

Aus dem Institut für Rechtsmedizin der Universität Gießen¹
(Direktor: Prof. Dr. med. Dr. jur. R. Dettmeyer)
und dem Institut für Rechtsmedizin am Klinikum der Universität Frankfurt/Main²
(Direktor: Prof. Dr. med. H. Bratzke)

Medizinische und rechtliche Aspekte der Genitalverstümmelung bzw. Beschneidung

Teil I: Weibliche Genitalverstümmelung

Von

Prof. Dr. med. Dr. jur. **Reinhard Dettmeyer**¹, **Johannes Laux**², **Hannah Friedl**²,
Barbara Zedler², Prof. Dr. med. **Hansjürgen Bratzke**²
und Assessor Priv.-Doz. Dr. med. **Markus Parzeller**²

1. Einleitung

Der zweiteilige Beitrag befasst sich mit medizinischen und rechtlichen Aspekten der Beschneidung von Kindern und Jugendlichen beiderlei Geschlechts. Im Hinblick auf die Eingriffsintensität sind die überwiegenden Formen der weiblichen Beschneidung nicht mit einer Zirkumzision vergleichbar. Statt der etwas verharmlosenden Bezeichnung „Beschneidung“ wird daher nachfolgend der Ausdruck „Genitalverstümmelung“ gewählt [1–4], den auch der Bundesrat im Entwurf eines Strafrechtsänderungsgesetzes aus dem Jahre 2010 benutzt [5].

Da insbesondere bei der medizinischen Bewertung der Eingriffe und ihrer Folgen unterschiedliche Argumente zu würdigen sind, wird eine getrennte Betrachtung der weiblichen Genitalverstümmelung und der Zirkumzision bei Jungen vorgenommen. Bei der rechtlichen Bewertung bestehen Gemeinsamkeiten und Unterschiede, weshalb ebenfalls eine getrennte Darstellung vorgenommen wird. Um Redundanzen zu vermeiden, werden rechtliche Aspekte, die sowohl die weibliche Genitalverstümmelung als auch die Zirkumzision betreffen, in dem Teil behandelt, in dem diese Fragestellungen in der aktuellen Diskussion präziser sind.

2. Medizinische Aspekte der weiblichen Genitalverstümmelung

2.1 Formen der weiblichen Genitalverstümmelung

Bei der weiblichen Genitalverstümmelung (Female Genital Mutilation [FGM] oder Female Genital Cutting [FGC]) handelt es sich um das

partielle oder komplette Entfernen des äußeren weiblichen Geschlechts.

Die Welt-Gesundheits-Organisation (World Health Organisation [WHO]) unterscheidet vier Formen der weiblichen Genitalverstümmelung [6]:

- Typ I (Klitoridektomie): Partielle oder komplette Entfernung der Klitoris
- Typ II (Exzision): Partielle oder komplette Entfernung der Klitoris und der kleinen Labien, mit oder ohne Entfernung der großen Labien
- Typ III (Infibulation): Partielle oder komplette Entfernung des äußeren Genitales mit Zünähen der Vaginalöffnung bis auf ein lediglich kleines Foramen
- Typ IV: Hierunter werden alle anderen Formen der weiblichen Genitalverstümmelung und Veränderungen der weiblichen Genitalien aus nichtmedizinischen Gründen zusammengefasst, die nicht in Typ I–III eingeordnet werden können. Hierzu zählen u. a. folgende Praktiken (vgl. [6–10]):
 - Ein-/Durchstechen, Einschneiden oder andere Formen manipulativer Veränderungen der Klitoris
 - Dehnen der Klitoris und der kleinen Labien
 - Kauterisierung der Klitoris
 - Schnitte in das äußere weibliche Genitale
 - Einführung schmerzhafter Substanzen oder Kräuter (meist von erwachsenen Frauen zur Reinigung oder Verstärkung des Lustgewinns des Partners selbst durchgeführt. Die WHO sieht dies aber trotzdem als genitale Verstümmelung, da unter Umständen erhebliche gesundheitliche Folgen resultieren können oder aus sozialem Zwang heraus gehandelt wird).

Der Eingriff wird in den allermeisten Fällen ohne Betäubung und unter schlechten hygienischen Bedingungen durchgeführt, in Ländern wie Ägypten, Kenia oder Guinea aber auch zunehmend in Krankenhäusern unter Narkose. Klitoridektomie und Exzision kommen in ca. 80 bis 85 % der Fälle vor (z. B. im Senegal, Togo, Elfenbeinküste); die in 15 bis 20 % der Fälle vorliegende Infibulation wird mehr in Ostafrika praktiziert (Somalia, Äthiopien, Eritrea, aber auch im Sudan).

2.2 Inzidenz weiblicher Genitalverstümmelung

Weltweit werden in medizinischen Studien Daten zur weiblichen Beschneidung, ihren Ursachen und medizinischen Folgen erhoben. Die Datenlage basiert auf unterschiedlichen Studienansätzen, die sich teilweise nur auf bestimmte ethnische Gruppen oder Länder konzentrieren. Außerdem werden z.B. Daten aus (retrospektiven) Umfragen oder aus bereits vorhandenen nationalen Datenressourcen gewonnen und ausgewertet. Aufgrund dieser unterschiedlichen Methodik der Datenerhebung lässt sich die Inzidenz nur näherungsweise angeben.

Schätzungen zufolge liegt die Zahl der weltweit betroffenen Frauen derzeit bei mindestens 80 Millionen [11]. Nach anderen Angaben leben weltweit etwa 100 bis 150 Millionen Frauen und Mädchen mit Genitalien, die verstümmelt wurden. Jährlich kommen ca. 3 Millionen Mädchen hinzu [5, 6, 11–14]. Die weibliche Genitalverstümmelung kommt v.a. in Afrika vor, auf Teilen der arabischen Halbinsel und in Teilen Asiens. Überwiegend findet die Verstümmelung zwischen dem 8. und dem 12. Lebensjahr statt, aber auch schon bei Säuglingen. Die Zahl der betroffenen Frauen in Deutschland, die im Regelfall einen Migrationshintergrund aufweisen, wird auf ca. 20.000 geschätzt [5, 15]. Nach vorsichtigen Schätzungen wird in Deutschland für 3.000 bis 6.000 Mädchen von einer Gefährdungslage hinsichtlich einer drohenden Genitalverstümmelung ausgegangen [13, 15], weil ihre Eltern eine genitale Beschneidung wünschen und sich auch mit Anfragen an Gynäkologen wenden.

Die weibliche Beschneidung wird in mehr als 28 Ländern praktiziert, die vornehmlich in den zentralen, westlichen und nordöstlichen Regionen Afrikas liegen. Tab. 1 gibt hierüber eine Übersicht [6].

Aber auch in Ländern wie Indien, Indonesien, Malaysia, Jemen, den Vereinigten Arabischen Emiraten oder dem Irak wurde über Fälle von weiblicher Genitalverstümmelung berichtet, jedoch liegen für diese Länder keine Schätzungen zur Zahl der betroffenen Frauen vor [6]. Den größten Einfluss auf die Entscheidung, ob, wo (alleine zu Hause oder gruppenweise an bestimmten Orten) und wie eine Beschneidung durchgeführt wird, hat die ethnische Zugehörigkeit [6].

Für jene Länder, bei denen Daten über die Form der Beschneidung erhoben wurden, konnte evaluiert werden, dass insgesamt etwa 90 % der betroffenen Frauen nach Typ I, II und IV beschnitten wurden und 10 % nach Typ III (Infibulation). Es zeigte sich, dass die Infibulation v.a. in den Ländern im Nordosten Afrikas verbreitet ist. Ferner wird die Genitalverstümmelung tendenziell eher in ländlichen als in städtischen Gebieten praktiziert [11].

2.3 Alter zum Zeitpunkt der Genitalverstümmelung

In der Literatur existieren unterschiedliche Angaben zum Durchschnittsalter der betroffenen Mädchen zum Zeitpunkt der Verstümmelung. Allerdings sind vorrangig Minderjährige betroffen; die Genitalverstümmelung volljähriger Frauen spielt mit 0,1–3,8 % eine untergeordnete Rolle [17]. Der Zeitpunkt der Verstümmelung hängt stark von den lokalen Umständen und Traditionen der einzelnen Bevölkerungsgruppen ab, mit deutlichen Schwankungen zwischen den Ländern. So findet der Eingriff z. B. in Eritrea bei bis zu 62 % der Betroffenen bereits vor Vollendung des ersten Lebensjahres statt, während in Guinea ca. 48 % im Alter zwischen fünf und neun Jahren und in Ägypten rund 49 % im Alter zwischen 10 und 14 Jahren betroffen sind. Einige Berichte geben ein durchschnittliches Alter von 4–8 Jahren an [18, 19]. Laut einem Bericht der WHO finden die meisten Eingriffe im Alter von 0–15 Jahren statt [6]. Allerdings lässt sich einschlägigen Urteilen der Verwaltungsgerichte entnehmen, dass auch jungen Frauen in ihren

Tab. 1: Afrikanische Länder, in denen weibliche Genitalbeschneidung praktiziert wird (modifiziert nach [6, 11])

	Land	Jahr	Prävalenz [%]
Nordost-Afrika	Ägypten	2005	95,8
	Äthiopien	2005	74,3
	Djibouti	2006	93,1
	Eritrea	2002	88,7
	Somalia	2005	97,9
	Sudan, nördlicher Anteil (ca. 80% der Bevölkerung erfasst)	2000	90,0
Ost-Afrika	Kenia	2003	32,2
	Tansania	2004	14,6
	Uganda	2006	0,6
Nordwest-Afrika	Burkina Faso	2005	72,5
	Guinea	2005	95,6
	Guinea-Bissau	2005	44,5
	Gambia	2005	78,3
	Mali	2001	91,6
	Mauretanien	2001	71,3
	Senegal	2005	28,2
	Sierra-Leone	2005	94,0
Südwest-Afrika	Benin	2001	16,8
	Côte d'Ivoire	2004	41,7
	Chad	2004	44,9
	Central African Republic (MICS)	2005	25,7
	Nigeria	2006	2,2
	Ghana	2005	3,8
	Kamerun	2004	1,4
	Liberia	2007	45,0
	Niger	2006	2,2
	Togo	2005	5,8

Heimatländern die Gefahr der Genitalverstümmelung kurz vor der Eheschließung drohen kann (z. B. [20]).

2.4 Ursachen und Erklärungen der Genitalverstümmelung

Die weibliche Genitalverstümmelung findet eine Reihe von nach westlichen Vorstellungen ausschließlich irrationalen Begründungen.

Gleichwohl handelt es sich um tief im Bewusstsein verankerte Vorstellungen auch und gerade bei Frauen, die selbst eine Genitalverstümmelung erdulden mussten. Eine differenziertere Erklärung für die verschiedenen Arten der Genitalverstümmelung gibt es nicht. Die Ursachen weiblicher Genitalverstümmelung sind mit den Traditionen und Sitten des jeweiligen Kulturkreises verknüpft. Hauptmotive sind tief verankerte traditionelle (bis zu 71,3 %) und religiöse Praktiken (bis zu 91,4 %) [11, 19]. Im Einzelnen werden als Begründung für die Notwendigkeit der Genitalverstümmelung bei Mädchen angeführt:

- die Gedankenwelt der einzelnen Ethnien und tradierte Mythen,
- eine fundamentale Unkenntnis biologischer und medizinischer Fakten,
- eine falsche Interpretation religiöser Vorgaben bzw. des Korans,
- patriarchalische Strukturen mit einhergehender Unterdrückung der Frau,
- die Verstümmelung als Mittel zur Kontrolle (Schutz vor Verlust der Jungfräulichkeit, vor Promiskuität in der Ehe, Reduzierung der Frau auf ihre Gebärfähigkeit) und/oder
- drohende soziale Isolation und geringere Heiratschancen, da nicht verstümmelte Frauen teilweise als promisk und „lüstern“ gelten.

In einigen Regionen stellt der Eingriff einen festlichen Akt mit der Übergabe von Geschenken und Belohnungen dar [21]. Nach Angaben in der Literatur lassen sich als weitere Gründe anführen: Vorbereitung auf das Erwachsenwerden und die Hochzeit; teilweise ist eine Genitalverstümmelung Voraussetzung der Heiratsfähigkeit (53,2 %) bzw. es dominiert die Erwartung, dass der Mann die Frau nur heiraten werde, wenn sie „beschnitten“ sei. Außerdem soll der Eingriff zur Bewahrung der Jungfräulichkeit (55 %), Sicherstellung der Treue und Kontrolle des sexuellen Verlangens (14,6 %) sowie des Verhaltens der Frau dienen (vgl. [22]).

Teilweise wird mit der Beschneidung einem vorherrschenden Schönheitsideal (51,8 %) bzw. Reinheitsgebot (46 %) gefolgt [6, 11, 19]. In manchen Kulturkreisen werden Teile des äußeren weiblichen Geschlechts aus Angst vor dessen kontinuierlichem Wachstum entfernt. Zudem bestehen traditionell verwurzelte Ängste, dass bei der Berührung der Klitoris negative Folgen resultieren könnten wie männliche Impotenz oder dass der Kontakt mit der Klitoris unter der Geburt den Tod des Neugeborenen verursacht. Außerdem soll die Verstümmelung der Entfernung des männlichen Teils des Geschlechts (die Klitoris wird dann als männlicher Teil des weiblichen Geschlechts gesehen) dienen oder der Steigerung der sexuellen Befriedigung des Mannes (13,2 %) [19, 23].

Oftmals wird der verstümmelnde Eingriff von Frauen initiiert (bis zu 40 %) [19]. Bis zu 86 % der selbst betroffenen Frauen sind sogar für eine Fortführung der Praxis. Bei ca. 77 % der betroffenen Frauen ist auch die älteste Tochter schon Opfer des Eingriffs geworden, während bei nicht betroffenen Frauen in 80 bis 99 % der evaluierten Fälle auch deren Tochter verschont blieb. Allerdings ist in manchen Ländern bei bis zu 76 % der Mütter, die gegen die Fortführung der Verstümmelungstradition sind, die älteste Tochter bereits dieser Prozedur unterzogen worden [11]. Dies stützt die These, dass in vielen Fällen der Ehemann der alleinige Entscheidungsträger ist [17]. Teilweise muss auch davon ausgegangen werden, dass die Genitalverstümmelung selbst gegen den Willen der Eltern, z. B. als Entscheidung innerhalb der Großfamilie, durchgeführt wird [24–27].

So führt das VG Düsseldorf [28] zum Prozedere der Genitalverstümmelung in Guinea Folgendes aus:

„Hinzu kommt, dass die Beschneidung auch gegen den Willen der Betroffenen und ggfs. auch deren Eltern durchgeführt wird. So werden die Betroffenen in der Regel bei der eigentlichen Beschneidung von mehreren Frauen festgehalten, um unkontrollierte Bewegungen zu vermeiden und Widerstand zu begegnen. Darüber hinaus besteht ein erheblicher familiärer bzw. gesellschaftlicher Druck, die Beschneidung vornehmen zu lassen. Unbeschneidete Frauen gelten als unrein und können nicht verheiratet werden. Mit der Beschneidung werden die Mädchen in die Welt der Erwachsenen eingeführt und erhalten die Rechte einer Frau. Es ist Aufgabe der Familien und Dorfgemeinschaften, die Frauen auf diese Weise in ihre gesellschaftliche Rolle einzuweisen und ihnen damit eine Zukunft innerhalb der Gesellschaft zu sichern. Dies erklärt die Bereitschaft der Familien und Dorfgemeinschaften, den entgegenstehenden Willen der betroffenen Mädchen zu brechen und auch Druck auf die Eltern auszuüben. Nicht selten kommt es zu Entführungen und Zwangsbeschneidungen von Mädchen, die sich – möglicherweise mit Billigung ihrer Eltern – der Beschneidung entziehen wollten.“

2.5 Gesundheitliche Folgen und Komplikationen

Im Regelfall wird die Genitalverstümmelung in den Entwicklungsländern ohne Einhaltung medizinisch-operativer Standards sowie häufig unter schlechten hygienischen Bedingungen und ohne Betäubung vorgenommen [29, 30]. Nur in seltenen Fällen (ca. 10 % [17]) ist medizinisches Fachpersonal involviert. Meistens nehmen traditionelle Beschneiderinnen (bis zu 90 %) [11, 17]) oder eine ältere Frau den Eingriff vor (siehe Darstellung bei [31]). Als Instrumente werden u. a. Rasierklingen, Messer, Scheren und Glasscherben verwendet [19, 23, 29].

Die weibliche Genitalverstümmelung führt abhängig auch vom Beschneidungstyp zu vielfältigen akuten und chronischen gesundheitlichen Folgen und Komplikationen bei den betroffenen Mädchen und Frauen. In der medizinischen Literatur differieren die angeführten Prävalenzen aufgrund von unterschiedlichen methodischen Ansätzen. Daraus resultieren erhebliche Diskrepanzen hinsichtlich der angegebenen Häufigkeiten der einzelnen Komplikationen. Anhand aktueller Studien und Berichte wird im Folgenden ein orientierender Überblick über die Prävalenz gesundheitlicher Komplikationen und medizinischer Risiken vermittelt.

Laut einer Studie [23] klagen bis zu 88 % der Frauen über negative Auswirkungen in ihrem Leben. Am häufigsten wurden hier Menstruationsbeschwerden mit 65 % [29] bzw. 74,3 % [19] angegeben. Schwierigkeiten unter der Geburt und im Sexualleben sowie psychologische Folgen (traumatische Erinnerungen, Angst vor gynäkologischer Untersuchung oder dem Geschlechtsverkehr) werden ebenfalls genannt.

Die Genitalverstümmelung erhöht das Risiko für Komplikationen bei der Entbindung um das 2- bis 3fache. Erhöhte Risiken betreffen einen Kaiserschnitt, postpartale Hämorrhagien, einen verlängerten Krankenhausaufenthalt, eine notwendige Reanimation des Neugeborenen, eine Totgeburt und/oder den frühzeitigen Tod des Neugeborenen.

Die gesundheitlichen Risiken sind umso größer, je eingriffsintensiver die Genitalverstümmelung war.

Aber nicht nur körperliche Schäden können Komplikationen einer Beschneidung sein; es können auch posttraumatische Belastungsstörungen (30,4 %), Angststörungen (26,7 %) und affektive Störungen (21,7 %) als Folge einer Beschneidung auftreten [21].

Demgegenüber steht allerdings eine Studie, die u. a. über die Gefühle der betroffenen Frauen im Zusammenhang mit ihrer Beschneidung berichtet. Die Daten wurden retrospektiv durch Befragung erhoben. Das Durchschnittsalter der Frauen zum Zeitpunkt des Interviews lag bei 34 Jahren. Dabei gaben 44 % der befragten Frauen an, dass sie die Planung ihrer Beschneidung erbeten haben, rund 30 % waren neidisch auf diejenigen, die bereits beschnitten waren, 71,8 % fühlten sich glücklich und 60 % waren stolz [19]. Nur wenige Frauen wissen allerdings von den potenziellen Komplikationen, die mit einer Genitalverstümmelung einhergehen können, viel eher berichten sie von positiven Effekten, die sie durch die Verstümmelung erlangen zu können glauben. Deshalb hat auch das Bildungsniveau der Mädchen und Frauen einen erheblichen Einfluss auf deren Einstellung zur Verstümmelungspraxis [6, 17].

Bei den nachfolgend aufgelisteten Komplikationen handelt es sich um eine Ergänzung der Angaben in den „Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung; female genital mutilation“ der Bundesärztekammer (BÄK) aus dem Jahre 2006 [33]:

2.5.1 Akute Komplikationen [11, 14, 19, 32, 34–36]

- Blutungen (Hämorrhagien, Schock, Anämie, Tod) bis 81,3 %
- Psychisches Akut-Trauma
- Schmerzen mit einer Prävalenz von 69 % bis 87,3 %
- Infektionen (Lokalinfektion, Allgemeininfektion, HIV-Infektion, Tetanus, Gangrän)
- Miktionsprobleme: Urinretention, Ödem der Urethra, Dysurie
- Defäkationsprobleme
- Abszessbildung und schlechte Wundheilung
- Fieber
- Septischer Schock bis zu 10 %, im Einzelfall tödlich endend
- Verletzung benachbarter Organe (Urethra, Blase, Analsphinkter, Scheide, Bartholinische Drüsen)

2.5.2 Subakute und chronische somatische Komplikationen [18, 19, 29, 34, 37–40]

- Verzögerte Wundheilung durch Infektion, Anämie, Unterernährung
- Chronische bzw. rezidivierende Infektionen im Urogenitaltrakt, insbesondere ascendierende Infektionen: Urozystitis, Urethritis, Vaginitis
- Urinretention bis zu 32,9 %
- Inkontinenz bis zu 37 %
- Bildung von Zysten oder Keloiden
- Sexualität/Menstruation (Dyspareunie/Apareunie, Vaginalstenose, Infertilität/Sterilität, Dysmenorrhoe, Menorrhagie, chronische Vaginitis, Endometritis, Adnexitis)
- Vaginismus (Scheidenkrampf)
- Komplikationen des Narbengewebes (z. B. Abszessbildung wie Vulvovaginalabszesse, Keloidbildung, Neurinome, z. B. als Amputationsneurinom des Klitorisnervs)
- Hämatokolpos, Pyokolpos

2.5.3 Schwangerschaftsbedingte und geburtshilfliche Komplikationen [6, 41–47]

- Rissverletzungen
- Postpartale Hämorrhagien bis 6 %
- Notwendigkeit von Dammschnitten bei bis zu 88 % nach Typ III-Beschneidung oder von Kaiserschnitten mit bis zu 19 % bzw. 6 %
- Verlängerte Krankenhausaufenthalte
- Kinder genitalverstümmelter Frauen sollen ein relativ höheres Risiko haben, am plötzlichen Kindstod zu versterben (15 % höheres Risiko für Kinder Typ I-verstümmelter Mütter, 32 % höheres Risiko bei Typ II und 55 % höheres Risiko für Kinder bei Typ III)
- Erhöhte Häufigkeit späterer Operationen (Defibulation) und sexuelle Probleme wie z. B. Dyspareunie bis 78,2 %
- Infertilitätsraten bis zu 30 %
- Wunddehiszenzen
- Protrahierter Geburtsverlauf
- Extreme Belastung des Beckenbodens
- Weitere Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt: Vaginaluntersuchung erschwert, Katheterapplikation nicht möglich, Messung des fetalen Skalp-pH unmöglich, Austreibungsphase verlängert, perineale Wundinfektion, vesiko-/rektovaginale Fistelbildung, perinatale Mortalität erhöht

3. Rechtliche Aspekte bei der weiblichen Genitalverstümmelung

3.1 Rechtliche Aspekte außerhalb der Bundesrepublik Deutschland

Mehrere Länder haben spezielle Gesetze zum Verbot der weiblichen Genitalverstümmelung verabschiedet (vgl. Darstellung bei [48]): Äthiopien (2005, vgl. [49]), Benin (2003), Burkina Faso (1996), Elfenbeinküste (1998), Djibouti (1994), Ghana (1994), Guinea (1965, 2001), Kenia (2001), Senegal (1999), Tansania (1998), Togo (1998), Zentralafrikanische Republik (1966), Australien (1994), Großbritannien (1985), Kanada (1997), Neuseeland (1995), Norwegen (1995), Schweden (1982, 1998), USA (1996). Auch in Belgien, Dänemark, Frankreich, Italien und Spanien ist die rituelle Verstümmelung weiblicher Genitalien per Gesetz unter Strafe gestellt. Mit Wirkung ab 31. März 2007 hat die Regierung von Eritrea die Genitalverstümmelung von Frauen unter Strafe gestellt; in Eritrea sind ca. 90 % der Frauen betroffen. Dennoch ist auch hier Skepsis angebracht, da in vielen Ländern die Genitalverstümmelung zwar verboten ist, in der Praxis aber keine Bestrafung erfolgt.

Im November 2006 haben hochrangige islamische Gelehrte an der Al-Azhar-Universität in Kairo erklärt, dass der Koran keine Aufforderung oder gar Verpflichtung zur Genitalverstümmelung enthält. In der Erklärung heißt es weiter (nach [13]):

„Die Genitalverstümmelung bei Frauen ist eine ererbte Unsitte ... ohne textliche Grundlage im Koran ... Die heutzutage praktizierte weibliche Genitalbeschneidung fügt der Frau physische und psychische Schäden zu. Daher müssen diese Praktiken unterbunden werden in Anlehnung an einen der höchsten Werte des Islam, nämlich den Menschen unbegründet keinen Schaden zuzufügen.“

In den westlichen Ländern gibt es einzelne Urteile, die sich unmittelbar mit der weiblichen Genitalverstümmelung befassen. Im US-

Bundesstaat Georgia entfernte ein 30-jähriger Einwanderer aus Äthiopien seiner zweijährigen Tochter die Klitoris mit einer Schere. Die Geschworenen befanden den Mann der schweren Körperverletzung und Misshandlung schuldig, das Gericht verhängte eine Freiheitsstrafe von 10 Jahren [13].

3.2 Rechtliche Aspekte in der Bundesrepublik Deutschland

Die Genitalverstümmelung spielt nach den Ergebnissen einer Datenbankrecherche in einschlägigen Urteilsdatenbanken (Juris Online und Beck Online) vor allem in verwaltungsgerichtlichen und familiengerichtlichen Entscheidungen und nicht im Strafrecht eine Rolle.

3.2.1 Asyl- und Zuwanderungsrecht

In verwaltungsgerichtlichen Verfahren ist z. B. zu klären, ob die drohende Genitalverstümmelung als Asylgrund der politischen Verfolgung gemäß Art. 16a GG anzuerkennen ist oder ob zumindest Abschiebungsschutz nach § 60 AufenthG (vgl. früher § 53 AuslG) besteht.

Nach Art. 16a Abs. 1 GG genießen politisch Verfolgte, wenn nicht Gründe aus Art. 16a Abs. 2 ff. GG entgegenstehen, in der Bundesrepublik Deutschland Anspruch auf Asyl. Sowohl die bevorstehende weibliche Genitalverstümmelung (vgl. z. B. [50, 51]) als auch die zwangsweise durchgeführte männliche Beschneidung (vgl. z. B. [52]) sind unter Berücksichtigung des konkreten Einzelfalls als Asylgrund der politischen Verfolgung in Rechtsprechung (umfangreiche Darstellung einschlägiger Rechtsprechung bei [53]) und Literatur (vgl. z. B. [54, 55]) anerkannt worden.

Selbst wenn die drohende Genitalverstümmelung nicht als Asylgrund im Sinne von Art. 16a GG anerkannt wurde, kann diese bevorstehende Maßnahme ein Abschiebungsverbot nach § 60 AufenthG begründen (vgl. z. B. [56, 57]). Ein solches Abschiebungsverbot kann ergehen, wenn das Leben oder die Freiheit aufgrund der Rasse, Religion, Staatsangehörigkeit, der Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen der politischen Überzeugung bedroht ist. Bei der weiblichen Genitalverstümmelung handelt es sich um eine unmenschliche, menschenrechtsverletzende Behandlung aufgrund der Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe (Geschlechtszugehörigkeit), welche die erforderliche Intensitätsschwelle von Art. 16a GG und § 60 Abs. 1 AufenthG überschreitet und zudem Verfolgungscharakter aufweist [58–60]. Mit der Novellierung des § 60 Abs. 1 S. 2 und 3 AufenthG bezweckte der Gesetzgeber einen geschlechtspezifischen Schutz von Frauen vor Genitalverstümmelung, drohenden Ehrenmorden und Zwangsverheiratung [61]. Durch § 60 Abs. 1 Satz 4 lit. c AufenthG wurde der Schutz auch auf die Verfolgung und auf Eingriffe durch nichtstaatliche Akteure erstreckt, wie sie bei der Genital-

verstümmelung innerhalb der Dorfgemeinschaft oder Familie drohen, wenn der Heimatstaat des Flüchtlings nicht den erforderlichen Schutz vor der Genitalverstümmelung bietet [62–66].

Aufgrund prozessualer Mitwirkungspflichten hat das rechtsschutzsuchende Mädchen bzw. die Frau die Gründe für eine bevorstehende Genitalverstümmelung schlüssig darzulegen [67]. Nicht in jedem konkreten Einzelfall vermochte das Vorbringen einer möglichen bevorstehenden Genitalverstümmelung deshalb die Gerichte zu überzeugen, z. B.:

- wenn unzutreffende Angaben über die Identität, ein unglaubwürdiger Sachverhalt und lediglich eine (behauptete) geschlechtsspezifische Verfolgung vorgetragen wurden [68],
- wenn keine beachtliche Wahrscheinlichkeit einer bevorstehenden Zwangsbeschneidung gegeben ist und innerstaatliche Fluchtmöglichkeiten in Nigeria anzunehmen sind [69],
- Vortrag von Zwangsbeschneidung ohne konkrete Ausführungen zur eigenen Gefährdung in der Elfenbeinküste [70],
- wenn aufgrund der Angaben der Klägerin von inländischen Fluchtalternativen im Heimatland auszugehen war (vgl. z. B. [71, 72]),
- wenn aufgrund des Alters nicht von einer „beachtlichen Wahrscheinlichkeit der Beschneidung“ im Falle der Rückkehr in das Heimatland ausgegangen wurde ([73]; Beschneidungsalter in der betroffenen Bevölkerungsgruppe in Nigeria zwischen dem 7. und 14. Lebensjahr, Alter der Klägerin: 5 Jahre; andere Bewertung für Ghana [74], Zwangsbeschneidungen auch an Frauen in heiratsfähigem Alter) oder
- bei einem vom Gericht als unglaubwürdig gewerteten Vortrag, unter Zwang selbst Beschneidungen an anderen vornehmen zu müssen [75].

3.2.2 Zivilrecht

Eine Genitalverstümmelung stellt eine schwere Gefahr für das körperliche und seelische Wohl eines Kindes dar. In familiengerichtlichen Verfahren stehen gerichtliche Schutzmaßnahmen zur effektiven Gefahrenabwehr nach §§ 1666, 1666a BGB bei bevorstehender Kindeswohlgefährdung unter Wahrung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes im Vordergrund. Eine vollständige Trennung von den Eltern vermag diesen Schutz vor einer Genitalverstümmelung zwar zu gewährleisten, wird aber gerade von Kleinkindern als traumatisch empfunden ([76]; zur Unverhältnismäßigkeit der Unterbringung in einer Pflegefamilie vgl. [77]).

In Betracht kommt daher die teilweise Entziehung der elterlichen Sorge in Form des Entzugs des Aufenthaltsbestimmungsrechts, um eine drohende Beschneidung zu verhindern (BGH [78]), zuvor bereits OLG Dresden [77], AG Bonn [79], zunächst auch AG Säckingen [80], AG Bremen [81], vgl. auch [82]). Mitunter kann einem Elternteil das Aufenthaltsbestimmungsrecht entzogen werden und auf den anderen Elternteil übertragen werden, wenn – wie in einem konkreten Fall – im Heimatland des Vaters (Gambia) dem Kind die Genitalverstümmelung droht [83]. Ebenfalls wurde bei drohender Gefahr einer Genitalverstümmelung auf Veranlassung des aus Ägypten stammenden und von der Mutter getrennt lebenden Vaters diesem nur ein betreutes Umgangsrecht zugebilligt [84].

So stellt der BGH [85] in einem Beschluss klar, dass dem Recht des Kindes auf Schutz seiner Menschenwürde und seiner körperlichen Unversehrtheit die höchste Priorität einzuräumen ist. Hinter dieses Recht müssen das Elternrecht der Mutter, das Recht des Kindes, seine Verwandtschaft im Heimatstaat zu besuchen und auch „Vorstellungen von Kultur, Tradition, Religion und Erziehung“ zurücktreten, weil „die drohende Schädigung ... unter keinem Gesichtspunkt zu tolerieren“ ist (zu vorgetragenen Rechtfertigungsgründen siehe auch Teil 2 des Beitrags). Weiter heißt es:

„Nach Auffassung des Senats handelt es sich bei der Genitalverstümmelung um einen schweren Eingriff, der bleibende physische und psychische Schäden zur Folge hat. Dabei verbietet sich eine Unterscheidung nach der Art der Verstümmelung, denn in allen Fällen liegt eine grausame, folgenschwere und durch nichts zu rechtfertigende Misshandlung vor.“

Deshalb hat der BGH den teilweisen Entzug des den Eltern zustehenden Aufenthaltsbestimmungsrechts als geeignete Schutzmaßnahme bestätigt, um von einem in Deutschland lebenden Mädchen (nichtdeutscher Staatsangehörigkeit) die Gefahr einer drohenden Genitalverstümmelung durch Verbringen in das afrikanische Heimatland (Gambia) abzuwenden. Aufgrund der Gefahr einer Genitalverstümmelung während eines Aufenthaltes in Gambia wurde der Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrechts gem. § 1666 BGB gerechtfertigt, wobei die Tatrichter im Rahmen seines Auswahlermessens zu entscheiden hat, ob diese Maßnahme allein ausreicht. Daran hegt der BGH im vorliegenden Fall [85] Zweifel und sieht Fehler beim Auswahlermessens durch das OLG Dresden [77]. Als weitergehende Maßnahmen spricht der BGH neben dem Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrechts eine beaufsichtigende Pflegschaft und die regelmäßige Vorstellung des Kindes beim Kinderarzt an (zustimmend: [86]).

Allerdings sind auch in den zivilrechtlichen Entscheidungen die konkreten Umstände des Einzelfalls zu beachten. Die Eingriffsschwelle für gerichtliche Maßnahmen bei einer möglichen Genitalverstümmelung ist aufgrund der Schwere des drohenden Schadens und der Gefährdung des Kindeswohls niedrig anzusetzen; gleichwohl kann eine lediglich abstrakte Gefährdung ohne das Vorliegen konkreter Verdachtsmomente nicht ausreichen, die elterliche Sorge gerichtlich einzuschränken (vgl. Fallkonstellation bei [87]).

3.2.3 Strafrechtliche Ahndung der Genitalverstümmelung *de lege lata*

Nach den Ergebnissen der Urteils- und Literaturrecherche spielen strafrechtliche Verfahren bei der Genitalverstümmelung so gut wie keine Rolle. Gerade vor dem Hintergrund einer Debatte um eine Verschärfung des Strafrechts bei Genitalverstümmelung (vgl. [5]) sollen nachfolgend zunächst die bereits bestehenden strafrechtlichen Sanktionsmöglichkeiten erörtert werden.

3.2.3.1 Einfache und gefährliche Körperverletzung gemäß §§ 223, 224 StGB

Im Gegensatz zur Diskussion im Schrifttum zur männlichen Beschneidung ist bei der weiblichen Genitalverstümmelung die Tatbestandsmäßigkeit einer zunächst einfachen Körperverletzung gemäß § 223 StGB nach allgemeiner Auffassung gegeben (vgl. [5, 88, 89]). Die

Verwirklichung des Grundtatbestandes des § 223 StGB durch die Vornahme der Genitalverstümmelung tritt unabhängig davon ein, ob der Operateur ein approbierter Arzt oder ein medizinischer Laie ohne entsprechende Qualifikation ist (vgl. für die st. Rspr. zu ärztlichen Eingriffen in die körperliche Integrität [90]).

Das LG Münster [91] hat einen Fall nicht-ritueller Genitalverstümmelung eines 15-jährigen Mädchens durch ihren Stiefvater als gefährliche Körperverletzung gemäß §§ 223, 224 Abs. 1 Nr. 1 und 2, 53 StGB gewertet. Das Abschneiden der kleinen Schamlippen mittels Skalpell stellte eine körperliche Misshandlung iSv § 223 Abs. 1 Alt. 1 StGB in Form einer üblen und unangemessenen Behandlung dar, die sowohl das körperliche Wohlbefinden als auch die körperliche Unversehrtheit des Mädchens mehr als nur unerheblich beeinträchtigt hat. Das operative Entfernen der Schamlippen erfüllt zudem, auch wenn das LG Münster dies nicht ausdrücklich ausgeführt hat, die Tatbestandsalternative „Gesundheitsschädigung“ des § 223 StGB. Durch die Genitalverstümmelung wird nämlich ein pathologischer Zustand hervorgerufen, der aufgrund des irreversiblen Substanzverlustes sogar nicht nur vorübergehend ist, was für die Tatbestandserfüllung ausreicht (vgl. [92]).

Es bestehen aus rechtlicher Sicht keine Bedenken, die zutreffenden Ausführungen des LG Münster zu nicht-rituellen Genitalverstümmelungen auf Tatbestandsebene vollständig auf solche des Typs I–III mit religiösem oder kulturellem Hintergrund zu übertragen. Die weitere Analyse soll sich auf die Typen I–III der Genitalverstümmelung nach der Unterscheidung der WHO (s. o.) beziehen.

Wird die Genitalverstümmelung mittels Skalpell, Messer oder eines anderen scharfen Gegenstandes vorgenommen, was immer der Fall sein dürfte, ist dies als gefährliche Körperverletzung in der Form der „Verwendung eines gefährlichen Werkzeuges“ gem. § 224 Abs. 1 Nr. 2 StGB zu werten [93, 94]. Allerdings gilt dies nicht generell, sondern nur dann, wenn der Eingriff von einem medizinischen Laien ohne entsprechende Ausbildung und nachgewiesene Qualifikation vorgenommen wird [95]. Für Ärzte verbleibt es daher beim Grundsatz, dass Skalpell oder Spritze in ihren Händen keine „gefährlichen Werkzeuge“ darstellen, da diese nach Art und Weise der Verwendung im konkreten Fall nicht geeignet sind, erhebliche Verletzungsgefahren herbeizuführen, wenn der Eingriff *lege artis* vorgenommen wird (vgl. [96, 97], kritisch aber [98]).

Die Betäubung des Operationsbereichs mit Anästhetika durch den medizinischen Laien hat das LG Münster ebenfalls als gefährliche Körperverletzung durch die „Beibringung anderer gesundheitsschädlicher Stoffe“ gem. § 224 Abs. 1 Nr. 1 Alt. 2 StGB gewertet.

3.2.3.2 Misshandlung von Schutzbefohlenen gemäß § 225 StGB

Auf den ersten Blick könnte man die Genitalverstümmelung als Misshandlung von Schutzbefohlenen gem. § 225 StGB bewerten (regelmäßig vorliegend: [99]; einschränkend auf die Umstände des konkreten Einzelfalls: [5, 16, 48]). Zwar scheint die Subsumtion einer Genitalverstümmelung unter die Tatbestandsvarianten „quälen“, „roh misshandeln“ oder die zu schützende Person „durch böswillige Vernachlässigung der Pflicht, für diese zu sorgen, an ihrer Gesundheit schädigen“ nahe liegend. Allerdings ist die Auslegung der Tatbestandsmerkmale

des § 225 StGB sehr umstritten (siehe zum Meinungsstand [100]) und eine Strafbarkeit gem. § 225 StGB im Zusammenhang mit der rituellen Genitalverstümmelung kann nicht ohne weiteres und ohne Berücksichtigung der konkreten Umstände des Einzelfalls konstatiert werden.

3.2.3.3 Schwere Körperverletzung gemäß § 226 StGB

Aufgrund der schweren medizinischen Folgen und Komplikationen, die durch die Genitalverstümmelung auftreten können, kommt auch eine Strafbarkeit nach § 226 StGB in Betracht.

Mit Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit gem. § 226 Abs. 1 Nr. 1 StGB ist sowohl der Verlust der Zeugungsfähigkeit als auch der Gebärenden- und Empfängnisfähigkeit sowie der Fähigkeit, ein Kind voll auszutragen, gemeint [101]. Lässt sich die Kausalität zwischen dem Eingriff und dem Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit feststellen, also einer Folge, die – wie oben dargestellt – keine Seltenheit ist, so ist § 226 Abs. 1 Nr. 1 StGB erfüllt [48].

Unabhängig vom Ausmaß der Genitalverstümmelung lässt sich diese aufgrund der herrschenden Auslegung des Verlustes eines wichtigen Körperglieds nicht unter § 226 Abs. 1 Nr. 2 StGB subsumieren, da es sich bei den Genitalien nicht um Glieder mit einer entsprechenden Gelenkverbundenheit handelt (vgl. auch [48, 102, 103]).

Für die Tatbestandsalternative des § 226 Abs. 1 Nr. 3 StGB – dauernde Entstellung – wäre eine Verunstaltung der äußeren Gesamterscheinung der verletzten Person in ihrer ästhetischen Wirkung mit auf Dauer starken psychischen Nachteilen im Verkehr mit der Umwelt Voraussetzung. In der Rechtsprechung betrafen Fälle dauernder Entstellung bislang vor allem Veränderungen des Gesichtes [104]. Verlangt wird zudem vom BGH im Hinblick auf die von § 226 Abs. 1 Nr. 3 StGB geforderte Erheblichkeit der Entstellung, dass die Verunstaltung in ihrer Bedeutung für den Menschen etwa der Benachteiligung entspricht, die mit den anderen in § 226 StGB genannten Folgen verbunden ist [105]. Einschränkungen können sich auch ergeben, da die Folgen der Beschneidung üblicherweise bei normalen sozialen Kontakten nicht sichtbar sind [16], so dass die Einschlägigkeit dieser Tatbestandsalternative fraglich erscheint. Eine pauschale Einordnung als „erhebliche dauernde Entstellung“ kann deshalb nicht getroffen werden.

3.2.3.4 Verletzung der Fürsorge- oder Erziehungspflichten gemäß § 171 StGB

Teilweise wird die Genitalverstümmelung in der juristischen Literatur als Verletzung der Fürsorgepflicht im Sinne des § 171 StGB gewertet (vgl. z. B. [106]).

3.2.3.5 Rechtfertigungsgründe

Zusammengefasst ergibt sich aus dem oben Angeführten, dass die Genitalverstümmelung der Typen I–III den Tatbestand der einfachen bzw. bei medizinischen Laien ohne Approbation auch die Qualifikation der gefährlichen Körperverletzung erfüllt. Nach den konkreten Umständen des Einzelfalls können noch Qualifikationsmerkmale vorliegen, die eine Bewertung als Misshandlung von Schutzbefohlenen oder als schwere Körperverletzung zulassen. Ist nunmehr festgestellt, dass die Genitalverstümmelung tatbestandsmäßig im Sinne der §§ 223 ff.

StGB ist, so führt dies noch nicht zwingend zu einer Strafbarkeit. Zu denken ist an eine mögliche rechtfertigende Einwilligung. Allerdings muss in diesem Zusammenhang differenziert werden zwischen der Vornahme der Genitalverstümmelung an nicht einwilligungsfähigen, minderjährigen Mädchen und der Genitalverstümmelung an einwilligungsfähigen, erwachsenen Frauen.

Über die Vornahme von ärztlichen Eingriffen an einem Kind entscheiden die Personensorgeberechtigten, in der Regel die Eltern (§§ 1626, 1629 BGB [107]). Sie üben die Personensorge zum Wohle des Kindes aus (§ 1627 BGB). Evident zählen hierzu jedoch nicht die Einwilligung in Eingriffe oder die Selbstvornahme von Eingriffen, die mit schwersten gesundheitlichen Folgen bis hin zum Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit verbunden sind, ohne dass es eine medizinische Indikation gibt. Der BGH hat daher in einem Beschluss zutreffend festgestellt, dass jede Genitalverstümmelung (des Typs I–III) im Mädchenalter als eine das Kindeswohl in ganz erheblicher Weise beeinträchtigende Behandlung zu beurteilen ist, die „grausam, folgenschwer und durch nichts zu rechtfertigen“ sei [108]. Eine von den Sorgeberechtigten gegebene Einwilligung oder die Selbstvornahme der Genitalverstümmelung an Minderjährigen ist daher unwirksam und lässt die Rechtswidrigkeit nicht entfallen.

Bei erwachsenen einwilligungsfähigen Frauen stellt sich hingegen die Frage, ob diese wirksam in eine an ihnen vorgenommene Genitalverstümmelung einwilligen können. Die Grenze setzt hier § 228 StGB, der eine Tat trotz vorheriger Einwilligung für sittenwidrig erklärt, wenn diese gegen die guten Sitten verstößt. Dies wird für Genitalverstümmelungen teilweise generell angenommen [48, 109]. Sonstige Stimmen im Schrifttum beziehen sich auf die Sittenwidrigkeit der Genitalverstümmelung an Kindern [88], woraus sich jedoch keine Schlüsse auf Genitalverstümmelungen an Erwachsenen ziehen lassen.

Abgrenzungsprobleme ergeben sich dort, wo Modetendenzen wie Tätowierung oder Piercing der Genitalien sowie so genannte Schönheitsoperationen an den Genitalien (Labioplastik oder Hymenoplastik) oder Geschlechtsumwandlungen aus medizinischen Gründen beschneidenden und genitalverändernden Charakter haben (vom Anwendungsbereich eines neuen § 226a StGB Genitalverstümmelung ausgenommen, s. [5]). Problematisch kann daher ein Ergebnis sein, das religiös-rituell motivierte, aus freiem (!) Willen der Frau vorgenommene Eingriffe an den Genitalien als Verstoß gegen die guten Sitten wertet, hingegen eine nach modischen Trends orientierte Genitalveränderung für zulässig erachtet. Nach hier vertretener Auffassung ist das Selbstbestimmungsrecht der Frau maßgeblich, welchen Eingriff sie, aus welcher freien (d. h. ohne jeglichen Zwang, Druck etc.) und autonomen Motivlage auch immer, an sich durchführen lassen möchte.

Eine Sittenwidrigkeit der Körperverletzung kann nach aktueller Rechtsprechung des BGH trotz Einwilligung vorliegen, wenn das Opfer durch die Körperverletzungshandlung in konkrete Todesgefahr gebracht wird [110]. Auch Körperverletzungen, die hinsichtlich des Verletzungserfolges an die in § 226 StGB geregelten erheblichen Beeinträchtigungen heranreichen, können laut dieser BGH-Entscheidung sittenwidrig sein, wobei der Senat offen lässt, welcher Intensitätsgrad tatsächlich erreicht werden muss. Es scheint daher Vorsicht geboten, jegliche Form der religiös motivierten Genitalverstümmelung pauschal bei einwilligungsfähigen (!) Frauen als sittenwidrig zu erachten. In solchen Fällen der von den Frauen selbst gewollten Beschneidung (z. B. Typ IV), bei denen die Fortpflanzungsfähigkeit im konkreten Fall nicht beeinträchtigt wird, reichen die Folgen nicht an die des § 226 StGB heran. Auch wenn dies in den Augen der überwältigenden Mehrheit der deutschen

Bevölkerung befremdlich erscheinen mag, wird in diesen Fällen eine Sittenwidrigkeit auch im Vergleich zu den anderen Formen der Genitalveränderungen eher abzulehnen sein. In den Fällen der Infibulation, die dauerhaft mit schwersten gesundheitlichen Komplikationen verbunden ist und auch das Risiko des Kindstods deutlich erhöht, wird man die Sittenwidrigkeit hingegen annehmen können. Eine generelle Einordnung der Genitalverstümmelung als sittenwidrige oder nicht sittenwidrige Tat lässt sich jedoch nicht treffen.

Bei dem Gesetzesvorschlag zur Einführung eines Straftatbestandes „Genitalverstümmelung“ [5] wird auf eine vergleichbare Regelung wie in Österreich (§ 90 Abs. 3 ÖstStGB: In eine Verstümmelung oder sonstige Verletzung der Genitalien, die geeignet ist, eine nachhaltige Beeinträchtigung des sexuellen Empfindens herbeizuführen, kann nicht eingewilligt werden) verzichtet; dies soll der Auslegung und Abgrenzung durch die Rechtsprechung vorbehalten bleiben. Es ist daher abzuwarten, ob und wie sich die Gesetzgebung ändert und die Rechtsprechung bei dieser Fragestellung entscheiden wird.

3.2.3.6 Täter/innen (siehe Darstellung bei [102])

Die Täter/innen der Genitalverstümmelung stammen oft aus dem familiären oder gesellschaftlichen Umfeld des Opfers, die ggf. gemeinschaftlich mit einer (Wander-)beschneiderin oder einem Barbier den Eingriff vornehmen. Teilweise werden die Eingriffe wohl auch von Ärzten durchgeführt (vgl. zur zulässigen Verdachtsberichterstattung in einem Fernsehreport [111]). Eltern, welche die Beschneidung nicht selbst durchführen, können strafrechtlich als Mittäter (§ 25 Abs. 2 StGB), Anstifter oder Gehilfen (§§ 26, 27 StGB) in Frage kommen.

3.2.4 Strafrechtliche Ahndung der Genitalverstümmelung *de lege ferenda*

Eine präventive Wirkung, einen wirksameren Opferschutz und eine angemessene Bestrafung der Täter erhofft man sich sowohl von Seiten der Literatur [16, 48] als auch der Gesetzgebung über Änderungen im StGB [5, 112], da man die derzeitigen Regelungen als nicht ausreichend ansieht.

Die Änderungsvorschläge betreffen im Wesentlichen:

- Einbeziehung von im Ausland begangenen Genitalverstümmelungen, wenn die Mädchen und jungen Frauen ihren Wohnsitz oder ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben (so genannte „Ferienbeschneidung“)
- Ruhen der Verjährung bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, da aufgrund der Abhängigkeit Minderjähriger von ihren Eltern und Verwandten möglicherweise erst mit Volljährigkeit von einer Anzeigerstattung auszugehen ist
- Einführung eines Straftatbestandes „§ 226a Genitalverstümmelung“ in das Strafgesetzbuch als Verbrechenstatbestand:
 - (1) *Wer die äußeren Genitalien einer Frau durch Beschneidung oder in anderer Weise verstümmelt, wird mit Freiheitsstrafe nicht unter zwei Jahren bestraft.*
 - (2) *In minder schweren Fällen ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu erkennen.*
- Ergänzung des § 227 Abs. 1 StGB um § 226a StGB zur Erfassung des fahrlässig verursachten Todes als Erfolgsqualifikation
- Anpassung der Berechtigung zur Nebenklage und zur Bestellung eines Rechtsbeistandes

Die Einführung eines neuen § 226a StGB mag einerseits für die Problematik der Genitalverstümmelung sensibilisieren, andererseits kann

der neue Tatbestand solche Taten erfassen, die – wie bereits dargestellt – durch die §§ 223 ff. StGB nicht hinreichend geahndet werden können [5]. Betont wird zudem die Notwendigkeit präventiver Maßnahmen durch entsprechende Beratungsangebote zur Herbeiführung von Verhaltensänderungen bei den Migranten [103].

3.2.5 Standesrechtliche Aspekte

Standesrechtlich steht einer Genitalverstümmelung durch Ärzte etwa die (Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte entgegen, wo es u. a. in § 2 Abs. 1 MBO-Ä 2006 heißt:

„Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf nach ihrem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus. Sie dürfen keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit ihren Aufgaben nicht vereinbar sind oder deren Befolgung sie nicht verantworten können.“

Bereits 1999 hat der 99. Deutsche Ärztetag eine Entschließung verabschiedet (nach [13]):

„Der 99. Deutsche Ärztetag verurteilt die Beteiligung von Ärzten an der Durchführung jeglicher Form von Beschneidung weiblicher Genitalien und weist darauf hin, dass entsprechend der Generalpflichtenklausel der Berufsordnung für die deutschen Ärzte derartige Praktiken berufsrechtlich zu ahnden sind. In anderen europäischen Staaten (z.B. Norwegen, Dänemark, Frankreich) ist die rituelle Verstümmelung weiblicher Genitalien bereits gesetzlich unter Strafe gestellt.“

4. Empfehlungen für Arzt-Patienten-Kontakte

In einer Stellungnahme zur weiblichen Genitalverstümmelung hat sich die Arbeitsgemeinschaft „Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit“ (FIDE) für den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie geäußert. Unter Einbeziehung dieser Stellungnahme formulierte die Bundesärztekammer folgende Empfehlungen für Arzt-Patienten-Kontakte [33]:

- Einfühlsame Anamnese, evtl. mit Dolmetscherin (im Einzelgespräch und/oder mit der Familie). Es sollte den Frauen gegenüber der Terminus „Beschneidung“ verwendet werden.
- Einfühlsame Befunderhebung und Untersuchung.
- Infektionen indikationsgemäß behandeln.
- Blut- und Urinabflussbehinderungen beheben.
- Je nach Beschneidungsgrad die Fähigkeit zum Geschlechtsverkehr (Kohabitationsfähigkeit) durch Öffnung des Scheidenausgangs unter Anästhesie herstellen.
- Bei schwangeren beschnittenen Frauen mit engem Scheidenausgang kann eine erweiternde Operation bereits während der Schwangerschaft medizinisch indiziert sein, insbesondere wenn Vaginal- und Blaseninfektionen während der Schwangerschaft aufgetreten sind. Wegen einer möglichen Traumatisierung soll eine geeignete Anästhesieform gewählt werden, um Erinnerungen an die Beschneidung zu vermeiden.
- Unter der Geburt soll durch Öffnung der Infibulation, durch kontrollierten Dammriss oder Episiotomie der Durchtritt des Kindes ermöglicht werden.

Bereits nach geltendem Recht ist z. B. das Wiedervernähen einer Verstümmelung durch einen Arzt nach der Geburt jedenfalls dann strafbar, wenn dies erkennbar zu einer gesundheitlichen Gefährdung der Frau führen würde. Ärzte können unter Berufung auf § 34 StGB

(rechtfertigender Notstand) ihre Schweigepflicht nach § 203 StGB brechen, wenn ein Mädchen bereits Opfer einer Genitalverstümmelung geworden ist und die Befürchtung besteht, kleinere Geschwister könnten bedroht sein (ebenso [113]).

5. Fazit

Die rituelle weibliche Genitalverstümmelung geht mit einer Vielzahl von medizinischen Risiken und akuten sowie chronischen Komplikationen einher. Die weibliche Genitalverstümmelung spielt in unterschiedlichen Rechtsgebieten (BGB, Asyl- und Ausländerrecht, StGB) eine mehr oder weniger bedeutende Rolle. Strafrechtlich stellt die rituelle weibliche Genitalverstümmelung bei einer Minderjährigen eine Körperverletzung im Sinne des Strafgesetzbuches dar. Aufgrund der unklaren Rechtslage und der Vorgaben der Standesorganisationen sollte von Ärzten eine Mitwirkung an solchen Eingriffen jedenfalls bei Minderjährigen, aber auch bei erwachsenen Frauen abgelehnt werden. Der Eingriff ist weder medizinisch indiziert noch zwingend an ein bestimmtes Lebensalter gebunden. Das Verlangen einer Genitalverstümmelung bei einwilligungsunfähigen Minderjährigen durch die Sorgeberechtigten ist rechtlich als Sorgerechtsmissbrauch zu sehen, die Vornahme des Eingriffs an Minderjährigen mangels eines akzeptablen Rechtfertigungsgrundes als Straftat. Bei einwilligungsfähigen erwachsenen Frauen sind die Umstände des Einzelfalles zu beachten. Im Hinblick auf die Aktivitäten des Gesetzgebers zur weiblichen Genitalverstümmelung ist möglicherweise mit einer Reform des Strafrechts zu rechnen.

Zusammenfassung

Die weibliche Genitalverstümmelung wird nicht nur in den westlichen Ländern als Verstoß gegen geltendes Recht und gegen die guten Sitten angesehen, auch wenn sich dies aus Sicht der betroffenen einwilligungsfähigen und volljährigen Frau im Einzelfall anders darstellen mag. Die körperlichen und psychischen Folgen für das betroffene Mädchen oder die betroffene Frau können erheblich sein. Als Versuch der Rechtfertigung des Eingriffs werden teilweise medizinisch-hygienische Pseudoargumente, die Freiheit der Religion und Weltanschauung sowie die kulturelle Identität und Sozialadäquanz angeführt. Außerhalb der westlichen Welt gibt es Ansichten, die schon allein eine religiös-weltanschauliche Rechtfertigung akzeptieren wollen. In Deutschland kann bei drohender Genitalverstümmelung den Eltern das Aufenthaltsbestimmungsrecht entzogen werden, um ein Verbringen des Kindes/der Jugendlichen in das Heimatland zu verhindern. Die Genitalverstümmelung als geschlechtsspezifische Bedrohung ist als Asylgrund oder Abschiebungsschutz anerkannt. Vorschläge zur Schaffung eines eigenen Straftatbestandes Genitalverstümmelung sind Gegenstand der gesetzgeberischen Diskussion.

Schlüsselwörter: Genitalverstümmelung, weibliche – Beschneidung, des weiblichen Genitales – Rechtslage, bei Genitalverstümmelung

Medical and legal aspects of genital mutilation and circumcision

Part I: Female genital mutilation (FGM)

Summary

Female genital mutilation (FGM) is considered to be against the law and against morality not only in Western countries, although a woman of age and able to consent may sometimes think differently. The procedure may have serious physical and emotional conse-

quences for the girl or woman. Nevertheless there are attempts to justify the procedure with medical and hygienic pseudoarguments, ideology, freedom of religion, cultural identity and social adequacy. Outside the Western world, some people claim that religion and culture alone justify the practice. In Germany, parents can lose the right to determine the residence of their daughter, if she is faced with the risk of genital mutilation in order to prevent that the child or girl is taken to her home country. Genital mutilation as a gender-specific threat is recognized as a reason to grant asylum or prevent deportation. Proposals to make genital mutilation a separate punishable offence are presently discussed by the legislator.

Keywords: Female genital mutilation – Female circumcision – Legal situation, in cases of FGM

Literatur

1. Hulverscheidt, M. (2002): Weibliche Genitalverstümmelung. Diskussion und Praxis in der Medizin während des 19. Jahrhunderts im deutschsprachigen Raum. Mabuse-Verlag (Frankfurt a. M.)
2. Hulverscheidt, M. (2003): Genitale Beschneidung. Dtsch. Hebammen Z. (DHZ) 2003: 18-20
3. Nehberg, R. (2010): Homepage TARGET – Initiative gegen Genitalverstümmelung. www.target-human-rights.de/
4. WHO, OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM (2008): Eliminating female genital mutilation. An interagency statement. WHO Library Cataloging
5. Deutscher Bundesrat (2010): Entwurf eines ... Strafrechtsänderungsgesetzes – Strafbarkeit der Verstümmelung weiblicher Genitalien (... StrÄndG). BT-Drs. 17/1217
6. WHO (2008): Fact sheet N° 241. Female genital mutilation
7. Budiharsana, M. (2004): Female circumcision in Indonesia: extent, implications and possible interventions to uphold women's health rights. Jakarta, Population Council
8. Newland, L. (2006): Female circumcision: Muslim identities and zero tolerance policies in rural West Java. Women's Stud. Int. Forum 29: 394-404
9. Mwenda, K. K. (2006): Labia elongation under African customary law: a violation of women's rights? Int. J. Hum. Rights 10: 341-357
10. Tamale, S. (2006): Eroticism, sensuality and 'women's secrets' among the Baganda. IDS Bulletin 37: 89-97
11. Yoder, P. S., Khan, S. (2007): Numbers of women circumcised in Africa: The production of a total. Macro Int. Inc. (Calverton)
12. Terre des femmes (2003): Schnitt in die Seele. Weibliche Genitalverstümmelung. Eine fundamentale Menschenrechtsverletzung. Mabuse-Verlag (Frankfurt a. M.)
13. Herrmann, B., Dettmeyer, R., Banaschak, S., Thyen, U. (2008): Kindesmisshandlung: Medizinische Diagnostik, Intervention, rechtliche Grundlagen. Springer (Berlin/Heidelberg), S. 104-110
14. Yoder, P. S., Abderrahim, N., Zhuzhuni, A. (2004): Female genital cutting in the demographic and health surveys: a critical and comparative analysis. Macro Int. Inc. (Calverton)
15. Korzilius, H. (2001): Keine Kultur, sondern Folter. Dtsch. Ärztzbl. 98: 734
16. Hagemeier, A., Bülte, J. (2010): Zum Vorschlag eines neuen § 226a StGB zur Bestrafung der Genitalverstümmelung. JZ 65: 406-410
17. UNICEF (2005): Female genital mutilation/female genital cutting: a statistical report. UNICEF (New York)
18. Toubia, N. (1994): Female circumcision as a public health issue. New Engl. J. Med. 331: 712-716

19. Chalmers, B., Hashi, K. O. (2000): 432 Somali women's birth experiences in Canada after earlier female genital mutilation. *Birth* **27**: 227-234
20. VG Aachen (2007): Urt. v. 10.01.2007 – 7 K 1621/05. A juris
21. Behrendt, A. (2005): The practice of excision in Moyamba and Bombali districts of Sierra Leone: perceptions, attitudes and practices. Plan West Africa Regional Office (Dakar)
22. VG Aachen (2010): Urt. v. 10.05.2010 – 2 K 562/07
23. Amman, C., Cotting, A., Hanselmann, V., Held, P., Hohlfeld, P., Hollinger, E. et al. (2005): Guideline „Patientinnen mit genitaler Beschneidung: Schweizerische Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegekräfte“. *Schweiz. Ärztezeitung* **86**: 951-960
24. BGH (2004): Beschl. v. 15.12.2004 – XII ZB 166/03. NJW 2005: 672-674
25. OLG Karlsruhe (2008): Beschl. v. 05.05.2008 – 16 UF 3/08. NJW-RR 2008: 1174-1176
26. AG Bremen (2007): Beschl. v. 28.08.2007 – 61 F 2311/07. ZKJ 2008: 338-340
27. VG Düsseldorf (2004): Urt. v. 13.08.2004 – 13 K 3013/99. A juris
28. VG Düsseldorf (2007): Urt. v. 28.09.2007 – 13 K 1441/05. A juris
29. Nawal, M., Nour, M. D. (2008): Female genital cutting: a persisting practice. *Rev. Obstet. Gynecol.* **1**: 135-139
30. Jaeger, F., Caflisch, M., Hohlfeld, P. (2009): Female genital mutilation and its prevention: a challenge for paediatricians. *Eur. J. Pediatr.* **168**: 27-33
31. Wüstenberg, D. (2009): Genitalverstümmelung und strafrechtliche Verjährung in Deutschland, Österreich und Schweiz. *AZR* 2009: 115-120
32. Litorp, H., Franck, M., Almroth, L. (2008): Female genital mutilation among antenatal care and contraceptive advice attendees in Sweden. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* **87**: 716-722
33. Bundesärztekammer (2006): Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung (female genital mutilation). *Dtsch. Ärztebl.* **103**: B 249-251
34. Dirie, M. A., Lindmark, G. (1992): The risk of medical complications after female circumcision. *East Afr. Med. J.* **69**: 479-482
35. El Dareer, A. (1983): Complications of female circumcision in the Sudan. *Trop. Doct.* **13**: 131-133
36. Dare, F. O., Oboro, V. O., Fadiora, S. O., Orji, E. O., Sule-Odu, A. O., Olabode, T. O. (2004): Female genital mutilation: an analysis of 522 cases in South-Western Nigeria. *J. Obstet. Gynaecol.* **24**: 281-283
37. Almroth, L., Bedri, H. A., Elmusharaf, S., Satti, A., Idris, T., Hashim, M. S. (2005): Urogenital complications among girls with genital mutilation: A hospital based study in Khartoum. *Afr. J. Reprod. Health* **9**: 127-133
38. Kristensen, I. B. (2008): Epithelial inclusion cyst of the clitoris as a late complication of childhood female circumcision. *Ugeskr. Laeger* **170**: 59
39. Jones, H., Diop, N., Askew, I., Kaboré, I. (1999): Female genital cutting practices in Burkina Faso and Mali and their negative health outcomes. *Stud. Fam. Plann.* **30**: 219-230
40. Okonofua, F. E., Larsen, U., Oronsaye, F., Snow, R. C., Slanger, T. E. (2002): The association between female genital cutting and correlates of sexual and gynaecological morbidity in Edo State, Nigeria. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* **109**: 1089-1096
41. Vangen, S., Stoltenberg, C., Johansen, R. E. B., Sundby, J., Stray-Pedersen, B. (2002): Perinatal complications among ethnic Somalis in Norway. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* **81**: 317-322

42. WHO Study Group on Female Genital Mutilation and Obstetric Outcome (2006): Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet* **367**: 1835-1841
43. Vangen, S., Stoltenberg, C., Johansen, R. E. B., Sundby, J., Stray-Pedersen, B. (2002): Perinatal complications among ethnic Somalis in Norway. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* **81**: 317-322
44. Knight, R., Hotchin, A., Bayly, C., Grover, S. (1999): Female genital mutilation – experience of The Royal Women’s Hospital, Melbourne. *Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol.* **39**: 50-54
45. MacLeod, T. (1995): Female genital mutilation. *J. Soc. Gynaecol. Can.* **17**: 333-342
46. Meniru, G. I. (1994): Female genital mutilation (female circumcision). *Br. J. Obstet. Gynaecol.* **101**: 832
47. WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome (2006): Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet* **367**: 1835-1841
48. Hahn, J.-U. (2010): Genitalverstümmelung: Wirksamer Opferschutz durch einen eigenen Straftatbestand. *ZRP* 2010: 37-40
49. VGH München: Urt. v. 08.04.2010 – M 12 K 10.30059 juris
50. VG Magdeburg (1996): Gerichtsbescheid v. 20.06.1996 – 1 A 185/95. *NVwZ-Beil.* 1998: 18-19
51. VG Frankfurt a. M.: Urt. v. 29. 8. 2001 – 3 E 30495/98.A (2). *NVwZ-RR* 2002: 460-464
52. BVerwG (1991): Urt. v. 05.11.1991 – 9 C 118/90. *NVwZ* 1992: 582-584
53. Bumke, U. (2002): Zur Problematik frauenspezifischer Fluchtgründe – dargestellt am Beispiel der Genitalverstümmelung. *NVwZ* 2002: 423-427
54. Becker, U. (2005): Art. 16a GG. In: v. Mangoldt, H., Klein, F., Starck, C. (Hrsg.): *Kommentar zum Grundgesetz*. Vahlen (München), Rn. 55
55. Renner, G. (2005): *Ausländerrecht*. 8. Aufl., C. H. Beck (München). Art. 16a GG, Rn. 28
56. VG Aachen (2010): Urt. v. 10.05.2010 – 2 K 562/07. A juris
57. VGH Kassel (2005): Urt. v. 23. 3. 2005 – 3 UE 3457/04. *NVwZ-RR* 2006: 504-505
58. AG Aachen (2010): Urt. v. 10.05.2010 – 2 K 562/07. A juris
59. VG Regensburg (2009): Beschl. v. 29.07.2009 – RN 5 S 09.30157 juris
60. VG Düsseldorf (2007): Urt. v. 28.09.2007 – 13 K 1441/05. A juris
61. VG Regensburg (2009): Beschl. v. 29.07.2009 – RN 5 S 09.30157 juris
62. VG Aachen (2010): Urt. v. 10.05.2010 – 2 K 562/07. A juris
63. VG Regensburg (2009): Beschl. v. 29.07.2009 – RN 5 S 09.30157 juris
64. VG Düsseldorf (2007): Urt. v. 28.09.2007 – 13 K 1441/05. A juris
65. VG Aachen (2007): Urt. v. 10.01.2007 – 7 K 1621/05. A juris
66. VGH Kassel (2005): Urt. v. 23.03.2005 – 3 UE 3457/04.A. *NVwZ-RR* 2006: 504-507
67. VG Aachen (2007): Urt. v. 10.01.2007 – 7 K 1621/05. A juris
68. VGH München: Urt. v. 08.04.2010 – M 12 K 10.30059 juris
69. VG Trier: Beschl. v. 14.03.2008 – 5 L 161/08 juris
70. OVG Sachsen-Anhalt (2006): Beschl. v. 01.02.2006 – 2 M 215/05 juris
71. VG Düsseldorf (2010): Urt. v. 22.03.2010 – 23 K 2491/08. A juris: zu Kamerun
72. VG München (2009): Urt. v. 29.04.2009 – M 21 K 07.50784 juris: zu Sierra Leone
73. VG Aachen (2010): Urt. v. 10.05.2010 – 2 K 562/07.A
74. VG Regensburg (2009): Beschl. v. 29.07.2009 – RN 5 S 09.30157 juris

75. VG München (2007): 12.06.2007 – M 21 K 05.51461 juris
76. AG Bremen (2007): Beschl. v. 28.08.2007 – 61 F 2311/07. ZKJ 2008: 338-340
77. OLG Dresden (2003): Beschl. v. 15.07.2003 – 20 UF 0401/03, 20 UF 401/03. FamRZ 2003: 1862-1864
78. BGH (2004): Beschl. v. 15.12.2004 – XII ZB 166/03. NJW 2005: 672-674
79. AG Bonn (2008): Beschl. v. 22.02.2008 – 47 F 86/08. ZKJ 2008: 256-257
80. AG Säckingen: Beschl. v. 20.11.2008 – 6 F 202/08 juris, aufgehoben durch OLG Karlsruhe (2009): Beschl. v. 25.02.2009 – 5 UF 224/08. NJW 2009: 3521-3523
81. AG Bremen (2007): Beschl. v. 28.08.2007 – 61 F 2311/07. ZKJ 2008: 338-340
82. Parzeller, M., Dettmeyer, R., Bratzke, H., Zedler, B. (2010): Körperliche Miss-handlung und sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen – Rechtliche Vorgaben im Zivil- und Sozialrecht. Rechtsmedizin **20**: 155-166
83. AG Köln (2008): Beschl. v. 24.09.2008 – 303 F 148/08 juris
84. OLG Karlsruhe (2008): Beschl. v. 05.05.2008 – 16 UF 3/08. NJW-RR 2008: 1174-1176
85. BGH (2004): Beschl. v. 15.12.2004 – XII ZB 166/03. NJW 2005: 672-674
86. Völker, M. (2005): Anmerkung zu BGH 12. Zivilsenat, Beschl. v. 15.12.2004 – XII ZB 166/03. In: Friederici, P., Volpp, A. (Hrsg.): jurisPR-FamR 5/2005, Anm. 1
87. OLG Karlsruhe (2009): Beschl. v. 25.02.2009 – 5 UF 224/08. NJW 2009: 3521-3523
88. Fischer, T. (2010): Strafgesetzbuch. Kommentar. 57. Aufl., C. H. Beck (München), § 223 Rn. 6b
89. Ulsenheimer, K. (2010): § 139 Die fahrlässige Körperverletzung. In: Laufs, A., Kern, B. (Hrsg.): Handbuch des Arztrechts. 4. Aufl., C. H. Beck (München), Rn. 20
90. BGH NSTz 1996: 34; NSTz-RR 2007: 340 f.
91. LG Münster (2002): Urt. v. 11.3.2002 – 16 Ns 122/00, 16 Ns 55 Js 1669/99 (122/00). Rechtsmedizin **18**: 409-412, 2008
92. BGH NJW 1960: 2253
93. LG Münster (2002). Urt. v. 11.3.2002 – 16 Ns 122/00, 16 Ns 55 Js 1669/99 (122/00), Rz. 72
94. Fischer, T. (2010): Strafgesetzbuch. Kommentar. 57. Aufl., C. H. Beck (München), § 223 Rn. 6b
95. LG Münster (2002): Urt. v. 11.3.2002 – 16 Ns 122/00, 16 Ns 55 Js 1669/99 (122/00) Rz. 71-73
96. BGH NSTz 1987: 174
97. Ulsenheimer, K. (2010): § 139 Die fahrlässige Körperverletzung. In: Laufs, A., Kern, B. (Hrsg.): Handbuch des Arztrechts. 4. Aufl., C. H. Beck (München), Rn. 20
98. Fischer, T. (2010): Strafgesetzbuch. Kommentar. 57. Aufl., C. H. Beck (München), § 224 Rn. 9 f.
99. Fischer, T. (2010): Strafgesetzbuch. Kommentar. 57. Aufl., C. H. Beck (München), § 223 Rn. 6b
100. Paeffgen, H.-U. (2010): § 225 StGB. In: Kindhäuser, U., Neumann, U., Paeffgen, H.-U. (Hrsg.): Strafgesetzbuch. 3. Aufl., Nomos (Baden-Baden), Rn. 12-17
101. Stree, W., Sternberg-Lieben, D. (2010): In: Schönke/Schröder, StGB-Kommentar, 27. Aufl., C. H. Beck (München), § 226 Rn. 1b
102. Wüstenberg, D. (2009): Genitalverstümmelung und strafrechtliche Verjährung in Deutschland, Österreich und Schweiz. AZR 2009: 115-120
103. Wüstenberg, D. (2010): Opferschutz durch Strafrecht? Zum Unwertgehalt der Genitalverstümmelung. ZRP 2010: 131-132

104. Stree, W, Sternberg-Lieben, D. (2010): In: Schönke/Schröder, StGB-Kommentar, 27. Aufl., C. H. Beck (München), § 226 Rn. 3 u. 5 m. w. N.
105. BGH NStZ 2008: 32, 33
106. Ritscher, C. (2005): § 171 Verletzung der Fürsorge- und Erziehungspflicht. In: Münchner Kommentar StGB, C. H. Beck (München), Rn. 7
107. Kern, B.-R. (1994): Fremdbestimmung bei der Einwilligung in ärztliche Eingriffe. NJW (1994): 753-759
108. BGH (2004): Beschl. v. 15.12.2004 – XII ZB 166/03. NJW 2005: 672-674
109. Möller, M. (2002): Die Verstümmelung weiblicher Geschlechtsorgane (Replik auf Rosenke, M. (2001): Die Verstümmelung weiblicher Geschlechtsorgane – Strafrechtliche Überlegungen de lege lata und de lege ferenda. ZRP 2001: 377-379). ZRP 2002: 186-187.
110. BGH (2004): Urt. v. 26. 05. 2004 – 2 StR 505/03. NJW 2004: 2458-2461
111. LG Berlin (2001): Urt. v. 10.07.2001 – 27 O 203/01. ZUM-RD 2001: 468-470
112. Gesetzesantrag der Länder Baden-Württemberg und Hessen, BR-Drs. 867/09 v. 08.12.2009
113. Gemeinsamer Antrag der Fraktionen der CDU, CSU und SPD an den Deutschen Bundestag, BT-Drs. 16/9420 vom 04.06.2008, S. 4

Anschriften der Verfasser:

Prof. Dr. med. Dr. jur. Reinhard Dettmeyer
c/o Institut für Rechtsmedizin
Frankfurter Straße 58
D-35392 Gießen

Assessor Priv.-Doz. Dr. med. Markus Parzeller
Prof. Dr. med. Hansjürgen Bratzke
Johannes Laux
Hannah Friedl
Barbara Zedler
c/o Institut für Rechtsmedizin
Kennedyallee 104
D-60596 Frankfurt/Main