

**Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend**  
**Wortprotokoll\***  
**40. Sitzung**

**Berlin, den 19.09.2007, 13:30 Uhr**  
**Sitzungsort: Paul-Löbe-Haus**

**Sitzungssaal: Saal 2.200**

**Vorsitz: Kerstin Griese, MdB**

**Öffentliche Anhörung**

Zu dem

Antrag der Abgeordneten Irmingard Schewe-Gerigk, Marieluise Beck (Bremen), Birgitt Bender, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Mädchen und Frauen vor Genitalverstümmelung schützen

BT-Drucksache 16/3542

Antrag der Abgeordneten Sibylle Laurischk, Dr. Karl Addicks, Burkhardt Müller-Sönksen, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Genitalverstümmelung von Mädchen und Frauen ächten und bekämpfen

BT-Drucksache 16/3842

Antrag der Abgeordneten Dr. Kirsten Tackmann, Monika Knoche, Sevim Dagdelen, Petra Pau, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Weibliche Genitalverstümmelung verhindern - Menschenrechte durchsetzen

BT-Drucksache 16/4152

---

\* redaktionell überarbeitete Tonbandabschrift

## **Inhaltsverzeichnis:**

	<b>Seite</b>
<b>Anwesenheitslisten .....</b>	<b>4</b>
<b>Liste der Sachverständigen .....</b>	<b>10</b>
<b>Fragenkatalog .....</b>	<b>11</b>
<b>Wortprotokoll der Anhörung .....</b>	<b>16</b>
<b>1. Begrüßung durch die Vorsitzende .....</b>	<b>16</b>
<b>2. Eingangsstatements der Sachverständigen</b>	
<b>Alice Berendt, Plan International Deutschland e.V. ....</b>	<b>16</b>
<b>Dagmar Freudenberg, Deutscher Juristinnenbund .....</b>	<b>18</b>
<b>Dr. Cornelia Goesmann, Bundesärztekammer.....</b>	<b>20</b>
<b>Franziska Gruber, Integra / Terres des Femmes.....</b>	<b>22</b>
<b>Prof. Dr. Tobe Levin, Forward-Germany e.V. ....</b>	<b>24</b>
<b>Fadumo Korn, Forward-Germany e.V. ....</b>	<b>25</b>
<b>Kerstin Lisy, Deutsche Gesellschaft für Technische     Zusammenarbeit GmbH - GTZ .....</b>	<b>25</b>
<b>Heike Rudat, Bund Deutscher Kriminalbeamter .....</b>	<b>27</b>
<b>Dr. Christiane Tennhardt, Familienplanungszentrum Balance.....</b>	<b>28</b>
<b>3. Fragerunden</b>	
<b>Alice Berendt.....</b>	<b>30, 35, 40, 44</b>
<b>Dagmar Freudenberg.....</b>	<b>35, 36, 37, 41, 43, 46</b>
<b>Dr. Cornelia Goesmann .....</b>	<b>29, 40, 42, 43, 47</b>
<b>Franziska Gruber .....</b>	<b>31, 32, 39, 40, 41, 43, 46, 49</b>
<b>Prof. Dr. Tobe Levin.....</b>	<b>40</b>
<b>Fadumo Korn.....</b>	<b>32, 39, 41, 44, 46, 48, 49</b>

Kerstin Lisy .....	38, 41, 44, 45
Heike Rudat .....	34, 37, 45
Dr. Christiane Tennhardt .....	34, 42, 45, 47
Abg. Michaela Noll (CDU/CSU) .....	29, 32, 43, 44
Abg. Antje Blumenthal (CDU/CSU).....	31, 32
Abg. Angelika Graf (SPD).....	33, 35, 36, 41, 43
Abg. Sibylle Laurischk (FDP).....	37, 45, 46
Abg. Dr. Kirsten Tackmann (DIE LINKE.).....	38, 47
Abg. Irmingard Schewe-Gerigk (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) .....	40, 41, 48
Abg. Thomas Dörflinger (CDU/CSU) .....	45

**Anhang: Stellungnahmen der Sachverständigen (nur in der Druckfassung)**

1. A-Drs. 16(13)251c – Stellungnahme Alice Berendt .....	51
2. A-Drs. 16(13)251h – Stellungnahme Dagmar Freudenberg .....	103
3. A-Drs. 16(13)251b – Stellungnahme Dr. Cornelia Goesmann .....	109
4. A-Drs. 16(13)251e – Stellungnahme Franziska Gruber .....	115
5. A-Drs. 16(13)251g neu – Stellungnahme Prof. Dr. Tobe Levin .....	167
6. A-Drs. 16(13)251d – Stellungnahme Kerstin Lisy .....	179
7. A-Drs. 16(13)251f – Stellungnahme Heike Rudat .....	194
8. A-Drs. 16(13)251a – Stellungnahme Dr. Christiane Tennhardt .....	200

## **Liste der Sachverständigen**

**Frau Alice Berendt**

Plan International Deutschland e.V.

**Frau Dagmar Freudenberg**

Deutscher Juristinnenbund

**Frau Dr. Cornelia Goesmann**

Bundesärztekammer

**Frau Franziska Gruber**

Integra / TERRES DES FEMMES

**Frau Prof. Dr. Tobe Levin sowie Frau Fadumo Korn**

FORWARD-Germany e.V.

**Frau Kerstin Lisy**

Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GmbH (GTZ)

**Frau Heike Rudat**

Bund Deutscher Kriminalbeamter

**Frau Dr. Christiane Tennhardt**

Familienplanungszentrum BALANCE

**Fragenkatalog**  
**zu der öffentlichen Anhörung**  
**zum Thema „Bekämpfung von Genitalverstümmelungen“**  
**am Mittwoch, dem 19. September 2007, 13:30 bis 16:30 Uhr**

**I. Daten und Fakten**

1. Haben Sie Kenntnis über die Gesamtzahl der Mädchen und Frauen, die in Deutschland von Genitalverstümmelung betroffen bzw. bedroht sind? Wie hoch schätzen Sie die Dunkelziffer ein? Auf welche Quellen stützen Sie Ihre Informationen?
2. Gibt es Information darüber, dass in Deutschland in Kliniken bzw. von niedergelassenen Ärzten Genitalverstümmelungen oder auch Reinfibulationen vorgenommen werden oder wurden? Auf welche Quellen stützen Sie sich dabei? Welche Maßnahmen empfehlen Sie, um an Informationen darüber zu gelangen?
3. Sind Ihnen Informationen bekannt, dass auch von nicht-medizinischem Personal Genitalverstümmelungen durchgeführt wurden?
4. Welchen konkreten Forschungsbedarf sehen Sie im Bereich Aufklärung, Prävention und Betreuung für von Genitalverstümmelung betroffene Mädchen und Frauen?

**II. Risiken und Folgen**

5. Welche physischen und psychischen Folgen treten bei von Genitalverstümmelung betroffenen Frauen auf?

**III. Gesetzliche Regelungen**

**Strafrecht:**

6. Wie beurteilen Sie den strafrechtlichen Schutz in Deutschland? Sehen Sie Verbesserungsbedarf?
7. Sprechen Sie sich für eine ausdrückliche Aufnahme der weiblichen Genitalverstümmelung ins Strafgesetzbuch aus?
8. Ist eine Aufnahme in den Katalog der Auslandstaten gegen inländische Rechtsgüter (§ 5 StGB) oder nach dem Weltrechtsprinzip (§ 6 StGB) sinnvoll?

9. Wie bewerten Sie die Forderung, von Deutschland aus geplante und im Ausland durchgeführte Genitalverstümmelungen strafrechtlich zu ahnden?
10. Obwohl Genitalverstümmelung heute schon als Körperverletzung strafbar ist, gab es bisher noch keine gerichtliche Verurteilung. Wieso werden die Verfahren meist eingestellt? Welche Erkenntnisse haben Sie über die Strafverfolgungspraxis der einzelnen Bundesländer? Was ist aus Sicht von Strafverfolgungsbehörden, Polizei und Justiz zu tun, um die Strafverfolgung zu verbessern?
11. Wie beurteilen Sie den Vorschlag, die Verjährungsfrist soweit zu verlängern, dass betroffene Frauen, die zum Tatzeitpunkt noch nicht volljährig waren, noch 3 Jahre nach Erreichen der Volljährigkeit die Möglichkeit bekommen, selbst Anzeige zu erstatten?

**Zivilrecht, SGB VIII (KJHG):**

12. Sollten die Möglichkeiten eines Entzugs
  - a. des Sorgerechts
  - b. des Aufenthaltsbestimmungsrechts

der Eltern bei drohender Genitalverstümmelung minderjähriger Töchter gesetzlich neu geregelt werden?

13. Wie beurteilen Sie die Möglichkeiten des Jugendamtes, bei Kenntnis einer geplanten oder bereits durchgeführten Genitalverstümmelung zum Wohle und Schutze des Kindes handeln zu können?
14. Was halten Sie von der Forderung, eine jährliche Pflichtuntersuchung für alle Mädchen der Risikogruppe durchzuführen?

**Ausländer- und Asylrecht:**

15. Welche Staaten, in denen FGM häufig praktiziert wird, würden Sie abweichend von der Bundesregierung als nicht sichere Drittstaaten einstufen?
16. Sollte es in Deutschland zu einer Verurteilung von Eltern aufgrund Beihilfe zur Genitalverstümmelung kommen, die zu einer Ausweisentscheidung gegen sie führt: Wie kann sichergestellt werden, dass das Opfer selbst nicht mit ausreisen muss?
17. Wie stehen Sie zu der Forderung nach einem Ausreiseverbot und/oder Abschiebeverbot für alle Mädchen der Risikogruppe in ihre Heimatländer bis zur Volljährigkeit?

#### **IV. Beratung, Betreuung, Prävention und Öffentlichkeitsarbeit**

##### **Medizinisches Personal:**

18. Reichen die Empfehlungen der Bundesärztekammer als Empfehlungen für den Umgang mit Opfern von Genitalverstümmelung oder Eltern, die eine Genitalverstümmelung bei ihrem Kind vornehmen lassen aus oder ist eine Weiterentwicklung notwendig?
19. Welchen Verbesserungsbedarf sehen Sie bei der Aus- und Fortbildung der Ärzte, damit diese sowohl über FGM und seine Folgen für die Frauen ausreichend informiert sind, als auch befähigt werden, mit ihren traumatisierten Patientinnen umzugehen?
20. Sehen Sie Chancen, dass FrauenärztInnen bei der Behandlung von Frauen, deren Töchter potenziell von Genitalverstümmelung bedroht sind, präventiv darauf hinwirken können, von dieser Praxis abzusehen? Was müssen FrauenärztInnen dafür beachten?
21. Ist eine Meldepflicht für ÄrztInnen an Polizei, Staatsanwaltschaft oder aber an das Jugendamt bei Kenntnis einer drohenden Genitalverstümmelung sinnvoll oder kontraproduktiv?

##### **Beratung:**

22. Stellt das aktuelle Aufklärungs-, Betreuungs- und Beratungsangebot auf der Ebene der Kommunen und der Länder Ihrer Meinung nach eine ausreichende und angemessene psycho-soziale Betreuung von Genitalverstümmelung betroffener Frauen sicher?
23. Ist aus Ihrer Sicht der Bedarf an Dolmetscherinnen bei Beratungsgesprächen gesichert?
24. Wie beurteilen Sie die Idee des Aufbaus eines nationalen Referenzzentrums, mit der Aufgabe, (1) die bundesweite zielgruppensensible Aufklärung voranzutreiben, (2) eine bessere Vernetzung und einen konstanten interdisziplinären Informationsaustausch der Akteure (medizinischer und psycho-sozialer Berufe, NGOs und afrikanische Selbstorganisationen) sicherzustellen und (3) Ansprechpartner für medizinisches und psycho-soziales Beratungspersonal zu sein? Welche Aufgaben könnte/sollte ein Referenzzentrum noch haben?
25. Welche Möglichkeiten sehen Sie, gemeinsam mit den Bundesländern ein Konzept zu entwickeln, das dem Bedürfnis von Migrantinnen und Flüchtlingen nach Information, Beratung und Schutz Rechnung trägt? Welche Rolle könnten in solchen Überlegungen spezielle Beratungsstellen auf Länderebene oder auf Bundesebene spielen?

**Prävention:**

26. Wie wird sichergestellt, dass gerade besonders wichtige Zielgruppen wie Strafverfolgungsbehörden und Justiz, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Jugendämtern und anderen Behörden oder Lehrerinnen und Lehrer für die Thematik sensibilisiert werden?
27. Wie können insbesondere Männer aus den typischen Herkunftsländern in die Aufklärungs- und Sensibilisierungsarbeit verstärkt mit einbezogen werden?
28. Wie können insbesondere Eltern der potenziell gefährdeten Mädchen und deren Communities in die Aufklärungs- und Sensibilisierungsarbeit verstärkt mit einbezogen werden?
29. Im Zusammenhang mit der Prävention von FGM wird oft auf die Notwendigkeit, den sozialen Status der Frauen in betroffenen Ländern zu erhöhen und ihre wirtschaftliche Unabhängigkeit zu stärken, hingewiesen. Welchen Stellenwert spielt die finanzielle Unabhängigkeit von Frauen Ihrer Ansicht nach für eine FGM-Präventionsstrategie in Deutschland?
30. Gibt es erfolgreiche Zugangswege und Kommunikationsstrategien bei der Bekämpfung von FGM in der Entwicklungszusammenarbeit, die auch in Deutschland nützlich sein könnten, dass Thema FGM in den betroffenen Gesellschaften zu enttabuisieren? Welche Rückschlüsse lassen sich aus Veränderungen und gesellschaftlichen Entwicklungen in den Herkunftsländern für Deutschland ziehen?
31. Sind die Frauenhäuser geeignete Zufluchtstätten für von Genitalverstümmelung bedrohte Frauen?

**Öffentlichkeitsarbeit:**

32. Wie beurteilen Sie die Informations- und Öffentlichkeitsarbeit, mit der sich die Bundesregierung an die mit Genitalverstümmelung befassten Zielgruppen in Deutschland wendet – Ausländer und Ausländerinnen, psychologisches und medizinisches Personal, Personal in Ausländerbehörden, allgemein Personal in Länderbehörden u. a. –, um über sämtliche Aspekte des Eingriffs und seine Folgen aufzuklären? Reichen die Angebote aus Ihrer Sicht aus? Was könnte verbessert werden?
33. Welchen Beitrag können die Massenmedien leisten, um die Problematik weiblicher Genitalverstümmelung stärker ins öffentliche Bewusstsein zu bringen?

**V. EU und International**

34. Welche strafrechtlichen Regelungen und welche Best-Practice-Beispiele von Strafverfolgung, präventionsgerichteten Maßnahmen oder Sensibilisierung und Schulung wichtiger AkteurlInnen anderer Länder halten Sie für empfehlenswert?
35. Inwieweit sehen Sie Möglichkeiten, ein Verbot auf Ebene der Vereinten Nationen zu erwirken?

**VI. Entwicklungszusammenarbeit**

36. Wie beurteilen Sie die Umsetzung der bereits in vielen typischen Herkunftsländern eingeführten Verbote von Genitalverstümmelung? Gibt es bei der Aufklärung und Prävention in den Herkunftsländern unterschiedliche Herangehensweisen? Gibt es unterschiedliche Ansätze einzelner Hilfsorganisationen und welche halten Sie für sinnvoll?
37. Führt Deutschland Rechtsstaatsdialoge mit typischen Herkunftsländern von Genitalverstümmelung?
38. Wie beurteilen Sie die Forderung, die Bundesregierung bei bilateralen Gesprächen aufzufordern, Genitalverstümmelung als schwere Menschenrechtsverletzung zu thematisieren?
39. In welchen Ländern besteht Entwicklungszusammenarbeit, in denen Genitalverstümmelung noch nicht unter Strafe steht? Wirkt das BMZ darauf hin, dass es dort unter Strafe gestellt wird? Arbeiten BMZ und AA zu diesem Zweck zusammen?
40. Bekämpfung von Genitalverstümmelung ist eine Querschnittsaufgabe. Besteht eine Zusammenarbeit (Koordinationsstelle) zwischen dem BMZ, dem Gesundheitsministerium und dem Innenministerium zur Bekämpfung der weiblichen Genitalverstümmelung? Ist es sinnvoll, eine Koordinationsstelle einzurichten und wenn ja, wie sollte diese Stelle ausgestattet sein?
41. Wie schätzen Sie die Notwendigkeit einer Verlängerung des 2007 auslaufenden Projektes zur „Förderung von Initiativen zur Überwindung der weiblichen Genitalverstümmelung“ der Deutschen Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) und des BMZ ein?

**Vorsitzende:** Guten Tag meine Damen und Herren. Ich begrüße Sie zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Ich begrüße ganz besonders herzlich zuerst Sie, die Sachverständigen, die uns heute zu dem schwierigen Thema „Bekämpfung von Genitalverstümmelungen“ Auskunft geben und mit uns diskutieren werden. Ich danke Ihnen ganz herzlich für Ihr Kommen. Anhörungen von Sachverständigen sind für unsere Arbeit wichtig. Sie dienen dazu, uns zu informieren und um aus ihren Ausführungen mögliche Konsequenzen für Initiativen ableiten zu können. Herzlichen Dank für Ihre Mühe und Ihre Bereitschaft, heute hier zu sein.

Diese Anhörung, darauf weise ich ausdrücklich hin, wird zur Erstellung eines Wortprotokolls aufgezeichnet. Das Wortprotokoll wird auch im Internet verfügbar sein. Die dem Ausschuss zugeleiteten Stellungnahmen der Sachverständigen liegen vor dem Sitzungssaal aus. Sie sind auch ins Internet eingestellt worden, soweit die Sachverständigen dem nicht widersprochen haben. Außerdem liegen noch zwei dem Ausschuss unaufgefordert zugegangene Stellungnahmen aus.

Wir haben ein sehr schwieriges, sehr sensibles Thema auf der Tagesordnung, das der Ausschuss schon des Öfteren behandelt hat. Unser aller Anliegen ist es, Genitalverstümmelungen an Mädchen und Frauen zu ächten und vor allem Lösungen zu finden, um sie davor zu schützen. Es ist dem Ausschuss deshalb ein Anliegen, dass Sie sich nicht nur mit der Problemdarstellung beschäftigen, sondern auch konkrete Lösungsvorschläge machen, aus denen deutlich wird, was gemacht werden muss, um dieses Problem nicht nur in den Griff zu bekommen, sondern zu verbannen und dafür zu sorgen, dass Mädchen und Frauen besser geschützt werden.

Folgende Anträge liegen der Anhörung zugrunde: Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: „Mädchen und Frauen vor Genitalverstümmelung schützen“, Drucksache 16/3542; Antrag der Fraktion der FDP: „Genitalverstümmelung von Mädchen und Frauen ächten und bekämpfen“, Drucksache 16/3842 und Antrag der Fraktion DIE LINKE.: „Weibliche Genitalverstümmelung verhindern - Menschenrechte durchsetzen“, Drucksache 16/4152. Ich möchte vorab den Berichterstatte(r)innen Dank sagen, die den umfangreichen Fragenkatalog vorbereitet haben. Es handelt sich um ein Thema, bei dem es nicht um parteipolitische Auseinandersetzungen geht.

Wir beginnen jetzt mit den Eingangsstatements der Sachverständigen. Ich bitte Sie, da Sie in sieben Minuten nicht alle Fragen beantworten können, sich auf die Schwerpunkte zu konzentrieren, die Ihnen bei der Themenstellung wichtig sind.

Frau **Alice Berendt** (Plan International Deutschland e. V.): Guten Tag, meine sehr geehrten Damen und Herren. Mein Name ist Alice Berendt. Ich arbeite für das Kinderhilfswerk Plan International in Ouagadougou, Burkina Faso. Meine Aufgabe ist es, Plan International im Bereich Kinderschutz, Evaluierung und Programmentwicklung zu unterstützen. Ich habe in den letzten Jahren hauptsächlich die soziokulturellen Faktoren untersucht, die zu einer Aufrechterhaltung der Praktik der weiblichen Genitalverstümmelungen beitragen und gemeinsam mit Gemeinden Programme entwickelt, wie diese Praktik abgeschafft werden kann. Das heißt, dieses Thema ist für mich ein alltägliches Thema, das jeden Tag mit Frauen, Männern, Betroffenen und Nichtbetroffenen besprochen wird. Als die Einladung

für die Anhörung kam, habe ich mich mit meinen Kollegen/-innen in den unterschiedlichen Ländern zusammengesetzt und wir haben überlegt, was von Deutschland aus machbar ist. Das Ergebnis unserer Überlegungen ist, dass es einen spezifischen Gesetzentwurf geben sollte und dass systematisch aufgeklärt und Präventionsarbeit geleistet werden muss.

Wir plädieren für die Aufnahme der weiblichen Genitalverstümmelungen als eigenen Straftatbestand, eher aus programmatisch abschreckender als aus juristischer Perspektive, in das Gesetzbuch. Bei unserer Arbeit an der Basis sehen wir, wie wichtig Aufklärungsarbeit ist. Eine konkrete Gesetzesregelung könnte hilfreich sein, die Menschen in den Gemeinden von dieser Praktik abzuhalten, indem man ihnen sagt, warum es dieses Gesetz gibt und warum ein bestimmter Staat diese Praktik nicht duldet. Wir halten es auch für wichtig, dass der deutsche Staat eine Vorbildfunktion wahrnimmt. In der Entwicklungszusammenarbeit ist sehr wichtig, Länder in Afrika zu diesem Thema zu beraten, da z. B. in Sierra Leone oder Mali über 90 Prozent der Frauen beschnitten sind und weiterhin beschnitten werden. Es gibt bis noch kein spezifisches Gesetz, d. h. die Regierung weigert sich, zu diesem Thema eine klare Position zu beziehen. Das bedeutet, dass es konservativen Leuten sehr leicht fällt, das Thema aus der Diskussion herauszuhalten.

Ein Gesetz allein reicht allerdings nicht aus, um diese Praktik zu unterbinden, wenn nicht weiterhin an der Basis mit den betroffenen Gruppen gearbeitet wird. Das bedeutet, die in diesen Ländern lebenden Menschen, die aus praktizierenden Gruppen kommen, müssen aufgeklärt und über die negativen Folgen informiert werden. Es müssen Austauschmöglichkeiten für diese Menschen geschaffen werden. Sie haben ein Recht auf Information. Es liegen diesen Bevölkerungsgruppen in der Regel keine Informationen über die negativen Folgeerscheinungen, besonders über die langfristigen reproduktiven Gesundheitserscheinungen, vor. Ein spezifisches Gesetz wäre wichtig, da diese Menschen Genitalverstümmelungen nicht als schwere Körperverletzung ansehen. Es ist für sie auch kein Eingriff in die körperliche Unversehrtheit. Ein Gesetz, in dem so etwas festgeschrieben wäre, würde die Aufklärungsarbeit erleichtern.

Als ich mit meinen Kollegen/-innen diskutierte, wie man an der Basis hier in Deutschland arbeiten kann, war ihre Reaktion: Eigentlich habt Ihr es doch ganz einfach, weil bei Euch der soziale Druckfaktor wegfällt. Die Migranten/-innen leben nicht mehr in ihren Ursprungsgemeinden und der soziale Druck, an dieser Praktik festzuhalten, ist geringer. Das, was uns in West-Afrika so riesige Probleme bereitet, ist, dass es für eine einzelne Familie unmöglich ist, sich gegen die Beschneidung eines Mädchens zu entscheiden. Früher gab es in West-Afrika keine Gefängnisse. Menschen, die Gesetzesbrüche begingen, wurden einfach aus der Gemeinde ausgegliedert und in die Wildnis geschickt, was einem sicheren Todesurteil gleichkam. Das heißt, ein Mädchen wird durch die Beschneidung in die Gemeinschaft/Gemeinde eingegliedert. Würde es nicht beschnitten, droht ihr soziale Ausgrenzung. Dieser soziale Druck existiert in Deutschland nicht. Durch eine systematische Aufklärungsarbeit über die Inhalte des Gesetzes, über die Gründe für das Verbot, über die Gefahren der Praktik und über die aus dem Gesetz ableitbaren Rechte – z. B. im Verdachtsfall Kontrollen vorzunehmen, ob jemand körperlich unversehrt ist – wäre vieles einfacher. Es müsste mit allen Migrantengenerationen gearbeitet werden: mit Kindern, mit Jugendlichen, mit Müttern und mit Vätern.

Die Männer sind sehr wichtig. Wichtig ist auch, vor allem die Menschen aus dem öffentlichen Dienst, die mit diesen Gruppen arbeiten, systematisch auszubilden, z. B. wie das Thema angesprochen werden kann. Das heißt, das Thema muss in die Lehrcurricula von Lehrern, Gesundheitsbeamten, Sozialarbeitern u. a. aufgenommen werden. Es geht um die Abschaffung der Praktik und nicht um die Verurteilung der Menschen, die aus ihnen wichtig erscheinenden Gründen daran festhalten. Sich dies klarzumachen, ist für die Basisarbeit sehr wichtig. Wenn die Menschen sich vor den Kopf gestoßen fühlen, werden sie wahrscheinlich „dichtmachen“, sich „verbarrikadieren“ und die Praktik nicht aufgeben. Es geht darum, mit den Menschen zusammenzuarbeiten und nicht gegen sie zu arbeiten.

In Deutschland wird das „Kind“ zwar inzwischen beim Namen genannt, aber eigentlich wissen wir gar nicht, wie das „Kind“ aussieht. Untersuchungen über die Zahl der Betroffenen gibt es nicht. Ebenso wenig wissen wir etwas über Bewusstseinsprozesse. Vielleicht spielt für die Migranten/-innen aus diesen Ländern die Beschneidung keine Rolle mehr. Es kann nur spekuliert werden, da es keine Untersuchungen hierzu gibt. Die zur Verfügung stehenden Länderprävalenzen sind sehr vage und bei der Einschätzung wenig hilfreich. Ein Beispiel: In Hamburg gibt es eine große Migrantengemeinde aus Togo. Insgesamt werden in Togo aber lediglich 5 % der Frauen beschnitten. Es liegt daher der Schluss nahe, dass die jungen Mädchen nur wenig gefährdet sind. Wichtiger als das Land ist aber die Ethnie, der die Menschen angehören. Wenn es sich nun um eine Ethnie handelt, die Genitalverstümmelungen praktiziert, ist die Gefährdung der Mädchen sehr hoch. Was ich damit sagen will: Man muss wissen, dass die ethnische Zugehörigkeit oftmals wichtiger ist als das Land, aus dem die Menschen kommen. Das Wissen um die ethnische Zugehörigkeit bildet eine wichtige Voraussetzung, wenn man mit den Menschen arbeiten will. Welche Einstellung hat die Ethnie zu Beschneidungen? Spielen religiöse Komponenten eine Rolle? Sehr häufig ist es so, dass die Menschen glauben, dass eine Verbindung zwischen Genitalverstümmelung und ihrer Religion - dem Islam - besteht. Das heißt, man könnte aufzeigen, dass der Koran die Beschneidung nicht vorschreibt. Es gibt auch viele Christen, die Beschneidungen praktizieren, allerdings aus ganz anderen Beweggründen. Bei der Aufklärung über die Praktik müssen darum die spezifischen Beweggründe beachtet werden. Man muss wissen, warum die Menschen eigentlich an dieser Praktik festhalten und über diese Gründe mit ihnen diskutieren und sie widerlegen. In diesem Sinne möchte ich abschließen. Jeder Staat und jede Zivilgesellschaft ist verpflichtet, Mädchen, Frauen und Familien vor dieser Praktik zu schützen. Jeder Staat ist verpflichtet, auf internationaler Ebene dafür zu sorgen, dass diese Praktik eingedämmt wird, z. B. dadurch, dass er seine Entwicklungsarbeit dahingehend ausrichtet, dass diese Menschenrechtsverletzung keinen Platz mehr in der Welt hat.

Frau **Dagmar Freudenberg** (Deutscher Juristinnenbund): Ich bedanke mich für die Einladung, Frau Vorsitzende. Als Vorsitzende der Kommission „Gewalt gegen Frauen und Kinder“ bedanke ich mich für die Gelegenheit, Stellung nehmen zu können.

Meine Damen und Herren, ein juristischer Standpunkt ist sicherlich zwingend und nicht nur auf Kooperation begründet. Sexualität ist ein essenzieller Bestandteil der Persönlichkeit eines jeden Menschen und muss als Teil der Würde des Menschen gewahrt bleiben. Die selbstbestimmte Entwicklung der Sexualität ist Bestandteil der freien Entfaltung der Persönlichkeit und

dementsprechend ist jede Störung dieser Entwicklung eine Verletzung des Menschenrechts. Das gilt selbstverständlich auch für die Erscheinungsformen der weiblichen Genitalverstümmelung. Jede Verletzung ist eine Menschenrechtsverletzung, die massiv und nachhaltig das Opfer beeinträchtigt.

Gegenwärtig ist die weibliche Genitalverstümmelung – englisch: Female Genital Mutilation (FGM) - durch die Körperverletzungsvorschriften geschützt in §§ 223, 224 Strafgesetzbuch (StGB). In der Regel wird Genitalverstümmelung durch ein Werkzeug begangen. Es spielt keine Rolle ob es primitiv ist, z. B. einfache Teile wie Steine oder sonst etwas, oder ob es sich dabei um ein medizinisches Werkzeug handelt. Genitalverstümmelung ist nicht einwilligungsfähig, d. h. es ist immer eine Verletzung des § 224 StGB. Wie gesagt, Sexualität ist Teil der Menschenwürde, was bedeutet, dass die Verletzung derselben eine Menschenrechtsverletzung darstellt, die entsprechend dieses Rechtsgutes geahndet werden muss. Das heißt, dass sie beispielsweise nicht gleichgestellt werden kann mit einfachen Körperverletzungen wie schubsen, ohrfeigen oder ähnlichem. Aus Sicht des Deutschen Juristinnenbundes muss die weibliche Genitalverstümmelung in § 226 Abs. 1 StGB aufgenommen werden. Das entspricht dem Wert dieser Rechtsgutverletzung. Dort ist beispielsweise der Verlust eines Auges geregelt. Wenn man sich die Erscheinungsformen der FGM anschaut, dann sieht man, dass eine schmerzfreie Sexualität nach FGM - jedenfalls nach meinem Verständnis – für die Frau nicht mehr möglich ist. Deswegen muss diese Rechtsgutverletzung in § 226 Abs. 1 StGB aufgenommen werden. Es ist zudem auch ein Fall des § 226 Abs. 2 StGB, weil diejenigen, die Genitalverstümmelungen vornehmen, nicht aus Versehen handeln, sondern sie handeln im vollen Wissen der Folgen, die mit ihrer Tat verbunden sind. Zum Beispiel, dass die Frau später beim Sexualverkehr Schmerzen haben wird, dass die Frau Entzündungen, unter Umständen gar ihr Leben durch Verbluten oder ähnliches riskiert. Das bedeutet, die Täter führen die Folgen ihrer Tat absichtlich oder zumindest wissentlich herbei. § 226 Abs. 2 StGB bietet dafür einen Strafrahmen von mindestens drei Jahren und höchstens fünf Jahren Freiheitsstrafe. Das ist dieser Menschenrechtsverletzung aus Sicht des Deutschen Juristinnenbundes angemessen.

Das allein reicht aber nicht. Wenn man Strafverfolgung betreiben will, dann darf diese keine leere Drohung sein, sondern man muss diese Taten auch verfolgen können. Man muss der Täter habhaft werden, ihnen die Tat nachweisen und sie dann einer Verurteilung zuführen können. Frau Berendt hat bereits die Drucksituation angesprochen, unter der die Opfer stehen. Diese Drucksituation gibt es, so würde ich das jedenfalls einschätzen, auch in Deutschland. Die Drucksituation ist in der Diaspora manchmal größer als im Heimatland. Aus dieser Situation können erhebliche Gefahren für die Opfer entstehen, durch die die Opfer auch mundtot gemacht werden können. Sie trauen sich nicht, als Zeuginnen auszusagen und ihr Schicksal zu offenbaren. Sie werden unter Umständen religiös eingeschüchtert. Das heißt, wir müssen die Opfer stärken. Wir müssen aufklären. Was Frau Berendt schon angesprochen hat, wird vom Juristinnenbund nachhaltig unterstützt. Wir müssen den Opfern die für sie nötigen Informationen und Hilfen geben, auch nach der Tat. Wir müssen die Täter, wenn ich das so sagen darf, auch erwischen. Das heißt, wir müssen sie stellen und wir müssen sie der Verurteilung zuführen können. Deswegen fordert der Deutsche Juristinnenbund auch die Einfügung des § 226 Abs. 2 StGB in § 112a Strafprozessordnung (StPO), d. h. einen Haftgrund wegen Wiederholungsgefahr. Es ist zu vermuten, dass diese Personen regelmäßig Genitalverstümmelungen

durchführen, unter Umständen sogar gewerbsmäßig. Das bedeutet, dass eine Wiederholungsgefahr in jedem Fall gegeben ist. Wenn man Genitalverstümmelungen also als Menschenrechtsverletzung verfolgt wissen will, dann muss man sie auch nachhaltig verfolgen. Es handelt sich dabei um eine Straftat, die die Untersuchungshaft zur Sicherstellung des Verfahrens und zur Vermeidung von Wiederholungen rechtfertigt. § 226 StGB ist zwar in § 112a Abs. 1 Ziffer 2 StPO enthalten. Ich meine aber, dass eine Klarstellung erforderlich ist, weil es sich um eine wesentliche Beeinträchtigung der sexuellen Selbstbestimmung handelt. Die übrigen sexuellen Straftaten sind in § 112a Abs. 1 StPO aufgeführt. Ich meine, dass das Aufführen in Nr. 2 des § 112a StPO nicht ausreicht, weil das für den Fall des Versuchs einer Straftat, bei der der Strafraum auf mindestens 6 Monate gemildert werden könnte, dann unter Umständen nicht unter § 112a StPO, Haftgrund der Wiederholungsgefahr, fällt. Abschließend kann ich nur unterstützen, dass bei der Umsetzung in die Rechtspraxis Information und Fortbildung aller professionell damit Befassten erforderlich ist. Im Falle einer Einführung wäre eine wissenschaftliche Begleitung ebenfalls erforderlich, um die Wirksamkeit des Instrumentes zu eruieren. Dankeschön.

Frau **Dr. Cornelia Goesmann** (Bundesärztekammer): Meine sehr verehrten Damen und Herren, mein Name ist Cornelia Goesmann. Ich bin Ärztin für Allgemeinmedizin und Psychotherapie in Hannover und im Auftrag der Bundesärztekammer hier. Ich danke Ihnen herzlich für die Einladung und die Möglichkeit, hier zu Ihnen sprechen und die Sicht der Ärzteschaft zu dieser vielschichtigen Problematik vortragen zu können. Die Verhinderung von weiblicher Genitalverstümmelung ist eine gemeinsame Aufgabe aller, die sich hier engagieren. Die Ärzteschaft wird auch ihren Beitrag dazu leisten. Ich möchte aber vor scheinbar einfachen Lösungsansätzen warnen und habe mich bei der Beantwortung des Fragenkataloges auf die Punkte konzentriert, zu denen ich als Ärztin Stellung beziehen kann.

Die Ärzteschaft und besonders die Bundesärztekammer haben sich in den letzten Jahren intensiv mit der Gesamtproblematik der FGM befasst und wir sind uns darüber im Klaren, dass der Patientin-Arzt-Kontakt - gerade bei der Problematik der FGM - von besonderer Bedeutung ist. Der Vorstand der Bundesärztekammer hat die Ihnen allen bekannten und auch hier vorliegenden Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung im November 2005 verabschiedet. Ziel der Empfehlungen ist es, denjenigen Ärztinnen und Ärzten konkrete Hilfestellungen zu geben, die mit einer begangenen Genitalverstümmelung konfrontiert werden und medizinisch tätig werden sollen. Unsere Zielsetzung bei der Fertigstellung dieser Empfehlungen war und ist es, betroffenen Frauen gemäß ihrem Leidensdruck und Beschwerdebild sozial, psychologisch und medizinisch kompetent und individuell zu helfen. Insbesondere bei gynäkologischen und geburtshilflichen Behandlungen von Schwangeren, die als Mädchen eine Genitalverstümmelung erlitten haben, müssen sowohl die anatomischen Besonderheiten nach einer Genitalverstümmelung wie auch die Bedürfnisse und Wünsche der Patientinnen bei Geburt, Operation sowie Wundversorgung funktional, medizinisch und psychologisch berücksichtigt werden. Das heißt, wir wollen unsere behandelnden Ärztinnen und Ärzte in die Lage versetzen, dass diese sowohl dem Selbstbild der Patientinnen als auch den medizinischen Fragen Rechnung tragen können.

Diese Empfehlungen der Bundesärztekammer zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung schaffen darüber hinaus klare juristische Rahmenbedingungen, unter denen ärztliche Behandlung und geburtshilfliche Versorgung stattfinden müssen. Hierbei wurde besonders auf die berufsrechtlichen Pflichten von Ärztinnen und Ärzten verwiesen. Besondere Bedeutung misst dieses Papier der ärztlichen Beratung von Müttern im Hinblick auf die Verhinderung von FGM bei ihren neugeborenen Töchtern bei. Das heißt, es wird besonderer Wert auf die Prävention gelegt, damit diese Kinder nicht auch verstümmelt werden. Unsere Empfehlungen sind klare Handlungsanweisungen von Ärzten und Juristen für Ärztinnen und Ärzte in dieser spezifischen Situation. Wir sind offen für Anregungen, die das Papier verbessern.

Weiterhin entwickelt der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung, es handelt sich hierbei um einen ständigen Ausschuss der Bundesärztekammer, ein Fortbildungskonzept zum Thema FGM, das hoffentlich auf seiner morgigen Tagung verabschiedet wird. Zielsetzung hierbei ist es, Ärztinnen und Ärzte in ethnologischer, ethischer, rechtlicher und medizinischer Hinsicht zu sensibilisieren und fortzubilden. Ein Schwerpunkt liegt auf der Prävention von Genitalverstümmelungen. Selbstverständlich gehört das Thema FGM auch in die Ausbildung von Medizinstudierenden. Ich habe das bundesweit abgefragt und kann als Ergebnis dieser Abfrage sagen, dass das Thema FGM nicht nur im Fach Gynäkologie, sondern auch in Vorlesungen zur Ethnomedizin, Gendermedizin und Geschichte der Medizin behandelt wird.

Wir sind der Überzeugung, dass vor allem Information und Aufklärung, nicht nur über medizinische, sondern auch über strafrechtliche Konsequenzen, der richtige Ansatz sind, eine Verhaltensänderung bei Eltern von gefährdeten Mädchen zu erzielen. Die Bundesärztekammer spricht sich allerdings gegen das Instrument von jährlichen Pflichtuntersuchungen für alle Mädchen der Risikogruppe aus. Wir halten es für nicht möglich, die Risikogruppe exakt festzustellen. Auch der Ansatz, dass Mädchen, deren Eltern aus Herkunftsländern stammen, in denen Genitalverstümmelungen praktiziert werden, zwangsweise untersucht werden, ist nicht der richtige Weg. Zurzeit werden aus verschiedenen Richtungen - jeweils immer aus nachvollziehbaren Gründen - unterschiedliche Meldepflichten, denen Ärztinnen und Ärzte nachkommen sollen, gefordert. Zum Beispiel, dass Ärzte meldepflichtig werden sollen, wenn Eltern ihre Kinder nicht zu Kinderfrüherkennungsuntersuchungen bringen - eine Forderung, die vor dem Hintergrund zunehmender Vernachlässigung von Kindern durch ihre Eltern entstanden ist - oder wenn Eltern bei ihren Kindern nicht die empfohlenen Impfungen durchführen lassen, und zwar darum, weil Impflücken die Gesundheit der gesamten Bevölkerung gefährden. Und so gibt es eben auch die Diskussion über eine Meldepflicht für Ärztinnen und Ärzte bei FGM. Die innerärztliche Diskussion, ob solche Meldepflichten eher dem Schutz der Betroffenen dienen oder dazu führen, dass sie ärztlicher Behandlung entzogen werden, wird zurzeit in der Ärzteschaft, z. B. auf dem letzten Deutschen Ärztetag, geführt und ist noch nicht abgeschlossen. Ich kann also noch nicht abschließend dazu Stellung nehmen.

Ich kann nur appellieren, dass wir mit Forderungen nach gesetzlichen Meldepflichten im Zusammenhang mit der Genitalverstümmelung sehr sensibel und verantwortungsbewusst umgehen sollten. Der Schutzzweck der ärztlichen Schweigepflicht, nämlich die Wahrung des vertrauensvollen

Patientin-Arzt-Verhältnisses darf nicht gefährdet werden. Genitalverstümmelungen werden anhand der für die ärztliche Schweigepflicht geltenden allgemeinen Rechtsgrundsätze beurteilt. Danach hat der Arzt immer das Recht, eine drohende Genitalverstümmelung zu melden, um diese zu verhindern. Die Bundesärztekammer hält daher eine gesetzlich geregelte Meldepflicht bei drohenden Genitalverstümmelungen für kontraproduktiv. Ärztliche Behandlungen könnten, z. B. bei Schwestern von bereits genitalverstümmelten Mädchen, aus Furcht der Eltern und Sorgeberechtigten vor Strafverfolgung unterbleiben. Das heißt, wenn sie befürchten müssten, gemeldet und verfolgt zu werden, bringen sie ihre Kinder nicht mehr zu Ärztinnen und Ärzten. Gleiches gilt für den Fall der gesetzlich zu regelnden Meldepflicht bei begangener Genitalverstümmelung. Ärzte können nur dann helfen, wenn sich verstümmelte Frauen und Mädchen in Behandlung begeben.

Fazit: Dem ärztlichen Gespräch durch entsprechend sensibilisierte und informierte Ärztinnen und Ärzte kommt eine ganz wesentliche Bedeutung zu, damit den betroffenen Frauen und Mädchen ein Leben ohne weitere seelische Konflikte und medizinische Komplikationen ermöglicht werden kann. Wir nehmen das sehr ernst.

Frau **Franziska Gruber** (Integra / Terre des Femmes): Sehr geehrte Damen und Herren, mein Name ist Franziska Gruber und ich möchte mich im Namen von Terre des Femmes für die Einladung zur heutigen Anhörung bedanken. Terre des Femmes macht seit der Gründung der Organisation 1981 Öffentlichkeitsarbeit zum Thema „Menschenrechtsverletzung gegen Frauen“ und auch zum Thema „weibliche Genitalverstümmelung“ und ist Mitglied im Netzwerk Integra, einem Zusammenschluss von 16 Organisationen in Deutschland, die sich aktiv gegen weibliche Genitalverstümmelungen einsetzen. Vor zehn Jahren hat sich der Bundestag zum ersten Mal in einer öffentlichen Anhörung mit der weiblichen Genitalverstümmelung befasst. Damals war das Thema noch ein großes Tabu in der Politik und der verharmlosende Begriff „Beschneidung“ legte die Vermutung nahe, es handle sich um einen ungefährlichen Eingriff. Vielen waren damals die massiven Auswirkungen von weiblicher Genitalverstümmelung auf das Leben und die Gesundheit der betroffenen Frauen – und das sind weltweit geschätzt 150 Millionen – noch nicht bekannt. Der Verein „Terre des Femmes“, der seit den 80er Jahren Genitalverstümmelungen als schwere Menschenrechtsverletzung an Mädchen und Frauen anprangerte, wurde damals der Einmischung in fremde Kulturen bezichtigt. In der Zwischenzeit hat sich zum Glück einiges geändert. International hat sich auf Druck afrikanischer Aktivistinnen und von Nichtregierungsorganisationen der Begriff Femal Genitry Mutilation, kurz FGM, durchgesetzt. In einer Reihe von internationalen Konventionen wird Gewalt gegen Frauen und Mädchen verurteilt.

In November 2005 trat das sogenannte Maputo-Protokoll der afrikanischen Union in Kraft. Mit der Ratifizierung verpflichten sich die Unterstückerstaaten, Maßnahmen zum Schutz vor traditionellen aber schädlichen Praktiken zu ergreifen. Die Hälfte der 28 afrikanischen Staaten, in denen FGM verbreitet ist, haben nationale Gesetze gegen FGM erlassen. Zuletzt waren dies Eritrea und Ägypten. Letzteres nachdem bekannt geworden war, dass dort im Juni dieses Jahres ein Mädchen an den Folgen von FGM in einer privatärztlichen Praxis gestorben ist. Sie wurde - wie Tausende jedes Jahr - von

medizinischem Personal an ihren Genitalien verstümmelt. Im Herbst 2006 hatten die höchsten Vertreter der sunnitischen Ausrichtung des Islam in Kairo Genitalverstümmelungen als unvereinbar mit den Werten des Islam erklärt. Dennoch zeigt der Fall des kürzlich gestorbenen Mädchens, dass Genitalverstümmelungen in Ägypten und anderswo immer noch an der Tagesordnung sind. Gesetze sind ein wichtiges Signal, reichen allein jedoch nicht aus. Breit angelegte Aufklärungskampagnen sind notwendig. Deshalb muss - unserer Meinung nach - die Bundesregierung im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit auch weiterhin aktiv sein und Initiativen zur Überwindung weiblicher Genitalverstümmelung fordern. Dabei ist es wichtig, das Thema sowohl auf der Regierungsebene immer wieder anzusprechen als auch gleichzeitig verstärkt Aufklärungsprojekte an der Basis zu unterstützen. Denn so lange – Frau Berendt hat es angesprochen – in der Bevölkerung kein Umdenken stattfindet, sind Mädchen und junge Frauen trotz gesetzlicher Verbote in ihrem Heimatland nicht sicher.

Auch in Deutschland brauchen Betroffene mehr Hilfe. Nach den Berechnungen von Terre des Femmes leben hierzulande gegenwärtig mindestens 19.000 Frauen, die bereits von Genitalverstümmelungen betroffen sind. Wir gehen davon aus, dass vier- bis fünftausend Mädchen in Deutschland gefährdet sind. Es reicht nicht aus, Genitalverstümmelung zu verurteilen. Den Worten müssen Taten folgen. Mit Unterstützung des Bundesfamilienministeriums hat Terre des Femmes die Broschüre „Wir schützen unsere Töchter“ herausgegeben. Sie ist eine Aufklärungsbroschüre, die in sechs Sprachen vorliegt und sich direkt an die Migrantinnen und Migranten wendet. Die Broschüre allein reicht aber – unserer Meinung nach – nicht aus. Denn die bisher bestehenden Beratungsangebote für Betroffene in Deutschland werden in erster Linie von Ehrenamtlichen in Vereinen getragen. Wer versichert, die Anliegen der Betroffenen ernst zu nehmen, muss sich auch dafür einsetzen, dass Beratungsangebote für Migrantinnen afrikanischer Herkunft finanziell unterstützt werden. Außerdem müssen im gesamten Bundesgebiet Mitarbeiterinnen von Frauenberatungsstellen zu dieser Thematik aus- und weitergebildet werden.

Bereits 1997 hat Terre des Femmes bei der Bundestagsanhörung gefordert, dass eine zentrale Anlaufstelle geschaffen wird. Sie soll sowohl Betroffene als auch wichtige Zielgruppen aus dem medizinischen, pädagogischen und juristischen Bereich informieren, vernetzen und die notwendige Forschung koordinieren. Weder auf Landes- noch auf Bundesebene gibt es ein solches Referenzzentrum. Dabei könnte ein solches mit der notwendigen finanziellen Unterstützung bei einer bereits bestehenden Einrichtung oder Organisation angesiedelt sein. Bereits 1997 haben wir für die Aufnahme des Themas in die medizinische Aus- und Weiterbildung plädiert. 2005 hat eine gemeinsame Studie von UNICEF, dem Berufsverband der Frauenärzte und Terre des Femmes ergeben, dass sich fast 90 Prozent der befragten Gynäkologinnen und Gynäkologen mehr Informationen zum Thema wünschten. Wir begrüßen die Empfehlungen der Bundesärztekammer, sind aber der Meinung, dass sie noch weiter bekannt gemacht werden müssen und unter Medizinerinnen und Medizinern eine weitere Sensibilisierung stattfinden muss. Deswegen begrüßen wir auch das von meiner Vorrednerin erwähnte Fortbildungskonzept. Darüber hinaus müssen Erzieherinnen, Lehrkräfte, Sozialarbeiterinnen, Polizei und Justiz weiter sensibilisiert werden. Wir sind der Ansicht, dass ärztliche Vorsorgeuntersuchungen - unabhängig von Geschlecht und Herkunft - für alle Kinder sinnvoll sind.

Nur so können Mädchen effektiv geschützt werden. Zum Abschluss: Uns ist wichtig, dass das Thema als eigener Straftatbestand ins Gesetz aufgenommen wird. Die Bemühungen zur Beendigung weiblicher Genitalverstümmelung müssen gebündelt werden und - unserer Meinung nach - muss es einen nationalen Aktionsplan geben. Aus diesem Grunde empfehlen wir die Einrichtung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe hierzu.

Frau **Prof. Dr. Tobe Levin** (Forward-Germany e. V.): Sehr geehrte Damen und Herren, ich bedanke mich sehr herzlich für die Einladung. Ich heiße Tobe Levin und bin erste Vorsitzende von Forward-Germany und werde von Frau Fadumo Korn, der zweiten Vorsitzenden unseres Vereins, begleitet. Forward-Germany wurde 1998 nach dem Vorbild von Forward in Großbritannien gegründet, das als eine der ersten Nichtregierungsorganisationen die Verhinderung von Genitalverstümmelung zum Hauptanliegen hat. Wir sind Teil mehrerer Netzwerke, z. B. Forward Nigeria, Forward Somalia, Integra und des europäischen Netzwerks Euronet FGM.

Wir unterscheiden uns von vielen anderen Organisationen mit ähnlichen Zielsetzungen in Deutschland dadurch, dass mindestens 50 Prozent der Mitglieder des Vorstandes aus Afrika stammen. Unsere Aufklärungsarbeit ist einer antirassistischen Grundhaltung verpflichtet. Wir, die Mitglieder von Forward, legen daher großen Wert darauf, dass Betroffene selbst zu Wort kommen. Wie das Beispiel von Frau Korn und mir veranschaulicht, wollen wir gemeinsam Kampagnen starten. Wir beraten und unterstützen junge Frauen, die selbst durch Genitalverstümmelung traumatisiert sind und wollen deren Kinder vor diesem Eingriff schützen. Wir kooperieren daher eng mit Fachleuten aus den Bereichen Gesundheit und Sozialarbeit. Wir beraten Schülerinnen und Studentinnen, die Klassen-, Magister- und Doktorarbeiten schreiben und wir bieten Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte, Lehrer und andere diesbezügliche Berufsgruppen an. Des Weiteren führen wir auch eigene Projekte durch.

Im Ausland sind wir mit unseren Partnerorganisationen in Somalia, Burkina Faso, Senegal und Mali tätig. In Deutschland betreuen wir eine Mädchengruppe, die aus Töchtern somalischer Flüchtlinge bestand. Ziel war, das Selbstbewusstsein dieser Mädchen zu stärken und über Genitalverstümmelungen in Deutschland und Afrika aufzuklären. Ergänzend dazu haben wir eine Theatergruppe mit Jugendlichen aus West-Afrika ins Leben gerufen, die im Dezember 2006 auf der Integra-Konferenz in Berlin ihr selbst geschriebenes Theaterstück uraufgeführt hat. Nun leiten wir eine zweite Theatergruppe mit Mädchen aus Eritrea, die mit der Unterstützung von „Invent“ plant, ebenfalls ein selbst geschriebenes Theaterstück gegen Genitalverstümmelung in Gymnasien und in anderen Schulen aufzuführen. Auf diese Weise wollen die Mädchen mit der Jugend ins Gespräch kommen. Wir hoffen, dass dies nicht nur in Frankfurt am Main, sondern auch in den anderen deutschen Städten zu verwirklichen sein wird. Darüber hinaus bieten wir zum Zwecke der Aufklärung eine Wanderausstellung mit Exponaten nigerianischer Künstlerinnen an, die am 4. Februar 2000 erstmals in Deutschland und danach in 70 weiteren Orten zu sehen war. Die Ausstellung ist seit 2006 auch in den USA zu sehen. Noch zu erwähnen ist, dass Mitglieder von Forward Bücher zum Thema FGM veröffentlichen, wie z. B. Pirrette Herzberger-Fofana oder Fadumo Korn.

Frau **Fadumo Korn** (Forward-Germany e. V.): Vielen Dank für die Einladung. Ich bin wirklich überrascht, hier zu sitzen. Kaum bin ich 25 Jahre in Bayern, schon sitze ich in Berlin. Ich glaube, ich bin die einzige hier anwesende Sachverständige die weiß, was Beschneidung bedeutet. Ich wurde mit sieben Jahren an meinen Genitalien beschnitten: ohne Narkose, unter schlechten hygienischen Bedingungen und mit stumpfen Werkzeugen. Deshalb bin ich froh, dass ich nicht auf theoretische Kenntnisse zurückgreifen muss, wenn es darum geht, zu beschreiben, wie z. B. Sexualität empfunden wird, die Angst vor dem Geschlechtsverkehr, die Angst vor der bevorstehenden Geburt oder die Angst nach einer Geburt. Ganz zu schweigen von der Angst vor dem ersten Arztbesuch. Meine traumatischen Erlebnisse, als ich einen Arzt aufgesucht habe, können Sie in meinem Buch nachlesen. Es ist mir wichtig, dass die Ärzte wirklich wissen, wie sie mit Beschnittenen umgehen sollen. Seit über 30 Jahren wird jetzt über Beschneidung oder über Genitalverstümmelung gesprochen. Es kommt mir darauf an, dass die Betroffenen selbst Aufmerksamkeit finden. Man hat die Betroffenen, die eigentlich am besten wissen, was es bedeutet, beschnitten zu werden, nie gefragt. Man hat nie gefragt, was es für die Frauen bedeutet, absolute Machtlosigkeit zu empfinden, wenn sie an den Extremitäten festgehalten werden und bei vollem Bewusstsein die Tortur ertragen müssen.

Die Beschneidung ist eines von vielen Problemen, die Afrika hat. Ich kann nicht nach Afrika gehen und verlangen, dass wir über die Beschneidung jetzt und sofort reden. Ich kann nicht mit leerem Bauch denken. Macht mir den Bauch voll, gebt mir Gesundheit, gebt mir sauberes Wasser, dann kann ich mit euch auf gleicher Ebene über die Beschneidung diskutieren. Sicherlich sind theoretische Zusammenstellungen in irgendwelchen wissenschaftlichen Untersuchungen wichtig. Aber wir dürfen nicht vergessen, dass dahinter Frauen stehen, die nicht aus Spaß ihre Kinder beschneiden, sondern aus gesellschaftlichem Zwang handeln. Dieser Zwang kann nur überwunden werden, wenn sich die Lebensumstände verbessern.

Lassen Sie uns gemeinsam etwas tun. Die Frauen in Afrika müssen selber Helferinnen werden. Die hinter den Hilfslieferungen nach Afrika stehende Haltung macht die Menschen dort zu „Handaufhaltern“, also quasi zu Bettlern. Man lehrt sie keine Selbsthilfe. Ein Mensch, der mit seinen eigenen Händen etwas geschaffen hat, der wird das nicht so schnell zerstören. Mütter aus Afrika beschneiden ihre Kinder nicht, weil sie Spaß daran haben, sondern weil sie keine andere Möglichkeit sehen, ihren Kindern eine sichere Zukunft zu geben. Deswegen ist das Motto von Forward: Bildung statt Beschneidung. Bildung ist ein umfassendes Paket, das auch eine Kampagne gegen Beschneidung enthält. Voraussetzung allen Handelns ist, die Menschen hinter dem Thema wahrzunehmen. Ich bitte darum, nicht nur zu theoretisieren, sondern auch die Betroffenen zu Wort kommen zu lassen. Den ersten Schritt haben wir hier gemacht. Vielen Dank.

Frau **Kerstin Lisy** (Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GmbH – GTZ): Mein Name ist Kerstin Lisy. Vielen Dank, dass Sie mich eingeladen haben, hier als Sachverständige zum Thema „Bekämpfung von Genitalverstümmelungen“ zu sprechen. Ich vertrete hier – wie gesagt – die GTZ, die Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit. Die GTZ führt im Auftrag des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung seit 1999 ein überregionales Vorhaben mit dem Titel „Förderung von Initiativen zur Überwindung der weiblichen

Genitalverstümmelung“ durch. Dieses Vorhaben entwickelt, erprobt, dokumentiert und verbreitet innovative Ansätze in ausgewählten afrikanischen Ländern. Die GTZ kann für die Umsetzung von Maßnahmen auf Strukturen und Personal vor Ort zurückgreifen. Ansätze werden gemeinsam mit ausgewählten Projekten und Programmen in den Sektoren Gesundheit, Bildung und Good Governance entwickelt.

Die GZT verfügt also über eine Reihe von erfolgreichen Ansätzen, die sich in einigen afrikanischen Ländern bewährt haben. Ich denke, dass einige auch in Deutschland - natürlich in angepasster Form - angewandt werden könnten. Zehn Ansätze werden derzeit in Form von „Good Practices“ dokumentiert. Ich möchte Ihnen heute eher allgemeine Erfahrungssätze vorstellen, die wir in der Zusammenarbeit mit afrikanischen Ländern gemacht haben und die sicher auch für die Arbeit in Deutschland von Bedeutung sind. Erstens: Die Überwindung von Genitalverstümmelungen gelingt nicht allein dadurch, dass die Menschen über die negativen gesundheitlichen Folgen aufgeklärt werden. Sie gelingt auch nicht allein durch gesetzliche Verbote. Es sind vielmehr Ansätze notwendig, die gemeinsam mit den Menschen entwickelt werden und die vor allem das jeweilige Umfeld einbeziehen und die Motive für die Praktik aufgreifen. Zweitens: Die Praktik ist Teil einer gesellschaftlichen Ordnung, in der sich Frauen den Männern unterordnen müssen. Damit sich Frauen von der Praktik lossagen können, muss ihr Status verbessert werden. Drittens: Es ist wichtig, zu erkennen, dass bei der Überwindung von weiblicher Genitalverstümmelung zwei völlig unterschiedliche Perspektiven aufeinandertreffen. Aus Sicht derer nämlich, die Genitalverstümmelungen praktizieren, ist die Praktik sozial erwünscht, und sie ist positiv besetzt. Aus der Außenperspektive ist es eine fundamentale Menschenrechtsverletzung. Erfolgreiche Ansätze bringen beide Sichtweisen zusammen und schaffen Räume für Dialog und Austausch. Wir haben gehört, in Deutschland sind schätzungsweise 30.000 Mädchen und Frauen von Genitalverstümmelung betroffen und bedroht. Vor dieser Zahl, die für viele Einzelschicksale steht, dürfen wir nicht die Augen verschließen.

Die Bundesregierung ist aufgefordert, Mädchen, die in Deutschland leben, vor dieser Menschenrechtsverletzung zu bewahren. Sie ist - meiner Meinung nach - vor allem deshalb gefordert, weil ein Mädchen das verstümmelt wurde, niemals die Chance haben wird, diese Entscheidung zu revidieren, weil andere diese Entscheidung über ihren Körper bereits getroffen haben. Es ist höchste Zeit, dass sich Deutschland dieses Themas systematisch annimmt; andere europäische Länder sind hier schon ein gutes Stück weiter.

Lassen Sie mich einen letzten Gedanken formulieren. Weibliche Genitalverstümmelung in Deutschland lässt sich vor allem durch eine gelungene Integrationspolitik verhindern. Sollte es uns nicht gelingen, dass sich Migrantinnen und Migranten als Teil der deutschen Gesellschaft fühlen, so könnte die Praktik sogar an Bedeutung gewinnen. Sie wird dann Ausdruck der eigenen Identität und fungiert als Mittel zur Abgrenzung von einer Gesellschaft, in der Mann und Frau sich nicht willkommen fühlen. Eine gelungene Integrationspolitik baut auf Dialog und Verständnis auf. Sie bildet den Nährboden, auf dem Entscheidungen gegen weibliche Genitalverstümmelungen gedeihen können.

Abschließend möchte ich daran erinnern, dass die GTZ im Auftrag des BMZ und in Zusammenarbeit mit Integra im Dezember 2006 eine große Konferenz zum Thema „Weibliche Genitalverstümmelung beenden - Erfahrungen aus Afrika, Perspektiven für Deutschland“ in Berlin veranstaltet hat. Zum ersten Mal kamen relevante Akteure zusammen, um auch über die Problematik in Deutschland zu diskutieren. Es wurden wertvolle Handlungsempfehlungen zum Umgang mit dem Thema in Deutschland in den Bereichen Gesundheit und Sexualität, Dialog und Kommunikation sowie Recht und Schutz formuliert. Ich hoffe, Sie berücksichtigen diese Empfehlungen bei Ihren Überlegungen und Entscheidungen. Vielen Dank.

Frau **Heike Rudat** (Bund Deutscher Kriminalbeamter): Ich darf mich recht herzlich für die Einladung bedanken und für die Gelegenheit, aus der Sicht der Polizei etwas zu dem Thema zu sagen. Ich werde mich in meinen Ausführungen darauf beschränken, nur etwas zu den Punkten zu sagen, die noch nicht genannt worden sind. Die deutsche Polizei hatte bisher relativ wenige Berührungspunkte mit Genitalverstümmelungen. Ich benutze an dieser Stelle dieses manchmal umstrittene Wort, weil wir hier über Strafverfolgung sprechen. Wenn ich mit Opfern rede, würde ich dieses Wort nicht gebrauchen, denn wer möchte sich schon gerne als verstümmelt bezeichnen lassen. Die Experten sind sich einig, dass es Genitalverstümmelungen in Deutschland gibt. Es stellt sich nun die Frage, was könnten die Ursachen sein, dass die Polizei sowenig darüber weiß und dass es kaum registrierte Fälle über Strafverfolgungen gibt? Was können wir tun, um mehr darüber zu erfahren? Die Polizei ist in diesem Prozess jedoch nur ein sehr kleines Kettenglied und sie steht in der Regel am Ende der Kette. Meine Betrachtungen und Forderungen zu diesem Thema können daher nur im Kontext von Prävention, Aufklärungsarbeit und Entwicklungsarbeit vor Ort gesehen werden.

Mit der Forderung nach stärkeren und schärferen Gesetze zur Strafverfolgung allein werden wir den Straftatbestand Genitalverstümmelungen nicht verhindern können. Das ist mir sehr wichtig, zu betonen. Ich glaube, heute weiß jeder, dass man ein kriminologisches Phänomen nicht allein mit Strafgesetzen bekämpfen kann. Die Ursachen für die fehlende Anzeigenbereitschaft sehe ich einerseits in der Angst der Opfer, dass dann das soziale Netz zusammenbricht. Meist handelt es sich um die Eltern. Welches Kind zeigt seine Eltern an? Im Bereich des sexuellen Missbrauchs kennen wird dieses Phänomen auch. Andererseits gibt es die Angst vor Abschiebung: vor der eigenen Abschiebung, vor der Abschiebung der Familie. Die Opfer sagen nicht bei der Polizei aus, weil sie Angst haben, nicht ernst genommen zu werden. Es hängt vielleicht auch mit einer fehlenden Sensibilisierung in den Strafverfolgungsbehörden zusammen. Ich glaube auch, dass bei einigen Opfern das Bewusstsein nicht vorhanden ist, Opfer einer Straftat geworden zu sein. Erst wenn sie in unseren Kulturkreis kommen, wird ihnen dieses bewusst. Das könnten die drei wesentlichen Gründe für die fehlende Anzeigenbereitschaft der Opfer sein.

Die Zeugen spielen ebenfalls eine große Rolle. Zeugen können Ärzte, Lehrer, Erzieher, aber auch Kontaktpersonen wie Freunde und Nachbarn sein. Für mich kristallisieren sich deutlich vier Gründe heraus, warum es zu keinen Anzeigen bei der Polizei kommt. Der erste ist die Unwissenheit, was eigentlich Beschneidung ist. Allgemein versteht die Bevölkerung darunter die Beschneidung bei Jungen, männlichen Jugendlichen und Männern. Das ist ja nicht schlimm, das ist eine Glaubenssache

in bestimmten Glaubensbereichen. Vielleicht auch der Gedanke, wenn es bei den Jungen nicht so schlimm ist, dann kann es bei den Mädchen auch nicht viel schlimmer sein. Da ist Aufklärungsarbeit nötig. Die zweite Unsicherheit besteht über die Strafbarkeit, da Beschneidung bei den Jungen auch nicht strafbar ist. Die dritte Unsicherheit besteht im Bereich „Multi-Kulti“. Man glaubt, es handele sich um eine Sache des kulturellen Umfeldes, in die man sich nicht einmischt. Political Correctness, wie man so schön sagt. Die vierte Unsicherheit liegt im eigenen Verhalten. Es ist die Angst, zu denunzieren. Einige denken, sie denunzieren andere, wenn sie eine Anzeige erstatten, weil es in der Regel ein anderes kulturelles Umfeld ist. Sie sehen, es besteht viermal Unsicherheit. Da ist eine Menge Aufklärungsarbeit zu leisten, um letztendlich auch Anzeigen zu bekommen. Wir als Polizei sind darauf angewiesen, dass die Bevölkerung uns die Anzeigen bringt.

Es gibt weitere Ursachen für fehlende Anzeigen und die geringe Zahl der bekannt gewordenen Fälle. Zum einen gibt es bei der afrikanischen Community in Deutschland eine nur geringe oder fehlende Vernetzung zu Beratungsstellen, Organisationen, Behörden und Institutionen, auch – und das sage ich ganz selbstkritisch – zur Polizei und zur Staatsanwaltschaft in Deutschland. Wenn man nicht miteinander spricht, kann man auch nicht erfahren, was passiert. Das haben wir in allen Bereichen der Gewalt gegen Frauen gemerkt, ob es die häusliche Gewalt ist, ob es die Zwangsverheiratung ist. Wenn die einzelnen Organisationen, die sehr engagiert arbeiten, nicht miteinander kommunizieren, kann kein Wissens- und Informationsaustausch stattfinden. Ich glaube, auf diese Weise würde auch ein Vertrauensgrundstein gelegt, um eine Anzeigenbereitschaft zu wecken. Der zweite Bereich sind Täter und ihr Umfeld. Warum sollen sich Täter anzeigen? Meist ist ein Unrechtsbewusstsein da, aber es wird sehr oft durch scheinbar plausible Gründe neutralisiert. Diese Maske muss man den Tätern entreißen. Sie können sich nicht durch Glaubensgründe und andere Gründe rechtfertigen. Der letzte Punkt – und der ist mir besonders wichtig – ist, dass für die Strafverfolgung ein eindeutiges Tatbestandsmerkmal fehlt. Frau Freudenberg hat darauf schon hingewiesen. Es muss ein Signal gesetzt werden, dass der Staat diese Straftat mit Nachdruck verfolgen will. Es wurde bereits im Bereich der Zwangsverheiratung, des Doping und der häuslichen Gewalt gesetzt. Wir haben also Best-practice-Beispiele, wie es gehen kann und wie damit auch ein Bewusstsein in der Bevölkerung geweckt werden kann. Eine weitere Ursache ist darin zu sehen, dass wir kein spezialisiertes Personal für den sensiblen Umgang mit diesem Problem im Bereich der Staatsanwaltschaft und der Polizei haben.

Der BDJ hat schon viele Forderungen erhoben. Ich möchte an dieser Stelle kurz drei erwähnen: Der eigene Tatbestand, die Aus- und Fortbildung für die Strafverfolgung und – das halte ich für außerordentlich wichtig und es ist ein Wunsch an die Politiker – ein nationaler Aktionsplan, der systemisch an dieses Problem herangeht und klare Verantwortlichkeiten in den Ministerien festlegt. Danke.

Frau Dr. **Christiane Tennhardt** (Familienplanungszentrum Balance): Danke für die Einladung. Mein Name ist Christiane Tennhardt. Ich bin Gynäkologin und arbeite im Familienplanungszentrum Balance hier in Berlin. Seit über zehn Jahren betreut Balance von FGM betroffene Frauen, sowohl als „normale“ Patientinnen als auch im Zusammenhang mit FGM. Ich habe meinen vielen Vorrednerinnen

nichts mehr hinzuzufügen; mein Statement liegt Ihnen ja auch schriftlich vor. Ich stelle meine Zeit lieber der Diskussion zu Verfügung. Dankeschön.

**Vorsitzende:** Ich bedanke mich herzlich für Ihre schriftlichen Stellungnahmen und besonders für Ihr Bemühen, sie in sieben oder noch weniger Minuten noch einmal zusammenzufassen. Sie haben uns gezeigt, dass es vielfältige Handlungsansätze gibt. Dass wir uns als Ausschuss damit beschäftigen zeigt auch, dass es uns ein dringendes Problem ist. Wir kommen jetzt zur ersten Fragerunde. Es beginnt die Fraktion der CDU/CSU.

Abg. **Michaela Noll** (CDU/CSU): Meine sehr geehrten Experten und Sachverständigen, erst einmal vielen Dank für die Stellungnahmen, bei denen ich viele Schnittmengen festgestellt habe. Es ist auch in unserer politischen Diskussion so, dass wir in vielen Bereichen Schnittmengen haben. Ich habe noch einige Nachfragen. Die erste Frage geht an Frau Dr. Goesmann. Als Sie damals über die Bundesärztekammer die Empfehlungen herausgegeben haben, haben Sie da einen hohen Rücklauf gehabt und haben Ärzte wirklich gefragt, ob es weitere Details gibt und Schulungen angeboten werden? Dann haben Sie eben angesprochen, dass dieses Fortbildungscurriculum morgen auf der Tagesordnung steht. Wie ist der weitere zeitliche Ablauf, wenn das morgen durchgehen sollte? Außerdem haben Sie Bedenken hinsichtlich einer allgemeinen Meldepflicht geäußert, dass das vielleicht das Vertrauensverhältnis zwischen betroffener Frau oder betroffenem jungem Mädchen und Arzt beeinträchtigen könnte. Das würde ich gerne noch mal näher von Ihnen beleuchtet haben.

Dann habe ich auch eine Frage an Frau Berendt. Sie haben auf der einen Seite gesagt, wenn die Afrikanerinnen hier in einer Migrantengemeinde leben, wären sie nicht so gefährdet wie in Afrika selbst. Gleichzeitig haben Sie gesagt, bei einer gleichen ethnischen Gruppe bestünde eine 100-prozentige Gefahr für das Kind. Das klingt für mich widersprüchlich und ich weiß nicht, ob ich es missverstanden habe. Ich habe aus den schriftlichen Stellungnahmen eher das Gefühl gehabt, wenn eine afrikanische Community hier sehr in sich geschlossen ist, dann leben sie oft auch ihre aus der Heimat mitgebrachten Werte. Oder würden Sie sagen, sie sind dann eher bereit, sich auch mal gegen ihre Traditionen zu wehren?

Frau **Dr. Cornelia Goesmann** (Bundesärztekammer): Frau Noll, die erste Frage ging dahin, ob wir Rückmeldungen zu unseren Empfehlungen bekommen haben. Es war der allgemeine Wunsch der Ärzteschaft, nach entsprechenden Verlautbarungen in der Presse klarzustellen, dass Ärztinnen und Ärzte nicht kritiklos nach einer Entbindung betroffene Frauen zunähen und sich gar nicht um die Hintergründe und die medizinischen Probleme kümmern. Insofern war der Gynäkologenverband sehr froh darüber, dass damit eine medizinisch und juristisch sehr klare Festlegung getroffen wurde, wie Ärztinnen und Ärzte sich zu verhalten haben und dass auch Tipps oder Empfehlungen gegeben wurden, wie man in der Situation psychologisch einfühlsam mit den Betroffenen umgehen kann. Gerade die Frauenärzte fanden sich da wahrgenommen und gut unterstützt. In anderen Fachgruppen wird das nicht so wahrgenommen, weil da die Patientinnen in der Regel ja auch nicht mit diesen Problemen hinkommen. Aber ich glaube, dass es aufgenommen und wertgeschätzt wurde.

Das Zweite ist das Problem der Fortbildung. Man muss noch einmal unterscheiden. Die medizinische Ausbildung betrifft das Medizinstudium. Da wäre auch ein Appell an Sie als Politikerinnen und Politiker. Die Ausbildung wird vom Wissenschaftsministerium und vom Deutschen Fakultätentag gesteuert. Das heißt, Sie und nicht wir als Ärzte sind in der Pflicht zu sagen, dieses Thema gehört in die medizinische Ausbildung hinein. Die Weiterbildung zum Facharzt wird von uns festgelegt, von der Bundesärztekammer. Wir haben ausdrücklich gesagt, FGM soll nicht als Spezialproblem da hinein, sondern wir möchten es in die berufsbegleitende Fortbildung für Ärztinnen und Ärzte aufnehmen. Wenn nun morgen dieses Fortbildungsmodul entwickelt wird, ist es sicherlich etwas, was vor allem Frauenärztinnen und -ärzte aufnehmen werden, weil sie eine Pflichtfortbildung von 250 Stunden in fünf Jahren machen müssen und sicherlich froh sein werden, wenn solche festgelegten Module mit entsprechenden Sachverständigen als Lehrern existieren. Ich glaube, dass das gut nachgefragt wird.

Ihr dritter Punkt war zu Meldepflicht und Melderecht. Das ist wirklich eine heikle Frage. Ich möchte das vielleicht aus meinem persönlichen Erleben beantworten. Es geht um die schutzwürdige Arzt-Patienten/Patientinnen-Beziehung und um die Schweigepflicht, die wir haben. Es besteht immer ein Melderecht jedes Arztes im Hinblick auf Vorgänge, bei denen Patientinnen und Patienten Schaden drohen könnte. Wenn ich also den Eindruck habe, eine schwere Körperverletzung, eben eine Genitalverstümmelung, droht einem meiner schutzbefohlenen Patienten, dann habe ich das Recht, alle Maßnahmen zu ergreifen, damit das verhindert wird. Dies würde sicher auch jeder Arzt und jede Ärztin dann in Anspruch nehmen. Aber wir möchten keine generelle Meldepflicht, zumindest wird es für erfolgte Genitalverstümmelungen im Augenblick so diskutiert, weil diese Patientinnen und ihre Kinder dann vermutlich nicht mehr zu den Ärztinnen und Ärzten kämen, die das melden müssten, sondern bei Ärzten oder andern Behandlern in ihrer Community blieben. Eine Meldepflicht für drohende Genitalverstümmelung muss auch nicht sein. Ich glaube, dass jeder Arzt und jede Ärztin von seinem Melderecht Gebrauch machen würde, wenn er Eltern begegnet, die schon verstümmelte Kinder haben und noch weitere Schwestern da sind, die dem vermutlich auch unterzogen werden sollen. Ich glaube, jeder Arzt würde eingreifen, wenn er mit seiner Prävention in dieser Familie nicht weiterkommt und die Eltern auch mit allen zur Verfügung stehenden sozialen Hilfen und Eingliederungsversuchen nicht davon abhalten kann, weitere Mädchen zu verstümmeln. Dann würde jeder Arzt das melden, um Schaden für die weiteren Schwestern zu verhindern.

Frau **Alice Berendt** (Plan International Deutschland e. V.): Dieser Widerspruch ist durch ein kleines Missverständnis entstanden. Wenn ich von 100-prozentiger Gefahr in diesem einen Beispiel gesprochen habe, ging es darum, dass auch hier in Deutschland die Gefahr hoch ist, wenn eine ethnische Gruppe das in Afrika praktiziert. Wenn aber eine Gruppe, die in Afrika diese Tradition nie gekannt hat und sie auch ablehnt -und solche Gruppen gibt es in Ländern, in denen es auch praktizierende Gruppen gibt – weiß man, dass dort die Wahrscheinlichkeit sehr gering ist. Bei einer Gruppe, die es im Heimatland durchweg praktiziert, ist die Wahrscheinlichkeit auch hier hoch. Aber natürlich muss man sich die Auffassung der Eltern anhören, die Auffassung der Gruppe selbst. Das ist dann der nächste Schritt. Die ethnische Gruppe gibt einen ersten Indikator, ob wir dort näher hinsehen sollten oder nicht. Wenn ich mit meinen Kollegen über Dörfer rede, in denen wir arbeiten wollen - ich spreche jetzt nur für Westafrika, weil ich in diesen Ländern arbeite – dann können die immer ganz

genau sagen: Da brauchen wir nicht, da müssen wir. Die Gruppen sind bekannt, das heißt, sie bieten einen ersten Indikator, wo man ansetzen kann. Dann muss man weiter schauen, wie die Auffassung unter den Familien ist, muss ihnen zuhören, wie sie eigentlich zu der Tradition stehen. Vielleicht lehnen sie das ja ab, auch wenn es in ihrer Gruppe in Afrika eine sehr dominante Praktik ist. Das Thema, ob sich Gruppen hier mehr verschließen oder öffnen, habe ich mit meinen Kollegen auch sehr viel diskutiert. Unser Fazit war allerdings, dass hier keine Durchführungsmöglichkeit so wie in Afrika bestehen, selbst wenn Eltern von der Community Druck bekommen. Man kann hier nicht einfach mal eben ein Kind zur Beschneidung schicken. Meine Kollegen in Afrika waren der Auffassung, dass seitdem in Frankreich die Verurteilungen der Beschneiderinnen stattgefunden haben, alle Beschneiderinnen in Westafrika informiert sind und sich weigern, nach Europa zu fliegen, weil sie Angst vor den Verurteilungen haben. Im Moment ist die Tendenz, Kinder auszufliegen, wenn es durchgeführt werden soll. Meine Kollegen haben sehr viele Brüder und Frauen, die in Europa studieren und arbeiten und selbst wenn von der Basis Druck kommt, kann man einfach sagen: Ja ja, das ist schon wichtig, aber hier besteht ja keine Möglichkeit, irgendwann mach ich das schon mal. Also häufig ist auch bei Leuten, die es ablehnen, auch in unserer Organisation, erstmal die Tendenz, zu sagen: Ja ja, du hast ja Recht, aber zurzeit ist das gerade nicht möglich. Häufig kann es für eine Familie gefährlich werden, wenn man sich öffentlich gegen die Thematik ausspricht, weil sich dann die Leute auf die Familie stürzen und alles dafür tun werden, dass das Kind beschnitten wird. Wir haben in unserer Organisation Dramen erlebt, wo zum Beispiel Väter auf Fortbildung nach Europa kamen und ihre Tochter in ihrer Abwesenheit beschnitten wurde. Das Kind wurde also wirklich entführt, weil der Vater sich gegen die Thematik ausgesprochen hatte und bei seiner Rückkehr haben die Frauen der Gemeinde ihm gesagt: Das wollten wir noch machen, und wenn es das allerletzte ist, was wir in unserem Leben tun. Es ist wirklich eine sehr, sehr sensible Thematik, aber ein Kind hat hier in Europa erstmal Schutz, weil es nicht einfach ist, hier ein Kind zu beschneiden.

Abg. **Antje Blumenthal** (CDU/CSU): Frau Gruber, Sie hatten die Konferenz von Kairo und die Gewinnung der religiösen Führer angesprochen. Auch die Diskussion hier heute zeigt ja, dass unser Gesicht in dieser Frage ziemlich weiblich ist und wir schauen müssen, wo die Verursacher sitzen. Die Konferenz von Kairo zeigt ja gerade, dass man gemeinsam mit wichtigen Religionsvertretern versuchen muss, die Genitalverstümmelung zu bekämpfen. Es gibt die Organisation „Target“, die nicht nur einen Film gedreht, sondern das Thema auch im deutschen Fernsehen sehr präsent gemacht hat. Die Organisation hat den Ansatz, die wichtigen Religionsführer mit einzubeziehen indem sie „gezwungen“ werden, die Genitalverstümmelung über diesen Film mit anzusehen und dann ein Verständnis dafür zu entwickeln, dass das nicht richtig ist. Gleichzeitig gibt es Projekte, die Beschneiderinnen aus ihrem Beruf herauszulösen und ihnen neue Aufgaben zuzuweisen. Sie haben aber auch einen Fall geschildert, wo ein Mädchen in Ägypten daran verstorben ist. Mich würde interessieren, ob Sie Erfolge bei diesem Ansatz sehen, die Religionsführer mit einzubeziehen. Können Sie darüber berichten bzw. können Sie sich vorstellen, wie man die in Kairo gemachten Erfahrungen auch auf Deutschland übertragen könnte?

Frau **Franziska Gruber** (Integra / Terre des Femmes): Die Einbeziehung religiöser Führer ist wichtig, kann aber nur eine Maßnahme von vielen sein. Die Erfahrungen aus Projekten in afrikanischen

Ländern zeigen, dass sich nur ein ganzheitlicher Ansatz bewährt. Alle Mitglieder einer Gemeinde müssen zu der Überzeugung kommen, dass Genitalverstümmelung schädlich für die Mädchen ist. Wichtig ist, dass sowohl die Beschneiderinnen überzeugt werden und eine alternative Einkommensquelle haben und dass mit verschiedenen Zielgruppen gearbeitet wird, mit Männern, mit Frauen, mit Mädchen. Die Frauen und Mädchen müssen gestärkt werden, die Männer müssen überzeugt werden, religiöse Führer und Dorfchefs müssen einbezogen werden. Erst wenn eine kritische Masse erreicht ist, wenn zum Beispiel eine Dorfgemeinschaft sich gegen Genitalverstümmelung ausspricht, ist es auch für die Familien leichter, davon Abstand zu nehmen. Wenn sich nur eine Familie dagegen ausspricht, müssen sie immer die Sorge haben, dass die Töchter später keinen Ehepartner finden. Insofern ist die Einbeziehung religiöser Führer wichtig, aber nur ein Schritt. Die Aussagen von Kairo müssen auch aufs Land und in die Dörfer transportiert werden, weil die religiösen Führer in Kairo vom Land und von den Ländern, in denen Genitalverstümmelungen praktiziert werden, weit weg sind.

Abg. **Antje Blumenthal** (CDU/CSU): Ich hatte noch gefragt, welche Erfahrungen es konkret gibt und ob etwas auf Deutschland übertragbar wäre.

Frau **Franziska Gruber** (Integra / Terre des Femmes): Soweit ich weiß, sollte es eine Nachfolgekonferenz in Mali geben. Ich bin aber nicht sicher, ob sie stattfinden konnte. Soweit ich weiß, ist sie abgesagt worden. Es gibt meines Wissens aus dieser Konferenz vom letzten November noch keine konkreten, messbaren Ergebnisse. Übertragen auf Deutschland halte ich es auch für sinnvoll, dass religiöse Führer mit einbezogen werden. Aber, wie gesagt, im Rahmen eines nationalen Aktionsplans, in dem alle Gruppen, vor allem die Betroffenen, viel stärker als bisher mit einbezogen werden.

Abg. **Michaela Noll** (CDU/CSU): Noch eine Frage, Frau Korn. Sie hatten eben einen Aspekt genannt, den ich auch für sehr wichtig halte: Hilfe zur Selbsthilfe und Bildung. Wir haben ein zentrales Problem, und das haben Sie eben auch angesprochen. Wie kommen wir beispielsweise an die Beschneiderinnen heran um sie zu überzeugen, dass es andere berufliche Perspektiven gibt? Wie kommen wir an die Männer heran? Uns wird erklärt, dass bei Männern oft das Bild transportiert wird, eine nicht beschnittene Frau sei auch eine potenzielle Gefährdung für den Mann. Sehen Sie da Möglichkeiten? Meinen Sie eher, dass Überzeugungsarbeit aus den eigenen Reihen kommen muss? Aus den Stellungnahmen habe ich eine relativ große Übereinstimmung im Hinblick auf das nationale Referenzzentrum herauslesen können. Welche Leistungen kann ein solches Referenzzentrum bringen, um das Problem in Deutschland letztendlich zielführend zu lösen?

Frau **Fadumo Korn** (Forward-Germany e. V.): Das Thema geht nicht nur Frauen an und oft besteht ein Missverständnis, denn Männer wissen gar nicht, was die Beschneidung bedeutet. Sie bekommen im Endeffekt das „fertige Produkt“ vorgesetzt. Ich bin nicht nur Mitglied bei Forward und eine Kämpferin gegen das, was mir angetan worden ist. Als Dolmetscherin gehe ich auch in die Familien hinein, ich begleite Kinder- und Säuglingsschwestern in die Familien. Mein Vorteil ist, dass ich keine Probleme habe, in die afrikanische Community hineinzukommen. Eins vorweg: Afrika ist ein Kontinent,

kein Mensch spricht afrikanisch, sondern es werden viele Sprachen gesprochen. Menschen in Afrika unterscheiden sich genauso voneinander wie sich zum Beispiel Schweden von Italienern unterscheiden. Deshalb ist es immer sehr schwierig, wenn man von einer afrikanischen Kommune spricht. Es gibt keine afrikanische Kommune. Es gibt verschiedene Länder und in diesen Ländern gibt es wiederum verschiedene Stämme. Ich bin dafür, muttersprachliche oder aus der gleichen Gegend stammende Beraterinnen oder Berater aktiv in die Kommunen zu schicken, um zunächst einen Einblick zu gewinnen, wie die Kommune funktioniert, ob es überhaupt eine Kommune gibt und wie sie unterstützt wird. Man kann durch viele kleine Handreichungen in die Kommunen hineinkommen, beispielsweise indem man Programme für die Frauen anbietet, die hier oft von ihren Männern abhängig sind. Um die Beschneidung zu bekämpfen, müssen wir wirklich von ganz unten anfangen. Das heißt, wir müssen uns eine Generation heranziehen, die nicht beschnitten ist, gleichmäßig bestehend aus Männern und Frauen. Wenn wir diese Generation aufgezogen haben, ist für sie das Nichtbeschnittensein normal. Was wir jetzt tun müssen, ist die Eltern davon zu überzeugen, beispielsweise in Afrika an Programmen durch Organisationen mit afrikanischen Beratern und Ärzten teilzunehmen. Die vorhandenen Organisationen bilden ja afrikanische Menschen aus. Man sollte also nicht einfach Europäer schicken. Verständlicherweise ist eine bittere Nacherinnerung an die europäischen Besucher geblieben, das kann man nicht übel nehmen. Aber jetzt leben wir in einem anderen Ungleichgewicht und deswegen ist es wichtig, dass die in Afrika tätigen Organisationen dort Menschen ausbilden, um leichter Zugang zu den Dörfern und auch den Städten bzw. den Schulen zu haben.

Es wurde jetzt hier oft die Religion angesprochen. Ich weiß nicht, ob alle wissen, dass *alle* Religionen beschneiden. Kenia ist zum Beispiel überwiegend katholisch. Ich will jetzt nicht die Religionen kritisieren, aber den Religionen, egal welcher, kommt es entgegen, wenn man keinen vorehelichen Geschlechtsverkehr hat. Deswegen muss man Kairo gleich Rom an die Seite stellen. Das heißt, der Papst muss genauso handeln. Er muss sagen, das ist eine Menschenrechtsverletzung, wir wollen gesunde Kinder, so wie Gott sie geschaffen hat. Die Veränderung für die islamische Welt wiederum muss aus Mekka und aus Medina kommen. Kairo kann sagen was es will, das hören nur die Leute aus Kairo und vielleicht noch Leute aus dem Sudan. Es muss in allen Religionen gesagt werden, Beschneidung ist eine Gotteslästerung, denn das ist so. Man muss den Leuten erklären, wenn wir unsere Kinder beschneiden, dann heißt das, der liebe Gott hat gefuscht und ich muss jetzt nacharbeiten. Wenn aber die Organisationen kommen, ob das die GTZ ist oder Plan, ist immer die Angst da, man bevormundet uns schon wieder.

**Vorsitzende:** Die andere Frage nach den nationalen Referenzzentren beantworten wir dann in der zweiten Runde. Als nächstes ist die SPD mit ihren Fragen dran.

Abg. **Angelika Graf** (SPD): Herzlichen Dank, dass Sie heute hier zu uns gekommen sind. Alle, die wir hier sitzen, haben uns eingearbeitet, unter anderem durch die Stellungnahmen, die Sie uns übersandt haben. Das Thema ist ja auch nicht ganz neu im Deutschen Bundestag. Wir haben schon in den vergangenen Legislaturperioden eine Reihe von Anträgen und darauf bezogene Anhörungen gehabt. Wir wissen, dass diese Praxis grausam ist, dass sie gefährlich ist – nicht „nur“ weil sie in vielen

Bereichen gesundheitliche Einschränkungen verursacht, sondern auch, weil sie eine tiefe Auswirkung auf die Psyche der Frauen hat, die eine solche Verstümmelung über sich ergehen lassen mussten. Dadurch, dass die Welt zusammenwächst, ist das auch bei uns immer mehr ein Thema. Ich bin ganz sicher, dass niemand von uns die Frauen in Afrika bevormunden möchte. Aber ich denke, es ist schon gut, dass wir uns hier überlegen, was wir einerseits im Zusammenhang mit der Entwicklungszusammenarbeit und in anderen Bereichen tun können und wie wir andererseits hier in Deutschland vorgehen können, um eine solche Praxis zu verhindern. In vielen der Stellungnahmen wird das Thema Meldepflicht angesprochen. Sie, Frau Dr. Goesmann, haben sich aus ärztlicher Sicht ziemlich klar dagegen ausgesprochen. Frau Rudat, Sie haben in ihrer Stellungnahme geschrieben, sie favorisierten eine Lösung, die beide Aspekte einer Meldepflicht – Prävention und generalpräventive Wirkung – einbezieht. Können Sie das noch ein bisschen deutlicher machen? Auch an Frau Dr. Tennhardt habe ich eine Frage zum Thema Meldepflicht. Sie haben geschrieben, dass eine Meldepflicht in bestimmten Fällen der einzige Weg sein kann. Auch insofern würde ich bitten, dass Sie uns noch etwas genauer sagen, was Sie unter den bestimmten Fällen verstehen.

Frau **Heike Rudat** (Bund Deutscher Kriminalbeamter): Als Kriminalbeamtin könnte ich natürlich sofort sagen, ja, die Ärzte müssen melden, damit wir strafverfolgen können. Das ist immer die leichteste Lösung. Ich sehe aber durchaus auch die anderen Aspekte, die Frau Goesmann schon angeführt hat. Die Verhinderung von zukünftigen Beschneidungen könnte ja auch darauf basieren, dass es ein Vertrauensverhältnis gibt. Ein Vertrauensverhältnis von potenziellen Zeugen, zum Arzt oder zu einer anderen Vertrauensperson zu gehen und zu sagen: Ich weiß da etwas, kannst Du mir helfen und mich auch ärztlich unterstützen. Es ist tatsächlich die Abwägung, ob ich das nur rein von der strafverfolgenden Seite aus sehen will. Dann müsste ich als Kriminalbeamtin natürlich sofort sagen: Meldepflicht! Das ist die ganz stringente Linie. Ich sehe aber durchaus auch das vordringliche Ziel, Genitalverstümmelungen zu verhindern. Es geht nicht allein darum, die Täter zu bestrafen, sondern die Zielrichtung ist in erster Linie, die Opfer zu schützen. Da müssen wir nach einem Weg suchen, den ich leider noch nicht gefunden habe. Es wäre fantastisch, den gordischen Knoten zu durchschlagen – eine Lösung zu finden, die die Opfer schützt, aber durchaus auch den Tätern signalisiert, wenn Du es machst, wirst Du der Bestrafung zugeführt. Ich halte es für außerordentlich wichtig, dieses Signal an die Täter zu geben. Deswegen habe ich Bauchschmerzen, gänzlich von einer Meldepflicht abzurücken. Das sage ich ganz deutlich.

Frau Dr. **Christiane Tennhardt** (Familienplanungszentrum Balance): Es ist unser täglich Brot, mit Frauen zusammenzuarbeiten und ich lege großen Wert auf Aufklärung. Ich hatte vor kurzem ein sehr schönes Gespräch mit einer Hebamme, die seit über 25 Jahren mit einem äthiopischen Mann verheiratet ist und die nahezu die gesamte äthiopische Community entbindet. Sie sagte, seit sehr langer Zeit habe sie gerade bei der nachkommenden Generation keine Frauen mehr entbunden, die von FGM betroffen sind. Also, sie hat gute Arbeit geleistet und ihr Mann sicher auch. Es gab einen Fall in Deutschland, wo der Mutter das Aufenthaltsbestimmungsrecht entzogen wurde. Dabei war klar, dass sie ihr Kind in das Heimatland schicken wollte, um es verstümmeln zu lassen. Das wären für mich Fälle, in denen ich das Gefühl hätte, ich komme mit meinen normalen Methoden, zu reden und Präventionsarbeit zu leisten, nicht weiter. Aber das sind sicher die seltensten Fälle. Von daher denke

ich, wir erreichen sehr viel mehr, wenn wir schon bei der Geburt mit den Müttern reden. Aber ich hatte bislang Gott sei Dank noch keinen Fall, in dem ich das Gefühl gehabt hätte, ich könnte es nicht verhindern. Aber ich kann jetzt nicht für alle Ärztinnen und Ärzte sprechen.

Abg. **Angelika Graf** (SPD): Als nächstes habe ich zum Ausreise- bzw. Abschiebungsverbot eine Frage an Frau Berendt. Sie haben das in ihrer Stellungnahme angesprochen und gesagt, dass man zum einen in Fällen, in denen eine solche Praxis droht, ein Abschiebeverbot durchsetzen müsse. Auf der anderen Seite solle nach der Rückkehr eines Mädchens dessen Unversehrtheit überprüft werden. Wie stellen Sie sich das vor? Ich stelle mir das ausgesprochen schwierig vor. Der Tenor der ganzen Diskussion um die Vorsorgeuntersuchungen ist ja, wie man so etwas machen kann, ohne dass es diskriminierend ist. Ich schließe eine weitere Frage an. Wir haben festgestellt, dass es viel zu wenig ein Thema des Strafrechtes ist, obwohl die Möglichkeit der Strafbarkeit bereits jetzt besteht. Frau Freudenberg, wie könnte man die strafrechtliche Verfolgung verbessern? Wir haben alle gehört, dass das nicht funktioniert, weil die Täterinnen Teil des Systems sind und die jungen Frauen sich nicht dagegen wehren können. Wie können wir mehr Täterinnen erwischen?

Frau **Alice Berendt** (Plan International Deutschland e. V.): Die Idee, dass der deutsche Staat das Recht haben sollte, bei einem bestehenden Tatverdacht eine Kontrolle vorzunehmen, ist durch das Wissen aufgekommen, dass Beschneidungen heute in der Regel während eines Urlaubs im Heimatland durchgeführt werden. Man möchte die Möglichkeit haben, sie auch dann zu belangen, wenn es woanders passiert. Das ist das große Problem. Die Tendenz ist, die Mädchen aus dem Land zu schaffen und sie anderswo zu beschneiden. Ich bin keine juristische Expertin, aber es muss eine Möglichkeit geschaffen werden, um Kinder effizient zu schützen. Wenn sie ausgeflogen werden, müssen die Eltern wissen, dass der deutsche Staat das Recht hat, zu überprüfen. Ob er es dann tatsächlich macht und wie das geschehen könnte, sind Fragen, die ich nicht beantworten kann. Aber mir und meinen Kollegen ist es sehr wichtig, dass den Eltern erklärt werden kann, wenn das Kind ins Heimatland reist, muss bei Tatverdacht die Möglichkeit bestehen, nach Rückkehr eine Überprüfung durchzuführen. Andere europäische Länder haben diese extraterritoriale Gerichtsbarkeit eingeführt. Das beste Beispiel ist Schweden, das realisiert hat, dass ein auf Schweden beschränkter Tatbestand nicht ausreicht. Dort hat man vor einigen Jahren die extraterritoriale Gerichtsbarkeit nachgeschoben, weil man bemerkt hatte, dass die Tendenz besteht, die Mädchen aus dem Land zu schaffen. Nach dem Sachverstand meiner Kollegen war es ganz klar, dass die Leute es nicht aufs Spiel setzen würden, wenn man ihnen erklärt, dass sie nach Rückkehr dafür bestraft werden können. Man darf nicht vergessen, dass viele hier lebenden Leute eine große Anzahl von zu Hause lebenden Angehörigen ernähren. Sie können es nicht riskieren, hier mit dem Gesetz in Konflikt zu kommen. Das heißt, wenn entsprechende Erklärungen vermittelt werden, kann man die Wahrscheinlichkeit sehr absenken.

Frau **Dagmar Freudenberg** (Deutscher Juristinnenbund): Ich hatte vorhin schon erwähnt, dass Strafverfolgung nur dann Sinn macht, wenn sie keine leere Drohung ist. Das heißt, die eine Seite ist die Schaffung eines Straftatbestandes und die andere Seite ist die Verfolgungsintensität, die wir leisten können. Das ist ähnlich wie bei der Zwangsverheiratung; Frau Rudat hatte das bereits

angesprochen. Das sind die so genannten secret crimes. Hier müssen wir einerseits über vertrauensbildende Maßnahmen arbeiten, aber andererseits auch deutlich machen, dass es eine Straftat ist und entsprechend nachsetzen und verfolgen. Dazu gehört, was Frau Behrendt und auch andere schon gesagt haben: Information über das Recht und über die Tatsache, dass das verfolgbar ist. Ich habe eben extra noch einmal nachgeschaut. Die Planung eines Verbrechens nach § 30 StGB ist bereits strafbar. Wenn man einen entsprechenden Strafrahmen hat, dann ist auch die Mutter oder der Vater oder die Community, die plant, ein Mädchen wegzuschicken, strafbar, und zwar bereits hier. Diese Strafbarkeit bleibt auch dann bestehen, wenn das Mädchen tatsächlich zum Zwecke der Genitalverstümmelung ins Ausland verbracht wird. Wir haben natürlich das Problem, dass kein Täter sich anzeigen muss, Stichwort Unschuldsvermutung. Wir haben auch das Problem, dass wir zwar als Polizei und Staatsanwaltschaft dem Legalitätsprinzip unterliegen, die Ärzte aber nicht. Das hat ja auch seinen guten Grund, wir haben über die Frage des Vertrauens schon gesprochen. Wichtig ist, dass Informationen zu den Betroffenen laufen, insbesondere zu den betroffenen Mädchen und zu den an dieser Stelle möglicherweise tätig werdenden Professionellen wie Lehrern, Erziehern, Ärzten usw. Das sind die Bereiche, die informiert werden müssen, wach gemacht werden müssen, damit man dann – hoffentlich noch rechtzeitig – eingreifen kann. Das heißt, wir können nicht von uns aus mit irgendwelchen Melde- und Untersuchungspflichten arbeiten. Das halte ich juristisch für sehr schwer darstellbar. Aber wir können auch in den Bereichen der Sexualdelikte, der häuslichen Gewalt, des Menschenhandels und der Zwangsprostitution mit vertrauensbildenden Maßnahmen arbeiten, und das müssen wir auch tun.

**Vorsitzende:** Frau Freudenberg, was halten Sie denn von dieser extraterritorialen Gerichtsbarkeit?

Frau **Dagmar Freudenberg** (Deutscher Juristinnenbund): Das ist aus dem gleichen Grund, den ich eben erläutert habe, wenig sinnvoll. Die Strafdrohung macht nur dann Sinn, wenn ich sie auch durchsetzen kann. In den Ländern, wo FGM bereits strafbar ist – und das gibt es auch in Afrika schon – können wir die Taten auch dann verfolgen, wenn sich die Täter hierher begeben. Das ist kein Problem. Das ist mit dem internationalen Recht vereinbar; §§ 5 und 6 Strafgesetzbuch. Aber dort, wo das nicht der Fall ist und wo die Täter dort bleiben, können wir derzeit nur die Personen unter Strafe stellen, die hier sind oder wieder hierher zurückkehren. Das sind die Eltern, die Mitglieder der Community. Wir haben ja eben von Frau Behrendt gehört, dass das oft Personen sind, die auch wieder hierher kommen wollen. Die können wir jetzt schon verfolgen. Eine weltweite Verfolgung ohne die entsprechenden Vereinbarungen mit anderen Staaten erscheint aber wenig sinnvoll.

Abg. **Angelika Graf** (SPD): Ich habe noch eine Zusatzfrage an Frau Freudenberg. Sie haben ja in letzter Zeit, sozusagen in anderer Mission, auch die Entwicklung der Gesetzgebung im Bereich der Zuwanderung erlebt. Wir haben dort einen Passus, wonach Eltern, die zu einer Strafe in einer bestimmten Höhe verurteilt sind, die Abschiebung droht. Ist das vielleicht auch etwas, was man im Zusammenhang mit der Aufklärung in dem Bereich sehen müsste? Wie soll man mit dem Problem umgehen, dass ein Kind mit seiner Aussage sozusagen die Abschiebung seiner Eltern begründen könnte?

Frau **Dagmar Freudenberg** (Deutscher Juristinnenbund): Das Problem ist ähnlich wie in anderen Bereichen der Straftaten im familiären Zusammenhang. Das Kind trägt dann letztendlich die Verantwortung dafür, ob die Eltern bestraft werden oder nicht. Das ist etwas, was wir als Erwachsene uns eigentlich nicht leisten können und nicht leisten dürfen. Die Problematik hat aber zwei Seiten. Wenn wir auf der anderen Seite die Abschiebungsbestimmungen lockern würden, wären wir an dem Punkt unter Umständen inkonsequent. Letztlich ist das eine politische Entscheidung, die man treffen muss. Man muss entscheiden, ob man den Kindern diese Verantwortung ersparen möchte oder ob man konsequent sein möchte und abschiebt. Dann muss man allerdings unter Umständen noch weitere juristische Maßnahmen überlegen, wie man das Kind von dieser Verantwortung wieder lösen kann.

**Vorsitzende:** Als nächste ist die Fraktion der FDP an der Reihe.

Abg. **Sibylle Laurischk** (FDP): Frau Korn, ich möchte mich erst einmal bei Ihnen bedanken, dass Sie den Mut gehabt haben, sich hier so zu äußern, wie sie es getan haben. Indem Sie dargestellt haben, welche Gewalt Ihnen angetan wurde, haben Sie auch eine Scham überwunden, die viele Frauen ein Leben lang belastet. Ich glaube, dass Sie damit auch zeigen, wie der Weg aus dieser Konfliktlage herausführen kann. Meine Frage richtet sich an Frau Rudat. Sie haben einen nationalen Aktionsplan angesprochen. Ich habe aus den schriftlichen Antworten auch herausgelesen, dass nur der Schutz durch Frauenhäuser oder entsprechende Hilfestellungen im akuten Fall nicht reichen, sondern dass Sie eine gezielte und planvolle Vorgehensweise wünschen. Mich würde noch etwas mehr interessieren, wie Sie sich das vorstellen. In die gleiche Richtung habe ich auch eine Frage an Frau Lisy, die dargestellt hat, dass sie eine gelungene Integrationspolitik für eine wichtige Voraussetzung hält, um Genitalverstümmelungen zu vermeiden. Ich möchte gerne wissen, was Ihnen zum Stichwort gelungene Integrationspolitik als besonders dringend erscheint.

Frau **Heike Rudat** (Bund Deutscher Kriminalbeamter): Es gäbe auch viele andere Begriffe, aber für das, was ich meine, ist „nationaler Aktionsplan“ sehr griffig. Wir haben im Bundesgebiet viele Konferenzen und Anhörungen zu diesem Thema. Es ist wichtig, darüber zu reden, aber das Reden muss auch einmal ein Ende haben und dann muss gehandelt werden. Das meine ich mit dem nationalen Aktionsplan. Dabei ist das Festlegen von systemischen Handlungssträngen mit Verantwortlichkeiten und Terminen wichtig. Österreich hat es uns gerade vorgemacht mit einem nationalen Aktionsplan zur Bekämpfung des Menschenhandels. Dort ist ganz klar festgelegt, welches Ministerium verantwortlich ist, und zwar – um dies einmal so abzukürzen – nicht immer nur das Frauenministerium. Es ist kein Frauenthema, das möchte ich hier noch einmal ganz klar betonen. Kein Thema der Gewalt gegen Frauen ist ein Frauenthema. Es ist also wichtig, dass auch das BMI und das BMJ etc. in diesem Zusammenhang Verantwortung tragen. Also, ganz klare Verantwortlichkeiten, wer welche Rolle zu spielen hat, wer welche Maßnahmen zu ergreifen hat. Wir haben es gerade gehört, bei der medizinischen Ausbildung wäre beispielsweise das Wissenschaftsministerium in der Verantwortung, ganz klare Evaluationstermine zu setzen, Entwürfe vorzulegen und Gesetzesinitiativen zu ergreifen. Unter einem nationalen Aktionsplan stelle ich mir also vor, nicht immer nur zu reden, sondern mit unterschiedlichen Verantwortlichkeiten auch tatsächlich zu handeln. Dazu gehört

beispielsweise auch die Finanzierung von Beratungsstellen. Dazu gehören auch Vereinbarungen in der Innenministerkonferenz über Fortbildungen bei den Polizeibeamten. Dazu gehört Fortbildung bei den Staatsanwälten. Dazu gehört die Vernetzung mit den afrikanischen individuellen Communities in den verschiedenen Ländern. Dazu gehört auch eine Art Rahmenvorgabe für die Einrichtung von so genannten Runden Tischen. Dieser Begriff ist leider etwas verbraucht, aber man kann ihn in den Kommunen und im nationalen Bereich trotzdem immer wieder verwenden. Diese ganzen Einzelmaßnahmen mit klaren Verantwortlichkeiten und klaren Terminen zusammenzufassen, das meinte ich mit einem nationalen Aktionsplan.

Frau **Kerstin Lisy** (Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GmbH – GTZ): Ich hatte das Stichwort Integrationspolitik genannt, weil ich glaube, dass es fast einen Automatismus geben könnte. Wenn Integration gelingt und Migrantinnen und Migranten sich tatsächlich hier zuhause fühlen und die Werte leben, die unser Grundgesetz vorgibt, wäre das nicht mehr vereinbar mit Genitalverstümmelung. Ich habe es auch deswegen genannt, weil in der Integrationspolitik natürlich der Dialog und Austausch im Mittelpunkt stehen muss. Das ist auch eines der Grundprinzipien von erfolgreichen Ansätzen in Afrika. Es geht um dialogische Ansätze, nicht darum, dass wir anderen Leuten vorbeten, was die gesundheitlichen Folgen von FGM sind. Es geht darum, dass man die Gemeindemitglieder in einen Dialog über tabuisierte Themen wie Sexualität bringt. Es ist nicht nur FGM; da treten auch andere Themen wie HIV/Aids, Kondombenutzung, frühe Verheiratung etc. auf. Diese dialogischen Ansätze, die wir aus der Arbeit in Afrika kennen und die sich bewährt haben, wären auch für eine Integrationspolitik wichtig. Ich denke, man könnte auch die bereits vorhandenen Instrumente nutzen, um über FGM zu reden, zum Beispiel Integrationskurse und andere Angebote. Ganz wichtig ist auch, wie es Fadumo Korn bereits angesprochen hat, dass es ein Bildungsangebot speziell für Frauen gibt. Sie benötigen Alphabetisierungs- und Sprachkurse, damit sie eine Möglichkeit haben, unabhängig zu werden und solch schwere Entscheidungen auch gegen eine Mehrheit in der Familie durchzusetzen.

**Vorsitzende:** Vielen Dank. Jetzt ist die Fraktion DIE LINKE. an der Reihe.

Abg. Dr. **Kirsten Tackmann** (DIE LINKE.): Noch einmal vielen Dank an alle Expertinnen. Wir haben hier ein sehr wichtiges Thema aufgerufen. In Alltagsäußerungen ist es natürlich immer leicht, über Menschenrechtsverletzungen zu reden. Die Frage ist aber, was daraus für unser gemeinsames und politisches Handeln folgt. Leider haben wir nicht so viel Zeit um dies auszuführen, aber wir haben hier schon einen klassischen Zielkonflikt – einerseits Strafbarkeit und die ganze Konsequenz des Gesetzes und andererseits das Angewiesensein auf Kooperation und sensiblen und unbedingt auch antirassistischen Umgang. Ich bin sehr dafür, dass man zwar einerseits die ethnische Determinierung sieht, andererseits aber einen antirassistischen Ansatz wählt. Meine Fragen richten sich vor allem an Frau Korn, der auch ich noch einmal ganz ausdrücklich für ihr sehr persönliches Statement danke. Es hat ja auch etwas damit zu tun, dass wir die potenziellen Opfer ermutigen und ermächtigen, ihre Rechte und die Rechte ihrer Töchter wahrzunehmen. Wir wissen auch, dass das mit Bildung und mit sozialem Status zu tun hat. Was hat das aber für Konsequenzen im Umgang mit den afrikanischen Migrantinnen hier in der Bundesrepublik? Haben Sie da möglicherweise besondere Vorstellungen

oder Vorschläge, wie bestimmte Dinge geändert werden könnten? An Frau Gruber hätte ich ebenfalls eine Nachfrage. Sie haben in Ihrer Stellungnahme darauf hingewiesen, dass das Beratungssystem nicht so ist, wie es eigentlich sein müsste, dass es in der Regel auf Spenden und ehrenamtlicher Tätigkeit beruht. Auch da sehe ich eine gewisse Inkonsequenz. Einerseits sagt man, wir müssen die Situation bekämpfen und mit aller Härte durchgreifen. Andererseits hapert es aber, wenn es darum geht, die Ressourcen bereit zu stellen. Welche Vorstellungen haben Sie hierzu?

Frau **Fadumo Korn** (Forward-Germany e. V.): In meiner Eigenschaft als Dolmetscherin habe ich festgestellt, dass die Frauen, die hierher zu uns kommen, speziell Frauen aus den traditionell männerdominierten Ländern, sich die Informationen, die sie brauchen, nicht verschaffen können. Sie können sich die Informationen nicht holen, weil sie nicht wissen, welche Rechte sie in Deutschland haben. Sie wissen nicht, dass eine Beschneidung, die zum Beispiel in Somalia so wie eine Kommunion gehandhabt wird, als ein Ritus, der erwachsen macht, in Deutschland und in anderen Ländern eine schwere Körperverletzung darstellt. Die Frauen können sich die Informationen nur durch die Bildung holen, die wir ihnen geben müssen. Es gibt zu wenig Möglichkeiten zur Entlastung der Ehrenamtlichen. Ich arbeite jede Woche ungefähr zwölf bis vierzehn Stunden ehrenamtlich, entweder telefonisch oder in irgendwelchen Heimen, um Informationen zu verteilen: Du hast das Recht auf gesundheitliche Untersuchung, Du darfst zum Frauenarzt gehen. Wir arbeiten in München jetzt mit einem Spezialisten für Mikro- und Feinchirurgie zusammen. Er ist ein plastischer Chirurg, und ich habe vier Patientinnen dorthin begleitet, die mich viel Kraft gekostet haben. Ich musste sie überzeugen, dass es nicht schlimm ist, wenn man sich ein bisschen öffnet, um vernünftig zu urinieren und die Menstruationsblutung abfließen zu lassen. Wenn man mit solchen Fällen konfrontiert wird, ist man auch schnell mit seinen Kräften am Ende, weil man diese Überzeugung überwinden muss, die man schon als Kind in der Art einer Gehirnwäsche bekommen hat: Ohne Beschneidung bist Du ein Nichts. Das ist eine riesige Hürde, die wir nur mit Sensibilität und Aufklärung, Aufklärung und noch einmal Aufklärung überwinden können. Wir müssen mehr aufklären und zeigen, dass wir nichts Böses wollen, sondern nur das Beste für die Kinder und die Gesundheit der Frauen. Man darf nicht die Negativität der Beschneidung in den Vordergrund rücken. Man muss fragen: Was können wir sonst noch für Dich tun, vielleicht einen Sprachkurs? Du kannst alleine zum Arzt gehen! Wenn man sich zum Beispiel vorstellt, dass eine Frau solche Zysten hat und dann wird der Schwager als Dolmetscher eingesetzt, weil keine Gelder für einen Dolmetscher vorhanden sind. Das ist furchtbar. Ich kann mir nicht vorstellen, dass mein Schwager für mich übersetzen könnte. Wir müssen deshalb in der Beratung immer jemanden bei der Hand haben, der geschlechtsgerecht – Frauen für Frauen, Männer für Männer – dolmetschen kann. Ohne die erforderliche Sensibilität werden die Dinge noch weiter verheimlicht und die Leute sehnen sich zurück und meinen, sie sind nicht geliebt. Es ist sehr schwierig, aus dieser Ecke herauszukommen und die Frauen nicht als Opfer zu sehen, sondern als vollkommene Frauen. Ich muss erst positiv fragen, was ich für sie tun kann, und je mehr Informationen ich über sie habe, desto eher ergeben sich auch die anderen Sachen. Das ist wie eine Kette. Je mehr ich verstehe, desto besser kann ich in einer Gesellschaft leben.

Frau **Franziska Gruber** (Integra / Terre des Femmes): Frau Korn hat bereits das Wichtigste gesagt. Ich wollte nur kurz ergänzen, dass die bestehenden Vereine meistens nicht ausschließlich zu FGM

arbeiten, weil Vertrauensbildung ganz wichtig ist. Die Beratung in diesem Bereich sollte aber auf jeden Fall finanziell stärker unterstützt werden. Außerdem müssen die Zuständigkeiten geklärt werden, damit nicht Bund, Länder und Kommunen sich gegenseitig das Problem der Finanzierung zuschieben.

**Vorsitzende:** Vielen Dank, wir kommen jetzt zur Fragerunde der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Abg. **Irmingard Schewe-Gerigk** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich befasse mich seit der Weltfrauenkonferenz 1995 mit dem Thema FGM. Ich bin damals von Afrikanerinnen gebeten worden, dieses Thema aufzunehmen und die Frauen im Westen zu unterstützen. Ich habe damals eine Anhörung für die Grünen organisiert und dabei wurde mir westlicher Chauvinismus und Kulturbblindheit unterstellt. Insofern bin ich froh, dass wir heute eine ganz andere Debatte haben. Natürlich ist es richtig und sinnvoll, dass die Betroffenen mit uns gemeinsam etwas erarbeiten und ich glaube, diese Anhörung ist dazu ein wichtiger Beitrag. Die in unserem Antrag erhobenen Forderungen wurden von Ihnen fast alle positiv bewertet. Frau Rudat, Frau Tennhardt, Terre des Femmes und auch Forward haben vorgeschlagen, Pflichtuntersuchungen des Genitalbereichs für alle Kinder vorzusehen, nicht nur für bestimmte Migrantinnenkinder. Es gibt die Untersuchungsreihe U1 bis U9. Da sind die Kinder allerdings fünfeinhalb Jahre alt. Vorhin hat Frau Korn gesagt, sie sei mit sieben Jahren beschnitten worden. Deshalb ist meine Frage an die Runde, wie das mit dem Alter der Beschneidung ist. Können wir mit dieser Maßnahme der Pflichtuntersuchung tatsächlich etwas erreichen oder sind die Kinder älter, wenn sie beschnitten werden? Dann habe ich noch eine strafrechtliche Frage an Frau Freudenberg. Sie haben in Ihrer Stellungnahme geschrieben, dass die Reinfibulation wegen Sittenwidrigkeit ausgeschlossen sein muss. Für mich war die Reinfibulation bisher schon eine Körperverletzung. Müssen wir im Strafgesetzbuch hier eine zusätzliche Änderung aufnehmen?

Frau **Dr. Cornelia Goesmann** (Bundesärztekammer): Soweit ich informiert bin, ist das Alter, in dem Kinder verstümmelt werden, sehr weit gestreut. Das Problem wäre dann wirklich, wie oft man Kinder einer Pflichtuntersuchung unterwerfen will. Wenn das Alter tatsächlich so weit gestreut ist, wäre das wahrscheinlich nicht mehr machbar.

Frau **Prof. Dr. Tobe Levin** (Forward-Germany e. V.): Aus Frankreich weiß ich, dass die Verstümmelungen auf Null zurückgegangen sind, seit alle kleinen Kinder regelmäßig untersucht werden. Aber man vermutet, dass es dann im Alter von über sechs Jahren weitergemacht wird.

Frau **Franziska Gruber** (Integra / Terre des Femmes): Ich wollte dazu nur ergänzen, dass Terre des Femmes die Überlegungen des 110. Deutschen Ärztetags unterstützt, weitere U-Untersuchungen und auch eine J1-Untersuchung noch im Jugendalter einzuführen sowie die Abstände zwischen den einzelnen U-Untersuchungen zu verdichten, um auch von sexuellem Missbrauch betroffene Kinder dadurch entdecken zu können.

Frau **Alice Berendt** (Plan International Deutschland e. V.): In Studien haben wir in Westafrika generell einen sehr starken Altersabfall festgestellt. In Mali werden zum Beispiel über 90 Prozent der Mädchen

vor Vollendung des ersten Lebensjahrs beschnitten. In Guinea Bissau wird heutzutage in vielen ethnischen Gruppen das Kind gleich bei der Entbindung beschnitten, einfach als Strategie, damit es keine Diskussion gibt, wenn später die NGO wieder ins Dorf kommt. Es ist also eine Folge der Aufklärungsarbeit, dass die Leute eine Tarnung entwickeln und das dann ganz schnell und ganz früh machen. Eine gleiche Reaktion würde sich auch hier entwickeln. Wenn die Leute wissen, dass zu bestimmten Zeitpunkten Untersuchungen stattfinden, dann werden sie versuchen, das zu umgehen – wenn sie nicht verstanden haben, warum das aufhören muss.

Frau **Fadumo Korn** (Forward-Germany e. V.): Ich stimme Frau Berendt zu. Es geht sogar noch weiter. Wenn die Eltern vorhaben, zu emigrieren, werden die Kinder vorab beschnitten. Es geht also wirklich um das Verstehen.

Frau **Dagmar Freudenberg** (Deutscher Juristinnenbund): Frau Schewe-Gerigk, gut das Sie das Problem der Reinfibulation noch einmal ansprechen. Ich bin möglicherweise missverstanden worden. Ich wollte damit nur deutlich machen, dass es dafür keinerlei Einwilligungsmöglichkeiten gibt, dass es auch für Ärzte ein Straftatbestand ist, nicht mehr und nicht weniger. Das heißt, es kann sich niemand mehr damit herausreden, die Patientin oder die Eltern als Erziehungsberechtigte seien einverstanden gewesen.

Abg. **Irmingard Schewe-Gerigk** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an Frau Lisy und Frau Gruber. Frau Lisy, Sie hatten gesagt, die Bundesregierung müsse alles tun, um die Mädchen vor FGM zu schützen. Wir hatten in unserem Antrag darauf hingewiesen, dass so genannte sichere Herkunftsländer zum Teil Länder sind, in denen Genitalverstümmelung praktiziert wird. In der Anlage zum Asylverfahrensgesetz werden zum Beispiel Senegal und Ghana genannt. In Senegal liegt die Quote bei 28 Prozent. Was müsste Ihrer Meinung nach getan werden, damit wir diese Einstufung als sichere Herkunftsländer herausbekommen, damit die Kinder nicht dorthin abgeschoben werden?

Frau **Kerstin Lisy** (Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GmbH – GTZ): Also, ehrlich gesagt kenne ich die Verfahren nicht, wie ein Land eingestuft wird. Also, Ghana und Senegal müssten raus.

Frau **Franziska Gruber** (Integra / Terre des Femmes): Das ist auch die Antwort von Terre des Femmes.

**Vorsitzende:** Dann rufe ich jetzt die zweite Fragerunde auf. Diesmal beginnt die Fraktion der SPD.

Abg. **Angelika Graf** (SPD): Ich habe noch zwei Fragen. Die eine geht an Frau Dr. Goesmann. Wir haben vorhin über das Thema Reinfibulation gesprochen, das Sie auch in Ihrem Statement behandelt haben. Man kann sich ja nur schwer vorstellen, dass ein Arzt das durch den Willen der Frau oder vielleicht auch aus medizinischen Gründen machen muss. Ich wollte deshalb Sie und auch Frau Dr. Tennhardt bitten, zu erklären, ob die Ärzte das machen müssen und ob wir insofern etwas am Strafrecht verändern müssen.

Frau **Dr. Cornelia Goesmann** (Bundesärztekammer): Die schon mehrfach zitierten Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte zum Umgang mit genitalverstümmelten Patientinnen sind gerade aus diesen von Ihnen angesprochenen Gründen entstanden. Es sollen juristisch klare Handreichungen sein, wie man sich als Arzt oder Ärztin in so einer Situation zu verhalten hat. Man muss rechtlich unterscheiden zwischen der primären Genitalverstümmelung, die strafbewehrt ist und auch vom Berufsrecht verfolgt wird, also für Ärztinnen und Ärzte absolut verboten ist, und der Wundversorgung, wenn Patientinnen, in der Regel bei einer Geburt, eine Eröffnung dieser Verstümmelung erfahren. Wenn man sich das mal vorstellen möchte, es kommt eine Patientin zur Entbindung - meistens auch notfallmäßig, weil sie vorher hier keine Ärztinnen und Ärzte aufsuchen wollte – und diese völlige Vernarbung nach einer großflächigen Beschneidung wird eröffnet, das Kind wird geboren. Dann ist ja immer der Vorwurf, Ärzte würden das kritiklos wieder zunähen. Ich gehe davon aus, dass es sich vermutlich immer um eine Notfallsituation handelt, wo ganz individuell, je nach Ausmaß der ursprünglichen Verstümmelungs- und der Vernarbungssituation anschließend entschieden werden muss, wie eine der Frau gerecht werdende Wundversorgung gemacht werden kann. So haben wir es genannt. Wir haben es nicht Reinfibulation genannt, sondern Wundversorgung. Sie müssen diese Frau, die sie notfallmäßig ja öffnen müssen, um das Kind gesund gebären zu können und Komplikationen zu vermeiden, hinterher so versorgen, dass es in Ordnung ist. Der dazu vorgegebene juristische Rahmen besagt, dass die Ärztinnen und Ärzte dem Wunsch der Frau, wenn sie - aus welchen Gründen auch immer – wieder eine weitgehende Vernäherung haben möchte, so weit folgen dürfen, dass hinterher keine medizinischen Komplikationen mehr auftreten. Wenn die Frau wünscht, wirklich so eng zugenäht zu werden, dass keine Kamera, kein Instrument, nichts mehr durchpasst und der Arzt vermuten müsste, dass es dadurch Komplikationen wie Harnstau mit Blasenentzündung gibt, dann darf er dem nicht folgen. Aber er kann natürlich die Wundversorgung so angemessen gestalten, dass erstens die Frau mit ihrem Selbstbild einigermaßen zurecht kommt, und dass zweitens die Narben vernünftig versorgt sind und die Wunde auch angemessen behandelt wird.

Frau **Dr. Christiane Tennhardt** (Familienplanungszentrum Balance): Vor vielen Jahren, als die Diskussion hier in Deutschland noch nicht so geführt wurde, war ich junge Assistenzärztin. Es kam, so wie Sie es gerade geschildert haben, notfallmäßig eine so genannt pharaonisch beschnittene Frau zur Geburt. Die Hebamme und ich haben das einigermaßen hingekriegt und danach sagte die Hebamme: „Du, die will wieder ganz zugenäht werden“. Intuitiv habe ich es genauso gemacht wie Frau Dr. Goesmann gerade gesagt hat. Ich habe es so angepasst, dass eine normale Untersuchung, dass Urinfluss usw. möglich waren. Das war meine ganz innerste Entscheidung. Heutzutage sind wir ja viel weiter. Wir haben Empfehlungen von unserer Ärztekammer, wir haben Aufklärungsmaterialien. Ein Arzt oder eine Ärztin, die heute arbeitet, kann sich die Informationen holen, und das ist eben das Gute daran. Aber trotz allem was wir hier bereden, sieht man es immer noch relativ selten. Wenn Sie in Possemuckel in irgendeinem Kreiskrankenhaus arbeiten, kommen Sie vielleicht in fünf Jahren mal an eine Frau, die genitalverstümmelt ist. Das heißt, die Aufklärungsarbeit ist essenziell, damit der handelnde Arzt oder die Ärztin auch weiß, was sie tun muss. Oder, wo wir gerade vom Referenzzentrum reden, sie muss wissen, wo sie Informationen holen kann, die relativ schnell

zugänglich sind. Ich denke also, die Aufklärung ist das Essenzielle, dann kann man den Frauen sowohl kultursensibel gerecht werden als auch medizinisch korrekte Sachen machen.

Abg. **Angelika Graf** (SPD): Sie haben jetzt meine Frage nicht beantwortet, ob das rechtliche Veränderungen notwendig macht. Könnte es sein, dass Sie durch die bestehende Rechtslage in Schwierigkeiten kommen, wenn Sie so etwas machen? Die Frage richtet sich an Frau Dr. Goesmann und an Frau Freudenberg.

Frau **Dr. Cornelia Goesmann** (Bundesärztekammer): Unsere Juristen haben sich gemeinsam mit Gynäkologinnen und anderen Ärztinnen und Ärzten sehr intensiv mit dieser Frage auseinandergesetzt. Die rechtlichen Rahmenbedingungen reichen aus, um Ärztinnen und Ärzten diese Handreichungen zu ermöglichen und klar vorzugeben, wie sie dann zu handeln haben. Aus unserer Sicht ist keine Gesetzesänderung möglich.

Frau **Dagmar Freudenberg** (Deutscher Juristinnenbund): Da sehe ich auch keine anderen Beurteilungsmöglichkeiten.

**Vorsitzende:** Vielen Dank, wir kommen dann zur Fragerunde der CDU/CSU-Fraktion. Da ist noch die Frage von Frau Noll an Frau Gruber nach dem nationalen Referenzzentrum übrig.

Abg. **Michaela Noll** (CDU/CSU): Könnte ich das nationale Referenzzentrum auch an Frau Korn geben?

**Vorsitzende:** Das können Sie. Dann ist, wenn ich das noch mal kurz wiederholen darf, die Frage an Frau Gruber und Frau Korn, was ein solches nationales Referenzzentrum leisten könnte bzw. warum es nötig sei.

Frau **Franziska Gruber** (Integra / Terre des Femmes): Bei Terre des Femmes machen wir die Erfahrung, dass Betroffene aus dem gesamten Bundesgebiet anrufen und wissen wollen, bei welchen Ärzten und Ärztinnen sie kompetent beraten und versorgt werden können. Deswegen sollte ein nationales Referenzzentrum nach unserer Erfahrung in erster Linie eine Telefonberatung für Betroffene bereitstellen und gleichzeitig alle Informationen bündeln: Welche Beratungszentren/Beratungsstellen gibt es? Welche Ärzte/Ärztinnen sind kompetent? Welche Ärzte/Ärztinnen haben Erfahrung mit Operationen? Wo können sich Betroffene oder Ärzte und Ärztinnen hinwenden, wenn sie in einem bestimmten Fall eine Dolmetscherin brauchen? Das Zentrum sollte auch den interdisziplinären Austausch fördern. Wir stellen uns das so vor, dass es auch eine Internetseite gibt, wo aktuelle Publikationen und Fortbildungsangebote für bestimmte Zielgruppen veröffentlicht werden, damit Betroffene und alle, die mit dem Thema in irgendeiner Form zu tun haben, sich schnell und unbürokratisch informieren können. Wichtig wäre auch, die Medien mit einzubeziehen, weil das immer noch ein großes Problem ist. Die mediale Berichterstattung ist immer eine Gratwanderung zwischen Voyeurismus und Verharmlosung, und deshalb wäre es auch wichtig, den Medien Informationen zur Verfügung zu stellen.

Frau **Fadumo Korn** (Forward-Germany e. V.): Ja, da schließe ich mich natürlich größtenteils Frau Gruber an. In München findet zum Beispiel in unserem Rathaus ein Frauenkreis der SPD statt. Dort versuchen wir, uns alle zwei Monate zu treffen und Informationen zu bündeln, die dann auch ins Netz gestellt werden. Es gibt also Gruppierungen, die in kleinem Rahmen das versuchen, was wir national haben wollen. Wir müssen ja immer wieder Situationen ganz mühsam durchleben, zum Beispiel geht ein Anruf an Terre des Femmes und Terre des Femmes ruft mich an und ich rufe dann auch irgendwo an. In München haben wir jetzt im Frühjahr den konkreten Fall gehabt, dass eine Familie wegen des Verdachts auf drohende Beschneidung plötzlich mit dem Familienrichter konfrontiert wurde. Ich war gerade nicht da, ich war auf einer Amerikareise. Es sollte im Notfall ein Ansprechpartner da sein. Wenn es zum schlimmsten Fall kommt und die Familie eine Ladung vor Gericht bekommt, dann sollte jemand da sein, der diese Ladung hinbringt und die Leute aufklärt, nicht dass sie in Panik geraten und womöglich mit dem Kind untertauchen. Das ist nämlich in München beinahe geschehen und seitdem steht die Familie unter Schock. Deswegen sollte es so eine Stelle geben, wo man gezielt beraten und innerhalb von fünf Minuten Information weitergeben kann.

Abg. **Michaela Noll** (CDU/CSU): Ich habe noch eine Frage zu dem nationalen Aktionsplan, der schon mehrfach erwähnt wurde. Sie, Frau Lisy haben das schwedische Modell besonders hervorgehoben. Wieso sagen Sie, dass gerade Schweden auf einem guten Weg ist und gibt es da bestimmte Elemente, die auch zu uns transportiert werden könnten? Meine zweite Frage ergibt sich daraus, dass wir bei vielen Dingen noch im Trüben fischen und keine konkreten Daten haben. Wir wissen nicht, von wie vielen Frauen wir tatsächlich sprechen. Wir betonen alle, dass Forschungsbedarf besteht, aber was konkret meinen Sie, sollte als erstes erforscht werden? Diese Frage würde ich gern auch an Frau Berendt geben.

Frau **Kerstin Lisy** (Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GmbH – GTZ): Ohne den schwedischen nationalen Aktionsplan im Detail zu kennen möchte ich hervorheben, dass dieser Plan in sehr enger Zusammenarbeit mit den Communities entstanden ist und dass er auf kommunaler Ebene umgesetzt wird. Das Problem findet ja in den Kommunen statt, beim Arzt, auf den Ämtern, und die müssen reagieren können. Vor allem die Umsetzung auf der kommunalen Ebene fand ich bei dem schwedischen Aktionsplan sehr gelungen.

Frau **Alice Berendt** (Plan International Deutschland e. V.): Die Expertise für Forschung zu diesem Thema liegt aus Afrika vor und das wäre in angepasster Weise auch in Deutschland möglich. Frau Korn hat wiederholt auf eine sehr, sehr wichtige Sache hingewiesen. Für eine derartige Untersuchung müsste man die Befragung von Leuten aus den jeweiligen Ländern durchführen lassen, die wissen, wie sie die Fragen stellen können, um dann auch wirklich Informationen zu bekommen. Man kann dort nicht deutsche Untersucher hinschicken und erwarten, dass wirklich viele Antworten zurückkommen. Wir haben in Afrika ein ganzes Modul zusammengestellt, wie man zu diesem Thema forscht und Fragen stellt, damit auch wirklich Antworten überkommen und die Leute Lust haben, an dieser Forschung mitzumachen. Das ist nicht einfach. Es liegen auch Materialien in diversen Sprachen vor. Die GTZ hat zum Beispiel hervorragende Forschungen zu soziokulturellen Einstellungen von

Menschen im Senegal gemacht. Die Fragebögen liegen auf französisch und englisch vor; es wäre keine große Arbeit, sie ins Deutsche übersetzen. Die Ausbildungsmodule für die Leute, die diese Interviews führen, liegen ebenfalls vor. Mit Fadumo Korn haben wir auch schon eine hervorragende Trainerin, die die Interviewer auf diese Aufgabe vorbereiten könnte. Man könnte auch anhand der Anzahl der Migranten ungefähr errechnen, wie groß eine repräsentative Stichprobe sein müsste. Ich denke also, die Expertise für Forschungen ist in Deutschland von diversen Seiten vorhanden und zum Beispiel Plan würde sich sicher auch anbieten, dort beratend zur Seite zu stehen.

Frau **Heike Rudat** (Bund Deutscher Kriminalbeamter): Ganz kurz zwei Sätze. Ich denke, die Studie darf sich nicht nur auf die Hintergründe und die Ausdehnung dieses Phänomens beschränken, sondern sollte auch den Status der Vernetzung in Deutschland, der Präventionsmaßnahmen und der Repressionsmaßnahmen erheben, wie wir es auch schon im Bereich der häuslichen Gewalt hatten. Und diese Studie sollte auch darüber Auskunft geben, was verbessert werden sollte.

Frau Dr. **Christiane Tennhardt** (Familienplanungszentrum Balance): Ein erster Schritt zum Sammeln von Daten wäre die Möglichkeit, eine Diagnose stellen zu können. Ich kann eine genitalverstümmelte Frau offiziell nicht diagnostizieren. Natürlich schreibe ich das in meine Akten, aber bei der Krankenkasse kann ich sie nicht als genitalverstümmelt identifizieren. Man müsste also erst einmal einen Diagnoseschlüssel haben, den es noch nicht gibt. Oder man startet noch einmal eine Umfrage, wie häufig Ärztinnen und Ärzte genitalverstümmelte Frauen sehen. Meine Kollegen haben ja leider nur sehr spärlich auf die Umfrage geantwortet, die Terre des Femmes in Zusammenarbeit mit anderen Organisationen gemacht hat. Das wäre zumindest ein erster Schritt, um das Datenmaterial relativ fix und adäquat aufzuarbeiten, denn wir argumentieren mit Zahlen, die niemand belegen kann.

Abg. **Thomas Dörflinger** (CDU/CSU): Frau Korn hat in einem vorangegangenen Beitrag die Rolle der Kirche für den innerafrikanischen Dialog in den Communities betont. Wenn ich mal im engeren Bereich der Katholischen Kirche bleibe, sind der Heilige Stuhl und die afrikanische Bischofskonferenz nur eine Erscheinungsweise von Kirche in Afrika. Deswegen die Frage an Sie, Frau Lisy: Ist in der Vergangenheit einmal versucht worden, beispielsweise über die Hilfswerke der beiden großen Kirchen in Deutschland und/oder über Ordensgemeinschaften, die in der kirchlichen Entwicklungsarbeit in Afrika tätig sind, dort Sensibilität für dieses Thema zu wecken und wenn ja, mit welchem Erfolg?

Frau **Kerstin Lisy** (Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GmbH – GTZ): Also, die einzige Organisation, die mir bekannt ist, ist Misereor. Sie sind Mitglied in unserem Netzwerk Integra. Aber ich weiß nicht, was sie konkret an Projekten in diesem Bereich fördern und durchführen. Sonst ist mir nicht bekannt, dass die Hilfswerke in dem Bereich arbeiten.

**Vorsitzende:** Vielen Dank. Dann kommen wir zur FDP-Fraktion.

Abg. **Sibylle Laurischk** (FDP): Anschließend an das Stichwort Kirchen habe ich an Terre des Femmes und an Forward die Frage, inwieweit der religiöse Dialog überhaupt stattfindet, denn ich fand die Darstellung von Frau Korn schon sehr interessant. Da habe ich herausgelesen, dass es sich auch

um eine offenbar nicht nur auf Afrika beschränkte Leugnung von Sexualität handelt, mit der wir es hier im kirchlichen Rahmen und auch unabhängig von den Religionen zu tun haben.

Frau **Fadumo Korn** (Forward-Germany e. V.): Die Religion ist insofern ganz wichtig, als die Beschneidung sich leider auf keine Religion beschränkt. Ich sage immer, Beschneidung ist so religionsübergreifend wie Rassismus. In jeder Religion wird die Nächstenliebe geboten, und trotzdem gibt es Rassisten unter uns, das ist einfach so. Arme Leute, die sonst nichts haben, klammern sich an ihre Religion, und die ist meistens kostenlos. Wenn zum Beispiel der Papst sagen würde, die Beschneidung in Afrika ist menschenverachtend und es ist Gotteslästerung und wenn in Mekka und Medina der Sprecher der Muslime das Gleiche sagt, dann würde es eine andere Wirkung auf die Menschen haben. Die Beschneidung ist zwar Tradition, aber sie wird unter dem Deckmantel der Religion verkauft. Ich habe mit sechs Jahren gelernt, wenn du nicht beschnitten bist, dann kommst du in die Hölle. Das ist eine sehr große Bedrohung für ein kleines Kind, also wird man auf jeden Fall aushalten, was kommt. Die Mütter, die den Kindern das beibringen, haben das Gleiche erfahren. Deswegen finde ich es sehr wichtig, die Religion mitzunehmen, denn sie hat einen viel tieferen Einfluss auf die Menschen als jede Politik. Die Politik kann mich nicht in die Hölle bringen, aber vielleicht der Liebe Gott. Wir haben unter der Religionsobhut wirklich gelernt, die Beschneidung sei von Gott gewollt und es muss umgekehrt einfach in das Bewusstsein gebracht werden, dass das *nicht* von Gott gewollt ist.

Frau **Franziska Gruber** (Integra / Terre des Femmes): Ich denke, es ist wichtig, die religiösen Führer aller Religionen mit einzubeziehen. Ich halte es aber auch für wichtig, in der Forschung in Deutschland bei Migrantinnen zu erfragen, inwieweit religiöse Motivation noch als Grund vorhanden ist oder wahrgenommen wird. Zum anderen denke ich, dass ein gesamtgesellschaftlicher Wandel stattfinden muss, so dass Frauen nicht nach Werten wie „genitalverstümmelt“, „jungfräulich“ oder „treu in der Ehe“ behandelt werden, sondern über ihre Sexualität und ihr Leben selbst bestimmen können. Dazu gehört die Stärkung, das Empowerment von Frauen, und vor allem Bildung.

Abg. **Sibylle Laurischk** (FDP): Ich hätte noch eine Frage an Frau Freudenberg zum Stichwort Verjährung. Bei der Strafverfolgung von sexuellem Missbrauch ist ja die spät einsetzende Verjährung durchaus ein Faktor, um die Straftat auch noch verfolgen zu können, wenn das Opfer volljährig ist und über eine Strafanzeige entscheiden kann. Ist da eventuell auch in diesem Feld Handlungsbedarf?

Frau **Dagmar Freudenberg** (Deutscher Juristinnenbund): Dankeschön, Frau Laurischk. Wenn man die weibliche Genitalverstümmelung so einordnet, wie ich es vorhin skizziert habe, nämlich als schwerste Menschenrechtsverletzung, und sie den schon vorhandenen Sexualdelikten gleichstellt, dann drängt es sich vielleicht sogar auf, den Beginn der Verjährungsfrist für die weibliche Genitalverstümmelung in § 78b ebenfalls auf den Zeitpunkt des 18. Lebensjahres zu setzen. Dann kann die Frau, die in ihrer Kindheit verstümmelt wurde, als erwachsene Frau immer noch die Anzeige erstatten. Das kann generalpräventiv wirken, ob es das tut, ist immer sehr umstritten. Es gibt immer Täter, die sich dadurch beeindrucken lassen, aber es gibt auch immer Täter, die sich dadurch nicht beeindrucken lassen.

**Vorsitzende:** Vielen Dank. Dann schließen wir diese Runde und Frau Dr. Tackmann hat für die Fraktion DIE LINKE hat noch einmal die Gelegenheit, zu fragen. Bitte sehr.

Abg. **Dr. Kirsten Tackmann** (DIE LINKE.): Ich möchte gerne den Blick noch einmal zurück auf die Betroffenen lenken, weil wir heute überhaupt noch nicht besprochen haben, wie wir denn mit den Betroffenen umgehen. Wir haben ja auch von Frau Korn gehört, dass es ein sehr traumatisches Erlebnis ist, das möglicherweise auch erst sehr viel später im weiteren Leben zu Komplikationen führt. Deswegen richte ich meine Frage an Frau Goesmann und auch Frau Tennhardt, weil Sie ja im medizinischen Zusammenhang wahrscheinlich nächsten an den Betroffenen dran sind. Wie ist denn da die Nachbetreuung von festgestellten FGM-Opfern? Gibt es psychologische Betreuung, gibt es Traumabehandlungen oder ähnliche Dinge? Ich könnte mir vorstellen, dass das dringend erforderlich wäre. Und Frau Korn würde ich gern noch einmal nach den Ermessensausweisungen fragen. Was passiert denn, wenn die Eltern aufgrund der Straftat ausgewiesen werden und die Kinder hierbleiben? Was ist dann die soziale Prognose für solche Kinder und auch für die Eltern?

Frau **Dr. Cornelia Goesmann** (Bundesärztekammer): Persönlich habe ich noch nichts zu tun gehabt mit FGM-Opfern, die hinterher noch eine Langzeit- oder Nachbetreuung brauchten. Ich möchte es mal auf generelle Füße stellen. Wir haben in der Bundesrepublik generell ein Problem, bei traumatisierten Immigranten oder Flüchtlingen eine adäquate psychotherapeutische Versorgung zu gewährleisten, vor allem mit Dolmetschern in der Muttersprache. Das gibt es bei uns fast gar nicht und es macht auch bei anders traumatisierten Menschen, die zu uns flüchten, unüberwindbare Hürden. Insofern können wir nur immer wieder an die Politik appellieren, Traumazentren mit muttersprachlichen Dolmetschern in allen Bundesländern einzurichten und dorthin könnte man natürlich dann auch diese Frauen verweisen. Zum Teil gibt es das ja auch schon, zum Beispiel hier in Berlin. Natürlich dienen unsere Empfehlungen auch dazu, noch einmal klar zu machen, dass es nicht nur darum gehen kann, die körperliche Seite zu behandeln. Auch die seelischen Folgen müssen von den Ärzten und Ärztinnen mit untersucht und behandelt werden und ich hoffe, dass das unsererseits so aufgegriffen wird.

Frau Dr. **Christiane Tennhardt** (Familienplanungszentrum Balance): Das ist sehr unterschiedlich. Sie haben eine Frau, die kommt in die gynäkologische Praxis und möchte eine Krebsvorsorge haben. Wenn Sie sie gynäkologisch untersuchen, sehen sie, dass sie beschnitten ist, z. B. Klitoridektomiert. Sie können sie ganz normal untersuchen und Sie können einen Abstrich machen. Vorsichtig, nicht immer gleich beim ersten Mal, frage ich dann die Frauen, wann das war und wie das war. Manche Frauen sagen naja, da waren sie noch sechs oder sieben Jahre und sie können sich kaum daran erinnern und das Leben ist wunderbar und gut. Ich meine, jede Frau hat eine andere Form, mit ihrem Trauma umzugehen. Eine vergewaltigte Frau kann ihr Leben lang schwerst geschädigt sein und eine dauerhafte Psychotherapie benötigen und andere haben - ich sage es jetzt mal einfach - Selbstheilungskräfte und können relativ gut damit umgehen. Und so ähnlich ist das auch in diesem Bereich - wir haben solche und solche Frauen. Ich habe hier in Berlin den Vorteil, dass wir das Zentrum für Folteropfer haben. Ich habe den Vorteil, dass wir die ausgebildeten Gemeindedolmetscher haben und über mehrere Sprachen verfügen. Das sind ja nicht zertifizierte

Übersetzer, sondern sie werden ja auch auf kultursensible Übersetzungen ausgebildet. Wir haben es im Familienplanungszentrum aber häufig mit nicht versicherten Frauen zu tun, wo eine Übersetzung Geld kostet und wir relativ wenig Ressourcen haben, um den Frauen die adäquate Therapie zur Verfügung zu stellen. Hier in Berlin haben wir eine relativ gute Situation, aber in Mainz, Baden-Baden oder sonst irgendwo sieht es für eine Kollegin sicher sehr viel schwieriger aus. Auch deshalb wäre so ein Referenzzentrum sehr wichtig, damit man ein bundesweites Netz aufbauen kann. Es gibt auch viele Frauen, die an einen gewissen Punkt gekommen sind und sagen, ich will mir jetzt etwas Gutes tun und möchte eine Rekonstruktionsoperation machen lassen. Es gibt eine relativ einfache Operation, wo man den Rest der Klitoris herausluxiert, so dass dann eventuell auch wieder eine normale Sexualität möglich ist. Ich habe nach langem Suchen einen Arzt in München ausfindig gemacht, und ansonsten gibt es in Frankreich einen Arzt, der das kann. Wir haben jetzt unter zwei/drei Ärztinnen beschlossen, dass wir im nächsten Jahr nach Frankreich fahren und es lernen werden, damit wir zumindest hier in Berlin so etwas anbieten können. Es ist ein Unding, dass es so etwas nicht gibt. Gut, wer das dann bezahlt, ist noch einmal eine andere Frage, aber wir haben es uns zumindest ganz doll vorgenommen.

**Frau Fadumo Korn** (Forward-Germany e. V.): Ich möchte nicht, dass man die Beschneidung auf die Sexuelschiene schiebt. Ich habe die pharaonische Beschneidung und man kann durchaus, wenn man in den richtigen Rahmen gerät und den richtigen Partner hat, sehr normale Sexualität haben, wie ich es habe. Wenn die Eltern ausgewiesen werden, weil die Kinder sie anzeigen oder es auf andere Weise herauskommt, haben diese Kinder alles verloren. Sie haben die Eltern verloren und kommen in eine fremde Familie oder in ein Kinderheim. Sie werden nie mehr darüber hinwegkommen. Deswegen müssen wir durch Aufklärung verhindern, dass solche Fälle überhaupt geschehen. Wenn es dazu kommen sollte, bin ich eher dafür, dass die Eltern eine Bewährungsstrafe bekommen. Ich bin dafür gesteinigt worden, dass ich das gesagt habe, denn sie haben ja eine Körperverletzung begangen, sie haben ihre Kinder misshandelt. Es ist sehr schwierig, dies nach einem Patentrezept behandeln zu wollen.

**Vorsitzende:** Vielen Dank. Frau Schewe-Gerigk hat zum Abschluss noch einmal die Gelegenheit, für die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Fragen zu stellen.

**Abg. Irmingard Schewe-Gerigk** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe noch zwei Fragen an Frau Gruber von Terre des Femmes. Zum einen möchte ich wissen, ob Sie Handlungsbedarf sehen, die von Genitalverstümmelung Betroffenen stärker vor Abschiebung zu schützen. Anders als es vermittelt wird, gibt es ja kein generelles Abschiebeverbot, wie es unter rot-grün ursprünglich im Zuwanderungsgesetz vorgesehen war, sondern die Abschiebung *kann* bei Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe verhindert werden. Haben Sie Erfahrungen aus der Praxis, ob dieses so ausreicht und wenn nein, was müsste Ihrer Meinung nach geändert werden? Meine zweite Frage bezieht sich darauf, dass ich in Ihren Unterlagen über Probleme bei den Arztbesuchen gelesen habe. Frau Korn hat vorhin gesagt, dass in Afrika viele Sprachen gesprochen werden. Haben Sie Möglichkeiten, in Deutschland auch die entsprechenden Dolmetscherinnen vorzufinden?

Frau **Franziska Gruber** (Integra / Terre des Femmes): Die zweite Frage würde ich gern an Frau Korn weitergeben. Die erste Frage bezog sich auf die Abschiebung. Das neue Zuwanderungsgesetz hat auf jeden Fall eine Verbesserung gebracht. Es gibt mehr Fälle, wo Frauen nicht mehr ins Heimatland abgeschoben werden. Das Problem ist allerdings, dass die Frauen glaubhaft machen müssen, dass sie von Genitalverstümmelung bedroht sind. Da ist Terre des Femmes immer wieder mit Stellungnahmen an Anwältinnen und Juristen gefordert. Hier sehen wir zum einen einen Informationsbedarf bei Juristen und Anwälten. Zum anderen muss auch die Tatsache stärker berücksichtigt werden, dass die Frauen traumatisiert sind und oft vor den Entscheidern und Entscheiderinnen nicht in der Lage sind, sofort über ihre Erfahrungen zu sprechen. Das heißt, es sollte den Frauen nicht negativ ausgelegt werden, wenn sie in der Erstanhörung wegen der Traumatisierung noch nicht in der Lage sind, über das Erlebte zu sprechen.

Frau **Fadumo Korn** (Forward-Germany e. V.): Ich kann ja nur aus meiner langjährigen Erfahrung als Dolmetscherin berichten, dass mir eigentlich nichts erspart geblieben ist. Ich musste auch schon mit einem Arzt in den Unterleib hineinschauen, weil man es manchmal nicht erklären kann. Die somalische Sprache ist sehr kompliziert und ich habe auch festgestellt, dass mir die Frauen viel mehr anvertrauen als sie dem Arzt sagen. Das ist natürlich eine gute Information und ich habe ja dieselbe Schweigepflicht wie der Arzt, mit dem es besprochen wird. Das bleibt also dort im Raum, und das ist unglaublich notwendig. Ich dolmetsche auch für das Bundesamt und für sämtliche Krankenhäuser in München. Wir haben das von Thomas Hegemann gegründete Bayerische Zentrum für Transkulturelle Medizin. Ich bin als medizinische Dolmetscherin ausgebildet, aber ich habe mir die Ausbildung selber gesucht. Sie ist weder anerkannt noch habe ich ein Diplom dafür bekommen. Das einzige, was mich auszeichnet, ist, dass ich die deutsche Sprache und die somalische Sprache gut beherrsche. Von den ich glaube 42 Sprachen, die wir in unserem Verein haben, bin ich die einzige somalische Dolmetscherin. Wenn zum Beispiel eine islamische Frau zu einem Arzt oder einer Ärztin geht, ist ja immer die Frage, wie er damit umgeht. Man lernt also, ob man ihn vorbereiten muss, zum Beispiel wenn er nicht weiß, dass er die Frau nicht ausziehen kann und deshalb eine Ärztin benötigt wird. Es gibt aber auch Frauen, die sagen, es macht mir nichts aus, wenn der Arzt mich auszieht. Ich lege mir ein Tuch über den Kopf, dann sehe ich ihn ja nicht. Deswegen ist es sehr wichtig, sich Probleme und Missverständnisse durch falsche Übersetzungen zu ersparen. Jede Asylbewerberin hat im Monat ein Budget von 96,00 Euro. Die Übersetzung kostet 39,00 Euro für die Dolmetscherin plus 9,50 Euro für die Karte. Da können Sie sich vorstellen, dass der Arzt mit Händen und Füßen zu erfahren versucht, warum diese Frau einen Unfall hatte, wie mir einer einmal sagte. Da musste erst mal geklärt werden, dass es kein Unfall war, sondern dass sie beschnitten wurde.

**Vorsitzende:** Vielen Dank. Sie haben uns alle sehr beeindruckt mit dem, was Sie erlebt haben bzw. wie Sie in Ihrer Arbeit versuchen, den Mädchen und Frauen zu helfen, die entweder genitalverstümmelt sind oder von Genitalverstümmelung, von FGM, bedroht sind. Ich will Ihnen auch ganz persönlich sehr herzlich dafür danken, dass Sie sich dieser Herausforderung stellen, denn es ist wahrscheinlich auch oft eine sehr belastende Arbeit. Umso mehr vermittelt es ein positives Erlebnis, wenn man Menschen helfen kann. Also dafür ein ganz herzliches Dankeschön von Seiten des Ausschusses, ein Dankeschön für Ihre vielfältigen Informationen, die wir jetzt bedenken, bewerten

und auswerten müssen und vielleicht deswegen auch noch einmal auf Sie zurückkommen. Den beteiligten Abgeordneten und den Gästen einen herzlichen Dank fürs Zuhören und Mitdiskutieren und Ihnen allen noch einen schönen Tag. Vielen Dank.

**Schluss der Sitzung: 16.15 Uhr**

Kerstin Griese, MdB  
**Vorsitzende**