

BERICHT

Schätzung der von weiblicher Genitalverstümmelung betroffenen und gefährdeten Frauen und Mädchen in Deutschland

Aktualisierung zum Datenstand 31.12.2024



Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	4
1 Einleitung	5
2 Hintergrundinformationen zu weiblicher Genitalverstümmelung	7
2.1 Begriffserklärungen	7
2.2 Soziokulturelle Faktoren von weiblicher Genitalverstümmelung	9
2.3 Folgen von weiblicher Genitalverstümmelung	10
2.4 Rechtliche Rahmensetzung	11
3 Methodisches Vorgehen	13
3.1 Untersuchungsbereiche	13
3.1.1 Betrachtete Länder	13
3.1.2 Betrachtete Gruppen	14
3.2 Berechnung der Schätzwerte	19
3.2.1 Vorgehen zur Schätzung der Anzahl der durch weibliche Genitalverstümmelung gefährdeten Mädchen	20
3.2.2 Schätzung der von weiblicher Genitalverstümmelung betroffenen Frauen	26
3.2.3 Schätzung der potenziell von weiblicher Genitalverstümmelung betroffenen Mädchen	27
4 Ergebnisse	28
4.1 Gesamtgruppe der Frauen und Mädchen ohne deutsche Staatsangehörigkeit	28
4.1.1 Anzahl der von weiblicher Genitalverstümmelung betroffenen Frauen	30
4.1.2 Anzahl der potenziell von weiblicher Genitalverstümmelung betroffenen Mädchen	34
4.1.3 Anzahl der durch weibliche Genitalverstümmelung gefährdeten Mädchen	36
4.2 Teilgruppe der schutzsuchenden Frauen und Mädchen ohne deutsche Staatsangehörigkeit	40

Inhaltsverzeichnis

4.2.1	Anzahl der von weiblicher Genitalverstümmelung betroffenen Frauen mit Schutzstatus	42
4.2.2	Anzahl der potenziell von weiblicher Genitalverstümmelung betroffenen Mädchen	44
4.2.3	Anzahl der durch weibliche Genitalverstümmelung gefährdeten Mädchen mit Schutzstatus	46
5	Fazit	48
	Tabellenverzeichnis	52
	Abbildungsverzeichnis	53
	Abkürzungsverzeichnis	54
	Quellenverzeichnis	55

Zusammenfassung

- In Deutschland leben aktuell über 360.000 Frauen und Mädchen aus 31 Herkunftsländern mit einer Prävalenz von weiblicher Genitalverstümmelung (Stand 31.12.2024).
- Schätzungen zufolge sind davon rund 86.500 Frauen von weiblicher Genitalverstümmelung betroffen. Hinzu kommen ca. 11.100 potenziell betroffene Mädchen.
- Zudem gibt es bis zu 25.000 Mädchen, die durch eine weibliche Genitalverstümmelung gefährdet sind.
- Damit ist insgesamt davon auszugehen, dass in Deutschland geschätzt fast 123.000 Frauen und Mädchen leben, die von einer weiblichen Genitalverstümmelung betroffen oder gefährdet sind.
- Die Zahl der betroffenen Frauen ist seit der letzten Datenveröffentlichung 2017 um 83 Prozent gestiegen und seit 2022 um 17 Prozent.
- Die Zahl der gefährdeten Mädchen ist seit 2022 um 24 Prozent gestiegen.¹
- Schutzsuchende Frauen und Mädchen machen einen erheblichen Anteil aus: Von den betroffenen Frauen sind etwa 41.600 schutzsuchend, von den potenziell betroffenen Mädchen ca. 6.400; bei den gefährdeten Mädchen liegt die Zahl bei bis zu 14.500.
- Die Schätzungen beruhen auf einer international anerkannten Methodik, erfassen jedoch eingebürgerte oder illegal in Deutschland lebende Frauen und Mädchen nicht. Die tatsächlichen Zahlen können daher höher liegen.
- Die Schätzergebnisse zeigen, dass weiterhin Handlungsbedarf im Bereich Prävention und Aufklärung, Kinderschutz sowie medizinische und psychosoziale Versorgung der betroffenen Frauen und Mädchen besteht.

¹ Bei den gefährdeten Mädchen ist ein Vergleich mit 2017 nicht möglich, da die Berechnungsmethode angepasst wurde (vgl. Kapitel 3.2.1.)

1 Einleitung

Die weibliche Genitalverstümmelung, englisch female genital mutilation (FGM), ist eine besonders schwere Form geschlechtsspezifischer Gewalt, von der nach Schätzungen von UNICEF im Jahr 2024 mindestens 230 Millionen Mädchen und Frauen weltweit betroffen waren.² Sie wird nach aktueller Datenlage in 94 Ländern weltweit praktiziert. Erstmals enthalten UNICEF-Daten spezifische Schätzungen zur Prävalenz von weiblicher Genitalverstümmelung in Asien (80 Millionen), im Nahen Osten (6 Millionen) und in Ländern, in denen sie von kleinen Gemeinschaften oder Diaspora-Bevölkerungsgruppen praktiziert wird (1–2 Millionen). Während die Gesamtzahl eine umfassende globale Schätzung darstellt, sind detaillierte Daten zur nationalen Prävalenz von weiblicher Genitalverstümmelung weiterhin nur für 31 Länder weltweit verfügbar.³ Dies sind insbesondere Länder des afrikanischen Kontinents sowie einige Regionen des Nahen Ostens und Asiens. Auf den Daten dieser 31 Länder basieren die hier vorliegenden Schätzungen der von weiblicher Genitalverstümmelung betroffenen und gefährdeten Mädchen und Frauen in Deutschland. Sowohl die Vereinten Nationen⁴ als auch die Europäische Kommission⁵ verurteilen weibliche Genitalverstümmelung als Gewalt gegen Frauen und Mädchen und fordern ihre jeweiligen Vertrags- und Mitgliedsstaaten dazu auf, Daten über die Prävalenz von weiblicher Genitalverstümmelung in ihren Ländern zu erheben und geeignete Maßnahmen zur Überwindung weiblicher Genitalverstümmelung zu ergreifen.

Eine erstmalige umfassende Schätzung der Anzahl der von weiblicher Genitalverstümmelung in Deutschland betroffenen und gefährdeten Frauen und Mädchen wurde im Jahr 2017 für das damalige Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) vorgenommen.⁶ Dabei kam die Schätzung zu dem Ergebnis, dass 47.359 von weiblicher Genitalverstümmelung betroffene Frauen

² UNICEF (2024).

³ Equality Now et al. (2025).

⁴ United Nations (2012).

⁵ Europäische Kommission (2023).

⁶ Integra et al. (2017).

(Datenstand 31.05.2016) und 5.684 von weiblicher Genitalverstümmelung gefährdete Mädchen (Datenstand 31.12.2015) in Deutschland lebten. Diese Zahlen wurden zur internen Verwendung des Ministeriums zweimalig aktualisiert: zum Datenstand Ende 2019 und zum Datenstand Ende 2022.

Für den Datenstand 31.12.2022 kam die Schätzung zu dem Ergebnis, dass insgesamt knapp 74.000 von weiblicher Genitalverstümmelung betroffene und 20.000 durch weibliche Genitalverstümmelung gefährdete Frauen bzw. Mädchen in Deutschland lebten. Auch wenn die Anzahl der ankommenden Geflüchteten in den letzten Jahren rückläufig war, blieb die Dynamik in der Zuwanderung seit 2022 bestehen. Zudem ist es wichtig, die Größenordnung der schon länger in der EU lebenden Frauen und Mädchen zu kennen. Vor diesem Hintergrund und angesichts der Aufforderungen von UN und EU ist es notwendig, die Schätzungen zur Anzahl der von FGM betroffenen oder gefährdeten Mädchen und Frauen regelmäßig zu aktualisieren, um geeignete Maßnahmen zu Prävention, Schutz und Versorgung zu ergreifen. Mit dem vorliegenden Bericht wird diese Aktualisierung für den Datenstand 31.12.2024 vorgenommen. Aktuelle Prävalenzzahlen sind die Voraussetzung, um einen Überblick über die Situation in Deutschland zu erlangen. Sie tragen dazu bei, dass geeignete Maßnahmen an einer fundierten Datenbasis ausgerichtet werden können.

Das zweite Kapitel dieses Berichtes enthält grundlegende Hintergrundinformationen und Definitionen zu weiblicher Genitalverstümmelung. Kapitel 3 beschreibt die methodische Vorgehensweise zur Schätzung der Prävalenzzahlen. Dabei wird ausgeführt, welche Herkunftsländer und Zielgruppen näher betrachtet wurden, sowie die Methode zur Berechnung der Schätzungen erläutert. Die aus dieser Vorgehensweise resultierenden Schätzintervalle werden in Kapitel 4 im Detail erläutert. Kapitel 5 zieht ein Fazit zur bestehenden Datenlage und den Kernergebnissen.

2 Hintergrundinformationen zu weiblicher Genitalverstümmelung

2.1 Begriffserklärungen

Zentrale Definitionen

Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) umfasst alle Verfahren, die eine teilweise oder vollständige Entfernung der äußeren weiblichen Genitalien oder andere Verletzungen der weiblichen Genitalorgane aus nicht-medizinischen Gründen beinhalten. Der Begriff FGM/C umfasst sowohl den Begriff der weiblichen Genitalverstümmelung (Female Genital Mutilation (FGM)) als auch den Begriff der weiblichen Genitalbeschneidung (Female Genital Cutting (FGC)). FGM und FGC werden im Folgenden erläutert. Der Begriff FGM/C versucht, beide Begriffe zu vereinen, um sowohl für die politische Kommunikation als auch im Kontakt mit betroffenen Bevölkerungsgruppen verwendet werden zu können.

Die Bezeichnung „Weibliche Genitalverstümmelung / Female Genital Mutilation (FGM)“ wurde gewählt, um den Fokus auf die Schwere des Eingriffs sowie die damit einhergehende Verletzung der Menschenrechte zu legen. Sie stellt sprachlich zudem den Unterschied zur Jungenbeschneidung heraus. Diese Bezeichnung wird unter anderem von afrikanischen Aktivistinnen und Aktivisten eingefordert, die sich im "Inter-African Committee on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children (IAC)" zusammengeschlossen haben. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die Vereinten Nationen (UN) verwenden diesen Begriff ebenfalls. Auch im Strafgesetzbuch (§ 226a StGB) ist dieser Begriff als „Verstümmelung weiblicher Genitalien“ verankert.⁷

⁷ Inter-African-Committee on Traditional Practices (2005), World Health Organisation (2025), UN Human Rights Council (2025),

Auch in dieser Publikation wird der Begriff FGM verwendet.

In der praktischen Arbeit mit Bevölkerungsgruppen, in denen FGM/C verbreitet ist, wurde festgestellt, dass die Verwendung des Begriffs "Verstümmelung" teilweise als stigmatisierend empfunden wird und daher abschreckend wirken kann. Zudem identifizieren sich Frauen nicht immer mit dem Begriff „Verstümmelung“, was ebenfalls kontraproduktiv sein kann. Um dies zu vermeiden und die Würde der Betroffenen zu wahren, wurde Ende der 1990er Jahre der Ausdruck „Weibliche Genitalbeschneidung“ / „Female Genital Cutting (FGC)“ in die Debatte eingebracht, obwohl hierbei der wichtige Unterschied zwischen "circumcision" und "cutting" in der Übersetzung verloren geht. Der Begriff FGC wird teilweise heftig kritisiert, insbesondere vom „Inter-African Committee on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children (IAC)“, welches den Ausdruck als gefährliche Verharmlosung der traditionellen Praktik betrachtet.⁸

WHO-Klassifikationen

Die WHO unterscheidet bei FGM vier verschiedenen Typen:

- **Typ I:** Die Klitoridektomie bezeichnet den Eingriff zur teilweisen oder vollständigen Entfernung des äußerlich sichtbaren Teils der Klitoris sowie der umgebenden Haut, auch bekannt als Klitorisvorhaut oder Präputium.
- **Typ II:** Die Exzision bezeichnet den Eingriff, der die teilweise oder vollständige Entfernung sowohl der Klitoris als auch der kleinen Schamlippen (Labia minora) umfasst. In einigen Fällen erfolgt auch die Entfernung der großen Schamlippen (Labia majora).
- **Typ III:** Die Infibulation bezeichnet die Verengung der Scheidenöffnung durch das chirurgische Beschneiden und Neupositionieren der kleinen oder großen Schamlippen. Dieser Prozess kann mit oder ohne die Entfernung der Klitoris oder Klitorisvorhaut durchgeführt werden, manchmal auch durch Zunähen. „Defibulation“ bezeichnet das Öffnen der zuvor verschlossenen Vaginalöffnung, um z.B. Geschlechtsverkehr zu ermöglichen, „Reinfibulation“ hingegen beschreibt das Wiederverschließen, beispielsweise nach einer Geburt.
- **Typ IV:** Sonstige schädigende Eingriffe umfassen alle nicht-medizinisch begründeten Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, wie z. B. Stechen, Piercen, Schneiden und Ausbrennen des Genitalbereichs, die potenziell schädlich sind.

Die folgenden Schätzungen differenzieren nicht zwischen den verschiedenen Typen von FGM.

Quelle: World Health Organisation (2025).

⁸ Terre des femmes (2022a), Inter-African-Committee om Traditional Practices (2005), UNFPA (2025).

2.2 Soziokulturelle Faktoren von weiblicher Genitalverstümmelung

Weibliche Genitalverstümmelung ist eine schwerwiegende Menschenrechtsverletzung und eine Form geschlechtsspezifischer Gewalt, die Ausdruck patriarchaler Kontrolle über den weiblichen Körper ist sowie auf die Unterdrückung weiblicher Sexualität abzielt. Sie verletzt grundlegende Rechte auf körperliche Unversehrtheit, Selbstbestimmung und ein Leben frei von Gewalt und Diskriminierung.⁹ Weibliche Genitalverstümmelung gilt in vielen Gemeinschaften als soziale Norm, die häufig nicht hinterfragt, sondern als notwendiger – oft wiederholt durchgeführter – Bestandteil der sozialen Zugehörigkeit und Identität verstanden wird. Das UNFPA-UNICEF Joint Programme beschreibt FGM als eine kollektive soziale Konvention, deren Einhaltung Voraussetzung für gesellschaftliche Akzeptanz ist.¹⁰ In zahlreichen Kulturen wird weibliche Genitalverstümmelung als Zeichen der Jungfräulichkeit und Reinheit betrachtet. Mädchen, die beschnitten wurden, gelten als „ehrbar“ und „heiratsfähig“. Diese Vorstellungen sind eng mit ökonomischen Erwartungen verknüpft: Eine höhere Heiratschance bedeutet oft auch bessere wirtschaftliche Perspektiven für die Mädchen und ihre Familien.¹¹ Auch religiöse Überzeugungen werden häufig als Begründung für FGM angeführt – obwohl keine der großen Weltreligionen die Praktik explizit vorschreibt.¹² In vielen Kulturen ist FGM zudem Teil eines Übergangsrituals, das den Eintritt eines Mädchens ins Erwachsenenalter markiert. Diese Rituale sind oft mit Feierlichkeiten und sozialer Anerkennung verbunden, verschleiern jedoch die körperliche und psychische Gewalt, die mit dem Eingriff einhergeht.¹³

⁹ PLAN INTERNATIONAL (2022) und UN WOMEN Deutschland (2025).

¹⁰ UNFPA-UNICEF Joint Programme on Female Genital Mutilation (2021).

¹¹ UNICEF (2021).

¹² FGM/C Research Initiative (2025a)

¹³ Esho TC, Scholten J, Conradi H, et al. (2023).

Medikalisierung

In manchen Regionen gibt es einen Trend zur Medikalisierung von FGM, also der Durchführung des Eingriffs durch medizinisches Personal in Gesundheitseinrichtungen. Gründe dafür sind:

- bessere hygienische Bedingungen und damit einhergehend die Annahme, dass das Risiko von Komplikationen gemindert sei;
- finanzieller Anreiz für die Gesundheitseinrichtungen.

Internationale Organisationen wie die WHO, UNICEF, UNFPA und weitere UN-Gremien lehnen die Medikalisierung von FGM entschieden ab.

Quellen: UNFPA, UNICEF, World Health Organisation (2018).

2.3 Folgen von weiblicher Genitalverstümmelung

Eine weibliche Genitalverstümmelung ist irreversibel und stellt nicht nur eine gravierende Verletzung der körperlichen Integrität dar, sondern ist auch mit tiefgreifenden psychischen und physischen Folgebelastungen verbunden. Zu den akuten Komplikationen in direkter Folge des Eingriffs zählen starke Schmerzen, die durch das Schneiden ohne Betäubung entstehen, sowie massive Blutungen, die durch die Verletzung größerer Blutgefäße verursacht werden können. In vielen Fällen kommt es zu Infektionen, da die Eingriffe häufig unter unhygienischen Bedingungen und mit nicht sterilisierten Instrumenten durchgeführt werden. Weitere akute Folgen sind Schockzustände infolge von Blutverlust oder Schmerz, Schwierigkeiten beim Wasserlassen durch Schwellungen und Vernarbungen sowie in besonders schweren Fällen der Tod durch septischen Schock oder Verbluten.¹⁴ Zahlreiche Studien belegen, dass betroffene Frauen und Mädchen zudem ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung psychischer Störungen tragen. Die Symptome reichen von posttraumatischen Belastungsstörungen über Depressionen und Angst- sowie Schlafstörungen bis hin zu dissoziativen Zuständen und neuroendokrinen Veränderungen.¹⁵

¹⁴ Kentenich H & Utz-Billing I. (2006) und PLAN INTERNATIONAL (2022).

¹⁵ Köbach, A., Ruf-Leuschner (2018) und M. & Elbert, T (2018), RTI International (2025).

Eine spezialisierte interdisziplinäre Versorgung ist notwendig, um betroffenen Frauen zu helfen, Folgen von FGM zu mildern. Die akute und weiterführende Versorgung ist Teil des Leistungsspektrums der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland. Bislang gibt es in Deutschland wenige spezialisierte Einrichtungen, die interdisziplinär vorgehen und auch rekonstruktive Operationen durchführen.

2.4 Rechtliche Rahmensetzung

FGM-Praktiken verletzen internationale Menschenrechtskonventionen. Die Vereinten Nationen verabschiedeten 2012 eine Resolution, in der sie ihre Mitgliedsstaaten aufrufen, verstärkte Maßnahmen zur Abschaffung von FGM umzusetzen.¹⁶ In der neuesten Resolution 2025 wurde dieses Vorhaben unter anderem von afrikanischen Staaten aktiv bekräftigt.¹⁷ Darüber hinaus formulierten sie in ihrer Agenda 2030 explizit das Ziel, „alle schädlichen Praktiken, wie Kinderheirat und weibliche Genitalverstümmelung, bis 2030 zu beseitigen“.¹⁸

Auch die EU spricht sich gegen FGM aus. Am 14. Mai 2024 wurde die EU-Richtlinie zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt erlassen, die EU-Mitgliedsstaaten dazu auffordert, die Verstümmelung weiblicher Genitalien als einen eigenständigen Tatbestand unter Strafe zu stellen.¹⁹ Die deutsche Bundesregierung positioniert sich klar gegen FGM sowohl innerhalb von Deutschland als auch im Ausland.²⁰

¹⁶ United Nations (2012).

¹⁷ United Nations (2025).

¹⁸ United Nations (2015).

¹⁹ Amtsblatt der Europäischen Union (2024); Schutzbriebe des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Jugend, Frauen und Senioren ([Link](#))

²⁰ Dies verdeutlicht exemplarisch der Schutzbriebe der Bundesregierung in 16 Sprachen und in einfacher deutscher Sprache, den in Deutschland wohnhafte gefährdete Frauen und Mädchen bei Auslandsreisen mit sich führen sollten. Abrufbar unter [Schutzbriebe gegen weibliche Genitalverstümmelung – Sprache: deutsch](#).

Darüber hinaus regeln verschiedene Gesetze die Folgen einer Durchführung von FGM:

- Seit 2013 gilt in Deutschland FGM als eigenständiger Straftatbestand im Strafgesetzbuch (StGB) und kann gemäß § 226a StGB mit Freiheitsstrafen von bis zu 15 Jahren geahndet werden. Bei zusätzlichen Tatumständen, wie beispielsweise dem Eintritt des Todes, kommen darüber hinaus weitere Straftatbestände (gefährliche bzw. schwere Körperverletzung, Misshandlung von Schutzbefohlenen, Körperverletzung mit Todesfolge) gemäß den §§ 224 bis 227 StGB in Betracht.
- Seit 2015 kann auch die im Ausland durchgeführte FGM nach deutschem Strafrecht bestraft werden. Dies gilt insbesondere, wenn die Täterinnen oder Täter die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen oder die betroffenen Mädchen und Frauen ihren Wohnsitz oder "gewöhnlichen Aufenthalt" in Deutschland haben, gemäß § 5 Abs. 9a lit. b StGB.
- Laut Passgesetz (PaßG) kann Eltern mit deutscher Staatsangehörigkeit der Pass entzogen werden, wenn es Hinweise darauf gibt, dass eine „Ferienbeschneidung“ droht (§ 8 PaßG i.V.m. § 7 Abs.1 Nr.11 PaßG).
- Die Planung und Durchführung von FGM werden als Kindeswohlgefährdung betrachtet. Gemäß § 8a SGB VIII und § 1666 BGB sind Jugendämter und Familiengerichte verpflichtet, alle erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen, um diese Gefährdung des Kindeswohls abzuwenden.
- Im Asylrecht ist das Risiko, von FGM betroffen zu sein, als Grund für die Zuerkennung der Flüchtlingseigenschaft festgelegt (§ 3 Abs. 1 des Asylgesetzes (AsylG)). Da die Bedrohung oft aus der eigenen Familie und Gemeinschaft der Mädchen und Frauen stammt, gehen Verwaltungsgerichte allerdings davon aus, dass die Bedrohung regional begrenzt ist und es internen Schutz gibt (§ 3e AsylG). In vielen Fällen wird deshalb nur ein Abschiebungsverbot zuerkannt (§ 60 Abs.5 oder Abs.7 Satz 1 AufenthG).²¹

²¹ TERRE DES FEMMES (2022a).

3 Methodisches Vorgehen

Kapitel 3 beschreibt das methodische Vorgehen zur Schätzung. Es wird erläutert, welche Herkunftsländer und Zielgruppen in die Analyse einbezogen wurden, auf welchen Datenquellen die Berechnungen basieren und wie die einzelnen Teilgruppen abgegrenzt und berechnet wurden. Damit wird die Grundlage für die im folgenden Kapitel 4 präsentierten Ergebnisse gelegt.

3.1 Untersuchungsbereiche

3.1.1 Betrachtete Länder

Die fortlaufende Schätzung der Betroffenheit von FGM schließt Mädchen und Frauen aus 31 Herkunftsländern ein. Davon umfasst sind zunächst alle 29 Länder, in denen weibliche Genitalverstümmelung durch nationale Erhebungen der „Demographic and Health Surveys“ (DHS) oder der UNICEF „Multiple Indicator Cluster Surveys“ (MICS) erfasst wurde²². Darüber hinaus werden wie bereits in der Ausgangsstudie Indonesien und Malaysia miteinbezogen.²³

²² Ägypten, Äthiopien, Benin, Burkina-Faso, Cote d'Ivoire, Dschibuti, Eritrea, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Irak, Jemen, Kamerun, Kenia, Liberia, Niger, Nigeria, Senegal, Sierra Leone, Somalia, Sudan, Tansania, Togo, Tschad, Uganda, Zentralafrikanische Republik

²³ Für diese Länder ist von hohen Prävalenzraten auszugehen, nach Schätzungen sind über 50 Prozent der Frauen und Mädchen von FGM betroffen (FGM/C Research Initiative 2025b und Orchid Project 2024). Für Malaysia reichen die Schätzungen von 53 Prozent (FGM/C Research Initiative 2025c) bis 99 Prozent (Terre des femmes 2022b). Um den Anteil der von FGM betroffenen oder bedrohten Frauen und Mädchen nicht zu unterschätzen, orientiert sich dieser Bericht für Malaysia an dem höchsten Schätzwert (99 Prozent).

3.1.2 Betrachtete Gruppen

Für die nachfolgenden Schätzungen werden grundsätzlich zwei Gruppen von Frauen und Mädchen betrachtet:

1. Mädchen und Frauen erster und zweiter Migrantinnengeneration ohne deutsche Staatsangehörigkeit
2. Mädchen und Frauen erster und zweiter Migrantinnengeneration ohne deutsche Staatsangehörigkeit mit Schutzstatus

Wie aus den beiden Definitionen bereits zu erkennen ist, handelt es sich bei der zweiten Gruppe um eine Teilgruppe der Gesamtgruppe von Mädchen und Frauen erster und zweiter Migrantinnengeneration ohne deutsche Staatsangehörigkeit. Diese Gruppe der Mädchen und Frauen wird auch weiterhin gesondert betrachtet, da davon auszugehen ist, dass sie einem verhältnismäßig größeren Risiko durch weibliche Genitalverstümmelung ausgeliefert sind als Frauen und Mädchen ohne deutsche Staatsangehörigkeit im Allgemeinen. Eine ältere Schätzung des UN-Flüchtlingshilfswerks UNHCR zum Anteil von weiblicher Genitalverstümmelung als Fluchtgrund bei Asylsuchenden in der EU zeigt, dass Deutschland zu den Hauptländern gehört, in welchen Frauen aus Herkunftsländern mit hoher FGM-Prävalenz Schutz suchen. Allerdings fehlen bislang systematische Erfassungen zu Fluchtgrund und Asylbewilligungen aufgrund von FGM. Diese sind notwendig, um die erforderliche Evidenz für ein besseres Verständnis dieser komplexen Fälle und potenziell hohen Antragszahlen zu erhalten.²⁴

Datengrundlage für die Schätzung ist die Ausländerstatistik des Statistischen Bundesamts, die auf der Auswertung des Ausländerzentralregisters (AZR) beruht. Das AZR ist eine bundesweite personenbezogene Datei, die zentral vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) geführt wird. Sie enthält Informationen über erfasste Ausländerinnen und Ausländer, die sich in Deutschland zum Stichtag aufhalten oder aufgehalten haben. Hierbei handelt es sich um Personen, die sich nicht nur vorübergehend in Deutschland aufhalten, aber (noch) keinen deutschen Pass haben.

²⁴ UNCHR 2013.

Nach wie vor liegen keine oder keine ausreichend differenzierten Daten über Frauen und Mädchen aus Herkunftsländern mit hoher FGM-Prävalenz vor, die

- in erster Generation nach Deutschland zugewandert sind und eingebürgert wurden,
- einen Migrationshintergrund aus diesen Ländern haben und in zweiter Generation in Deutschland lebend eingebürgert wurden oder mit Geburt die deutsche Staatsangehörigkeit erhalten haben,
- aus diesen Ländern stammend illegal in Deutschland leben.

Für diese Gruppen kann die Betroffenheit von bzw. Gefährdung durch FGM in Deutschland entsprechend nicht geschätzt werden. Die folgenden Schätzungen umfassen entsprechend lediglich die Teilpopulation der ausländischen Mädchen und Frauen erster und zweiter Migrantinnengeneration (also ohne deutsche Staatsangehörigkeit). Grundsätzlich unterschätzen die in dieser Studie erhobenen Zahlen deshalb die tatsächliche Anzahl der sich in Deutschland aufhaltenden durch FGM gefährdeten Mädchen bzw. von FGM betroffenen Frauen und Mädchen.

Definition Migrationsgeneration

Das Ausländerzentralregister (AZR) unterscheidet nicht explizit zwischen Migrantinnen der ersten und zweiten Generation im Sinne sozialwissenschaftlicher Kategorien. Stattdessen basiert die Erfassung auf aufenthaltsrechtlichen und personenbezogenen Merkmalen.

- Personen der ersten Generation sind selbst nach Deutschland zugewandert und werden unter anderem mit Zeitpunkt der Ersteinreise und Standort der meldenden Behörde erfasst.
- Personen der zweiten Generation sind Kinder von Migrantinnen und Migranten, die in Deutschland geboren wurden und keine deutsche Staatsangehörigkeit haben. Kinder von Migrantinnen und Migranten, die die deutsche Staatsbürgerschaft haben, werden nicht im AZR erfasst. Frauen und Mädchen der zweiten Generation können im AZR anhand des Geburtslandes Deutschland identifiziert werden.

Für die Schätzung der Betroffenheit von FGM bei Mädchen und Frauen mit Wohnsitz in Deutschland sind insbesondere die soziodemografischen Merkmale Staatsangehörigkeit, Alter sowie Geschlecht relevant. Dabei differenziert das AZR nicht zwischen den verschiedenen Bevölkerungsgruppen der Herkunftsländer.

Zum 31.12.2024 lebten insgesamt 6.684.420 Frauen und Mädchen mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit in Deutschland. 361.740 davon stammten aus den hier untersuchten Herkunftsländern mit FGM-Prävalenz. Aus dieser Gruppe waren wiederum 247.845 Frauen über 18 Jahre alt und 113.895 Mädchen 18 Jahre und jünger. 63.670 dieser Frauen und Mädchen gehören zur zweiten Generation der Migration und 298.070 zur ersten Generation. Bei den Frauen über 18 Jahren lässt sich die überwiegende Mehrheit der ersten Generation zuordnen (245.915 von insgesamt 247.845). Die meisten dieser Frauen kamen aus dem Irak, Nigeria und Eritrea. Etwas seltener waren die Herkunftsländer Zentralafrikanische Republik, Dschibuti oder Tschad vertreten.

Bei den Mädchen bis 18 Jahren verteilt sich die Zahl gleichmäßiger auf die beiden Generationen der Migration (52.155 in der ersten Generation und 61.740 in der zweiten Generation). Die Verteilung der Mädchen auf die Herkunftsländer ähnelt der Verteilung bei den Frauen. Mädchen aus dem Irak machen ein gutes Drittel aus, weitere relevante Länder sind Nigeria, Somalia und Eritrea (siehe Tabelle 1).

Als zweite Gruppe und Teilgruppe dieser Gesamtheit wurden Frauen und Mädchen mit Schutzstatus aus den betrachteten Herkunftsländern besonders betrachtet. Diese Gruppe wird im AZR gesondert ausgewiesen.

Definition Personen mit Schutzstatus

Das AZR definiert Personen mit Schutzstatus als Ausländerinnen oder Ausländer, die sich unter Berufung auf humanitäre Gründe in Deutschland aufhalten. Die Begründung für ihren Aufenthalt wird hierbei aus ihrem Aufenthaltsstatus im Ausländerzentralregister abgeleitet. Zu den Schutzsuchenden in Deutschland zählen die folgenden drei Gruppen von Ausländerinnen oder Ausländern:

- Schutzsuchende mit offenem Schutzstatus halten sich zur Durchführung eines Asylverfahrens in Deutschland auf, wobei über ihren Schutzstatus noch nicht entschieden wurde.
- Schutzsuchende mit anerkanntem Schutzstatus besitzen einen befristeten oder unbefristeten Aufenthaltstitel aus dem humanitären Bereich des Aufenthaltsgesetzes.
- Schutzsuchende mit abgelehntem Schutzstatus halten sich nach Ablehnung im Asylverfahren oder nach Verlust ihres humanitären Aufenthaltstitels als Ausreisepflichtige in Deutschland auf.

Insgesamt 170.890 Frauen und Mädchen aus den betrachteten Herkunftsländern mit FGM-Prävalenz hatten zum Stichtag 31.12.2024 in Deutschland einen Schutzstatus. Dies macht rund 47 Prozent der Gesamtgruppe der Frauen und Mädchen ohne deutsche Staatsangehörigkeit aus. Davon waren 107.445 Frauen über 18 Jahre alt und 63.445 Mädchen 18 Jahre und jünger (siehe Tabelle 1). Dabei ist der Anteil Schutzsuchender bei den bis zu 18-jährigen Mädchen mit 56 Prozent höher als bei den über 18-jährigen Frauen (43 Prozent). Die Mehrheit der Mädchen und Frauen mit dem Status schutzsuchend, nämlich 138.395, waren in erster Generation nach Deutschland zugewandert. Die restlichen 32.495 gehörten zur zweiten Migrationsgeneration, sind also in Deutschland geboren. Insbesondere Frauen über 18 Jahre aus der ersten Generation sowie Mädchen unter 18 Jahren aus beiden Generationen waren in der Gesamtgruppe stark vertreten.

**Tabelle 1: Zahl der Frauen und Mädchen ohne deutsche Staatsangehörigkeit aus Herkunfts ländern mit FGM-Prävalenz
(Stichtag: 31.12.2024)**

Land	1. Generation				2. Generation				1. Generation		2. Generation		Beide Generationen	
	0-18 Jahre		über 18 Jahre		0-18 Jahre		über 18 Jahre		Beide Altersgruppen					
	gesamt	davon mit Schutzstat.	gesamt	davon mit Schutzstat.	gesamt	davon mit Schutzstat.	gesamt	davon mit Schutzstat.	gesamt	davon mit Schutzstat.	gesamt	davon mit Schutzstat.	gesamt	davon mit Schutzstat.
Ägypten	3.055	585	13.035	1.140	1.750	290	85	0	16.090	1.725	1.835	290	17.925	2.015
Äthiopien	795	355	8.100	3.945	2.540	1.485	50	5	8.895	4.300	2.590	1.490	11.485	5.790
Benin	195	70	1.205	335	335	80	15	0	1.400	405	350	80	1.750	485
Burkina-Faso	110	20	760	175	145	40	0	0	870	195	145	40	1.015	235
Cote d'Ivoire (Elfenbeinküste)	450	235	2.920	1.265	820	395	15	0	3.370	1.500	835	395	4.205	1.895
Dschibuti	10	5	125	75	20	0	0	0	135	80	20	0	155	80
Eritrea	3.940	2.940	19.895	15.445	9.370	6.535	50	15	23.835	18.385	9.420	6.550	33.255	24.935
Gambia	405	160	2.220	770	540	240	15	0	2.625	930	555	240	3.180	1.170
Ghana	2.140	270	16.980	1.125	4.175	370	370	30	19.120	1.395	4.545	400	23.665	1.795
Guinea	910	510	5.085	3.275	1.795	1.100	15	5	5.995	3.785	1.810	1.105	7.805	4.890
Guinea-Bissau	60	5	355	90	80	30	0	0	415	95	80	30	495	125
Indonesien	330	0	16.370	10	290	0	85	0	16.700	10	375	0	17.075	10
Irak	25.190	18.735	74.525	49.755	16.655	10.580	650	190	99.715	68.490	17.305	10.770	117.020	79.260
Jemen	855	360	2.850	1.050	435	140	10	0	3.705	1.410	445	140	4.150	1.550
Kamerun	935	275	14.145	1.925	1.880	245	65	0	15.080	2.200	1.945	245	17.025	2.445
Kenia	520	45	8.815	835	625	105	30	0	9.335	880	655	105	9.990	985
Liberia	75	35	400	275	100	65	0	0	475	310	100	65	575	375
Malaysia	140	0	3.660	5	55	0	25	0	3.800	5	80	0	3.880	5
Mali	95	55	495	185	130	60	0	0	590	240	130	60	720	300
Mauretanien	25	0	155	5	15	0	0	0	180	5	15	0	195	5
Niger	20	5	240	95	75	15	0	0	260	100	75	15	335	115
Nigeria	4.555	2.455	22.010	8.275	10.830	4.895	105	10	26.565	10.730	10.935	4.905	37.500	15.635
Senegal	185	35	1.715	165	225	45	0	0	1.900	200	225	45	2.125	245
Sierra Leone	285	175	1.240	675	425	200	20	5	1.525	850	445	205	1.970	1.055
Somalia	5.005	3.055	16.290	13.255	7.040	4.830	65	25	21.295	16.310	7.105	4.855	28.400	21.165
Sudan	1.210	765	3.275	1.360	565	205	0	0	4.485	2.125	565	205	5.050	2.330
Tansania	125	35	1.430	205	105	35	0	0	1.555	240	105	35	1.660	275
Togo	275	10	4.595	780	540	100	260	55	4.870	790	800	155	5.670	945
Tschad	40	20	110	40	35	5	0	0	150	60	35	5	185	65
Uganda	215	75	2.865	560	145	65	0	0	3.080	635	145	65	3.225	700
Zentralafrikanische Republik	5	0	50	10	0	0	0	0	55	10	0	0	55	10
Gesamt	52.155	31.290	245.915	107.105	61.740	32.155	1.930	340	298.070	138.395	63.670	32.495	361.740	170.890

Quelle: Statistisches Bundesamt (2025b)

3.2 Berechnung der Schätzwerte

Das Vorgehen zur Schätzung der Betroffenheit von bzw. Gefährdung durch FGM unterscheidet sich zwischen den verschiedenen Teilgruppen. Maßgeblich für diese Differenzierung ist das Alter und die Migrationsgeneration. Die folgende Tabelle zeigt die verschiedenen Vorgehensweisen und verweist darauf, in welchem Kapitel die jeweiligen Ergebnisdarstellungen zu finden sind.

Tabelle 2: Überblick zur Vorgehensweise der Schätzung für die verschiedenen Teilgruppen

Teilgruppe	Zuschnitt nach Alter	Vorgehen zur Schätzung	Kapitel
betroffene Frauen	<u>Erste Generation:</u> Frauen, die zum Stichtag über 18 Jahre alt waren;	Multiplikation der Gesamtzahl der in Deutschland lebenden Frauen aus dieser Gruppe aus den jeweiligen Herkunftsländern mit der Prävalenzrate für das jeweilige Herkunftsland für die Altersgruppe 15 bis 49 Jahre;	4.1.1
	<u>Erste Generation:</u> Frauen mit Schutzstatus, die zum Stichtag über 18 Jahre alt waren, mit Schutzstatus;	Grundberechnung wie für die erste Generation, jedoch zusätzlich Schätzung von zwei Szenarien mit zwei Akkulturationsfaktoren (0 und 0,5); ²⁵	4.2.1
	<u>Zweite Generation:</u> Frauen, die zum Stichtag über 18 Jahre alt waren;	Grundberechnung wie für die erste Generation, jedoch zusätzlich Schätzung von zwei Szenarien mit zwei Akkulturationsfaktoren (0 und 0,5); ²⁵	4.1.1
	<u>Zweite Generation:</u> Frauen mit Schutzstatus, die zum Stichtag über 18 Jahre alt waren;	Grundberechnung wie für die erste Generation, jedoch zusätzlich Schätzung von zwei Szenarien mit zwei Akkulturationsfaktoren (0 und 0,5); ²⁵	4.2.1
betroffene Mädchen	<u>Erste Generation:</u> Mädchen, die zum Stichtag das landesspezifische FGM-Medianalter erreicht haben und höchstens 18 Jahre alt waren;	Multiplikation der Gesamtzahl der in Deutschland lebenden Mädchen aus dieser Gruppe aus den jeweiligen Herkunftsländern mit der nationalen Prävalenzrate für das jeweilige Herkunftsland für die Altersgruppe 15 bis 19 Jahre; ²⁶	4.1.2
	<u>Erste Generation:</u> Mädchen mit Schutzstatus, die zum Stichtag das landesspezifische FGM-Medianalter erreicht haben und höchstens 18 Jahre waren;	Multiplikation der Gesamtzahl der in Deutschland lebenden Mädchen aus dieser Gruppe aus den jeweiligen Herkunftsländern mit der nationalen Prävalenzrate für das jeweilige Herkunftsland für die Altersgruppe 15 bis 19 Jahre; ²⁶	4.2.2
gefährdete Mädchen	<u>Erste Generation:</u> Mädchen, die zum Stichtag jünger als das landesspezifische FGM-Medianalter waren;	Multiplikation der Gesamtzahl der in Deutschland lebenden Mädchen aus dieser Gruppe aus den jeweiligen Herkunftsländern mit der Prävalenzrate für das jeweilige Herkunftsland für die Altersgruppe 15 bis 19 Jahre; *	4.1.3
	<u>Erste Generation:</u> Mädchen, die zum Stichtag jünger als das landesspezifische FGM-Medianalter waren, mit Schutzstatus;	Multiplikation der Gesamtzahl der in Deutschland lebenden Mädchen aus dieser Gruppe aus den jeweiligen Herkunftsländern mit der Prävalenzrate für das jeweilige Herkunftsland für die Altersgruppe 15 bis 19 Jahre; *	4.2.3
	<u>Zweite Generation:</u> Mädchen, die zum Stichtag 18 Jahre oder jünger waren;	Grundberechnung wie für die erste Generation, jedoch zusätzlich Schätzung von zwei Szenarien mit zwei Akkulturationsfaktoren (0 und 0,5);	4.1.3
	<u>Zweite Generation:</u> Mädchen, die zum Stichtag 18 Jahre oder jünger waren mit Schutzstatus;	Grundberechnung wie für die erste Generation, jedoch zusätzlich Schätzung von zwei Szenarien mit zwei Akkulturationsfaktoren (0 und 0,5);	4.2.3

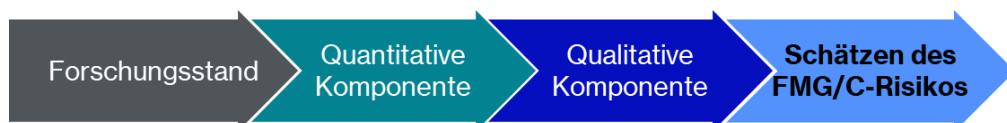
Anmerkungen: *Diese Vorgehensweise folgt der Methodik des European Institute for Gender Equality (EIGE)

Wie diese Übersicht zeigt, wird beim Vorgehen zunächst zwischen Frauen (19 Jahre und älter) und Mädchen (18 Jahre und jünger) unterschieden. Für die Gruppe der Frauen wird davon ausgegangen, dass sie von FGM betroffen sind, da FGM üblicherweise im Kindes- und Jugendalter durchgeführt wird. Gleiches gilt für Mädchen der ersten Generation, die mindestens das im jeweiligen Herkunftsland übliche Alter für die Durchführung einer weiblichen Genitalverstümmelung erreicht hatten.

3.2.1 Vorgehen zur Schätzung der Anzahl der durch weibliche Genitalverstümmelung gefährdeten Mädchen

Für die Teilgruppe der Mädchen der ersten Generation, die jünger sind als das im jeweiligen Land übliche Alter für die weibliche Genitalverstümmelung, und die bis zu 18-jährigen Mädchen der zweiten Generation wird angenommen, dass sie aufgrund ihres Alters noch nicht von FGM betroffen sind – jedoch gefährdet sind, eine weibliche Genitalverstümmelung zu erleiden. Für diese Teilgruppe hat das European Institute for Gender Equality (EIGE) einen methodischen Bezugsrahmen zur Schätzung ihrer Anzahl in den Mitgliedsstaaten der EU etabliert²⁵. Dieser „Methodische Ansatz zur Schätzung des FGM-Risikos in der EU“ legt die Mindestanforderungen für das Schätzverfahren fest und gibt Hinweise, wie die Qualität und Genauigkeit von Schätzergebnissen verbessert werden können. Übergeordnetes Ziel dieses methodischen Ansatzes ist es, die Vergleichbarkeit von Ergebnissen zwischen den EU-Mitgliedsstaaten zu gewährleisten. Der Ansatz zur Schätzung des FGM-Risikos der EIGE besteht aus vier Phasen (siehe Abbildung 1) und kombiniert quantitative wie qualitative Elemente.

Abbildung 1: 4-Phasen-Modell nach EIGE



Quelle: Eigene Darstellung Prognos AG nach EIGE

²⁵ EIGE (2018).

Für die hier vorliegende Schätzung zur Aktualisierung der Betroffenheit von FGM werden lediglich die Phasen 2 (Quantitative Komponente) und 4 (Schätzen des FGM-Risikos) umgesetzt. Dabei bedarf es für Phase 4 unterschiedlicher Daten:

- Größe der weiblichen Population im Zielland, differenziert nach Herkunftsland, Altersgruppe (1-Jahres-Abstand) sowie erster und zweiter Generation von Migrantinnen,
- nationale Prävalenzraten in den betrachteten Herkunftsländern,
- landesspezifisches FGM-Alter in den betrachteten Herkunftsländern.

Phase 2 - Quantitative Komponente

Phase 2 umfasst die Recherche und Prüfung der Datengrundlage. Wie bereits in Kapitel 2 dargelegt, liefert die Ausländerstatistik des Statistischen Bundesamts Zahlen zu den in Deutschland lebenden Ausländerinnen und enthält neben dem Herkunftsland auch Informationen zum Alter sowie zum Geburtsort. Zur Bestimmung der nationalen Prävalenzraten sowie des jeweiligen FGM-Durchschnittsalters in den betrachteten Herkunftsländern wurde auf die Angaben aus der Publikation zur EIGE-Methode (2018) sowie die „Demographic and Health Surveys (DHS)“ des ICF International und „Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS)“ von UNICEF zurückgegriffen. Hierbei ist zu beachten, dass die tatsächliche Prävalenzrate entsprechend der Bevölkerungsgruppe, der die Mädchen und Frauen angehören, differieren kann. So kam beispielsweise eine Studie in Kenia zu dem Schluss, dass Mädchen, die den ethnischen Gruppen der Kisii oder Somali angehören, ein höheres Risiko für FGM haben im Vergleich zu anderen ethnischen Gruppen.²⁶ Diese Unterschiede lassen sich nicht über nationale Prävalenzraten abbilden. Gleichzeitig liegen keine Daten zur Herkunft der Frauen und Mädchen nach Bevölkerungs- oder ethnischen Gruppen vor.

Die nachfolgende Tabelle 3 zeigt die nationalen Prävalenzraten für die beiden Altersgruppen 15 bis 19 Jahre und 15 bis 49 Jahre.

²⁶ Kandala, N.-B., Nnanatu, C.C. et. al (2019).

Tabelle 3: FGM-Medianalter und nationale Prävalenzraten im Herkunftsland nach Altersgruppen

Land	Landesspezifisches FGM/C-Alter (Median) im Herkunftsland	Nationale Prävalenzrate Altersgruppe 15 bis 19 Jahre	Nationale Prävalenzrate Altersgruppe 15 bis 49 Jahre
Lesehilfe: Eine Prävalenzrate von 0,70 entspricht einem Anteil von 70 Prozent betroffener Frauen			
Ägypten	12	0,70	0,87
Äthiopien	9	0,47	0,65
Benin	10	0,02	0,09
Burkina-Faso	7	0,58	0,56
Côte d'Ivoire (Elfenbeinküste)	14	0,18	0,37
Dschibuti	10	0,90	0,90
Eritrea	5	0,69	0,83
Gambia	6	0,75	0,73
Ghana	3	0,02	0,02
Guinea	11	0,92	0,95
Guinea-Bissau	8	0,15	0,52
Indonesien	2	0,49	0,51
Irak	8	0,04	0,07
Jemen	0	0,16	0,19
Kamerun	11	0,00	0,01
Kenia	13	0,11	0,15
Liberia	16	0,28	0,32
Malaysia	6	0,99	0,99
Mali	6	0,86	0,89
Mauretanien	5	0,63	0,64
Niger	6	0,01	0,02
Nigeria	5	0,14	0,15
Senegal	5	0,21	0,20
Sierra Leone	16	0,64	0,83
Somalia	9	0,97	0,99
Sudan	10	0,82	0,87
Tansania	17	0,05	0,08
Togo	11	0,01	0,03
Tschad	12	0,32	0,34
Uganda	17	0,01	0,003
Zentralafrikanische Republik	14	0,18	0,22

Quellen: FGM/C Research Initiative (2025b; EIGE (2021); Terre des Femmes (2022b); UNICEF (2025)

Phase 4 – Schätzen des FGM-Risikos

Die Schätzung des FGM-Risikos für die betrachteten Herkunftsländer basiert auf den in Phase 2 beschriebenen quantitativen Daten. Bei der Berechnung der Schätzergebnisse kommt die sogenannte „Methode der Extrapolation der Prävalenzdaten aus FGM-praktizierenden Ländern“ zum Einsatz. Bei dieser Schätzmethode müssen lediglich wenige Faktoren in die Berechnung einbezogen werden. Gleichzeitig können Einflussfaktoren wie Zuwanderung und Akkulturation berücksichtigt werden. Wie bereits in Kapitel 3.1 erläutert, können aufgrund der eingeschränkten Datenlage lediglich Frauen und Mädchen ohne deutsche Staatsangehörigkeit einbezogen werden. Der Einfluss von Generationseffekten wird berücksichtigt. Effekte der Akkulturation können jedoch mangels qualitativer und quantitativer Daten nicht operationalisiert werden. Aufgrund dieser methodischen Herausforderungen werden zur Schätzung der durch FGM gefährdeten Mädchen der zweiten Generation zwei Szenarien berechnet (siehe Abbildung 2), woraus sich für die Anzahl insgesamt ein Schätzintervall mit einer Ober- und Untergrenze ergibt. Für das maximale Szenario wird ein Akkulturationsfaktor von 0 angenommen, was bedeutet, dass davon ausgegangen wurde, dass sich die kulturelle Praxis nach der Zuwanderung nicht ändert und die Frauen und Mädchen der zweiten Generation im gleichen Ausmaß von FGM betroffen bzw. gefährdet sind wie die die jeweiligen Gruppen der ersten Generation. Daraus resultiert die maximale Anzahl betroffener Frauen bzw. gefährdeter Mädchen. Im mittleren Szenario mit einem Akkulturationsfaktor von 0,5 wird davon ausgegangen, dass durch die Akkulturation die 2. Generation einem um die Hälfte geringeren Risiko ausgesetzt ist.

Für diesen Bericht wurde die Methode der EIGE partiell angepasst. Mit Blick auf das landesspezifische FGM-Alter in den betrachteten Herkunftsländern lässt sich argumentieren, dass dieses bei Mädchen mit Migrationshintergrund der zweiten Generation der Migration deutlich an Bedeutung verliert. Häufig verschiebt sich der Zeitpunkt des FGM-Aktes durch Flucht bzw. bei Geburt in Deutschland nach hinten, weil weniger die Tradition im Herkunftsland als die Gelegenheit zur Durchführung ausschlaggebend ist.²⁷ Eine Beschränkung der Zahl gefährdeter Mädchen auf die

²⁷ Ziyada M. M., et al. (2016).

Altersgruppe unterhalb des landesspezifischen FGM-Alters würde dementsprechend zu einer Unterschätzung der Gefährdung führen. Entsprechend können in der zweiten Generation alle Mädchen zwischen null und 18 Jahren als potenziell gefährdet gelten und sollten deshalb in die Schätzungen einbezogen werden.

Aus diesem Grund wurde für die folgenden Schätzungen eine Abweichung vom methodischen Bezugsrahmen der EIGE festgelegt: Statt nur Mädchen zu berücksichtigen, die das durchschnittliche FGM-Alter des Herkunftslandes noch nicht überschritten haben, werden in der zweiten Generation alle Mädchen zwischen null und 18 Jahren berücksichtigt. So lässt sich vermeiden, dass die Anzahl gefährdeter Mädchen aufgrund von Migrationseinflüssen auf FGM-Praktiken unterschätzt wird. Damit lässt sich die hier gewählte angepasste Vorgehensweise zur Schätzung der Zahl der durch FGM gefährdeten Mädchen folgendermaßen darstellen:

HINWEIS

Vorgehensweise zur Berechnung der durch FGM gefährdeten Mädchen

$$x_c = (a_{c=first} * p_c * (1-m)) + (a_{c=second} * p_c * (1-m))$$

x_c = Anzahl der durch FGM gefährdeten in Deutschland lebenden Mädchen aus Herkunftsländern mit FGM-Prävalenz;

a_{c=first} = Mädchen der ersten Generation aus einem bestimmten Herkunftsland mit FGM-Prävalenz, die im Bezugsjahr noch nicht das im Herkunftsland übliche Durchschnittsalter für FGM erreicht hatten;*

a_{c = second} = Mädchen der zweiten Generation, geboren in Deutschland von einer Mutter aus einem bestimmten Herkunftsland mit FGM-Prävalenz, die im Bezugsjahr 18 Jahre alt oder jünger waren;

p_c = nationale Prävalenzrate der Altersgruppe 15 bis 19 Jahre für das entsprechende Herkunftsland (geteilt durch 100)

m = Faktor Einfluss von Zuwanderung und Akkulturation. Für die erste Generation liegt dieser Faktor bei 0, für die zweite Generation werden zwei Szenarien mit den Faktoren 0 und 0,5 berechnet.

* An dieser Stelle weicht das Vorgehen minimal vom Vorgehen der EIGE ab, die diesen Parameter definieren als "the number of first generation girls from country c that have reached the national median age of FGM occurrence".

Zur Veranschaulichung der Schätzmethode wird im Folgenden anhand des Herkunftslandes Eritrea ein konkretes Rechenbeispiel erläutert.

In Deutschland lebten im Jahr 2024 insgesamt 13.310 Mädchen im Alter zwischen null und 18 Jahren aus Eritrea (siehe Tabelle 1). Darunter befanden sich 225 Mädchen erster Generation, deren Alter unterhalb des landesspezifischen FGM-Alters von fünf Jahren lag. In der zweiten Generation waren es 9.370 Mädchen zwischen null und 18 Jahren, die in Deutschland lebten. Wie oben erläutert, sollen in der zweiten Generation die in Deutschland lebenden Mädchen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres berücksichtigt werden.

Weiterhin scheint es plausibel, dass sich das Risiko, Betroffene von FGM zu werden, bei der zweiten Generation aufgrund von Akkulturationseffekten verringert, was durch das mittlere Szenario abgebildet wird. Nach dieser exemplarischen Berechnung lebten 2024 in Deutschland zwischen 3.378 und 6.601 durch FGM gefährdete Mädchen aus Eritrea. Dies entspricht zwischen 35 und 69 Prozent aller 9.595 in Deutschland lebenden Mädchen aus Eritrea unterhalb des landesspezifischen FGM-Alters (erste Generation) bzw. zwischen null und 18 Jahren (zweite Generation). Abbildung 3 veranschaulicht das Rechenbeispiel.

Abbildung 2: Beispielrechnung zur Schätzung der Anzahl gefährdeter Mädchen für das Herkunftsland Eritrea

	Absolute (Schätz-)Werte	Relative (Schätz-)Werte
Mittleres Szenario FGM-Risiko sinkt um die Hälfte durch Akkulturation (Faktor 0,5)	<p style="text-align: center;">Erste Generation Zweite Generation</p> $x_c = (225 * 0,688 * (1 - 0)) + (9.370 * 0,688 * (1 - 0,5)) = 3.378$	$\frac{3.378}{9.595} = 35\%$
Maximales Szenario Keine Akkulturation (Faktor 0)	<p style="text-align: center;">Erste Generation Zweite Generation</p> $x_c = (225 * 0,688 * (1 - 0)) + (9.370 * 0,688 * (1 - 0)) = 6.601$	$\frac{6.601}{9.595} = 69\%$

Quelle: EIGE (2021); Statistisches Bundesamt (2025b), eigene Berechnung Prognos AG

3.2.2 Schätzung der von weiblicher Genitalverstümmelung betroffenen Frauen

Die Schätzung der Anzahl potenziell von FGM betroffener Frauen in Deutschland folgt in der Grundlogik der Dunkelzifferschätzung von TERRE DES FEMMES.²⁸ Dabei wird die Anzahl der in Deutschland lebenden Frauen aus den jeweiligen Herkunftsländern mit der dem Land entsprechenden Prävalenz multipliziert. Dieser Vorgehensweise liegt die Annahme zugrunde, dass die Frauen vor ihrer Zuwanderung dem gleichen Risiko einer FGM ausgesetzt waren wie alle anderen Frauen in den Herkunftsländern. Für die Frauen der zweiten Generation werden dann zwei Szenarien berechnet, von denen eines den oben beschriebenen möglichen Effekten einer Akkulturation auf die potenzielle Betroffenheit der in Deutschland aufgewachsenen Frauen Rechnung trägt. Diese Berechnungsweise lässt sich folgendermaßen zusammenfassen:

HINWEIS

Vorgehen zur Schätzung der von FGM potenziell betroffenen Frauen

$$x_c = (a_{c=first} * p_c) + (a_{c=second} * p_c * (1-m))$$

x_c = Anzahl der von FGM potenziell betroffenen in Deutschland lebenden Frauen aus einem bestimmten Herkunftsland mit FGM-Prävalenz;

a_{c=first} = Frauen der ersten Generation aus einem bestimmten Herkunftsland mit FGM-Prävalenz;

a_{c = second} = Frauen der zweiten Generation, geboren in Deutschland von einer Mutter aus einem bestimmten Herkunftsland mit FGM-Prävalenz;

p_c = nationale Prävalenzrate der Altersgruppe 15 bis 49 Jahre für das jeweilige Herkunftsland (geteilt durch 100);

m = Faktor Einfluss von Zuwanderung und Akkulturation (0 und 0,5).

²⁸ Terre des femmes (2022b).

3.2.3 Schätzung der potenziell von weiblicher Genitalverstümmelung betroffenen Mädchen

Mit der Schätzung der Anzahl der potenziell von FGM betroffenen Mädchen wird eine Lücke in den bisherigen Berechnungen geschlossen. Das Vorgehen gleicht dem zur Schätzung der betroffenen Frauen der ersten Generation, weil auch für diese Gruppe angenommen wird, dass sie vor ihrer Zuwanderung dem gleichen Risiko von FGM ausgesetzt waren, wie ihre Altersgenossinnen in den jeweiligen Herkunftsländern. Diese Berechnungsweise lässt sich folgendermaßen zusammenfassen:

HINWEIS

Vorgehensweise zur Schätzung der von FGM potenziell betroffenen Mädchen

$$x_c = (a_{c=first} * p_c)$$

x_c = Anzahl der von FGM potenziell betroffenen Mädchen aus einem bestimmten Herkunftsland mit FGM-Prävalenz, die im Bezugsjahr bereits das im Herkunftsland übliche Durchschnittsalter für FGM erreicht hatten;

a_{c=first} = Mädchen der ersten Generation aus einem bestimmten Herkunftsland mit FGM-Prävalenz, die das landesspezifische FGM-Medianalter erreicht haben und höchstens 18 Jahre alt sind;

p_c = nationale Prävalenzrate der Altersgruppe 15 bis 19 Jahre für das bestimmte Herkunftsland (geteilt durch 100).

4 Ergebnisse

Kapitel 4 präsentiert die aktuellen Schätzergebnisse zur Betroffenheit von und Gefährdung durch weibliche Genitalverstümmelung (FGM) bei Frauen und Mädchen in Deutschland. Die Darstellung folgt der in Tabelle 2 beschriebenen Differenzierung nach Altersgruppen, Migrantinnengeneration und Schutzstatus. Tabelle 4 liefert einen strukturierten Überblick über die Ergebnisse zu den wichtigsten Teilgruppen, bevor diese in den folgenden Kapiteln ausführlich beschrieben und in ihrer Entwicklung dargestellt werden.

Tabelle 4: Überblick über die zentralen Ergebnisse

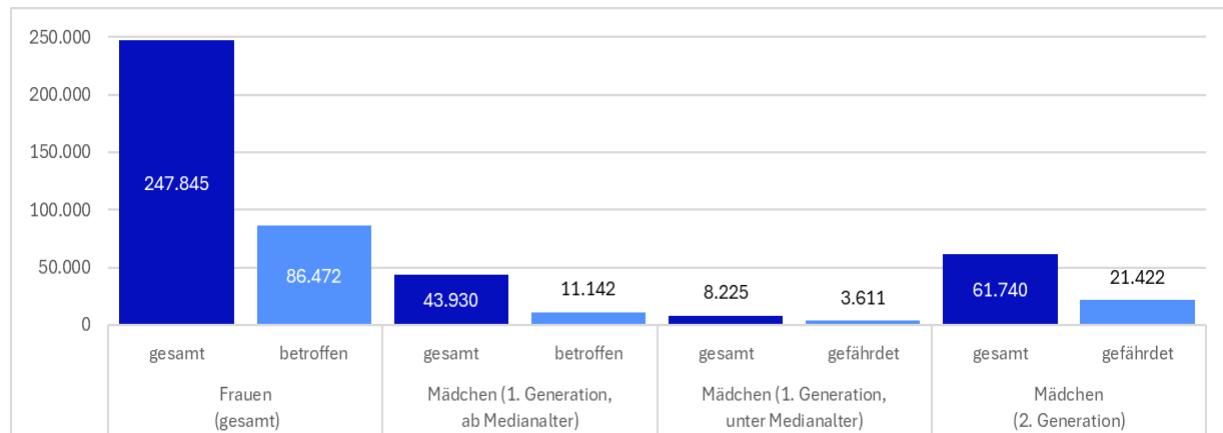
Teilgruppe	gesamt		davon mit Schutzstatus	
	Medium-Szenario	Maximum-Szenario	Medium-Szenario	Maximum-Szenario
Betroffene Frauen	86.264	86.472	41.329	41.363
Betroffene Mädchen		11.142		6.422
Gefährdete Mädchen	14.322	25.033	8.059	14.469

Quelle: Eigene Berechnungen Prognos AG.

4.1 Gesamtgruppe der Frauen und Mädchen ohne deutsche Staatsangehörigkeit

Von den insgesamt knapp 248.000 Frauen über 18 Jahren ohne deutsche Staatsangehörigkeit in Deutschland waren nach dieser Schätzung etwa 86.500 Frauen von FGM betroffen. Dies entspricht etwa 35 Prozent der Gesamtheit aller in Deutschland lebenden Frauen aus diesen Herkunftsländern ohne deutsche Staatsangehörigkeit. Von den knapp 114.000 bis einschließlich 18 Jahre alten Mädchen ohne deutsche Staatsangehörigkeit waren schätzungsweise gut 11.100 von FGM betroffen und bis zu 25.000 Mädchen durch FGM gefährdet. Dies entspricht in den jeweiligen Teilgruppen 25 bzw. bis zu 35 Prozent der Gesamtheit (siehe Abbildung 3).

Abbildung 3: Gesamtheit und Anzahl der betroffenen oder gefährdeten Frauen bzw. Mädchen ohne deutsche Staatsbürgerschaft



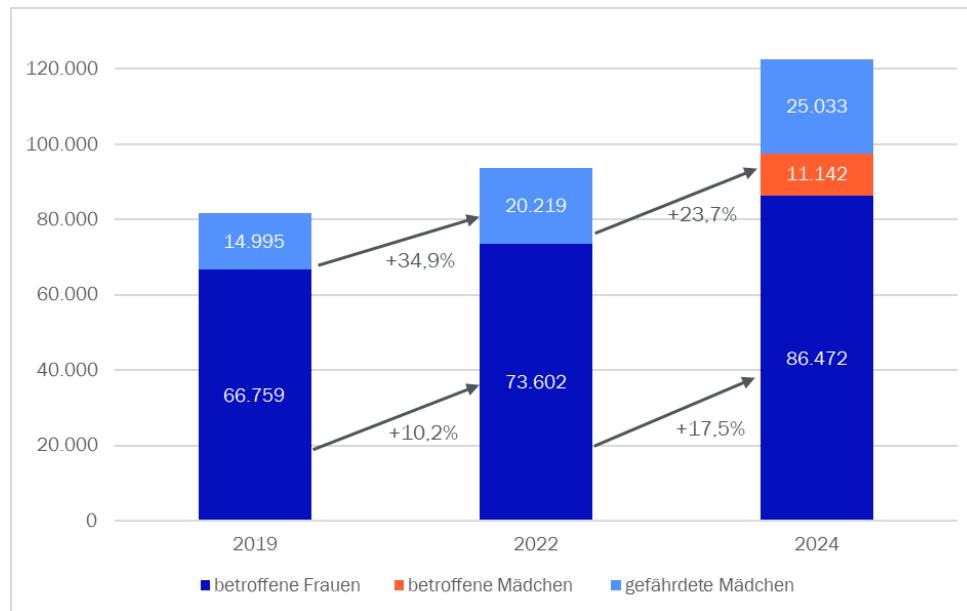
Quelle: Statistisches Bundesamt (2025a), eigene Berechnung Prognos AG.

Die Berechnung basieren auf dem Maximal-Szenario mit dem Akkulturationsfaktor von 0. Dies bedeutet, dass davon ausgegangen wurde, dass sich die kulturelle Praxis nach der Zuwanderung nicht ändert und die Frauen und Mädchen der zweiten Generation im gleichen Ausmaß von FGM betroffen bzw. gefährdet sind wie die jeweiligen Gruppen der ersten Generation. Daraus resultiert die maximale Anzahl betroffener Frauen bzw. gefährdeter Mädchen.

Da die Anzahl der betroffenen Frauen in der zweiten Generation nur sehr gering ist, wurde die Gruppe der Frauen erster und zweiter Generation in dieser Darstellung zusammengefasst.

Im Maximal-Szenario lässt sich im Zeitverlauf eine Zunahme der geschätzten Zahl der von FGM betroffenen Frauen sowie gefährdeten Mädchen beobachten. So stieg die Zahl der betroffenen Frauen von knapp 66.800 im Jahr 2019 um gut 10 Prozent auf etwas über 73.600 im Jahr 2022 sowie um weitere 17,5 Prozent auf den aktuellen Stand von knapp 86.500. Über die gesamte Zeitspanne entspricht dies einem Zuwachs von knapp 30 Prozent. Bei den gefährdeten Mädchen stieg die Zahl von knapp 15.000 im Jahr 2019 um 35 Prozent auf etwa 20.200 im Jahr 2022 sowie um weitere 24 Prozent auf den aktuellen Stand von gut 25.000. Über die gesamte Zeitspanne entspricht dies einem Zuwachs von knapp 67 Prozent (siehe Abbildung 4).

Abbildung 4: Veränderung der Anzahl betroffener Mädchen und Frauen sowie gefährdeter Mädchen im Zeitverlauf nach dem maximalen Risikoszenario



4.1.1 Anzahl der von weiblicher Genitalverstümmelung betroffenen Frauen

Wie in Kapitel 3.1.2 beschrieben, machten Frauen der zweiten Generation nur einen marginalen Anteil der Frauen über 18 Jahren aus den betrachteten Herkunftsländern aus. Da der Akkulturationsfaktor und damit die Berechnung der beiden Szenarien jedoch nur für diese Teilgruppe relevant ist, unterscheiden sich die Schätzergebnisse in den beiden berechneten Szenarien kaum (s. Tabelle 5).

Die Zahl der betroffenen Frauen liegt nach dieser Schätzung bei knapp 86.500. Am stärksten vertreten sind dabei Frauen aus den Herkunftsländern Eritrea und Somalia, mit jeweils etwas unter 20 Prozent an allen betroffenen Frauen, sowie aus Ägypten (ca. 13 Prozent). Frauen, die aus Somalia, Malaysia, Guinea, Dschibuti, Mali und Sudan kommen, sind aufgrund der hohen Prävalenzrate fast alle von FGM betroffen. Prozentual betrachtet waren Frauen aus Uganda, Kamerun, Ghana und Niger seltener von FGM betroffen, was vor allem an den im Vergleich niedrigeren Prävalenzraten dieser Länder liegt. Tabelle 5 enthält die Prävalenzraten sowie die geschätzte Anzahl betroffener Frauen für alle 31 Herkunftsländer.

Tabelle 5: Anzahl der von FGM betroffenen Frauen nach Herkunfts ländern

Land	Nationale Prävalenzrate Altersgruppe 15 bis 49 Jahre	Zahl der in Deutschland lebenden Frauen älter als 18 Jahre			
		1. Generation	2. Generation	davon betroffen	
				Medium-Szenario	Maximum-Szenario
Ägypten	0,87	13.035	85	11.404	11.441
Äthiopien	0,65	8.100	50	5.298	5.314
Benin	0,09	1.205	15	112	112
Burkina-Faso	0,56	760	0	426	426
Cote d'Ivoire	0,37	2.920	15	1.074	1.077
Dschibuti	0,90	125	0	113	113
Eritrea	0,83	19.895	50	16.534	16.554
Gambia	0,73	2.220	15	1.617	1.623
Ghana	0,02	16.980	370	412	416
Guinea	0,95	5.085	15	4.812	4.820
Guinea-Bissau	0,52	355	0	185	185
Indonesien	0,51	16.370	85	8.338	8.359
Irak	0,07	74.525	650	5.539	5.563
Jemen	0,19	2.850	10	528	529
Kamerun	0,01	14.145	65	198	199
Kenia	0,15	8.815	30	1.307	1.309
Liberia	0,32	400	0	127	127
Malaysia	0,99	3.660	25	3.636	3.648
Mali	0,89	495	0	439	439
Mauretanien	0,64	155	0	99	99
Niger	0,02	240	0	5	5
Nigeria	0,15	22.010	105	3.331	3.339
Senegal	0,20	1.715	0	345	345
Sierra Leone	0,83	1.240	20	1.038	1.046
Somalia	0,99	16.290	65	16.192	16.224
Sudan	0,87	3.275	0	2.836	2.836
Tansania	0,08	1.430	0	117	117
Togo	0,03	4.595	260	146	151
Tschad	0,34	110	0	38	38
Uganda	0,003	2.865	0	9	9
Zentralafrikanische Republik	0,22	50	0	11	11
Gesamt		245.915	1.930	86.264	86.472

Quellen: EIGE (2021); Statistisches Bundesamt (2025a); UNICEF (2025)

Anmerkung: Die Werte der Szenarien beziehen sich entsprechend der Formel in Kapitel 3 auf Generation 1 und 2. Wie in Kapitel 3 beschrieben, ändert sich im Vergleich der beiden Szenarien aber nur der Wert der 2. Generation.

Im Vergleich zum Jahr 2022 hat die geschätzte Zahl der von FGM betroffenen Frauen im Maximal-Szenario um 17 Prozent von 73.600 auf 86.500 zugenommen (siehe auch Abbildung 4). Prozentual die höchsten Zuwächse gab es dabei bei Frauen aus den Herkunftsländern Malaysia, Kamerun und Sudan, bei den absoluten Zahlen fallen zudem die Herkunftsländer Ägypten, Guinea und Indonesien auf (siehe Tabelle 6). Dies ist zum einen darauf zurückzuführen, dass aus diesen Ländern in den vergangenen Jahren mehr Frauen nach Deutschland gekommen sind. Zum anderen wirken sich aber auch Veränderungen in den Prävalenzraten auf die Schätzergebnisse aus (höhere Prävalenzrate für Malaysia im Jahr 2024 als im Jahr 2022). Rückläufig ist hingegen die geschätzte Anzahl der von FGM betroffenen Frauen aus Kenia und Senegal, was primär auf sinkende Zuwanderung aus diesen Ländern zurückzuführen ist. Tabelle 6 stellt die Veränderungen für die einzelnen Herkunftsländer dar.

Tabelle 6: Vergleich der von FGM betroffenen Frauen im Maximal-Szenario in den Jahren 2022 und 2024

Land	Vergleich der maximalen Szenarien von 2022 und 2024		
	Absolut		Prozentuale Veränderung
	2022	2024	
Ägypten	9.692	11.441	18%
Äthiopien	4.947	5.314	7%
Benin	77	112	46%
Burkina-Faso	334	426	28%
Cote d'Ivoire (Elfenbeinküste)	845	1.077	27%
Dschibuti	77	113	46%
Eritrea	15.450	16.554	7%
Gambia	1.361	1.623	19%
Ghana	318	416	31%
Guinea	3.681	4.820	31%
Guinea-Bissau	148	185	25%
Indonesien	7.163	8.359	17%
Irak	5.139	5.563	8%
Jemen	446	529	19%
Kamerun	113	199	76%
Kenia	1.668	1.309	-22%
Liberia	94	127	35%
Malaysia	1.844	3.648	98%
Mali	378	439	16%
Mauretanien	90	99	10%
Niger	5	5	0%
Nigeria	3.281	3.339	2%
Senegal	380	345	-9%
Sierra Leone	838	1.046	25%
Somalia	13.137	16.224	23%
Sudan	1.831	2.836	55%
Tansania	89	117	32%
Togo	134	151	12%
Tschad	31	38	21%
Uganda	6	9	43%
Zentralafrikanische Republik	7	11	54%
Gesamt	73.602	86.473	17%

Quellen: EIGE (2021); Statistisches Bundesamt (2025a); UNICEF (2025), eigene Berechnung Prognos AG.

4.1.2 Anzahl der potenziell von weiblicher Genitalverstümmelung betroffenen Mädchen

Wie Kapitel 3.2.2 beschreibt, schließt die Schätzung der Anzahl der von FGM potenziell betroffenen Mädchen eine Lücke in den bisherigen Berechnungen. Die Gruppe umfasst Mädchen der ersten Generation der Migration bis zu 18 Jahren, die zum Stichtag mindestens das landesspezifische Medianalter erreicht hatten. Diese Gruppe macht den deutlich größeren Anteil der in Tabelle 1 aufgeführten insgesamt 52.155 Mädchen bis zu 18 Jahren der ersten Generation aus und umfasste insgesamt 43.930 Mädchen. Etwa ein Viertel davon, 11.142 Mädchen, waren nach den Schätzungen von FGM betroffen (siehe Abbildung 3). Knapp 4.000 dieser Mädchen und damit ein gutes Drittel stammen aus dem Herkunftsland Somalia, ein Fünftel, 2.556, aus Eritrea. Alle weiteren Herkunftsländer ordnen sich mit Abstand dahinter ein. Dies entspricht weitestgehend der Verteilung bei den betroffenen Frauen. Ein auffälliger Unterschied betrifft das Herkunftsland Indonesien, auf das bei den betroffenen Mädchen 159 Fälle zurückgehen, das bei den betroffenen Frauen jedoch 8.359 Fälle ausmacht. Dieser Unterschied ist vor allem auf Migrationsmuster zurückzuführen. Es scheint plausibel, dass vor allem erwachsene Frauen ohne eigene Kinder nach Deutschland zuwandern.

Tabelle 7 listet die geschätzten Zahlen der potenziell betroffenen Mädchen für alle Herkunftsländer auf.

Tabelle 7: Anzahl der potenziell von FGM betroffenen Mädchen nach Herkunfts ländern

Land	Landesspezifisches FGM/C-Alter (Median) im Herkunftsland	Nationale Prävalenzrate Altersgruppe 15 bis 19 Jahre	Anzahl der Mädchen in dieser Teilgruppe	davon potenziell betroffen
Ägypten	12	0,70	1.200	835
Äthiopien	9	0,47	590	278
Benin	10	0,02	125	3
Burkina-Faso	7	0,58	90	52
Cote d'Ivoire	14	0,18	165	30
Dschibuti	10	0,90	5	4
Eritrea	5	0,69	3.715	2.556
Gambia	6	0,75	355	266
Ghana	3	0,02	2.070	31
Guinea	11	0,92	510	468
Guinea-Bissau	8	0,15	60	9
Indonesien	2	0,49	325	159
Irak	8	0,04	23.275	815
Jemen	0	0,16	850	139
Kamerun	11	0,00	515	2
Kenia	13	0,11	275	31
Liberia	16	0,28	20	6
Malaysia	6	0,99	115	114
Mali	6	0,86	75	65
Mauretanien	5	0,63	25	16
Niger	6	0,01	15	0
Nigeria	5	0,14	4.190	574
Senegal	5	0,21	155	33
Sierra Leone	16	0,64	70	45
Somalia	9	0,97	4.135	3.999
Sudan	10	0,82	735	600
Tansania	17	0,05	15	1
Togo	11	0,01	185	3
Tschad	12	0,32	25	8
Uganda	17	0,01	40	0
Zentralafrikanische Republik	14	0,18	5	1
Gesamt			43.930	11.142

Quellen: EIGE (2021); Statistisches Bundesamt (2025a); UNICEF (2025), eigene Berechnung Prognos AG.

4.1.3 Anzahl der durch weibliche Genitalverstümmelung gefährdeten Mädchen

Grundlage der Schätzung ist erstens die Zahl der Mädchen der ersten Migrantinneneneration, die zum Stichtag das landesspezifische Medianalter für FGM noch nicht erreicht hatten. Mit 8.225 ist dies die kleinere Teilgruppe der 52.155 Mädchen bis 18 Jahren der ersten Generation (siehe Tabelle 1). Weiterhin wird die Zahl der Mädchen der zweiten Migrantinneneneration bis 18 Jahren herangezogen, die bei 61.740 liegt. Der Schätzung zufolge liegt die Anzahl der von FGM gefährdeten Mädchen aus dieser Gruppe zwischen 14.322 und 25.033 (siehe Tabelle 8), was einem Anteil von 20 bis 35 Prozent an allen in Deutschland lebenden Mädchen aus dieser Teilgruppe entspricht. Die Spanne ergibt sich aus den unterschiedlichen Akkulturationsfaktoren der beiden Szenarien, die auf die Gruppe der Mädchen, die in zweiter Generation in Deutschland leben, angewendet werden. Das Intervall der beiden Szenarien ist dann besonders groß, wenn Mädchen der zweiten Generation die überproportional größere Gruppe und die Prävalenzraten vergleichsweise hoch sind, zum Beispiel bei den Herkunftsländern Äthiopien, Eritrea, Guinea oder Somalia. Dann wirken sich die Faktoren für die Akkulturation stärker aus.

In beiden Szenarien stammten die meisten der durch FGM gefährdeten Mädchen aus Somalia und Eritrea. Diese Länder machten einen größeren Teil an der Gesamtheit der bis zu 18-jährigen Mädchen aller betrachteten Herkunftsländer aus und haben im Vergleich hohe nationale Prävalenzraten. Obwohl insbesondere das Herkunftsland Irak in der Gesamtheit der bis zu 18-jährigen Mädchen stark vertreten war, ist die Anzahl der gefährdeten Mädchen eher gering. Dies ist auf eine niedrige Prävalenzrate im Irak zurückzuführen. Aufgrund der großen in Deutschland lebenden Zahl Mädchen aus Ägypten, Guinea, Äthiopien und Nigeria findet sich auch bei diesen eine hohe Zahl Gefährdeter. Dabei ist insbesondere in Guinea die Prävalenzrate mit 92 Prozent besonders hoch.

Tabelle 8 stellt die Prävalenzraten und die Anzahl der gefährdeten Mädchen für alle betrachteten Herkunftsländer dar.

Tabelle 8: Anzahl der durch FGM gefährdeten Mädchen nach Herkunftsändern

Land	Landessp. FGM/C- Alter (Median) im Herkunftsland	Nationale Prävalenzrate Altersgruppe 15 bis 19 Jahre	Zahl der in Deutschland lebenden Mädchen			
			der 1. Generation unterhalb des landessp. FGM/C- Medianalters	der 2. Generation zwischen 0 bis einschl. 18 Jahre	davon gefährdet:	
					Medium-Szenario	Maximum-Szenario
Ägypten	12	0,70	1.855	1.750	1.900	2.509
Äthiopien	9	0,47	205	2.540	695	1.293
Benin	10	0,02	70	335	6	10
Burkina-Faso	7	0,58	20	145	53	95
Côte d'Ivoire	14	0,18	285	820	124	198
Dschibuti	10	0,90	5	20	13	22
Eritrea	5	0,69	225	9.370	3.378	6.601
Gambia	6	0,75	50	540	240	443
Ghana	3	0,02	70	4.175	32	64
Guinea	11	0,92	400	1.795	1.190	2.013
Guinea-Bissau	8	0,15	0	80	6	12
Indonesien	2	0,49	5	290	74	145
Irak	8	0,04	1.915	16.655	358	650
Jemen	0	0,16	5	435	36	72
Kamerun	11	0,00	420	1.880	5	9
Kenia	13	0,11	245	625	64	99
Liberia	16	0,28	55	100	29	43
Malaysia	6	0,99	25	55	52	79
Mali	6	0,86	20	130	73	129
Mauretanien	5	0,63	0	15	5	9
Niger	6	0,01	5	75	1	1
Nigeria	5	0,14	365	10.830	792	1.534
Senegal	5	0,21	30	225	30	55
Sierra Leone	16	0,64	215	425	275	412
Somalia	9	0,97	870	7.040	4.245	7.649
Sudan	10	0,82	475	565	619	850
Tansania	17	0,05	110	105	8	10
Togo	11	0,01	90	540	5	9
Tschad	12	0,32	15	35	10	16
Uganda	17	0,01	175	145	2	3
Zentralafrikanische Republik	14	0,18	0	0	0	0
Gesamt			8.225	61.740	14.322	25.033

Quellen: EIGE (2021); Statistisches Bundesamt (2025b), eigene Berechnung Prognos AG.

Die Berechnung basiert für die erste Generation auf Mädchen unterhalb des landesspezifischen FGM-Medianalters und für die zweite Generation auf Mädchen zwischen 0 und 18 Jahren.

Im Vergleich zum Jahr 2022 ist die geschätzte Zahl der durch FGM gefährdeten Mädchen im Maximal-Szenario um 24 Prozent gestiegen. In absoluten Zahlen entspricht das einem Zuwachs um 4.814 gefährdete Mädchen (siehe Tabelle 9). Insgesamt stiegen die Zahlen für den Großteil der betrachteten Herkunftsländer. Für die Herkunftsländer Burkina-Faso, Dschibuti, Irak, Liberia, Malaysia, Mauretanien und Tansania sind dabei Zuwachsraten von über 100 Prozent zu verzeichnen, allerdings mit zum Teil nur sehr geringen absoluten Zahlen. Absolut verzeichnen die Herkunftsländer Somalia, Eritrea und Guinea die höchsten Zuwächse. Im Gegensatz dazu sind die geschätzten Zahlen für die Herkunftsländer Ghana, Guinea-Bissau und Togo prozentual rückläufig, allerdings jeweils mit insgesamt sehr geringen Fallzahlen.

Tabelle 9: Vergleich der durch FGM gefährdeten Mädchen im Maximal-Szenario in den Jahren 2022 und 2024

Land	Vergleich der maximalen Szenarien von 2022 und 2024		
	Absolut		Prozentuale Veränderung
	2022	2024	
Ägypten	2.039	2.509	23%
Äthiopien	1.095	1.293	18%
Benin	5	10	94%
Burkina-Faso	37	95	157%
Cote d'Ivoire (Elfenbeinküste)	188	198	5%
Dschibuti	9	22	149%
Eritrea	5.506	6.601	20%
Gambia	318	443	39%
Ghana	83	64	-23%
Guinea	1.316	2.013	53%
Guinea-Bissau	18	12	-34%
Indonesien	128	145	13%
Irak	227	650	186%
Jemen	60	72	20%
Kamerun	7	9	31%
Kenia	77	99	29%
Liberia	16	43	167%
Malaysia	35	79	126%
Mali	77	129	68%
Mauretanien	3	9	213%
Niger	1	1	12%
Nigeria	1.432	1.534	7%
Senegal	44	55	24%
Sierra Leone	278	412	48%
Somalia	6.654	7.649	15%
Sudan	541	850	57%
Tansania	4	10	153%
Togo	12	9	-27%
Tschad	10	16	59%
Uganda	0	3	-
Zentralafrikanische Republik	0	0	-
Gesamt	20.220	25.033	24%

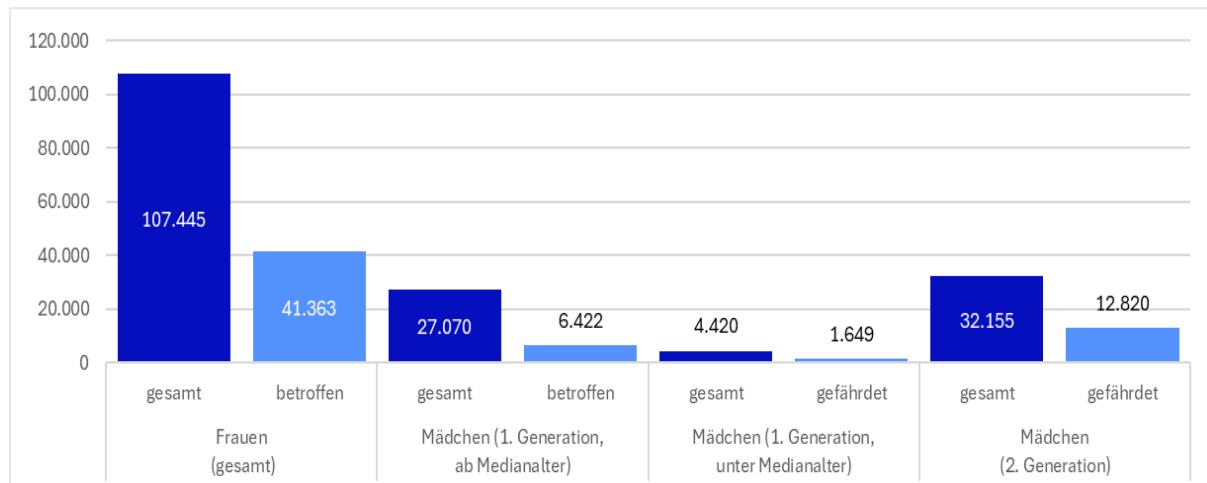
Quellen: EIGE (2021); Statistisches Bundesamt (2025b), eigene Berechnung Prognos AG

Die teilweise sehr deutlichen Veränderungen können zum einen auf die Entwicklung der Anzahl der in Deutschland lebenden Mädchen aus diesen Herkunftsländern, zum anderen auf veränderte Prävalenzraten in den Herkunftsländern zurückgeführt werden. Gleichzeitig ist zu beachten, dass die Fallzahlen der in Deutschland lebenden Mädchen aus manchen Herkunftsländern sehr gering sind und sich kleine Fallzahlen stark auf die ausgewiesenen prozentualen Anteile auswirken.

4.2 Teilgruppe der schutzsuchenden Frauen und Mädchen ohne deutsche Staatsangehörigkeit

Von den 107.445 Frauen über 18 Jahren sind – gemäß dem kalkulierten Maximal-Szenario – insgesamt 41.632 Frauen von FGM betroffen. Von den insgesamt 63.645 bis einschließlich 18 Jahre alten Mädchen sind 6.422 von FGM betroffen und 14.469 Mädchen durch FGM gefährdet (siehe Abbildung 5).

Abbildung 5: Gesamtheit und Anzahl der betroffenen oder gefährdeten Frauen bzw. Mädchen ohne deutsche Staatsbürgerschaft mit Schutzstatus



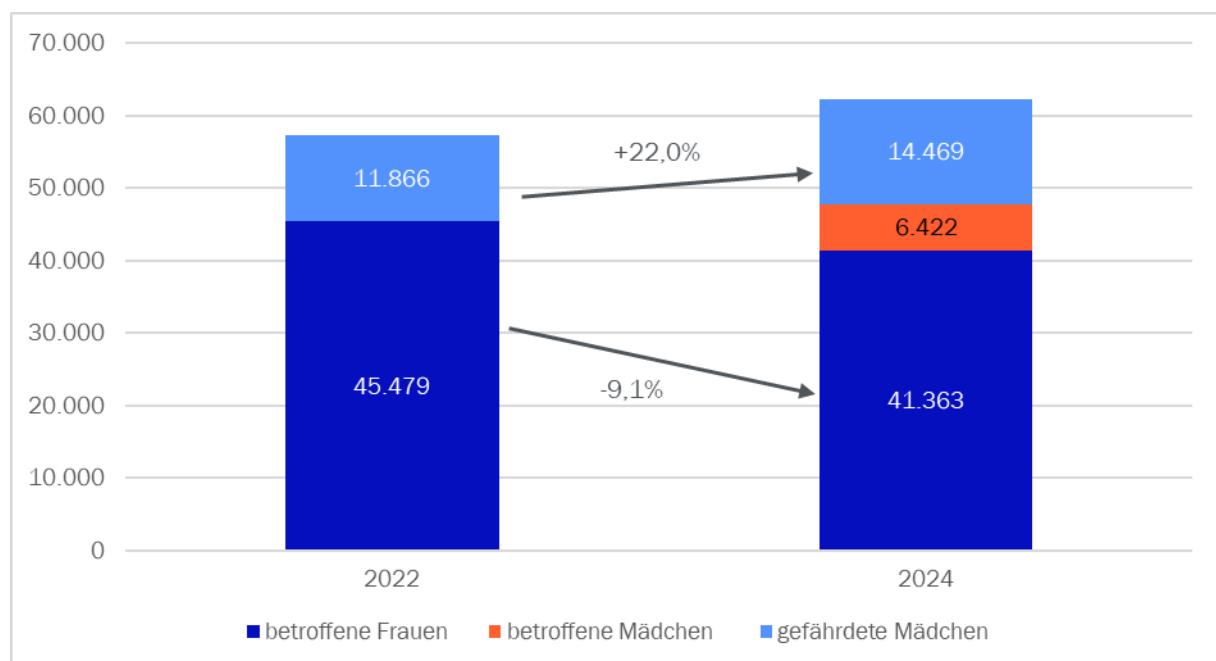
Quelle: Statistisches Bundesamt (2025a), eigene Berechnung Prognos AG.

Die Berechnung basieren auf dem Maximal-Szenario mit dem Akkulturationsfaktor von 0. Dies bedeutet, dass davon ausgegangen wurde, dass sich die kulturelle Praxis nach der Zuwanderung nicht ändert und die Frauen und Mädchen der zweiten Generation im gleichen Ausmaß von FGM betroffen bzw. gefährdeten sind wie die jeweiligen Gruppen der ersten Generation. Daraus resultiert die maximale Anzahl betroffener Frauen bzw. gefährdeter Mädchen.

Da die Anzahl der betroffenen Frauen in der zweiten Generation nur sehr gering ist, wurde die Gruppe der Frauen in dieser Darstellung zusammengefasst.

Im Maximal-Szenario lässt sich im Vergleich von 2022 mit 2024 eine leichte Abnahme der geschätzten Zahl der von FGM betroffenen Frauen sowie eine Zunahme der gefährdeten Mädchen mit Schutzstatus beobachten. So sank die Zahl der betroffenen Frauen von knapp 45.000 im Jahr 2022 um 9 Prozent auf etwas über 41.000 im Jahr 2024. Bei den gefährdeten Mädchen stieg die Zahl von knapp 12.000 im Jahr 2022 um etwa 20 Prozent auf etwas über 14.500 im Jahr 2022 (siehe Abbildung 6).

Abbildung 6: Veränderung der Anzahl potenziell betroffener Mädchen und Frauen sowie gefährdeter Mädchen im Zeitverlauf nach dem maximalen Risikoszenario



Quelle: Statistisches Bundesamt (2025), eigene Darstellung Prognos AG.

Die Schätzung der potenziell betroffenen Mädchen – also der Gruppe der Mädchen der ersten Generation, deren Alter zwischen Medianalter bis einschließlich 18 Jahren liegt, – wurde für den Datenstand 2024 erstmalig geschätzt. Für den Datenstand 2019 liegen deshalb keine Informationen zur Teilgruppe der Frauen und Mädchen mit Schutzstatus vor.

4.2.1 Anzahl der von weiblicher Genitalverstümmelung betroffenen Frauen mit Schutzstatus

Von den insgesamt 107.445 Frauen (über 18 Jahren) mit Schutzstatus waren fast unabhängig vom betrachteten Szenario etwa 41.300 von FGM betroffen. Dies entspricht einem Anteil von etwa 38 Prozent an allen Frauen mit Schutzstatus, ein leicht höherer Wert als bei der Gesamtheit aller ausländischer Frauen (siehe Kapitel 4.1). Unter allen betroffenen Frauen machen betroffenen Frauen mit Schutzstatus etwa 48 Prozent und damit knapp die Hälfte aus. Da die Frauen mit Schutzstatus eine Teilgruppe der in Kapitel 4.1.1 beschriebenen Gesamtgruppe der Frauen ohne deutsche Staatsbürgerschaft sind, zeigt sich wenig überraschend das gleiche Muster mit Blick auf die Unterschiede zwischen den beiden berechneten Szenarien. Die Schätzergebnissen für die Anzahl der betroffenen Frauen liegen in beiden Szenarien eng beieinander.

Bei den Herkunftsländern sind Eritrea und Somalia mit deutlichem Abstand am häufigsten vertreten – ihre Anteile sind dabei in der Teilgruppe der betroffenen Frauen mit Schutzstatus deutlich größer als in der Gesamtgruppe der betroffenen Frauen (siehe Tabelle 5). In der Teilgruppe der Frauen mit Schutzstatus machen Frauen aus dem Irak einen großen Anteil aus (siehe Tabelle 1).

Da die Prävalenzraten im Irak jedoch im Vergleich eher niedrig sind, sind Frauen aus diesem Herkunftsland unter den betroffenen Frauen mit Schutzstatus mit knapp 3.700 zwar noch stark vertreten, zählen aber nicht zu den größten Gruppen. Die folgende Tabelle 10 enthält die Prävalenzraten sowie die geschätzte Anzahl der betroffenen Frauen mit Schutzstatus für alle 31 FGM-Herkunftsländer.

Tabelle 10: Anzahl der von FGM betroffenen Frauen mit Schutzstatus nach Herkunftsländern

Land	Nationale Prävalenzrate Altersgruppe 15 bis 49 Jahre	Zahl der in Deutschland lebenden Frauen älter als 18 Jahre			
		1. Generation	2. Generation	davon betroffen	
				Medium-Szenario	Maximum-Szenario
Ägypten	0,87	1.140	0	994	994
Äthiopien	0,65	3.945	5	2.574	2.575
Benin	0,09	335	0	31	31
Burkina-Faso	0,56	175	0	98	98
Cote d'Ivoire	0,37	1.265	0	464	464
Dschibuti	0,90	75	0	68	68
Eritrea	0,83	15.445	15	12.826	12.832
Gambia	0,73	770	0	559	559
Ghana	0,02	1.125	30	27	28
Guinea	0,95	3.275	5	3.097	3.100
Guinea-Bissau	0,52	90	0	47	47
Indonesien	0,51	10	0	5	5
Irak	0,07	49.755	190	3.689	3.696
Jemen	0,19	1.050	0	194	194
Kamerun	0,01	1.925	0	27	27
Kenia	0,15	835	0	124	124
Liberia	0,32	275	0	87	87
Malaysia	0,99	5	0	5	5
Mali	0,89	185	0	164	164
Mauretanien	0,64	5	0	3	3
Niger	0,02	95	0	2	2
Nigeria	0,15	8.275	10	1.250	1.251
Senegal	0,20	165	0	33	33
Sierra Leone	0,83	675	5	562	564
Somalia	0,99	13.255	25	13.161	13.174
Sudan	0,87	1.360	0	1.178	1.178
Tansania	0,08	205	0	17	17
Togo	0,03	780	55	25	26
Tschad	0,34	40	0	14	14
Uganda	0,00	560	0	2	2
Zentralafrikanische Republik	0,22	10	0	2	2
Gesamt		107.105	340	41.329	41.363

Quellen: EIGE (2021); Statistisches Bundesamt (2025a); UNICEF (2025)

Die Tabelle enthält die Anzahl der in Deutschland lebenden Frauen ohne deutsche Staatsangehörigkeit nach Herkunftsländern für die 1. und 2. Generation der Migration, die jeweiligen nationale Prävalenzraten der 15- bis 49-Jährigen und die Ergebnisse der Berechnungen für die beiden Szenarien der Akkulturation.

4.2.2 Anzahl der potenziell von weiblicher Genitalverstümmelung betroffenen Mädchen

Wie Kapitel 3.2.2 beschreibt, schließt die Schätzung der Anzahl der von FGM betroffenen Mädchen eine Lücke in den bisherigen Berechnungen. Von den insgesamt 27.070 Mädchen mit Schutzstatus, die zum Stichtag das landesspezifische FGM-Medianalter erreicht hatten und höchstens 18 Jahre waren, sind geschätzt knapp 6.500 von FGM betroffen (siehe auch Abbildung 5). Dies entspricht einem Anteil von etwa 24 Prozent an allen Mädchen mit Schutzstatus in dieser Teilgruppe, was weitestgehend dem Anteil bei der Gesamtheit der betroffenen Mädchen entspricht (siehe Kapitel 4.1.). Unter allen betroffenen Mädchen machen betroffene Mädchen mit Schutzstatus etwa 58 Prozent und damit einen größeren Anteil als bei den betroffenen Frauen aus.

Mit großem Abstand sind Somalia (2.340 betroffenen Mädchen) und Eritrea (knapp 2.000) dabei die bedeutendsten Herkunftsländer und machen knapp zwei Dritteln an der gesamten Teilgruppe aus. Dies entspricht dem Muster der Anteile bei den betroffenen Frauen (siehe Kapitel 4.2.1). Tabelle 11 listet die Prävalenzraten sowie die geschätzten Zahlen für alle Herkunftsländer auf.

Tabelle 11: Anzahl der potenziell von FGM betroffenen Mädchen mit Schutzstatus nach Herkunftsländern

Land	Landesspezifisches FGM/C-Alter (Median) im Herkunftsland	Nationale Prävalenzrate Altersgruppe 15 bis 19 Jahre	Anzahl der Mädchen in dieser Teilgruppe	davon potenziell betroffen
Ägypten	12	0,70	300	209
Äthiopien	9	0,47	280	132
Benin	10	0,02	25	1
Burkina-Faso	7	0,58	10	6
Cote d'Ivoire	14	0,18	60	11
Dschibuti	10	0,90	0	0
Eritrea	5	0,69	2.835	1.950
Gambia	6	0,75	130	98
Ghana	3	0,02	265	4
Guinea	11	0,92	265	243
Guinea-Bissau	8	0,15	5	1
Indonesien	2	0,49	0	0
Irak	8	0,04	17.080	598
Jemen	0	0,16	360	59
Kamerun	11	0,00	105	0
Kenia	13	0,11	25	3
Liberia	16	0,28	0	0
Malaysia	6	0,99	0	0
Mali	6	0,86	35	30
Mauretanien	5	0,63	0	0
Niger	6	0,01	5	0
Nigeria	5	0,14	2.295	314
Senegal	5	0,21	25	5
Sierra Leone	16	0,64	40	26
Somalia	9	0,97	2.420	2.340
Sudan	10	0,82	475	388
Tansania	17	0,05	0	0
Togo	11	0,01	5	0
Tschad	12	0,32	15	5
Uganda	17	0,01	10	0
Zentralafrikanische Republik	14	0,18	0	0
Gesamt			27.070	6.422

Quellen: EIGE (2021); Statistisches Bundesamt (2025a); UNICEF (2025), eigene Berechnung Prognos AG.

4.2.3 Anzahl der durch weibliche Genitalverstümmelung gefährdeten Mädchen mit Schutzstatus

Diese letzte betrachtete Teilgruppe setzt sich zusammen aus 4.220 Mädchen, die in erster Generation nach Deutschland gekommen sind und jünger sind als das herkunftslandspezifische FGM-Alter, sowie 32.155 Mädchen, die in zweiter Generation in Deutschland leben und zwischen null und 18 Jahre alt sind (siehe Tabelle 11). Den Ergebnissen der Schätzung zufolge liegt die Anzahl der durch FGM gefährdeten Mädchen mit Schutzstatus zwischen 8.059 und 14.469 Mädchen, je nach Szenario. Dies entspricht einem Anteil von etwa 24 bis knapp 40 Prozent an allen Mädchen mit Schutzstatus in dieser Teilgruppe, was über dem Wert für den Anteil dieser Teilgruppe bei der Gesamtheit der gefährdeten Mädchen liegt (siehe Kapitel 4.1.). Unter allen gefährdeten Mädchen machen gefährdete Mädchen mit Schutzstatus etwa 58 Prozent aus, analog zum Anteil der Schutzsuchenden bei den betroffenen Mädchen (siehe Kapitel 4.2.2). Wie bereits in Abschnitt 4.1.3 erläutert, beschreiben die beiden Szenarien für die Gruppe der gefährdeten Mädchen ein deutlich größeres Intervall als bei den betroffenen Frauen. Dies liegt daran, dass Mädchen der zweiten Generation die deutlich größere Teilgruppe ausmachen und die den Szenarien zugrundeliegenden unterschiedlichen Akkulturationsfaktoren nur für diese Teilgruppe zum Tragen kommt.

In absoluten Zahlen stammen die im Maximal-Szenario der potenziell von FGM betroffenen oder gefährdeten Mädchen mit Schutzstatus mit Abstand am häufigsten aus Somalia und Eritrea. Danach folgen mit einem Abstand von über 3.000 die Herkunftsländer Guinea, Äthiopien und Nigeria. Mit Ausnahme von Guinea sind dies alles Herkunftsländer, bei denen die Zahl der in Deutschland lebenden Mädchen der zweiten Generation überproportional höher ist als die der ersten Generation. Damit geht auch einher, dass für diese Herkunftsländer das Intervall der beiden Szenarien größer ist. Tabelle 12 stellt die Prävalenzraten und die Anzahl der gefährdeten Mädchen für jedes der betrachteten Herkunftsländer dar.

Tabelle 12: Anzahl der durch FGM gefährdeten Mädchen mit Schutzstatus nach Herkunftsländern

Land	Landessp. FGM/C- Alter (Median) im Herkunftsland	Nationale Prävalenzrate Altersgruppe 15 bis 19 Jahre	Zahl der in Deutschland lebenden Mädchen			
			der 1. Generation unterhalb des landessp. FGM/C- Medianalters	der 2. Generation zwischen 0 bis einschl. 18 Jahren	davon gefährdet:	
					Medium-Szenario	Maximum-Szenario
Ägypten	12	0,70	285	290	299	400
Äthiopien	9	0,47	75	1.485	385	735
Benin	10	0,02	45	80	2	3
Burkina-Faso	7	0,58	10	40	17	29
Cote d'Ivoire	14	0,18	175	395	67	102
Dschibuti	10	0,90	5	0	4	4
Eritrea	5	0,69	105	6.535	2.320	4.568
Gambia	6	0,75	30	240	113	203
Ghana	3	0,02	5	370	3	6
Guinea	11	0,92	245	1.100	729	1.233
Guinea-Bissau	8	0,15	0	30	2	4
Indonesien	2	0,49	0	0	0	0
Irak	8	0,04	1.655	10.580	243	428
Jemen	0	0,16	0	140	11	23
Kamerun	11	0,00	170	245	1	2
Kenia	13	0,11	20	105	8	14
Liberia	16	0,28	35	65	19	28
Malaysia	6	0,99	0	0	0	0
Mali	6	0,86	20	60	43	69
Mauretanien	5	0,63	0	0	0	0
Niger	6	0,01	0	15	0	0
Nigeria	5	0,14	160	4.895	357	693
Senegal	5	0,21	10	45	7	12
Sierra Leone	16	0,64	135	200	151	215
Somalia	9	0,97	635	4.830	2.949	5.285
Sudan	10	0,82	290	205	321	404
Tansania	17	0,05	35	35	2	3
Togo	11	0,01	5	100	1	1
Tschad	12	0,32	5	5	2	3
Uganda	17	0,01	65	65	1	1
Zentralafrikanische Republik	14	0,18	0	0	0	0
Gesamt			4.220	32.155	8.059	14.469

Quellen: EIGE (2021); Statistisches Bundesamt (2025b), eigene Berechnung Prognos AG.

Die Berechnung basiert für die erste Generation auf Mädchen unterhalb des landesspezifischen FGM-Medianalters und für die zweite Generation auf Mädchen zwischen 0 und 18 Jahren

5 Fazit

Übergreifende Einordnung der Datenlage

Aufgrund der heterogenen Datenlage spiegelt diese Studie nicht die Gesamtheit der von Genitalverstümmelung betroffenen oder gefährdeten Frauen und Mädchen in Deutschland wider. Weltweit wurde weibliche Genitalverstümmelung in 94 Ländern dokumentiert. Die Schätzungen dieses Berichts beschränken sich auf 31 Herkunftsländer, für die offizielle Daten oder ausreichend valide Schätzwerte verfügbar sind. Für die weiteren über 60 Herkunftsländer konnte die Betroffenheit von oder Gefährdung durch weibliche Genitalverstümmelung nicht ermittelt werden, hier besteht eine Datenlücke.

Bei der Interpretation der Schätzwerte muss weiterhin erstens berücksichtigt werden, dass die nationale Prävalenzrate nicht zwangsläufig auf die in Deutschland lebende Diaspora zutrifft. Prävalenzraten können innerhalb der Länder beispielsweise zwischen verschiedenen ethnischen Gruppen variieren. Zweitens ist unklar, wie sich kulturelle Praktiken in dieser Diaspora im Laufe der Zeit verändern. Dieser Unsicherheit wurde sich mit der Berechnung zweier Szenarien mit unterschiedlichen Akkulturationsfaktoren angenähert, eine genaue Bestimmung dieser Faktoren ist jedoch nicht möglich.

Stattdessen dienen die in diesem Bericht vorgestellten Schätzwerte zur weiblichen Genitalverstümmelung als Orientierung, können jedoch den genauen Umfang des Problems nicht vollständig abbilden. Da die Schätzwerte seit 2017 mit Ausnahme der Berechnung der von Genitalverstümmelung gefährdeten Mädchen auf konsistente Weise berechnet werden und dieselben Herkunftsländer betrachtet werden, sind die Veränderungen in den Schätzungen dennoch aussagekräftig.

Bewertung und Einordnung der Schätzergebnisse

Die aktualisierten Schätzergebnisse zur Anzahl von FGM betroffenen bzw. gefährdeten Frauen und Mädchen ohne deutsche Staatsbürgerschaft liefern Anhaltspunkte zur Verbreitung von FGM in Deutschland. Im Jahr 2024 lebten in Deutschland über 360.000 Frauen und Mädchen aus 31 Herkunftsländern mit FGM-Prävalenz. Von den knapp 248.000 in Deutschland lebenden Frauen sind knapp 86.500 von FGM betroffen, was etwa 35 Prozent der Gesamtheit aller Frauen über 18 Jahren aus diesen Herkunftsländern entspricht. Bei den in Deutschland lebenden Frauen war der Anteil der zweiten Migrantinnengeneration mit 1.930 Personen sehr gering, weshalb sich die angewandten Akkulturationsfaktoren nur geringfügig auf die Ergebnisse auswirkten. Im Maximal-Szenario stieg die Zahl der von FGM betroffenen Frauen seit 2019 um knapp 30 Prozent. Damit bestätigt sich der anhaltend steigende Trend der dazwischen liegenden Schätzungen. Dieser kontinuierliche Anstieg ist neben einer insgesamt höheren Zuwanderung teilweise auch auf gestiegene Prävalenzen in den Herkunftsländern zurückzuführen. Gestiegene Prävalenzraten in den Herkunftsländern können darauf verweisen, dass die Anstrengungen zur Überwindung von weiblicher Genitalverstümmelung sowohl international als auch in Deutschland verstärkt werden müssen.

Erstmals für diesen Bericht wurde berechnet, wie viele Mädchen in Deutschland potenziell von FGM betroffen sind: Für das Jahr 2024 sind dies etwa 11.100 Mädchen. Dies entspricht etwa einem Viertel der Gesamtheit der zugrundeliegenden Teilgruppe aus diesen Herkunftsländern. Damit wird eine bisher bestehende Lücke in der Datenlage geschlossen. Für die Berechnungen wurde sich am FGM-Alter des Herkunftslandes orientiert. Dieser Ansatz ist jedoch fehlerbehaftet, da das FGM-Alter des Herkunftslandes im Kontext von Migration in den Hintergrund tritt. So kann je nach persönlicher Situation ein in Deutschland lebendes Mädchen ohne deutsche Staatsangehörigkeit, das älter als das jeweilige FGM-Alter ist, betroffen oder gefährdet sein. Maßnahmen zur Prävention, zum Schutz und zur Versorgung müssen deshalb Hand in Hand gehen.

Für die Teilgruppe der durch FGM gefährdeten Mädchen lagen die Schätzintervalle zwischen etwa 14.000 und knapp 25.000, was einem Anteil von 20 bis 35 Prozent an allen in Deutschland lebenden Mädchen aus dieser Teilgruppe entspricht. Die größere Spannbreite des Schätzintervalls ist darauf zurückzuführen, dass sich die Szenarien lediglich in den geschätzten Zahlen für die Frauen und Mädchen der zweiten Migrantinnengeneration unterscheiden. Bei den bis zu 18-jährigen Mädchen machten diese den deutlich größeren Anteil aus. Auffällig ist weiterhin, dass die Zahl der gefährdeten Mädchen zwischen 2019 und 2024 um zwei Drittel zugenommen hat, ein deutlich stärkerer Anstieg als in der Gesamtgruppe. Vor allem für diese Teilgruppe scheinen präventive Maßnahmen wichtig, um eine potenzielle Genitalverstümmelung zu verhindern.

Über alle Gruppen hinweg waren die relevantesten Herkunftsländer Eritrea, Somalia, Ägypten und Guinea. Bei den Frauen fallen zudem Indonesien und Irak als Länder mit hohen Zahlen Betroffener auf.

Die Gruppe der schutzsuchenden Mädchen und Frauen wurde zusätzlich gesondert betrachtet. Diese machen je nach betrachteter Teilgruppe zwischen 50 und 60 Prozent an der Gesamtheit aller betroffenen Mädchen und Frauen bzw. gefährdeten Mädchen aus. Der Anteil schutzsuchender Frauen und Mädchen an der Gesamtgruppe war bei den Herkunftsländern Eritrea, Somalia und Irak am größten. Da es bislang keine systematische Erfassung von Fällen gibt, in denen aufgrund von FGM Asyl beantragt oder gewährt wurde, lässt sich nicht prüfen, inwiefern dieser hohe Anteil mit einer erhöhten Bedrohung von FGM in Zusammenhang steht oder eher auf die allgemeine politische Lage im Herkunftsland zurückzuführen ist.²⁹

Grundsätzlich handelt es sich bei diesen Schätzungen um eine Annäherung an die tatsächlichen Fallzahlen durch FGM gefährdeter bzw. von FGM betroffener Frauen und Mädchen, die von den verschiedenen Angaben zu Prävalenzraten, landesspezifischem Medianalter sowie den gewählten Akkulturationsfaktoren beeinflusst werden. Zudem erfassen die Schätzungen keine eingebürgerten oder illegal in Deutschland lebende Personen, die tatsächlichen Zahlen können daher höher liegen. Es liegen keine empirisch

²⁹ Götsche, A. L. (2020).

erhobenen Daten zur tatsächlichen Gefährdung oder Betroffenheit vor, die zur Validierung der Schätzungen genutzt werden können. Allerdings basieren die Schätzungen auf einem erprobten und international anerkannten Verfahren. Wenngleich die einzelnen Ergebnisse mit einem Grad von Unsicherheit behaftet sind, zeigen die übergreifenden Tendenzen davon unabhängig auf, dass es sich bei FGM auch in Deutschland um ein relevantes und wachsendes Problem handelt. Aufgrund der schwerwiegenden Folgen für die betroffenen Frauen und Mädchen sollte dies deshalb auch durch gezielte Maßnahmen der Prävention und Aufklärung, zum Kinderschutz sowie zur medizinischen und psychosozialen Versorgung der betroffenen Frauen und Mädchen adressiert werden.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zahl der Frauen und Mädchen ohne deutsche Staatsangehörigkeit aus Herkunftsländern mit FGM-Prävalenz (Stichtag: 31.12.2024)	18
Tabelle 2: Überblick zur Vorgehensweise der Schätzung für die verschiedenen Teilgruppen	19
Tabelle 3: FGM-Medianalter und nationale Prävalenzraten im Herkunftsland nach Altersgruppen	22
Tabelle 4: Überblick über die zentralen Ergebnisse	28
Tabelle 5: Anzahl der von FGM betroffenen Frauen nach Herkunftsländern	31
Tabelle 6: Vergleich der von FGM betroffenen Frauen im Maximal-Szenario in den Jahren 2022 und 2024	33
Tabelle 7: Anzahl der potenziell von FGM betroffenen Mädchen nach Herkunftsländern	35
Tabelle 8: Anzahl der durch FGM gefährdeten Mädchen nach Herkunftsländern	37
Tabelle 9: Vergleich der durch FGM gefährdeten Mädchen im Maximal-Szenario in den Jahren 2022 und 2024	39
Tabelle 10: Anzahl der von FGM betroffenen Frauen mit Schutzstatus nach Herkunftsländern	43
Tabelle 11: Anzahl der potenziell von FGM betroffenen Mädchen mit Schutzstatus nach Herkunftsländern	45
Tabelle 12: Anzahl der durch FGM gefährdeten Mädchen mit Schutzstatus nach Herkunftsländern	47

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: 4-Phasen-Modell nach EIGE	20
Abbildung 2: Beispielrechnung zur Schätzung der Anzahl gefährdeter Mädchen für das Herkunftsland Eritrea	25
Abbildung 3: Gesamtheit und Anzahl der betroffenen oder gefährdeten Frauen bzw. Mädchen ohne deutsche Staatsbürgerschaft	29
Abbildung 4: Veränderung der Anzahl betroffener Mädchen und Frauen sowie gefährdeter Mädchen im Zeitverlauf nach dem maximalen Risikoszenario	30
Abbildung 5: Gesamtheit und Anzahl der betroffenen oder gefährdeten Frauen bzw. Mädchen ohne deutsche Staatsbürgerschaft mit Schutzstatus	40
Abbildung 6: Veränderung der Anzahl potenziell betroffener Mädchen und Frauen sowie gefährdeter Mädchen im Zeitverlauf nach dem maximalen Risikoszenario	41

Abkürzungsverzeichnis

AZR	Ausländerzentralregister
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BMBFSFJ	Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend
EIGE	European Institute For Gender Equality
EU	Europäische Union
FGC	Female Genital Cutting / weibliche Genitalbeschneidung
FGM	Female Genital Mutilation / weibliche Genitalverstümmelung
FGM/C	Female Genital Mutilation/Cutting / Weibliche Genitalverstümmelung und -beschneidung (FGM/C)
UN	Vereinte Nationen
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Quellenverzeichnis

Amtsblatt der Europäischen Union (2024). RICHTLINIE (EU) 2024/1385 DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES vom 14. Mai 2024 zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt. Abrufbar unter [Directive - EU - 2024/1385 - EN - EUR-Lex](#) (letzter Abruf am 18.09.2025).

Esho TC, Scholten J, Conradi H, et al. (2023): Amref Alternative Rites of Passage (ARP) model for female genital mutilation/cutting, teenage pregnancies, and child, early and forced marriages in Kenya: a stepped-wedge cluster randomised controlled trial protocol. *Journal of Global Health Reports*. 2023;7:e2023031. Abrufbar unter [Amref Alternative Rites of Passage \(ARP\) model for female genital mutilation/cutting, teenage pregnancies, and child, early and forced marriages in Kenya: a stepped-wedge cluster randomised controlled trial protocol | Published in Journal of Global Health Reports](#) (letzter Abruf am 18.09.2025).

Equality Now / End FGM European Network / U.S. End FG/C Network (2025): The Time is Now. End Female Genital Mutilation / Cutting (FGM/C). An Urgent Need for Global Response. Five Year Update -2025.

European Institute for Gender Equality (EIGE) (2018): Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union: Step-by-step guide, 2nd edition (2nd edition). Publications Office of the European Union.

European Institute for Gender Equality (2021). Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union: Denmark, Spain, Luxembourg and Austria. Publications Office of the European Union.

Europäische Kommission, Vertretung in Deutschland (2023): Null Toleranz gegenüber weiblicher Genitalverstümmelung: EU-Kommission fordert weltweites Ende dieses Verbrechens. Abrufbar unter [Null Toleranz gegenüber weiblicher Genitalverstümmelung: EU-Kommission fordert weltweites Ende dieses Verbrechens - Europäische Kommission](#) (letzter Abruf am 18.09.2025).

FGM/C Research Initiative (2025a): Religion & FGM/C. Abrufbar unter [Religion & FGM/C | FGM/C Research Initiative](#) (letzter Abruf am 18.09.2025).

FGM/C Research Initiative (2025b). Indonesia. Abrufbar unter [Indonesia | FGM/C Research Initiative](#) (letzter Abruf am 18.09.2025).

FGM/C Research Initiative (2025c). Malaysia. Abrufbar unter [Malaysia | FGM/C Research Initiative](#) (letzter Abruf am 18.09.2025).

Götsche, Dr. A. L. (2020). Weibliche Genitalverstümmelung im deutschen Straf- und Asylrecht. Neue Caritas - Politik Praxis Forschung, 8. Abrufbar unter [neue caritas Artikel](#) (letzter Abruf am 18.09.2025).

Integra, Ramboll Management Consulting und Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2017): Eine empirische Studie zu weiblicher Genitalverstümmelung in Deutschland. Daten – Zusammenhänge – Perspektiven. Abrufbar unter <https://www.netzwerk-integra.de/wp-content/uploads/2021/07/Eine-empirische-Studie-zu-Genitalverstümmelung-in-Deutschland.pdf> (letzter Abruf am 18.09.2025).

Inter-African-Committee on Traditional Practices (2005): DECLARATION: on the Terminology FGM; 6th IAC General Assembly, 4 - 7 April, 2005, Bamako/Mali. Abrufbar unter bamako_declaration_on_the_terminology_fgm_6th_iac_general_assembly_4_-7_april_2005.pdf (letzter Abruf 18.09.2005).

Kandala, N.-B., Nnanatu, C.C., Atilola, G., Komba, P., Mavatikua, L., Moore, Z., Mackie, G., Shell-Duncan, B. (2019): A Spatial Analysis of the Prevalence of Female Genital Mutilation/Cutting among 0–14-Year-Old Girls in Kenya. Int. J. Environ. Res. Public Health 2019, 16, 4155. Abrufbar unter [A Spatial Analysis of the Prevalence of Female Genital Mutilation/Cutting among 0–14-Year-Old Girls in Kenya](A_Spatial_Analysis_of_the_Prevalence_of_Female_Genital_Mutilation/Cutting_among_0–14-Year-Old_Girls_in_Kenya) (letzter Abruf 18.09.2005).

Kertenich H & Utz-Billing I. (2006): Weibliche Genitalverstümmelung Lebenslanges Leiden. Deutsches Ärzteblatt. Jg. 103. Heft 13. Abrufbar unter [PDF – Weibliche Genitalverstümmelung: Lebenslanges Leiden – Deutsches Ärzteblatt](PDF – Weibliche_Genitalverstümmelung:_Lebenslanges_Leiden – Deutsches_Arzteblatt) (letzter Abruf 18.09.2005).

Köbach, A., Ruf-Leuschner, M. & Elbert, T (2018): Psychopathological sequelae of female genital mutilation and their neuroendocrinological associations. BMC Psychiatry 18, 187. Abrufbar unter <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1757-0> (letzter Abruf 18.09.2005).

Orchid Project (2024). Country Profile: FGC in Malaysia. Abrufbar unter [malaysia_country_profile_v2_\(june_2024\).pdf](malaysia_country_profile_v2_(june_2024).pdf) (letzter Abruf 18.09.2005).

PLAN INTERNATIONAL (2022): Weibliche Genitalverstümmelung/ Beschneidung (FGM/C). Informationen für gefährdete und betroffene Mädchen und Frauen in Deutschland. Abrufbar unter 2022_Plan_InternationalFGMC_deutsch.pdf (letzter Abruf 18.09.2005).

Rashid A, Iguchi Y (2019): Female genital cutting in Malaysia: a mixed-methods study. BMJ Open 2019; 9:e025078. Abrufbar unter. [Female genital cutting in Malaysia: a mixed-methods study | BMJ Open](Female_genital_cutting_in_Malaysia:_a_mixed-methods_study_BMJ_Open) (letzter Abruf 18.09.2005).

RTI International (2025). Mental Health Care for People Impacted by FGM/C: A Topical Brief. Abrufbar unter [Mental Health Care for People Impacted by Female Genital Mutilation and Cutting](Mental_Health_Care_for_People_Impacted_by_Female_Genital_Mutilation_and_Cutting) (letzter Abruf 18.09.2005).

Statistisches Bundesamt (2025): Ausländerstatistik. <Ausländer: Deutschland, Stichtag, Geschlecht, Altersjahre, Migrantengeneration, Ländergruppierungen/Staatsangehörigkeit> (letzter Abruf 25.07.2025).

Statistisches Bundesamt (2025): Statistik über Schutzsuchende. [Schutzsuchende: Deutschland, Stichtag, Geschlecht, Altersjahre, Migrantengeneration, Ländergruppierungen /Staatsangehörigkeit](#) (letzter Abruf 25.07.2025).

TERRE DES FEMMES – Menschenrechte für die Frau e.V. (2022a): CHAIN. Intervention bei weiblicher Genitalverstümmelung und Früh-/ Zwangsverheiratung. Eine interdisziplinäre Handlungsempfehlung zur professionellen Arbeit mit gefährdeten oder betroffenen Mädchen und Frauen in Berlin. Abrufbar unter [Handlungsempfehlungen_TDF.pdf](#) (letzter Abruf am 18.09.2025).

TERRE DES FEMMES Menschenrechte für die Frau e.V. (2022b): Weibliche Genitalverstümmelung in Deutschland Dunkelzifferschätzung 2022. Abrufbar unter [Microsoft Word - 2022_Dunkelzifferschätzung_final.docx](#) (letzter Abruf am 18.09.2025).

UN Human Rights Council (2025): Elimination of female genital mutilation: resolution / adopted by the human Rights Council on 7 July 2025. Abrufbar unter [Elimination of female genital mutilation :](#) (letzter Abruf am 27.10.2025).

UNHCR (2013): Too Much Pain, Female Genital Mutilation and Asylum in the European Union. A Statistical Overview. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Abrufbar unter [https://www.unhcr.org/media/too-much-pain-female-genital-mutilation-and-asylum-european-union-statistical-overview](#) (letzter Abruf am 18.09.2025).

UNFPA, UNICEF, World Health Organisation (2018): Calling for the end of the medicalization of female genital mutilation. Abrufbar unter [Factsheet FGM-Medicalization-2018-06-15.pdf](#) (letzter Abruf am 18.09.2025).

UNICEF (2021): Understanding the Relationship between Child Marriage and Female Genital Mutilation: A statistical overview of their co-occurrence and risk factors. Abrufbar unter [Understanding the relationship between child marriage and female genital mutilation - UNICEF DATA](#) (letzter Abruf am 18.09.2025)..

UNICEF (2024): Over 230 million girls and women worldwide have undergone female genital mutilation. Abrufbar unter [Over 230 million women and girls subjected to female genital mutilation: UNICEF | UN News](#) (letzter Abruf am 18.09.2025).

UNICEF (2025): Female genital mutilation (FGM). [Female Genital Mutilation \(FGM\) Statistics - UNICEF Data](#) (letzter Abruf am 25.07.2025).

United Nations (2012): Intensifying global efforts and sharing good practices to effectively eliminate female genital mutilations. Resolution 67/146. Abrufbar unter [Intensifying global efforts for the elimination of female genital mutilations](#) (letzter Abruf am 18.09.2025).

United Nations (2015): Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution 70/1. Abrufbar unter [Document Viewer](#) (letzter Abruf am 18.09.2025).

United Nations (2025): Elimination of female genital mutilation. Resolution 59. Abrufbar unter [Document Viewer](#) (letzter Abruf 29.10.2025).

UNFPA-UNICEF Joint Programme on Female Genital Mutilation (2022): Manual on Social Norms and Change. Abrufbar unter [FGM-Social-norms-manual-2022.pdf](#) (letzter Abruf am 18.09.2025).

UNFPA (2025): Female genital mutilation (FGM) frequently asked questions. Abrufbar unter [Female genital mutilation \(FGM\) frequently asked questions | United Nations Population Fund](#) (letzter Abruf am 18.09.2025).

UN Women Deutschland (2024): Null Toleranz: Weibliche Genitalverstümmelung (FGM/C) stoppen. Abrufbar unter [Null Toleranz: Weibliche Genitalverstümmelung \(FGM/C\) stoppen - UN Women Deutschland](#) (letzter Abruf am 18.09.2025).

WHO (2025): Female genital mutilation. Abrufbar unter [Female genital mutilation](#) (letzter Abruf am 18.09.2025).

Ziyada M. M., Norberg-Schulz, M & Johansen R. E. (2016): [Estimating the magnitude of female genital mutilation/cutting in Norway: an extrapolation model](#) (letzter Abruf am 18.09.2025).

Impressum

Schätzung der von weiblicher Genitalverstümmelung betroffenen und gefährdeten Frauen und Mädchen in Deutschland

Aktualisierung zum Datenstand 31.12.2024

Herausgeber

Prognos AG
Goethestraße 85
10623 Berlin
Telefon: +49 30 52 00 59-210
Fax: +49 30 52 00 59-201
E-Mail: info@prognos.com
www.prognos.com

Kontakt

Kristina Stegner
E-Mail: kristina.stegner@prognos.com

Satz und Layout: Prognos AG
Stand: November 2025
Copyright: 2025, Prognos AG

HINWEIS

KI-Disclaimer

Bei der Erarbeitung dieses Kurzberichts wurde das Microsoft-Standard-KI-Tool für die Verbesserung von Formulierungen sowie zur Prüfung der Rechtschreibung verwendet.