
- Norman, Kate, Joanne Hemmings, Eiman Hussein, und Naana Otoo-Oyortey. 2009. „FGM is always with us. Experiences, Perceptions and Beliefs of Women Affected by Female Genital Mutilation in London: Results from a PEER Study“. London: Options Consultancy Services and FORWARD.
- Ooms, Jeroen. 2020. *rsvg: Render SVG Images into PDF, PNG, PostScript, or Bitmap Arrays*.
- Oppermann, Susanne, und Jana Wagemann. 2005. „Afrikanische Perspektiven: Kritik und Erfordernisse im Umgang mit Female Genital Cutting“ in: *Female Genital Cutting, Bulletin - Texte*. Berlin: Universitätsdruckerei der HU.
- Otokoré, Safia, und Pauline Guéna. 2005. *Safia: un conte de fées républicain*. Paris: Robert Laffont.
- Pashaei, Tahereh, Koen Ponnet, Maryam Moeeni, Maryam Khazaei-pool, und Fereshteh Majlessi. 2016. „Daughters at Risk of Female Genital Mutilation: Examining the Determinants of Mothers' Intentions to Allow Their Daughters to Undergo Female Genital Mutilation“. *PLoS ONE* 11(3)
- Pedersen, Thomas Lin. 2019. *patchwork: The Composer of Plots*.

- R Core Team. 2020. *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing.
- Refaat, A. 2009. „Medicalization of Female Genital Cutting in Egypt“. *Eastern Mediterranean Health Journal* 15(6): 1379-1388.
- Refugee Review Tribunal Australia. 2008. „Current Situation of FGM in Egypt“. Refworld. abgerufen 30. Juni 2020 (<https://www.refworld.org/docid/4b6fe1cd0.html>).
- Reinhold, Gerd, S. Lamnek, und H. Becker. 2000. *Soziologie-Lexikon*. München und Wien: R. Oldenbourg Verlag.
- Roberts, Jude. 2011. „‘Circumcision: Everyone’s Talking about It’: Legislation, Social Pressure and the Body“. *Journal of Gender Studies* 20(4): 347–58.
- Robinson, David, und Alex Hayes. 2020. broom: Convert Statistical Analysis Objects into Tidy Tibbles.
- Rosseel, Yves. 2012. „lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling“. *Journal of Statistical Software* 48(2): 1–36.
- Rosseel, Yves, und Terrence D. Jorgensen. 2019. *lavaan: Latent Variable Analysis*.
- Rottenburg, Richard. 2002. *Weit hergeholte Fakten: eine Parabel der Entwicklungshilfe*. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Rouzi, Abdulrahim A., Etedal A. Aljhadali, Zouhair O. Amarin, und Hassan S. Abduljabbar. 2001. „The Use of Intrapartum Defibulation in Women with Female Genital Mutilation“. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 108(9): 949–951.
- Rudis, Bob. 2020. hrbrthemes: Additional Themes, Theme Components and Utilities for „ggplot2“.
- Rüttler, Alisa. 2019. *Weibliche Genitalverstümmelung und deren Relevanz in der deutschen Behördenpraxis*. Ludwigsburg: Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen.
- Sandy. 2010. „Traditions: When Is It Time to Change?“ *Reluctant Entertainer*. Abgerufen 27. Juni 2020 (<https://reluctantentertainer.com/traditions-when-is-it-time-to-change>).
- Sarkar, Deepayan. 2008. *Lattice: Multivariate Data Visualization with R*. New York: Springer.
- Sarkar, Deepayan. 2018. *lattice: Trellis Graphics for R*.
- Slackman, Michael. 2007. „Voices Rise in Egypt to Shield Girls From an Old Tradition“. *The New York Times*. Abgerufen 30. Juni 2020 (<https://www.nytimes.com/2007/09/20/world/africa/20girls.html>).
- Spuler-Stegemann, Ursula. 1997. "Mädchenbeschneidung". in: *Kritik an Religionen*. Marburg: diagonal Verlag.
- stop mutilation e. V. 2017. *Leitfaden für pädagogische Fachkräfte*. Düsseldorf: stop mutilation e. V.
- Terry M. Therneau, und Patricia M. Grambsch. 2000. *Modeling Survival Data: Extending the Cox Model*. New York: Springer.
- Therneau, Terry M. 2015. *A Package for Survival Analysis in S*.

- Therneau, Terry M. 2019. *survival: Survival Analysis*.
- Tong, Rosemarie. 1989. *Feminist thought: A comprehensive introduction*. Boulder: Westview Press.
- Toubia, Nahid. 1995. „Female genital mutilation: A call for global action“ in: *Women’s rights, human rights: International feminist perspectives*. London: Routledge
- UN General Assembly. 2012. „UN General Assembly - Resolution on Intensifying Global Efforts for the Elimination of Female Genital Mutilations (2012)“. *End FGM*. Abgerufen 28. Juni 2020 (<https://www.endfgm.eu/resources/un-reports-and-statements/un-general-assembly-resolution-on-intensifying-global-efforts-for-the-elimination-of-female-genital-mutilations-2012/>).
- UNICEF. 2005. *Female Genital Mutilation/Cutting: A Statistical Exploration 2005*. New York: United Nations Children’s Fund.
- UNICEF. 2013. *Female Genital Mutilation/Cutting: A Statistical Overview and Exploration of the Dynamics of Change*. New York: United Nations Children’s Fund.
- UNICEF. 2020. „Female Genital Mutilation (FGM)“. *UNICEF DATA*. Abgerufen 30. Juni 2020 (<https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/>).
- UNICEF, Egypt. 2015. „Children in Egypt: a statistical digest“. *UNICEF Egypt, Cairo, Egypt*.
- UNO. 1990. „11. Convention on the Rights of the Child“. *11. Convention on the Rights of the Child*. Abgerufen 28. April 2020 (https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-11&chapter=4&lang=en).
- Van Der Kwaak, Anke. 1992. „Female Circumcision and Gender Identity: A Questionable Alliance?“ *Social Science & Medicine* 35(6): 777–787.
- Van Raemdonck, An. 2017. „Female Genital Cutting and the Politics of Islamicate Practices in Egypt: Debating Development and the Religious/ Secular Divide“. *Afrika Focus* 30(1): 163-169.
- Van Rossem, Ronan, Dominique Meekers, und Anastasia J. Gage. 2016. „Trends in Attitudes towards Female Genital Mutilation among Ever-Married Egyptian Women, Evidence from the Demographic and Health Surveys, 1995–2014: Paths of Change“. *International Journal for Equity in Health* 15(1).
- Villa, Paula-Irene. 2000. *Sexy bodies*. Wiesbaden: Springer.
- Wade, Lisa. 2009. „The Evolution of Feminist Thought about Female Genital Cutting“. *Sociologists for Women in Society*.
- Walley, Christine J. 1997. „Searching for voices: feminism, anthropology, and the global debate over female genital operations“. *Cultural Anthropology* 12(3): 405–438.
- Welser, Maria von. 2014. *Wo Frauen nichts wert sind*. München: Ludwig.
- Wickham, Hadley. 2016. *ggplot2: Elegant Graphics for Data Analysis*. Springer-Verlag New York.
- Wickham, Hadley. 2019a. *stringr: Simple, Consistent Wrappers for Common String Operations*.
- Wickham, Hadley. 2019b. *tidyverse: Easily Install and Load the „Tidyverse“*.

- Wickham, Hadley. 2020. *forcats: Tools for Working with Categorical Variables (Factors)*.
- Wickham, Hadley, Mara Averick, Jennifer Bryan, Winston Chang, Lucy D'Agostino McGowan, Romain François, Garrett Golemund, Alex Hayes, Lionel Henry, Jim Hester, Max Kuhn, Thomas Lin Pedersen, Evan Miller, Stephan Milton Bache, Kirill Müller, Jeroen Ooms, David Robinson, Dana Paige Seidel, Vitalie Spinu, Kohske Takahashi, Davis Vaughan, Claus Wilke, Kara Woo, and Hiroaki Yutani. 2019. „Welcome to the tidyverse“. *Journal of Open Source Software* 4(43): 1686.
- Wickham, Hadley, und Jennifer Bryan. 2020. *usethis: Automate Package and Project Setup*.
- Wickham, Hadley, Winston Chang, Lionel Henry, Thomas Lin Pedersen, Kohske Takahashi, Claus Wilke, Kara Woo, Hiroaki Yutani, und Dewey Dunnington. 2020. *ggplot2: Create Elegant Data Visualisations Using the Grammar of Graphics*.
- Wickham, Hadley, Romain François, Lionel Henry, und Kirill Müller. 2020. *dplyr: A Grammar of Data Manipulation*.
- Wickham, Hadley, und Lionel Henry. 2020. *tidyr: Tidy Messy Data*.
- Wickham, Hadley, Jim Hester, und Winston Chang. 2020. *devtools: Tools to Make Developing R Packages Easier*.
- Wickham, Hadley, Jim Hester, und Romain Francois. 2018. *readr: Read Rectangular Text Data*.
- Wilson, Anne-Marie. 2017. *Country Profile: FGM in Egypt, 2017*. London: 28 too many.
- Winter, Bronwyn, Denise Thompson, und Sheila Jeffreys. 2002. „The UN approach to harmful traditional practices“. *International Feminist Journal of Politics* 4(1): 72–94.
- Wissenschaftliche Dienste. 2018. *Strafbarkeit der Beschneidung von Mädchen, insbesondere in Fällen mit Auslandsbezug. Sachstand. 75*. Berlin: Wissenschaftliche Dienste des deutschen Bundestags.
- World Health Organization. 1997. *Female genital mutilation: a joint WHO/UNICEF/UNFPA statement*. Genf: World Health Organization.
- World Health Organization. 2014. *Female genital mutilation: female genital mutilation is recognized internationally as a violation of the human rights of girls and women: fact sheet*. Genf: World Health Organization
- Wüstenberg, D. 2006. „Genitalverstümmelung und Strafrecht“. *Der Gynäkologe* 39(10): 824–828.
- Xie, Yihui. 2014. „knitr: A Comprehensive Tool for Reproducible Research in R“. in *Implementing Reproducible Computational Research*, herausgegeben von V. Stodden, F. Leisch, und R. D. Peng. Chapman and Hall/CRC.
- Xie, Yihui. 2015. *Dynamic Documents with R and knitr*. 2nd Aufl. Boca Raton, Florida: Chapman and Hall/CRC.
- Xie, Yihui. 2020. *knitr: A General-Purpose Package for Dynamic Report Generation in R*.

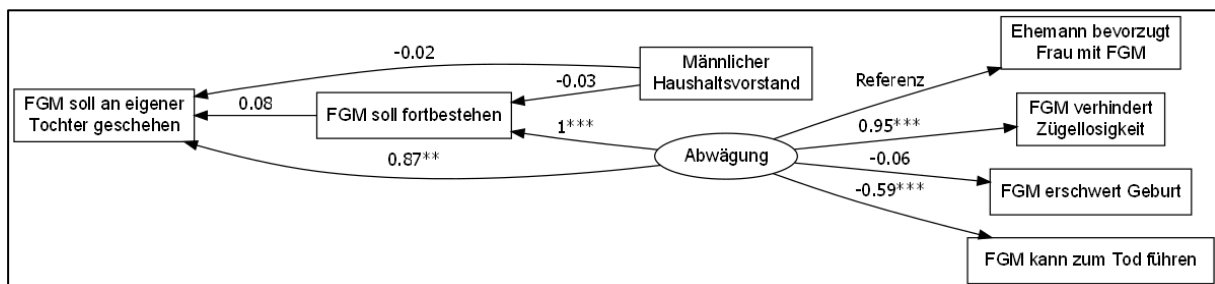
- Yasein, Yasser A. 2014. „Prevalence of Female Genital Mutilation among School Girls in ElMansoura Center, El-Dakahlia Governorate, Egypt“. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences* 13(11): 76–83.
- Yoder, P. Stanley, Nouredine Abderrahim, und Arlinda Zhuzhuni. 2004. *Female genital cutting in the Demographic and Health Surveys: A critical and comparative analysis*. Calverton: DHS Comparative Reports
- Yoder, P. Stanley, und Shane Khan. 2008. *Numbers of women circumcised in Africa: The production of a total*. Calverton: United States Agency for International Development.
- Yoder, P. Stanley, und Shanxiao Wang. 2013. *Female genital cutting: the interpretation of recent DHS data*. Calverton: ICF International.
- Yount, Kathryn M. 2002. „Like Mother, like Daughter? Female Genital Cutting in Minia, Egypt“. *Journal of Health and Social Behavior* 43(3): 336-358
- Yount, Kathryn. M. 2004. „Symbolic Gender Politics, Religious Group Identity, and the Decline in Female Genital Cutting in Minya, Egypt“. *Social Forces* 82(3): 1063–1090.
- Zeileis, Achim, und Yves Croissant. 2010. „Extended Model Formulas in R: Multiple Parts and Multiple Responses“. *Journal of Statistical Software* 34(1): 1–13.
- Zeileis, Achim, und Yves Croissant. 2018. *Formula: Extended Model Formulas*.
- Zinka, Bettina, Ines Ackermann, Claudia Bormann, und Matthias Graw. 2018. „Würden Sie eine weibliche Genitalverstümmelung erkennen?“ *gynäkologie + geburts-hilfe* 23(3): 40–41.
- ZWP online. 2018. „Divergierender Behandlungswunsch von Eltern und Kind“. Abgerufen 25. Juni 2020 (<https://www.zwp-online.info/zwpnews/wirtschaft-und-recht/recht/divergierender-behandlungswunsch-von-eltern-und-kind>).

Anhang

| | Estimate | Std. Err. | z | p |
|--|-------------------|-----------|-------------------------------|------|
| | | | <u>Faktorladungen</u> | |
| <u>Patriarchat</u> | | | | |
| Männlicher Haushaltsvorstand | 1.00 ⁺ | | | |
| Häusliche Gewalt | 1.70 | 3.66 | 0.46 | .643 |
| <u>Abwägung</u> | | | | |
| Ehemann bevorzugt Frau mit FGM | 1.00 ⁺ | | | |
| FGM verhindert Zügellosigkeit | 0.95 | 0.01 | 64.81 | .000 |
| FGM erschwert Geburt | -0.05 | 0.04 | -1.13 | .258 |
| FGM kann zum Tode führen | -0.59 | 0.03 | -20.16 | .000 |
| | | | <u>Parameter</u> | |
| <u>FGM soll fortbestehen</u> | | | | |
| Patriarchat | -0.34 | 0.45 | -0.75 | .455 |
| Abwägung | 1.00 | 0.01 | 71.29 | .000 |
| <u>FGM soll an eigener Tochter geschehen</u> | | | | |
| Patriarchat | -0.36 | 0.54 | -0.67 | .500 |
| Abwägung | 0.87 | 0.37 | 2.37 | .018 |
| FGM soll fortbestehen | 0.07 | 0.36 | 0.20 | .840 |
| | | | <u>Residuale Abweichungen</u> | |
| Männlicher Haushaltsvorstand | 0.95 ⁺ | | | |
| Häusliche Gewalt | 0.86 ⁺ | | | |
| Ehemann bevorzugt Frau mit FGM | 0.07 ⁺ | | | |
| FGM verhindert Zügellosigkeit | 0.17 ⁺ | | | |
| FGM erschwert Geburt | 1.00 ⁺ | | | |
| FGM kann zum Tode führen | 0.68 ⁺ | | | |
| FGM soll fortbestehen | 0.06 ⁺ | | | |
| FGM soll an eigener Tochter geschehen | 0.16 ⁺ | | | |
| | | | <u>Latente Varianzen</u> | |
| Patriarchat | 0.05 | 0.11 | 0.43 | .667 |
| Abwägung | 0.93 | 0.02 | 57.18 | .000 |

| | Estimate | Std. Err. | z | p |
|---|-------------------|-----------|--------|------|
| <u>Latente Kovarianzen</u> | | | | |
| Patriarchat mit Abwägung | 0.00 ⁺ | | | |
| <u>Grenzwerte</u> | | | | |
| Männlicher Haushaltsvorstand(1) | -1.68 | 0.05 | -31.89 | .000 |
| Häusliche Gewalt(1) | -0.86 | 0.04 | -24.41 | .000 |
| Ehemann bevorzugt Frau mit FGM(1) | -0.24 | 0.03 | -7.88 | .000 |
| FGM verhindert Zügellosigkeit(1) | -0.08 | 0.03 | -2.70 | .007 |
| FGM erschwert Geburt(1) | 1.17 | 0.04 | 29.88 | .000 |
| FGM kann zum Tode führen(1) | -0.02 | 0.03 | -0.66 | .511 |
| FGM soll fortbestehen(1) | -0.32 | 0.03 | -10.19 | .000 |
| FGM soll an eigener Tochter geschehen(1) | -0.21 | 0.03 | -6.75 | .000 |
| <u>Fit-Indizes</u> | | | | |
| χ^2 | 73.90(17) | | | .000 |
| CFI | 1.00 | | | |
| TLI | 1.00 | | | |
| RMSEA | 0.04 | | | |
| +Referenzkategorie | | | | |

13: Tabellarische Darstellung SEM-Modell



14: Ergebnis des alternativen SEM-Modells