

## Der ethische und rechtliche Umgang mit weiblicher Genitalverstümmelung in Deutschland im Vergleich zu anderen westeuropäischen Ländern

Kerstin Krása

### Inhaltsübersicht

- I. Einleitung
- II. Grundsätzliches zur weiblichen Genitalverstümmelung
- III. Gesetzliche Regelungen
- IV. Vorkommen in der medizinischen Ausbildung
- V. Ethische Richtlinien und Diskussionen
- VI. Schlußüberlegungen

Ich habe meine Tapferkeit später noch manches mal gebraucht. Aber am nötigsten hatte ich sie vielleicht als ich nach Deutschland kam. Denn ich hatte immer gedacht, daß alle Frauen auf der Welt beschnitten sind.

Nura Abdi<sup>1</sup>

### I. Einleitung

Durch Migration und Flucht afrikanischer Menschen werden auch in Deutschland und anderen europäischen Ländern vermehrt Angehörige medizinischer und sozialer Berufe mit dem Problem der weiblichen Genitalverstümmelung konfrontiert. Was wir bisher empört als grausamen Ritus im fernen Afrika wahrgenommen haben, findet zunehmend auch in Europa statt.

Nach einer von Terre des Femmes erstellten Studie lebten in Deutschland 2006 ungefähr 19.406 Frauen über 15 Jahren, die von weiblicher Genitalverstümmelung betroffen sind, und 4.289 Mädchen unter 15 Jahren, die davon bedroht sind.<sup>2</sup> Das ist

zwar gegenüber der von UNICEF errechneten Summe von über 150 Millionen betroffenen Mädchen und Frauen und jährlich geschätzten 2 Millionen neuen Fällen weltweit<sup>3</sup> eine geringe Zahl. Es zeigt aber, daß es sich auch bei uns nicht mehr nur um Einzelfälle handelt. Mangelnde Erfahrung und Ausbildung des Gesundheitspersonals in dieser Thematik können zu inadäquater medizinischer Behandlung, wie z. B. unnötigen Kaiserschnittentbindungen bei Unkenntnis der Defibulationstechnik und Empfehlung postnataler Refibulation zum Wundverschluß führen. Immer wieder berichten Patientinnen mit Genitalverstümmelung von unsensiblen Verhalten<sup>4</sup>, wie offenkundigem Erschrecken oder Erstauen während der Untersuchung oder völliger Unkenntnis der Thematik von Seiten des medizinischen Personals. Fehlende Thematisierung während der Schwangerschaft und verpaßte Chancen zur Prävention sind weitere Folgen.<sup>5</sup> Eine differenzierte Auseinandersetzung mit diesem Brauch ist jedoch notwendig, wenn verhindert werden soll, daß in Deutschland lebende Mädchen weiterhin beschnitten werden, sei es

<sup>1</sup> Nura Abdi, *Tränen im Sand*, 2003, S. 73-76.

<sup>2</sup> *Terre des Femmes*, Unterrichtsmappe: Weibliche Genitalverstümmelung, 2007, S. 36.

<sup>3</sup> Ebd. S. 27.

<sup>4</sup> Bettina Rühl, „Ich brauche kein Mitleid!“, in: UNICEF/Berufsverband der Frauenärzte/Terre des Femmes (Hrsg.), *Schnitte in Körper und Seele – Ein Umfrage zur Situation beschnittener Mädchen und Frauen in Deutschland*, o.J., S. 9-11, Internetressource: [www.unicef.de/fileadmin/content\\_media/mediathek/I0038\\_Doku\\_Beschneidung\\_01.pdf](http://www.unicef.de/fileadmin/content_media/mediathek/I0038_Doku_Beschneidung_01.pdf) (Zugriff am 1. September 2008).

<sup>5</sup> Patientinnen mit genitaler Beschneidung: Schweizerische Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegefachkräfte, S. 1, Internetressourcen: [www.sgggg.ch](http://www.sgggg.ch), [www.iamaneh.ch](http://www.iamaneh.ch) (Zugriff am 29. Juni 2008).

hier vor Ort oder aber auf Urlaubsreisen ins Ursprungsland, und wenn beschnittene Frauen sinnvolle medizinische und psychosoziale Unterstützung erhalten sollen, dann müssen Ärztinnen und Ärzte die Entstehung dieses Rituals, die Beweggründe und die Einstellung der Frauen dazu verstehen. Sie müssen aber auch die medizinischen Fakten und Behandlungsmöglichkeiten sowie die rechtlichen Hintergründe kennen. Da diese bisher im Medizinstudium nicht vermittelt werden, wäre es wünschenswert, weibliche Genitalverstümmelung, ihre medizinischen und psychischen Folgen und die medizinischen Interventionsmöglichkeiten in die Curricula der medizinischen Fakultäten aufzunehmen.

Dieser Artikel soll aufzeigen, wie sich die rechtliche Situation in den einzelnen Ländern unterscheidet, inwieweit sich deutsche und europäische Ärzte in ihrer Ausbildung und ihren ethischen Richtlinien mit diesem Thema auseinandersetzen und welche unterschiedlichen Einstellungen zu diesem Thema es in den verschiedenen Ländern gibt.

Der Beitrag konzentriert sich auf die Schweiz, Österreich und Deutschland, als deutschsprachige Länder, sowie auf Großbritannien und Frankreich, als ehemalige Kolonialmächte, als Beispiele für Länder mit einer vergleichsweise großen Zahl afrikanischer Immigranten.

## II. Grundsätzliches zur weiblichen Genitalverstümmelung

Als weibliche Genitalverstümmelung wird die teilweise oder ganze Entfernung der äußeren weiblichen Geschlechtsteile ohne jede medizinische Notwendigkeit bezeichnet. Gemäß der derzeitigen international gebräuchlichen Klassifikation der WHO werden vier Formen der Genitalverstümmelung unterschieden:

- Typ I: „Sunna“: Exzision der Vorhaut mit der ganzen oder einem Teil der Klitoris,

- Typ II: „Exzision“: Entfernung der Klitoris mit partieller oder totaler Entfernung der kleinen Labien,
- Typ III: „Infibulation“: Entfernung der ganzen oder eines Teiles der äußeren Genitalien und Zunähen des Orificium vaginae bis auf eine minimale Öffnung
- Typ IV: diverse, nicht klassifizierbare Praktiken: beispielsweise Punktion, Piercing, Einschnitt und Einriß der Klitoris.<sup>6</sup>

Die häufigste Form ist mit 80 % aller Fälle die Entfernung der Klitoris und der kleinen Schamlippen (Typ II), die extremste Form mit ca. 15 % der Fälle die Infibulation (Typ III).

Defibulation nennt man das Eröffnen einer Infibulation und Refibulation bezeichnet das Wiederezunähen einer eröffneten Infibulation z. B. nach einer vaginalen Geburt der Frau.

Es werden in der Literatur zwei unterschiedliche Begriffe verwendet. Zum einen wird von „weiblicher Genitalbeschneidung“ (engl. Female Circumcision, kurz FC) gesprochen und zum anderen von „weiblicher Genitalverstümmelung“ (engl. Female Genital Mutilation, kurz FGM). Afrikanische Aktivistinnen haben durchgesetzt, daß in der Politik letzterer Begriff verwendet wird, um deutlich zu machen, daß FGM nicht gleichgesetzt werden kann mit der Beschneidung der Vorhaut bei Jungen. Vergleichbar wäre nur eine milde Form der „Sunna“, bei der nur die Vorhaut der Klitoris entfernt wird. Im Gespräch mit betroffenen Frauen sollte allerdings immer der Begriff „Weibliche Genitalbeschneidung“ benutzt werden, um die Frauen nicht als „verstümmelt“ abzuwerten. Ich werde in diesem Artikel den Begriff „weibliche Genitalverstümmelung“ oder die englische Abkürzung FGM verwenden.<sup>7</sup>

<sup>6</sup> WHO fact sheet, Female genital mutilation, Internetressource: [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/) (Zugriff am 20. Juli 2008).

<sup>7</sup> *Terre des femmes*, Stellungnahme von TERRE DES FEMMES zur Verwendung des Begriffs „weibliche Genitalverstümmelung“, Internet-

Der Brauch der Genitalverstümmelung an Mädchen und Frauen existiert seit über 2.000 Jahren. Erste Hinweise auf die weibliche Genitalverstümmelung liefert eine Darstellung aus dem alten Ägypten. Häufig werden religiöse Beweggründe genannt, aber keine Religion schreibt sie vor. Der Brauch ist älter als das Christentum und der Islam. Keine Sure des Korans schreibt weibliche Genitalverstümmelung vor, lediglich in einigen „Hadith“ (Aussagen des Propheten Mohammed) wird darauf Bezug genommen. In den betroffenen Ländern und Regionen praktizieren sowohl Muslime, Animisten, Atheisten, Katholiken, Protestanten und orthodoxe Koppen dieses Ritual.<sup>8</sup>

Das Alter zum Zeitpunkt der FGM kann vom Säuglings- über das Kleinkindalter bis hin zu kurz vor der Eheschließung variieren. In vielen Ländern, in denen FGM praktiziert wird, ist sie ein Teil eines Initiationsritus, der den Übergang des Mädchens zur Frau feiern soll. Die Zeremonie ist dazu bestimmt, die Mädchen auf ihre Rolle als Frau und Mutter vorzubereiten. Verbunden damit sind ein Fest und Geschenke sowie eine Unterweisung in die Rolle der Frau in der Gesellschaft. Da die Mädchen nicht genau wissen, was konkret auf sie zukommt, freuen sie sich oft auf ihren „Festtag“. Die Gründe für FGM sind, wie auch die Kulturen, in denen sie vorkommt, sehr vielfältig und rational oft nicht nachzuvollziehen.

Genannt werden:

- Tradition
- Reinheitsgebot
- ästhetische und hygienische Gründe
- Bewahrung der Jungfräulichkeit
- Bewahrung der ehelichen Treue
- Voraussetzung für die Heiratsfähigkeit
- Förderung der Fruchtbarkeit

- Bewahrung der Familienehre
- Stärkung der Gruppenzusammengehörigkeit
- Steigerung der sexuellen Befriedigung des Mannes
- Angst vor männlicher Impotenz verursacht durch die Klitoris
- Angst vor einem kontinuierlichem Wachstum der kleinen Schamlippen
- Angst vor übermäßigem Wachstum der Klitoris
- Angst vor dem Tod des Neugeborenen durch Berühren der Klitoris bei der Geburt
- Notwendigkeit, die für männliche Anteile des Mädchens gehaltenen Klitoris und Schamlippen zu entfernen, damit das Kind „ganz Frau“ sein kann

Eine Folge dieser „Gründe“ ist, daß in vielen dieser Länder ein unbeschnittenes Mädchen eine Außenseiterrolle innehat und nicht die Möglichkeit bekommt, zu heiraten. Unverheiratete Frauen aber haben, da in diesen Ländern oft eine traditionelle Rollenverteilung herrscht, keine definierte Rolle in der Gesellschaft. Selbst wenn die Eltern des Mädchens gegen eine Beschneidung sein sollten, sehen sie oft keine andere Möglichkeit für ihre Tochter. Auch wird FGM oft von den Großmüttern oder anderen Verwandten durchgesetzt, manchmal auch ohne Kenntnis und Einverständnis der Eltern.

FGM wird überwiegend in 28 afrikanischen Ländern praktiziert. Der Anteil an beschnittenen Frauen in den verschiedenen Ländern ist unterschiedlich hoch. Schätzungen zufolge sind in folgenden Ländern 80–90% der Mädchen und Frauen von FGM betroffen:

Ägypten, Äthiopien, Eritrea, Gambia, Mali, Sierra Leone, Somalia und dem Sudan. Das bedeutet, daß man, wenn eine Migrantin aus diesen Ländern bei uns lebt, mit hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgehen kann,

---

ressource: [www.terre-des-femmes.de/](http://www.terre-des-femmes.de/) (Zugriff am 20.7.2008).

<sup>8</sup> Vgl. *Marion Hulverscheidt*, Weibliche Genitalverstümmelung. Diskussion und Praxis in der Medizin während des 19. Jahrhunderts im deutschsprachigen Raum, 2002.

daß sie von FGM in irgendeiner Weise betroffen ist.<sup>9</sup>

In Benin, Burkina Faso, der Demokratischen Republik Kongo, der Elfenbeinküste, Eritrea, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Indonesien, Jemen, Kamerun, Kenia, Liberia, Malaysia, Mali, Mauretanien, Niger, Togo, Tschad, Uganda, und der Zentralafrikanischen Republik werden insbesondere die Formen I und II angewendet.

In Ägypten, Äthiopien, Djibuti, Eritrea, Somalia und im Norden des Sudan wird die Infibulation durchgeführt, wobei die Formen I und II dort auch vorkommen.<sup>10</sup>

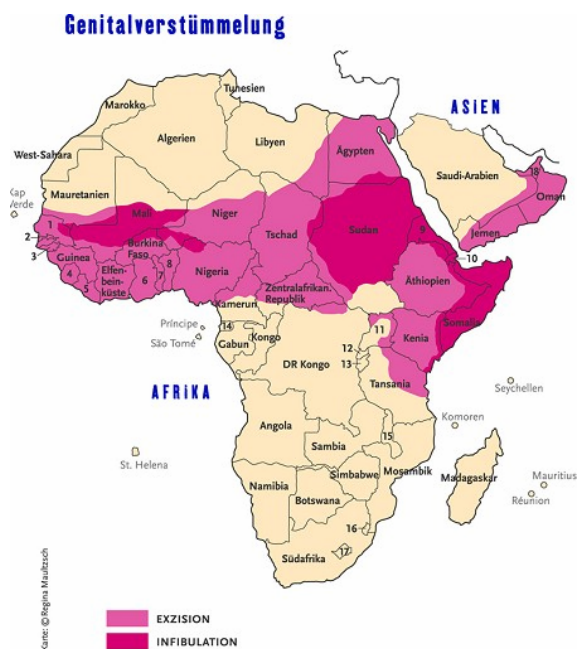


Abbildung: Verbreitung der verschiedenen Formen weiblicher Genitalverstümmelung in Afrika und Asien.<sup>11</sup>

Die medizinischen Auswirkungen der weiblichen Genitalverstümmelung sind vielfältig: Während der Beschneidung kann es, abhängig von hygienischen Bedingungen und Erfahrung der Beschneiderin, verwendeten Instrumenten und Widerstand des Opfers (wenn ein Kind sich wehrt, erhöht dies die Gefahr von Komplikationen) zu Schmerzen, Blutungen (bis hin zum Verbluten), Schock, Verletzung der umliegenden Organe und zu Infektionen mit z. B. HIV oder Tetanus durch unsaubere Beschneidungsgeräte, die oft bei mehreren Mädchen nacheinander verwendet werden, kommen. In den ersten Tagen nach der Beschneidung sind an Komplikationen zusätzlich Lokal- und Allgemeininfektionen, Schmerzen beim Wasserlassen und Urinstau zu nennen.

Chronische Langzeitfolgen können Abszesse, Klitorisneurome, chronische Infektionen der Harnwege, Blasen-, Harnleiter- und Nierensteine, Nierenschäden, Inkontinenz, Infektionen der Eileiter und des Uterus, schmerzhafte Regelblutungen durch schlecht abfließendes Menstrualblut und dadurch bedingt Unfruchtbarkeit und Infektionen der Bauchhöhle sein. Es kann an den Genitalien zu exzessiven Narbenkeloidbildungen mit Verengung des Vaginaleinganges und Hautzysten kommen.

Geschlechtsverkehr kann oft nur nach langsamer und schmerzhafter Dehnung der verbliebenen Öffnung oder in manchen Fällen extremer Infibulation sogar erst nach Aufschneiden dieser, meist durch den Mann in der Hochzeitsnacht durchgeführt, erfolgen. Der Geschlechtsverkehr kann ein Leben lang schmerzhaft bleiben, und durch den Verlust der Klitoris fehlt häufig die Orgasmusfähigkeit. Da das Verletzungsrisiko durch den Geschlechtsakt bei vielen Formen der weiblichen Genitalverstümmelung erhöht ist, erhöht dies gleichzeitig die Inzidenz für Aids und andere sexuell übertragbare Krankheiten.

<sup>9</sup> Cristine Binder-Fritz, Die weibliche Genitalverstümmelung aus ethnomedizinischer Sicht: Grundlagen der transkulturellen Betreuung von genital verstümmelten afrikanischen Frauen in der Gynäkologie und Geburtshilfe, S. 2-3, Internetressource: [www.meduniwien.ac.at/sg/files/16/306/lernunterlage\\_block\\_15\\_binder-fritz.pdf](http://www.meduniwien.ac.at/sg/files/16/306/lernunterlage_block_15_binder-fritz.pdf) (Zugriff am 20. Juli 2008).

<sup>10</sup> *Gynécologie suisse*, Patientinnen mit genitaler Beschneidung, Schweizerische Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegefachkräfte, 2005.

<sup>11</sup> Internetressource: [www.frauenrechte.de/tdf/index.php?option=com\\_content&task=](http://www.frauenrechte.de/tdf/index.php?option=com_content&task=)

[category&sectionid=13&id=111&Itemid=84](http://www.frauenrechte.de/tdf/index.php?option=com_content&task=category&sectionid=13&id=111&Itemid=84). (Zugriff am 20. Juli 2008).

Während der Geburt kommt es regelmäßig zu Problemen, da das Narbengewebe am Scheideneingang nicht so dehnbar ist und viel schneller oder weiter reißen kann als normal. Infibulierte Frauen müssen meist aufgeschnitten werden, um dem Kind die Geburt zu ermöglichen. Falls keine anatomisch ausgebildete Geburtshelferin bei der Geburt zugegen ist, kann es zu einem Wehenstillstand oder auch zu ausgedehnten Dammrissen kommen. Das bedeutet eine erhöhte Lebensgefahr für Mutter und Kind. Nach der Geburt werden die Frauen in ihrer Heimat meist wieder refibuliert, wobei die Narbenränder beschnitten werden, da sie nicht gut durchblutet sind und deshalb schlecht heilen. Das ständige Schneiden und Nähen nach jeder Geburt kann daher zu verhärteten Narben und Gewebsverlusten führen.

Die Beschneidung selbst wird von vielen Frauen als Trauma erlebt. An psychischen Langzeitfolgen sind Depressionen und posttraumatische Belastungsstörungen zu nennen.

### III. Gesetzliche Regelungen

#### *Schweiz*

Man geht von ca. 10.000 afrikanischen Immigrantinnen aus, die aus Ländern kommen in denen FGM praktiziert wird. Davon sind 6.000 bis 7.000 bereits betroffen oder gefährdet.<sup>12</sup>

Zwei Rechtsgutachten<sup>13</sup> der UNICEF Schweiz unterscheiden in der Rechtsprechung zwischen Inzision (Typ I - Sunna) und anderen Formen (Typ IV) der Genitalverstümmelung in Gegensatz zu Exzision oder Klitorisdektomie (Typ II) und Infibulation (Typ III). Bei Typ II und Typ III wird

von einer schweren Körperverletzung gemäß § 122 Abs. 21 StGB<sup>14</sup> ausgegangen, da in diesem Fall ein wichtiges Organ oder Glied verstümmelt oder unbrauchbar gemacht wurde.<sup>15</sup> Bei Typ I und Typ IV muß im Einzelfall entschieden werden, ob es sich um eine schwere Körperverletzung gemäß § 122 StGB oder um eine einfache Körperverletzung handelt. Das schweizerische Strafrecht unterscheidet bei den strafbaren Eingriffen in die körperliche Integrität zwischen:

1. das sozial Übliche übersteigenden Eingriffen, die keine Schädigung von Körper und Gesundheit bewirken (Art. 126 StGB: Tätlichkeiten),
2. Eingriffen in die körperliche Integrität, die eine Schädigung von Körper oder Gesundheit bewirken, aber andererseits keine schwere Körperverletzung darstellen (Art. 123 StGB: einfache Körperverletzungen), und
3. lebensgefährlichen oder gleichwertigen Körperverletzungen (Art. 122 StGB: schwere Körperverletzung).<sup>16</sup>

Es muß im Einzelfall geprüft werden, ob der Einschnitt oder die Entfernung der Vorhaut die Klitoris verstümmelt oder unbrauchbar gemacht hat, oder eine bleibende geistige Schädigung der Gesundheit hervorgerufen worden ist. Nur dann handelt es sich um eine schwere Körperverletzung, da ein wichtiges Organ oder Glied verstümmelt oder unbrauchbar gemacht wurde. Das gilt umso mehr bei Verstümmelungsformen vom Typ IV, wobei auch hier einzeln entschieden werden muß, ob eine schwere Körperverletzung vorliegt. Sicher ist jedoch, daß die erwähnten Eingriffe auf jeden Fall eine Körperverletzung darstellen, da es sich ausnahmslos um Eingriffe handelt, die ihrer Intensität nach ü-

<sup>12</sup> *Gynécologie suisse* (Fn. 10), S. 6.

<sup>13</sup> *Marcel Alexander Niggli/Anne Berkemeier*, Rechtsgutachten für UNICEF Schweiz: Zur Frage der Strafbarkeit weiblicher Genitalverstümmelung gemäss den Typen I und IV, 2007, und *Stefan Trechsel/Regula Schlauri*, Rechtsgutachten für UNICEF Schweiz: Weibliche Genitalverstümmelung in der Schweiz, 2004.

<sup>14</sup> Schweizerisches Strafgesetzbuch v. 21. Dezember 1937 (Stand am 1. August 2008), Internetressource: [www.admin.ch/ch/d/sr/3/311.0.de.pdf](http://www.admin.ch/ch/d/sr/3/311.0.de.pdf).

<sup>15</sup> *Trechsel/Schlauri* (Fn. 13), S. 10-17.

<sup>16</sup> *Niggli/Berkemeier* (Fn. 13), S. 6.

ber das normale Maß der Tätlichkeit nach Art. 126 StGB hinausgehen.

Weiterhin existiert der Straftatbestand der qualifizierten Körperverletzung, die zwar keine schwere Schädigung herbeiführt, die sich aber in der Ausführung von den anderen (einfachen) Körperverletzungen unterscheidet. Es geht dabei einerseits um Körperverletzungen mit bestimmten Tatwaffen (Art. 123 Nr. 2 Abs. 2 StGB: Gift, Waffe, gefährliche Gegenstände) und andererseits um Körperverletzungen an bestimmten Opfern (Art. 123 Nr. 2 Abs. 3 StGB: Wehrlose, unter der Obhut des Täters stehende Personen wie z. B. Kinder; Art. 123 Nr. 2 Abs. 4: Ehegatten und Lebenspartner/innen).

Bei der weiblichen Genitalverstümmelung dürfte praktisch jede Verwendung eines Werkzeugs, das dazu genutzt wird, an einer sehr stark durchbluteten Stelle des weiblichen Körpers, den Genitalien, zu schneiden, zu stechen, zu schaben etc., eine gefährliche Verwendung darstellen und damit die Gefahr einer schweren Körperverletzung beinhalten. Umso mehr gilt dies, da die Genitalverstümmelung meist von medizinisch unerfahrenen Menschen in unhygienischen Umgebungen ausgeführt wird. Somit scheint allein schon durch die äußeren Umstände die Gefahr einer schweren Gesundheitsschädigung im Sinne des Art. 122 StGB gegeben.<sup>17</sup>

Da die weibliche Genitalverstümmelung in den allermeisten Fällen an Minderjährigen ausgeführt wird, stellen diese Genitalverstümmelungspraktiken mindestens den objektiven Tatbestand einer einfachen qualifizierten Körperverletzung dar.<sup>18</sup>

Eltern des beschnittenen Mädchens können als Mittäter zur Rechenschaft gezogen werden. Das Schweizer Strafgesetzbuch enthält zwar keine Definition der Mittäterschaft, aber nach Auffassung des Bundesgerichts ist Mittäter,

wer bei der Entschließung, Planung oder Ausführung eines Deliktes vorsätzlich und in maßgeblicher Weise mit anderen Tätern zusammenwirkt, so daß er als Hauptbeteiligter dasteht; dabei kommt es darauf an, ob der Tatbeitrag nach den Umständen des konkreten Falles und dem Tatplan für die Ausführung des Deliktes so wesentlich ist, daß sie mit ihm steht und fällt.<sup>19</sup>

Das kann bei Mitwirkung und Planung der Fall sein, als Indiz dafür könnte hierbei das eigene Interesse an der Tat gewertet werden. Viel eher können Eltern allerdings belangt werden, wenn die entsprechende Person, meist die Mutter, bei der Verstümmelung direkt mitwirkt. Das wäre der Fall, wenn die Mutter bei der Genitalverstümmelung anwesend ist und ihre Tochter während des Eingriffs festhält. Doch bereits die Anwesenheit bei der Tatausführung auch ohne notwendige aktive Mitwirkung kann Mittäterschaft begründen, da das Opfer in einem Abhängigkeits- und Autoritätsverhältnis zu den Eltern steht, was die Duldung des Eingriffs normalerweise erheblich fördern wird.<sup>20</sup>

Das Bundesamt für Justiz stellt fest, daß ein Arzt, der von einer in der Schweiz vorgenommenen rituellen Beschneidung Kenntnis erhält, nach § 358<sup>ter</sup> StGB ungeachtet des ärztlichen Berufsgeheimnisses berechtigt ist, diese den vormundschaftlichen Gerichten mitzuteilen.<sup>21</sup>

Im Jahr 2008 sind zum ersten Mal überhaupt in der Schweiz zwei Urteile im Zusammenhang mit Genitalverstümmelung gefällt worden. Eine Frau wurde verurteilt, weil sie ihre Halbschwester nicht geschützt hatte. Das Mädchen wurde in seinem Herkunftsland Somalia beschnitten. Verurteilt wurde die 50-jährige Halbschwester des Opfers. Sie wurde für schuldig befunden, die Fürsorge- und Erziehungspflicht verletzt zu haben. Das Gericht erteilte ihr eine Gefängnisstrafe von sechs Monaten auf

<sup>17</sup> Niggli/Berkemeier (Fn. 13), S. 9.

<sup>18</sup> Ebd., S. 11.

<sup>19</sup> Ebd., S. 13.

<sup>20</sup> Ebd., S. 13.

<sup>21</sup> Stellungnahme des schweizerischen Bundesamtes für Justiz vom 4. Februar 1994.

Bewährung. Weil in Somalia die Genitalverstümmelung nicht strafbar ist, konnte man die Halbschwester nicht wegen schwerer Körperverletzung verurteilen. Das Opfer war im Alter von drei Jahren in die Schweiz gekommen. Bis 2001 lebte es bei seiner Halbschwester. Im Alter von 13 Jahren schickte diese es zurück zu seiner Mutter nach Somalia, einer Nomadin. Dort wurde die Genitalverstümmelung durchgeführt – laut der Untersuchungsrichterin unter mangelhaften hygienischen Bedingungen in freier Natur.<sup>22</sup> Bei einem weiteren Fall liegt die Genitalverstümmelung bereits über zehn Jahre zurück. Die aus Somalia stammenden Eltern ließen 1996 ihre damals 2-jährige Tochter an ihrem Wohnort im Zürcher Oberland beschneiden. Ein Arzt bemerkte während einer Untersuchung vom September 2007 beim heute 13-jährigen Mädchen die Folgen davon und meldete dies der Vormundschaftsbehörde. Diese reichte Anzeige ein. Die Eltern wurden 2008 wegen Anstiftung zu schwerer Körperverletzung zu zwei Jahren Freiheitsentzug auf Bewährung verurteilt.<sup>23</sup>

### Deutschland<sup>24</sup>

Für Deutschland geht man von knapp 20.000 Frauen über 15 Jahren aus, die von weiblicher Genitalverstümmelung betroffen sind, und 4.289 Mädchen unter 15 Jah-

ren, die davon bedroht sind.<sup>25</sup> Den Straftatbestand der Genitalverstümmelung gibt es im deutschen Strafgesetzbuch<sup>26</sup> nicht. Vorsätzliche Verstümmelung der Genitalien gilt als Körperverletzung nach § 223 StGB und ist somit strafbar. Demnach wird bestraft, wer andere körperlich mißhandelt oder deren Gesundheit schädigt. Wegen der Verletzung der Opfer an seinen Geschlechtsteilen ist ein Vorliegen dieser Tatbestandsvoraussetzung bei FGM offensichtlich, selbst wenn der Eingriff unter Betäubung und unter sterilen Bedingungen ausgeführt wird. Körperverletzung wird mit einer Freiheitsstrafe von bis zu fünf Jahren oder einer Geldstrafe belegt.

Auch die Voraussetzung für eine gefährliche Körperverletzung nach § 224 Abs. 1 Nr. 2 StGB (Gefährliche Körperverletzung mittels eines gefährlichen Werkzeuges) ist durch die Verwendung eines Tatwerkzeuges meist gegeben.

Außerdem kommen oft § 224 Abs. 1 Nr. 4 StGB (Begehung mit einem anderen Beteiligten gemeinschaftlich) und § 224 Abs. 1 Nr. 5 StGB (Begehung mittels einer das Leben gefährdenden Behandlung) in Frage. Das Strafmaß für gefährliche Körperverletzung ist mit Freiheitsstrafe bis zu zehn Jahren, in minder schweren Fällen von drei Monaten bis fünf Jahren zu ahnden.

Weiterhin können der § 225 StGB (Mißhandlung von Schutzbefohlenen) häufig sogar mit § 225 Abs. 3 Nr. 1 oder 2 StGB (die Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung oder einer erheblichen Schädigung der körperlichen und seelischen Entwicklung) und in Einzelfällen auch § 226 Abs. 1 Nr. 2 (Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit) eine Rolle spielen.

Auch die Einwilligung der Eltern des Mädchens bzw. der Frau oder des Mädchens

<sup>22</sup> Vgl. „Sprechzimmer“ vom 13. Juni 2008, Internetressource: [http://sprechzimmer.ch/sprechzimmer/Frauen/Genitalverstuemmelingen\\_Erstes\\_Urteil\\_in\\_der\\_Schweiz/php](http://sprechzimmer.ch/sprechzimmer/Frauen/Genitalverstuemmelingen_Erstes_Urteil_in_der_Schweiz/php) (Zugriff am 27. Juli 2008).

<sup>23</sup> Vgl. NZZ online vom 26.6.2008 Internetressource: [www.nzz.ch/nachrichten/zuerich/elternpaar\\_wegen\\_beschneidung\\_seiner\\_tochter\\_verurteilt\\_1.769848.html](http://www.nzz.ch/nachrichten/zuerich/elternpaar_wegen_beschneidung_seiner_tochter_verurteilt_1.769848.html) (Zugriff am 31. Juli 2008).

<sup>24</sup> Vgl. *Perdita Kroeger*, Überwindung weiblicher Genitalverstümmelung in Deutschland – Rechtspolitische Dimensionen: Vortrag auf der Konferenz „Weibliche Genitalverstümmelung beenden: Erfahrungen aus Afrika und Europa – Perspektiven für Deutschland“ Dezember 2006 in Berlin, Internetressource: [www.bmz.de/de/themen/FGM/Konferenz/index.html](http://www.bmz.de/de/themen/FGM/Konferenz/index.html) (Zugriff am 2. September 2008).

<sup>25</sup> *Terre des Femmes* (Fn. 2), S. 36.

<sup>26</sup> Strafgesetzbuch vom 15. Mai 1871 (RGBl. 1871 S. 127) in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 13. August 2008 (BGBl. I S. 1690).

selbst zur Beschneidung ändert diese Straftatbestände nicht, da nach § 228 StGB auch derjenige, der eine Körperverletzung mit Einwilligung des Opfers vornimmt rechtswidrig handelt, wenn die Tat gegen die guten Sitten verstößt. Nach der deutschen Rechtsordnung ist dies bei einer Beschneidung von Frauen und Mädchen grundsätzlich anzunehmen.

Eine weitere Schwierigkeit besteht darin, daß Eltern, die aus einem Land stammen, in dem Genitalverstümmelung üblich ist und in Deutschland leben, das Kind in den meisten Fällen bei einer Reise ins Heimatland oder Ausland beschneiden lassen.

Der Ausführende wäre nur dann zu belangen, wenn das betroffene Mädchen die deutsche Staatsangehörigkeit besitzt, der Täter ebenfalls zur Tatzeit Deutscher war oder danach geworden ist.

Die Eltern allerdings machen sich in diesem Fall auch nach deutschem Strafrecht strafbar, nämlich der mittäterschaftlichen Begehung oder zumindest der Anstiftung oder Beihilfe (§ 9 Abs. 2 Satz 2 StGB), da sie ihren Tatbeitrag in Deutschland begangen haben. Das gilt auch dann, wenn die Beschneidung in dem Land, in dem sie vorgenommen wird, nicht strafbar ist.

Rechtspolitisch wird der Vorschlag diskutiert, die Genitalverstümmelung in den Katalog des § 226 StGB (Schwere Körperverletzung) aufzunehmen.<sup>27</sup> Genitalverstümmelung wäre mit Freiheitsentzug von mindestens einem Jahr bedroht und ein Verbrechen. Daran würden sich aber bestimmte rechtliche Folgen knüpfen. Eine Einstellung des Verfahrens wäre ausgeschlossen. Ein Ausländer, der zu einer Freiheitsstrafe von mindestens drei Jahren

verurteilt worden ist, muß ausgewiesen werden. Das wiederum kann negative Folgen für das oft minderjährige Opfer haben.

Doch obwohl das deutsche Strafrecht auch ohne diese Verschärfung einige Vorschriften enthält, mit denen Genitalverstümmelung geahndet werden kann, ist es bisher nicht zu einem einzigen Fall einer Verurteilung oder eines Strafverfahrens gekommen.

Im Rahmen von nicht strafrechtlichen Verfahren beschäftigten sich deutsche Gerichte allerdings mehrfach mit weiblicher Genitalverstümmelung, so kann die konkret drohende Genitalverstümmelung ein Abschiebehindernis darstellen.

Bei einer drohenden Genitalverstümmelung hat das Familiengericht nach § 1666 Abs. 1 Satz 1 BGB die Möglichkeit, zur Abwendung der Gefahr erforderliche Maßnahmen zu treffen. Das kann von Ge- und Verboten bis hin zur Entziehung einzelner Teile oder der gesamten Personensorge bzw. der Trennung des Kindes von den Eltern reichen. Der BGH stellte hierzu fest, daß die bestehende Gefahr, daß ein Mädchen gambischer Staatsangehörigkeit, während eines Aufenthalts in Gambia beschnitten werde, es rechtfertige, daß der Mutter das Aufenthaltsbestimmungsrecht nach § 1666 Abs. 1 BGB insoweit entzogen wird, als es um die Entscheidung geht, ob das Kind nach Gambia reisen darf.<sup>28</sup>

Ärztinnen und Ärzte haben das Recht bei einer drohenden Genitalverstümmelung ihre Schweigepflicht zu brechen, eine Meldepflicht, wie z. B. in Frankreich, gibt es nicht.

Auch wenn das betreffende Kind eine ausländische Staatsangehörigkeit hat, können Maßnahmen zu seinem Schutz nach Artikel 8, 13 und 20 der Brüssel IIa-Verordnung und Artikel 2 des Haager Minderjährigenschutzabkommens von 5. Oktober 1961 getroffen werden.

---

<sup>27</sup> Etwa *Deutscher Juristinnenbund*, Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung des BT-Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zum Thema „Bekämpfung von Genitalverstümmelungen“ am Mittwoch, 19. September 2007 (vom 17. September 2007), Internetressource: <http://www.djb.de/Kommissionen/kommission-gewalt-gegen-frauen-und-kinder/st07-20-Genitalverstuemmung/> (Zugriff am 2. September 2008).

---

<sup>28</sup> BGH, 12. Zivilsenat, Urteil vom 15. Dezember 2004, Aktenzeichen XII ZB 166/03 = NJW 2005, S. 672-674 (Leitsatz und Gründe).



## Österreich

Es leben geschätzte 13.380 afrikanische Immigrantinnen in Österreich,<sup>29</sup> ungefähr 8.000 aus Ländern, in denen FGM praktiziert wird und die deshalb als gefährdet gelten.<sup>30</sup>

2002 wurde ein spezielles Gesetz eingeführt, um weibliche Genitalverstümmelung zu verhindern.

§ 90 Abs. 3 des österreichischen Strafgesetzbuches<sup>31</sup> lautet:

In eine Verstümmelung oder sonstige Verletzung der Genitalien, die geeignet ist, eine nachhaltige Beeinträchtigung des sexuellen Empfindens herbeizuführen, kann nicht eingewilligt werden.

In Zusammenhang mit § 83 öStGB (Körperverletzung), § 84 öStGB (Schwere Körperverletzung), § 85 öStGB (Körperverletzung mit schweren Dauerfolgen), § 86 öStGB (Körperverletzung mit Todesfolge) und § 87 öStGB (absichtliche schwere Körperverletzung) können Strafen von bis zu zehn Jahren Freiheitsentzug ausgesprochen werden.

Seit dem 1. Juli 2006 ist eine Änderung des öStGB in Kraft, nach der die Verjährungsfrist bei Genitalverstümmelung erst ab der Vollendung des 18. Lebensjahrs beginnt.

Nach § 62 öStGB gelten die österreichischen Strafgesetze für alle Taten, die im Inland begangen worden sind, d. h. jede in

Österreich begangene Genitalverstümmelung ist nach österreichischem Recht strafbar, selbst wenn sowohl Opfer als auch Täter Ausländerinnen sind. Allerdings reicht es nach § 67 Abs. 2 öStGB aus, daß ein Handlungsteil im Inland stattgefunden hat, um eine Inlandstat zu begründen. Das Verschicken oder Verbringen aus dem Inland könnte dabei als inländischer Tatbeitrag gewertet werden, die Beauftragung des Täters aus dem Inland als gleichfalls inländische Gerichtsbarkeit begründende Bestimmungstäterschaft.<sup>32</sup>

## Großbritannien

Großbritannien war das erste Land, das 1985 mit dem „Female Circumcision Act“ ein spezielles Gesetz zur Verhinderung von FGM erlassen hat. 2003 wurde er ausgeweitet und verändert zum „Female Genital Mutilation Act“.<sup>33</sup> Durch ihn sind alle Formen der FGM verboten.<sup>34</sup>

Eine wichtige Änderung betraf die Erhöhung des Strafmaßes von 5 auf bis zu 14 Jahre Freiheitsentzug. Der Female Genital Mutilation Act 2003 stellt fest:

(1) Eine Person begeht eine Straftat, wenn er die Labia majora oder Labia minora oder die Klitoris einer anderen Person exzidiert, infibuliert oder auf andere Weise ganz oder teilweise verstümmelt [...].

Hierbei sind medizinisch indizierte Operationen durch Fachpersonal ausgenommen. Weiterhin wird in der Vorschrift die Hilfestellung für ein Mädchen bei Verstümmelung der eigenen Genitale unter Strafe gestellt (2). Ebenso ist es strafbar, einer Per-

<sup>29</sup> *Afrikanische Frauenorganisation in Wien*, Die Anwendung der FEMALE GENITAL MUTILATION (FGM) bei Migrantinnen in Österreich, 2000, S. 18, Internetressource: [www.plan-s.ch/IMG/pdf/FGM\\_OGF\\_de-3.pdf](http://www.plan-s.ch/IMG/pdf/FGM_OGF_de-3.pdf) (Zugriff am 20. Juli 2008).

<sup>30</sup> *Sophie Poldermans*, Combating Female Genital Mutilation in Europe, 2006, S. 64. Internetressource: [www.stopfgm.net/dox/SPoldermansFGMinEurope.pdf](http://www.stopfgm.net/dox/SPoldermansFGMinEurope.pdf) (Zugriff am 20. Juli 2008).

<sup>31</sup> Bundesgesetz vom 23. Jänner 1974 über die mit gerichtlicher Strafe bedrohten Handlungen (Strafgesetzbuch - StGB), BGBl. Nr. 60/1974, zuletzt geändert durch Strafrechtsänderungsgesetz 2008 (BGBl. I Nr. 109/2007); Internetressource: [www.ris.bka.gv.at/bundesrecht](http://www.ris.bka.gv.at/bundesrecht) (Zugriff am 3. September 2008).

<sup>32</sup> *Petra Smutny*, Tradition als Tarnanzug für (Menschen)Rechtsverletzungen - Überlegungen zu FGM aus rechtlicher Sicht, in: ÖGF Dokumentation der Veranstaltung weibliche Genitalverstümmelung (FGM) 8. Mai 2001, Wien, S. 26-27. Internetressource: [www.plan-s.ch/IMG/pdf/FGM\\_OGF\\_de-3.pdf](http://www.plan-s.ch/IMG/pdf/FGM_OGF_de-3.pdf) (Zugriff am 18. Juli 2008).

<sup>33</sup> Female Genital Mutilation Act 2003. Internetressource: [http://www.opsi.gov.uk/acts/acts2003/ukpga\\_20030031\\_en\\_1](http://www.opsi.gov.uk/acts/acts2003/ukpga_20030031_en_1) (Zugriff am 20. Juli 2008).

<sup>34</sup> *Smutny* (Fn. 32), S. 51.

son mit britischer Staatsbürgerschaft oder einer Person, die nicht die britische Staatsbürgerschaft hat, zu helfen, im Ausland ein Mädchen mit britischer Staatsbürgerschaft genital zu verstümmeln (3).

Bisher wurde noch niemand vor Gericht deswegen verurteilt, aber die Behörden haben mit der „Wardship Jurisdiction“ ein anderes gesetzliches Mittel, gefährdete Mädchen zu schützen: Der Betreuungsprozeß stellt einen schnellen und unkomplizierten Schutz des gefährdeten Mädchens dar, indem bestimmte Handlungen der Eltern das Mädchen betreffend einer gerichtlichen Erlaubnis bedürfen, z. B. für eine Auslandsreise (dies richtet sich nach dem „Children Act 1989“). Das Mädchen wird dabei nicht notwendigerweise vom Elternhaus entfernt. Zudem kann der Betreuungsprozeß von jeder Person, die berechtigtes Interesse am Wohlergehen des Kindes hat, initiiert werden. Im Augenblick wird noch diskutiert, ob FGM als siebte Kategorie in das sog. „At-risk-register“ aufgenommen werden soll. Das DHS (Department of Health and Human Services) hat Richtlinien herausgegeben, die es erlauben, daß ein Kind in dieses Register eingetragen wird.<sup>35</sup>

### Frankreich

Die Zahl der in Frankreich lebenden Afrikanerinnen wurde bereits 1991 auf 500.000 geschätzt, darunter 25.000, die dem Ritual unterworfen wurden, und 36.000 Mädchen, die gefährdet sind, das gleiche Schicksal zu erleiden.<sup>36</sup> Frankreich war bis zum Jahr 2008 das einzige europäische Land, in dem Verurteilungen wegen weiblicher Genitalverstümmelung ausgesprochen worden sind. 1991 wurde zum ersten Mal eine Beschneiderin zu einer Gefängnisstrafe von

fünf Jahren verurteilt.<sup>37</sup> Bei der Strafverfolgung wegen weiblicher Genitalverstümmelung finden die folgenden Vorschriften des Code Pénal<sup>38</sup> Anwendung: Art. 222-9

Gewalthandlungen, die eine Verstümmelung oder eine dauerhafte Behinderung bewirken, werden mit 10 Jahren Freiheitsstrafe und mit 1 Million Francs Geldstrafe bestraft.

und Art. 222-10 Code Pénal

Die in Art. 222-9 bezeichnete Straftat wird mit 15 Jahren Zuchthaus bestraft, wenn sie begangen wird: (1) an einem Minderjährigen unter 15 Jahren; [...] (8) von mehreren Personen als Täter oder Teilnehmer; [...] Die Strafe erhöht sich auf 20 Jahre Zuchthaus, wenn die in Art. 222-9 bezeichnete Straftat an einem Minderjährigen unter 15 Jahren von einem ehelichen, nichtehelichen oder Adoptivverwandten aufsteigender Linie oder jeder anderen Person begangen wird, deren Aufsicht der Minderjährige untersteht.

Im Falle eines unbeabsichtigten Todes infolge der Verstümmelung ist Art. 222-7 Code Pénal anwendbar:

Gewalttätigkeiten, die zum Tod des Opfers geführt haben, ohne daß Tötungsvorsatz vorlag, werden mit 15 Jahren Zuchthaus bestraft.

Weiterhin ist es nach Art 113-7 Code Pénal möglich, Straftaten zu verfolgen, die im Ausland an einem französischen Staatsbürger begangen werden:

Das französische Strafgesetz gilt für jedes Verbrechen sowie für jedes mit Gefängnisstrafe bedrohte Vergehen, das von einem Franzosen oder einem Ausländer außerhalb des französischen Staatsgebiets begangen wird, wenn das Opfer zur Zeit der Tat die französische Staatsangehörigkeit besitzt.

<sup>35</sup> Marion Rosenke, Die rechtlichen Probleme im Zusammenhang mit der weiblichen Genitalverstümmelung, 2000, S. 85.

<sup>36</sup> Barbara Ungeheuer, Auf die Klinge setzen, in: DIE ZEIT, Nr. 44 vom 25. Oktober 1991, S. 99.

<sup>37</sup> Doris Nyfeler/Dominique Béguin Stöckli, Genitale Verstümmelung – Afrikanische Migrantinnen in der schweizerischen Grundversorgung (Arbeitsblätter Nr. 10, Institut für Ethnologie, Universität Bern), 1994, Internetressource: [www.anthro.unibe.ch/unibe/philhist/anthro/content/e1765/e1766/e1940/e1942/e1943/files1944/ab10\\_ger.pdf](http://www.anthro.unibe.ch/unibe/philhist/anthro/content/e1765/e1766/e1940/e1942/e1943/files1944/ab10_ger.pdf) (Zugriff am 20. Juli 2008).

<sup>38</sup> Art. 222-9 Code Pénal, Internetressource: <http://archiv.jura.uni-saarland.de/BIJUS/codepenal/livre2/index.html> (Zugriff am 20. Juli 2008).

Bemerkenswert ist, daß Frankreich das einzige europäische Land ist, in dem regelmäßig und systematisch Gerichtsverfahren im Zusammenhang mit FGM durchgeführt werden. Seit 1975 fanden 35 bis 40 Verfahren zu Genitalverstümmelung an Minderjährigen statt.<sup>39</sup>

Im Jahre 1985 waren noch 25 % aller afrikanischen weiblichen Babys, die in einigen französischen Krankenhäusern untersucht wurden, genitalverstümmelt, im Jahre 1992 nur noch 4 %. Hier besteht ein möglicher Zusammenhang mit den Bestrafungen.<sup>40</sup>

#### IV. Thematisierung in der medizinischen Ausbildung

Explizit ist weibliche Genitalverstümmelung in keinem der untersuchten Länder im Lernzielkatalog des Medizinstudiums ausdrücklich vorgesehen. Ungeachtet dessen gibt es in den Ausbildungsordnungen einzelner Länder zumindest Ansatzpunkte dafür, die Thematik anzusprechen.

Nach dem neuen Schweizer Lernzielkatalog für das Medizinstudium, der Ende 2008 in Kraft treten wird, soll der Arzt bei Abschluß des Studiums in der Lage sein, eine gute medizinische Versorgung und die Sicherheit des Patienten zu gewährleisten. Das impliziert auch, Verständnis für den sozialen und kulturellen Hintergrund des Patienten zu haben und dies in seine Behandlung einfließen zu lassen. Man kann argumentieren, daß die Erfüllung dieser allgemeinen Lernziele nur möglich ist, wenn man sich der Problematik der Genitalverstümmelung bewußt ist. Letztlich liegt es aber in der Lehrfreiheit des einzelnen Mitglieds des Lehrkörpers (bzw. seiner Interpretation dieser Lernziele), ob es auf die konkrete Problematik der Genitalverstümmelung eingeht.

<sup>39</sup> *Sophie Poldermans*, Combating Female Genital Mutilation in Europe, 2006, Internetressource: [www.stopfgm.net/dox/SPoldermansFGMinEurope.pdf](http://www.stopfgm.net/dox/SPoldermansFGMinEurope.pdf) (Zugriff am 20. Juli 2008).

<sup>40</sup> *Rosenke* (Fn. 35), S. 106-107.

In Österreich ist eine Behandlung der FGM ebenfalls nicht generell vorgesehen, aber die Medizinische Universität Wien bietet zum Beispiel seit 1994 im Lernblock 15 einen speziellen Teil Ethnomedizin mit dem Schwerpunkt weibliche Genitalverstümmelung<sup>41</sup> an.

Zur Situation in Großbritannien ergab eine Anfrage beim Centre for Ethics in Medicine der Universität Bristol folgende Antwort:<sup>42</sup>

FGM is not taught formerly in the curriculum. In the obstetrics and gynaecology attachment it may be taught in an opportunistic way i.e. if there is a case example [...] however it is not part of our syllabus. Some students opt to focus on FGM for their student selected component but again this is not formal or compulsory.

#### V. Ethische Richtlinien und Diskussionen

Alle vorhandenen Richtlinien sprechen sich ganz klar gegen weibliche Genitalverstümmelung aus. Die Diskussionen, die es früher zur Medikalisierung der FGM z. B. in den Niederlanden aufgrund der Bartels-Haaijer-Studie<sup>43</sup> gab, daß es doch humaner wäre, die Mädchen, wenn sie schon beschnitten werden, unter klinischen Bedingungen mit Narkose und von Ärzten beschneiden zu lassen, um die Komplikationen und extreme Beschneidungen zu verhindern, kommen allerdings immer wieder. So schlägt z. B. *Marion Rosenke* in ihrer Dissertation ein Informationsmodell durch eine Pflichtberatung vor, mit dem Ziel der Verhinderung einer FGM für die Familien gefährdeter Mädchen. Die Nichtteilnahme an dieser Pflichtberatung soll unter Strafe gestellt werden. Falls sich die Eltern aller-

<sup>41</sup> Studienplanführer Diplomstudium Humanmedizin N202 Block 15 Internettressource: [http://www.meduniwien.ac.at/index.php?id=92&content\\_id=sg/18/202/5242.php&parent\\_id=5232](http://www.meduniwien.ac.at/index.php?id=92&content_id=sg/18/202/5242.php&parent_id=5232) (Zugriff am 28. Juli 2008).

<sup>42</sup> Email-Korrespondenz vom 12. März 2008 mit Prof. *Ruud ter Meulen*, Chair/Director, Centre for Ethics in Medicine, University of Bristol.

<sup>43</sup> *Rosenke* (Fn. 35), S. 97-100.

dings nach erfolgter Beratung trotzdem für eine FGM ihrer Tochter entscheiden sollen sie dies mit einem „Beratungsschein“ in einer deutschen Klinik von Ärzten ausführen lassen dürfen, ohne daß sie oder der Arzt sich dabei strafbar machen, mit der Einschränkung, daß Infibulation auf Stecknadelkopfgröße verboten bleibt. Den Vorteil dieser Regelung sieht sie zum einen darin, daß die Betroffenen nicht ohne Betäubung von „Pfuschern“ beschnitten werden. Zum anderen könne man zum Preis dieser, ihrer Meinung nach wahrscheinlich verschwindend geringen Anzahl von Fällen, in einer ungleich größeren Anzahl von Fällen die körperlich-seelische Integrität der betroffenen Frauen und Mädchen schützen.<sup>44</sup>

Unterschiedliche Meinungen gibt es auch hinsichtlich der Refibulation nach einer Geburt und der Meldung der Verstümmelung an Gerichte in Abwägung gegen die ärztliche Schweigepflicht. Diese sollen nach Ländern getrennt dargestellt werden:

### *Schweiz*

Hier existieren für Patientinnen mit genitaler Beschneidung Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegefachkräfte.<sup>45</sup> Bezüglich einer Refibulation heißt es darin ausführlicher:

Die Patientin muß in den Entscheidungsprozess bezüglich der Refibulation [...] einbezogen werden. [...] Entsprechend aufgeklärt wird die Mehrheit der Frauen eine Operationstechnik wählen, welche die Vulva offen belässt. Es kann jedoch gelegentlich vorkommen, dass das Gesundheitspersonal mit dem Wunsch nach Refibulation konfrontiert wird. Machen wir uns noch einmal klar, daß es keinerlei medizinische Indikationen für diese Intervention gibt, daß sie von verschiedenen offiziellen Institutionen verurteilt wird (z. B. WHO) und dass das vorsätz-

liche Zunähen der Schamlippen auf eine Enge, die den Geschlechtsverkehr erschwert oder verunmöglicht, absolut nicht zu akzeptieren ist. Für manche Frauen ist eine „exponierte“ Vulva aber inakzeptabel. Sie bestehen auf einer Refibulation mit dem Argument, dass dies einen Teil ihrer Identität ausmache und die sexuelle Befriedigung des Partners und Treue garantiere. Manchmal sind es jedoch andere Frauen der Migrationsgemeinschaft, welche die Patientin in ihrem Wunsch nach Refibulation beeinflussen. [...] Anfragen, ein kleines Orificium vulvae zu rekonstruieren, soll nicht nachgekommen werden. Die möglichen Komplikationen und Probleme sind aufzuzeigen. Es soll unbedingt versucht werden, die Patientin von diesem Wunsch abzubringen. Ein partieller Verschluss des Orificium vulvae sollte nur in Ausnahmefällen durchgeführt werden und dann auch nur, wenn Menstruations- und Harnfluss, Geschlechtsverkehr sowie gynäkologische Untersuchungen ungehindert möglich sind. Wird eine Resuturierung gewählt, darf diese nur erfolgen, nachdem die Gesamtsituation der Frau und die Probleme genau evaluiert worden sind, welche sie bei nicht durchgeführter Refibulation belasten würden.

Bezüglich einer Meldung verweist die Empfehlung auf die Gesetzeslage, daß nach Art. 358<sup>ter</sup> StGB gemeldet werden darf, einige Kantone sogar eine Meldepflicht haben.<sup>46</sup>

Weiterhin wird ausdrücklich gefordert, daß FGM Bestandteil des Ausbildungsprogrammes an den medizinischen Fakultäten, Hebammen- und Pflegeschulen werden soll. Auch für Angehörige anderer sozialer Berufe wird eine Aus- und Weiterbildung zu diesem Thema empfohlen.<sup>47</sup>

### *Deutschland*

Die Bundesärztekammer hat am 25. November 2005 Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung beschlossen.<sup>48</sup>

<sup>44</sup> Ebd., S. 148-158.

<sup>45</sup> Patientinnen mit genitaler Beschneidung: Schweizerische Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegefachkräfte, S. 13. Internetressource: <http://www.sgggg.ch>, <http://www.iamaneh.ch> (Zugriff am 29. Juni 2008).

<sup>46</sup> Ebd., S. 8.

<sup>47</sup> Ebd., S. 14.

<sup>48</sup> Bundesärztekammer, Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genital-

Unter Punkt 6 und 7 heißt es zur Refibulation:

(6) [...] Die Wundversorgung nach der Entbindung basiert auf den mit der Patientin während der Schwangerschaft besprochenen Festlegungen des Öffnens der Infibulation und der Wundversorgung nach der Geburt. Es darf kein Genitalverschluss in der Form vorgenommen werden, daß medizinische Probleme, wie rezidivierende Blaseninfektionen, Stau des Menstruationsblutes oder Schwierigkeiten beim Sexualverkehr zu erwarten sind.

(7) Rechtliche und ethische Beurteilung der Wundversorgung: Rechtlich ist zwischen den verschiedenen Formen der (primären) Genitalverstümmelung und der Wundversorgung zu unterscheiden. Während das Erste eine schwere Körperverletzung darstellt, ist das Zweite eine medizinisch notwendige Maßnahme. Die Wundversorgung nach der Entbindung hat zum Ziel, die geöffneten Narben sowie den Dammriss oder Dammschnitt zu versorgen. [...] Verlangen Frauen mit Infibulation nach erfolgter Aufklärung die Wiederherstellung des körperlichen Zustandes wie vor der Geburt, muß der Arzt die Behandlung dann ablehnen, wenn diese erkennbar zu einer gesundheitlichen Gefährdung der Frau führen würde, da diese ebenso wie eine Infibulation eine gefährliche Körperverletzung darstellt. Der Arzt ist verpflichtet, die bestehenden Wunden so zu versorgen, daß keine gesundheitliche Beeinträchtigung der Frau entsteht. Ziel der Behandlung ist die Wiederherstellung des körperlichen und seelischen Wohlbefindens.

Zum Thema Meldung einer festgestellten Verstümmelung oder einer mutmaßlichen Gefährdung eines Mädchens bezieht die Empfehlung keine Stellung.

Es gibt noch eine weitere, wesentlich ausführlichere Empfehlung, die vom „Integra-Netzwerk gegen weibliche Genitalverstümmelung“, einem Zusammenschluß verschiedener Organisationen, und der Sektion 1-2 der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe getragen

wird:<sup>49</sup> Es werden neben rechtlichen Aspekten auch Forderungen zur Prävention gestellt, z. B. Inspektion und Kontrolle des Genitalbereichs von Mädchen im Rahmen der Neugeborenenuntersuchung und von U2-U10.<sup>50</sup> Die Empfehlung wendet sich klarer als die Empfehlung der Bundesärztekammer gegen die Refibulation.<sup>51</sup>

### Österreich

Es gibt auf Ebene der Ärztekammer keine offiziellen Empfehlungen zum Umgang mit weiblicher Genitalverstümmelung.

### Frankreich

Hier liegt eine Stellungnahme des Conseil Nationale de l'Ordre des Médecins von 1982 vor, die feststellt, daß weibliche Genitalverstümmelung gegen den Art. 41 Code de Déontologie<sup>52</sup> verstößt. Dieser stellt fest, daß Verstümmelungen nicht ohne schwerwiegende Gründe, nur nach eingehender Information und mit Einwilligung der betroffenen Person vorgenommen werden dürfen. Weiterhin wird im Art. 44 Code de Déontologie<sup>53</sup> empfohlen mit den Bestimmungen, die es Ärzten erlauben Mißhandlungen an Minderjährigen den administrativen und medizinischen Behörden zu melden, vorsichtig umzugehen. Man fürchtet, im Falle einer genitalen Verstümmelung könnten Meldungen von ärztlicher Seite dazu führen, daß betroffenen Mädchen aus Angst vor Strafverfolgung medizinische Hilfe vorenthalten wird.

---

verstümmelung (female genital mutilation). Stand: 25.11.2005. Internetressource: <http://www.bundesaerztekammer.de/pge.asp?his=0.7.47.3207> (Zugriff am 31. Juli 2008).

---

<sup>49</sup> *Integra*, Weibliche Genitale Beschneidung – Umgang mit Betroffenen und Prävention, Empfehlungen für Angehörige des Gesundheitswesens und weitere potentiell involvierte Berufsgruppen, 2007, Internetressource: [www.bmz.de/de/themen/FGM/Downlads/Empfehlungen\\_zu\\_FGM\\_Endfassg\\_Zerm\\_2006\\_11\\_23.pdf](http://www.bmz.de/de/themen/FGM/Downlads/Empfehlungen_zu_FGM_Endfassg_Zerm_2006_11_23.pdf) (Zugriff am 24. Juli 2008).

<sup>50</sup> Ebd., S. 27.

<sup>51</sup> Ebd., S. 25.

<sup>52</sup> *Conseil Nationale de l'Ordre des Médecins*, Code de Déontologie médicale, 1982, Art. 41.

<sup>53</sup> Ebd., Art. 44.

### Großbritannien

Die British Medical Association hat eine sehr ausführliche Empfehlung in der „Guidance for UK doctors (part of publication: Female genital mutilation)“<sup>54</sup> herausgegeben. Zur Frage der Refibulation heißt es:

Requests are more likely to be faced from women asking to be re-infibulated after childbirth, although it is not known how common such requests are. As is explained above, re-infibulation is illegal under the Female Genital Mutilation (England, Wales and Northern Ireland) Act 2003 and the Prohibition of Female Genital Mutilation (Scotland) Act 2005, with certain exceptions, including during childbirth if necessary for the physical or mental health of the patient. This must be explained to the woman. If she agrees, it may also be important to explain the reasons why re-infibulation, which is not medically necessary, cannot be carried out to her husband, particularly if there is pressure from him for the procedure, although the main impetus for mutilation often comes from female members of the community.

Zur Frage der Meldung gefährdeter Mädchen wird folgendermaßen Stellung bezogen:

It is usually appropriate for doctors to contact social services where they believe a girl is at risk of female genital mutilation, for example where a mother becomes pregnant again in a family whose existing daughters have been mutilated in infancy. Parents' rights to control information about their young children may be overridden where this is necessary to protect the child from serious harm, although wherever possible, their permission for disclosure of information to social services or another appropriate agency should be sought. In judging how to broach the issue with parents, doctors must bear in mind the likely attitude of parents in such circumstances and the risk that the child may simply disappear by being concealed within the community or sent to relatives abroad. This can be extremely difficult and doctors must take great care to ensure that their reactions are supportive of the child's overall welfare wherever possible.

<sup>54</sup> *British Medical Association, Guidance for UK doctors (part of publication: Female genital mutilation):* Internetressource: [www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/FGM~Guidance?OpenDocument&Highlight=2,FGM](http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/FGM~Guidance?OpenDocument&Highlight=2,FGM) (Zugriff am 25. Juli 2008).

Das Royal College of Obstetricians and Gynaecologists hat auch ein eigenes Statement zu FGM herausgegeben, das sich aber eher mit den medizinischen Standards befaßt.<sup>55</sup>

### VI. Schlußüberlegungen

Eine erste europaweite Konferenz über FGM, an der die WHO, UNICEF, das UN Centre for Human Rights sowie Vertreter aus Frankreich, Deutschland, Italien, den Niederlanden, Schweden, Großbritannien, Kanada, den USA, Gambia und zahlreiche NGOs teilnahmen, fand 1992 in London statt. Als Ergebnis wurde die „London Declaration“ verabschiedet, die hier in Auszügen wiedergegeben werden soll:<sup>56</sup>

(1) Die Konferenz stimmt darin überein, daß jede Form der Genitalverstümmelung oder -verletzung bei einem Mädchen eine Verletzung ihrer elementaren Menschenrechte darstellt und abgeschafft werden muß.

(2) Die Konferenz stimmt darin überein, daß die Praxis der Genitalverstümmelung bei Mädchen eine europäisch-westliche Dimension erreicht hat, die ein konzertiertes Vorgehen erfordert. [...]

(3) Die Konferenz stimmt darin überein, daß die Bekämpfung der Genitalverstümmelung bei Mädchen innerhalb jeden Staates die höchste Verantwortlichkeit der Regierungen ist.

(4) [...]

(5) Maßnahmen gegen FGM

a. Schutz des gefährdeten Mädchens,

b. Erziehung und Förderung von Selbsthilfegruppen innerhalb der Gemeinschaften, die die Genitalverstümmelung praktizieren,

c. Rehabilitation von Überlebenden der Genitalverstümmelung,

d. Unterrichtung von allen Gesundheits-, Erziehungs- und Sozialfachkräften, die mit den betreffenden Gemeinschaften arbeiten.

<sup>55</sup> *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, RCOG Statement No. 3, Female Genital Mutilation, 2003.*

<sup>56</sup> Zitiert nach *Rosenke* (Fn. 35), S. 107-108.

(6) Die Konferenz fordert alle nationalen [...] Gruppen auf, [...] dafür zu sorgen, daß diejenigen, die für Genitalverstümmelung eines Mädchens verantwortlich sind, bestraft werden.

(7) Die Konferenz fordert alle Regierungen und Gesundheitsminister auf, keinem Versuch der Medikalisierung der Genitalverstümmelung nachzugeben.

Um dem Problem der weiblichen Genitalverstümmelung in Europa gerecht zu werden, reicht es nicht aus, Gesetze zu ändern und zu verschärfen. Der Bestrafung schon durchgeführter Verstümmelungen kommt zwar ein Abschreckungscharakter zu, zumal diese Gesetze auch vermehrt angewendet werden, wie man z. B. an den kürzlich erfolgten Verurteilungen in der Schweiz sieht.

Wichtiger ist allerdings, daß solche Eingriffe gar nicht erst erfolgen. Dazu ist es unbedingt notwendig, wie die London-Deklaration schon vor 16 Jahren gefordert hat, diejenigen Personen in dieser Thematik auszubilden, die mit Immigranten, die aus Ländern kommen, in denen FGM praktiziert wird, Kontakt haben und Aufklärungsarbeit leisten können. Dazu gehören neben sozialen Berufsgruppen vor allem auch die medizinischen Berufe. Es sollte nicht sein, daß eine junge Ärztin oder ein junger Arzt zum ersten Mal in der Klinik in Konfrontation mit einer betroffenen Patientin von dieser Praxis erfährt, wie es der Autorin bei einem PJ-Abschnitt in einer irischen Kleinstadt erging. Eine ägyptische Patientin, die infibuliert war, kam zur Geburt in den Kreissaal. Hier war allerdings sofort ein ägyptischer Assistenzarzt zur Stelle, der bevor ich überhaupt begriffen habe, worum es geht, die Patientin defibuliert, entbunden und refibuliert hatte. Auf meine Nachfrage warum er die Frau wieder zunäht, bekam ich zur Antwort, anders könne man die Wunde nicht adäquat versorgen. Hätte ich in meiner Ausbildung zur Ärztin etwas über FGM gelernt, hätte ich dieses vielleicht nicht verhindern, aber dies doch zumindest versuchen können. Viele Frauen mit FGM werden in Europa aufgrund dieses Wissensdefizites unsensibel oder falsch behandelt. Viele Chancen zur

Prävention werden verpaßt, wenn man nicht ein fundiertes Gespräch mit den Frauen über die medizinischen Nachteile der Beschneidung führen kann und bei den Frauen, die schon beschnitten sind, ein Bewußtsein schaffen kann, daß es für ihre Töchter einen anderen Weg als die Beschneidung geben kann. Dazu müssen Mediziner aber nicht nur die medizinischen Fakten, sondern auch die kulturellen Hintergründe und Beweggründe der weiblichen Genitalverstümmelung kennen. Es gibt einige wenige Ansätze wie zum Beispiel an der Universität Wien, das Thema in der Ausbildung zu behandeln. Das reicht aber bei weitem nicht aus. Umfragen in Deutschland und Österreich zeigen, wie wenig Ärzte, selbst Gynäkologinnen, Kinderärzte und Hebammen zu dem Thema wissen und wie groß der Wunsch nach Information ist.<sup>57</sup>

Auch von einem konzertierten Vorgehen, das die „London Declaration“ fordert, ist Europa noch entfernt, wie die unterschiedlichen Gesetzgebungen und Richtlinien zeigen. Die einzelnen Länder unterscheiden sich einerseits hinsichtlich ihrer Gesetze, aber noch mehr in der Bereitschaft, diese anzuwenden. Wie angeführt, gab es in Deutschland, Österreich und Großbritannien noch kein Verfahren wegen weiblicher Genitalverstümmelung, in der Schweiz in diesem Jahr zwei, und in Frankreich hingegen in den letzten Jahren viele. Ob aber die Gesetze und Verurteilungen durch Abschreckung Erfolg haben oder eine Präventionsarbeit durch Aufklärung erfolgreicher ist, ist schwer zu evaluieren. Auf jeden Fall steht fest, daß die medizinischen Berufsgruppen zur Verhütung weiblicher Genitalverstümmelung viel beitragen können. Gynäkologen und Hebammen sehen die Frauen bei der Geburt. Wenn diese Frauen beschnitten sind und Töchter haben, liegt es nahe, hier anzusetzen und die Frau zu

<sup>57</sup> Vgl. *Österreichisches Institut für Kinderrechte und Elternbildung*, *Weibliche Genitalverstümmelung – Was weiß die Medizin?*, 2006, Internetressource: <http://stopfgm.net> (Zugriff am 23. Juli 2008) und UNICEF/Berufsverband der Frauenärzte/Terre des Femmes (Hrsg.) (Fn.4).

überzeugen, dies ihren Töchtern nicht anzutun, oder diese Töchter als potenziell gefährdet zu beobachten. Wenn ein Kinderarzt Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern einer afrikanischen Immigrantenfamilie durchführt, kann er das Thema ansprechen und auch bei der Untersuchung speziell auf Anzeichen achten. Solche Beispiele kann man noch viele finden. Voraussetzung dafür sind aber fundierte Kenntnisse und ein Bewußtsein für dieses Thema, das schon im Studium vermittelt werden sollte. Abgesehen von der Notwendigkeit dessen zur Verhütung von FGM, ist es das Recht einer Frau, die beschnitten ist, von einem Arzt behandelt zu werden, der sich mit ihrem Zustand auskennt und sie deshalb nicht diskriminiert, sondern fachlich richtig berät und betreut.

#### Weitere Literatur:

*Amnesty international Österreich*, Schnitt ins Leben. Amnesty international Report 2006 über weibliche Genitalverstümmelung (Female Genital Mutilation, FGM).

*Antje-Christin Büchner*, Weibliche Genitalverstümmelung – Betrachtungen eines traditionellen Brauchs aus Menschenrechtsperspektive – Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit in Deutschland, 2004.

*Waris Dirie*, Wüstenblume, 2002.

*Waris Dirie*, Nomadentochter, 2002.

*Conny Hermann* (Hrsg.), Das Recht auf Weiblichkeit. Hoffnung im Kampf gegen die Genitalverstümmelung, 2000.

*Diana Kuring*, Weibliche Genitalverstümmelung in Eritrea. Regionale Erklärungen, nationale Interventionen und internationale Standards, 2008.

*Hanny Lightfoot-Klein*, Das grausame Ritual, Sexuelle Verstümmelung afrikanischer Frauen, 2. Aufl. 1993.

*Alfred W. McCoy*, Foltern und foltern lassen, 50 Jahre Folterforschung und -praxis von CIA und US-Militär, 2. Aufl. 2006.

Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training, Internetressource: [www.smifk.ch/pdf/SLO\\_25\\_1\\_02.pdf](http://www.smifk.ch/pdf/SLO_25_1_02.pdf) (Zugriff am 28.7.08).

*Terre des Femmes* (Hrsg.), Schnitt in die Seele. Weibliche Genitalverstümmelung – Eine fundamentale Menschenrechtsverletzung, 2003.

*Terre des Femmes* (Hrsg.), Studie zu weiblicher Genitalverstümmelung (FGM = Female Genital Mutilation), 2005.

*WHO*, Female Genital Mutilation, An Overview, 1998.