Dokumentation

Female Genital Mutilation (FGM)

Weibliche Genitalverstümmelung

ein “harmloser” Brauch oder ein tiefgehender Schaden für Frauen?

Eine Veranstaltung der
Österreichischen Gesellschaft für Familienplanung
vow 8.5.2001

Inhalt

Vorwort

3 Marianne Springer-Kremser | ÖGF
„Aber die Erinnerung und der Schmerz verschwinden niemals!"

Vorträge

4 Berhane RasWork | Inter-African Committee
Cultural Reasons which condone FGM

15 Hely Bathija | WHO
Female Genital Mutilation (FGM) - An Overview

21 Petra Smutny | Richterin Landesgericht für Zivilrechtssachen
Tradition als Tarnanzug für (Menschen)Rechtsverletzungen –
Überlegungen zu FGM aus rechtlicher Sicht

37 Etenesh Hadis | Organisation Afrikanischer Frauen
Die österreichische FGM Studie

40 Edith Hobsig | Verein Frauenrechte - Menschenrechte
Problembereiche in der Beratungssituation

41 Statements der VertreterInnen der vier Parlamentsparteien
Edeltraud Gatterer | ÖVP

Beate Hartinger | FPÖ

Elisabeth Hlavac | SPÖ

Karl Öllinger | Grüne

46 Die Gruppe *Österreichische ParlamentarierInnen zur reproduktiven Gesundheit*

47 BMaA/EZA Schwerpunktland Äthiopien
„Female Genital Mutilation" – Weibliche Genitalverstümmelung

49 Weiterführende Informationen & Literatur

52 Programm der Veranstaltung

Anhang:
54 Der Norwegische Aktionsplan gegen FGM

Impressum:
ÖGF, c/o Ignaz Semmelweis-Frauenklinik, Bastiengasse 36-38, A-1180 Wien, T: 01/4785242,
office@oegf.at;
www.oegf.at, Redaktion: Elisabeth Pracht, Gundi Dick

Wien, Juli 2001

Vorwort

„Aber die Erinnerung und der Schmerz verschwinden niemals!“

In vielen Ländern der Welt sind Frauen in ihren Rechten eingeschränkt und damit verschiedenen Arten der Gewalt ausgesetzt. Jährlich werden zwei Millionen Mädchen und Frauen jeglichen Alters in 33 Ländern genital verstümmelt. Das stellt einen Akt der Gewalt gegen Frauen und eine Verletzung des Menschenrechts auf Unversehrtheit dar. Bedingt durch die Geschlechterdisparität, die ungleiche Verteilung von Macht und des daraus resultierenden sozialen Drucks ist diese Tausende Jahre alte Praxis noch immer am Leben.

Weibliche Genitalverstümmelung, hauptsächlich in den Ländern Afrikas praktiziert, ist bei Angehörigen aller Religionen zu finden. Weibliche Genitalverstümmelung kann nicht als eine kulturelle Tradition akzeptiert werden. Sie wird seit den 90er Jahren durch zahlreiche Abschlusserklärungen der internationalen UN-Konferenzen von der internationalen Staatengemeinschaft verurteilt.

Mit einer Verurteilung allein ist das Problem aber nicht gelöst. Eine breit angelegte Kampagne zur Bewusstseinsbildung ist vonnöten, um über die Folgen für körperliche und seelische Gesundheit von weiblicher Genitalverstümmelung aufzuklären. Bewusstseinsbildung ist aber nicht nur bei den betroffenen Frauen und Mädchen, ihren Partnern und Familien gefragt. Auch religiöse FührerInnen und die Gesellschaft als Ganzes, in der die Genitalverstümmelung verankert ist, sind aufgerufen, diese Gewalt gegen Frauen zu verurteilen. Die Durchführenden müssen dazu gebracht werden, von diesem Brauch Abstand zu nehmen. Die Medizinalisierung der Genitalverstümmelung (ausgebildete ÄrztInnen praktizieren FGM in Krankenhäusern) hat in den letzten Jahren wieder eine Zunahme bewirkt; das ist genauso abzulehnen wie die bis dato unter äußerst unhygienischen Bedingungen durchgeführten Verstümmelungen durch Angehörige traditioneller Heilberufe.

Bedingt durch die Migrationsströme findet sich FGM auch in den Ländern des Nordens. Frauen und Mädchen aus dem Süden sind auch in Europa der Gefahr ausgesetzt, eine Genitalverstümmelung erleiden zu müssen. Deshalb ist auch bei uns Aufklärung bei den Betroffenen und ihrem Umfeld und bei jenen Personen, die von Berufswegen damit konfrontiert sind, notwendig. Der Europarat hat durch seine Verurteilung von FGM deutlich gemacht, dass auch die Regierungen der Mitgliedsstaaten aufgerufen sind, auf dieses Problem zu reagieren.

Die Parteien des österreichischen Parlaments haben einen gemeinsamen Entschließungsantrag eingebracht, der die Genitalverstümmelung verurteilt und die österreichische Regierung auffordert, FGM im Strafgesetz zu verankern. Diese Absicht wurde von der parteiübergreifenden parlamentarischen Arbeitsgruppe zur reproduktiven Gesundheit anlässlich der Veranstaltung *Female Genital Mutilation (FGM) - Weibliche Genitalverstümmelung - ein „harmloser“ Brauch oder ein tiefgehender Schaden für Frauen?* am 8.5.2001 erneut unterstützt. Es soll aber nicht außer Acht gelassen werden, dass es mit der Verankerung im Gesetz nicht getan ist. Eine strafrechtliche Festschreibung stellt nur einen kleinen Schritt zu einer nachhaltigen Verhaltensänderung dar, zusätzlich ist ein Bündel von Maßnahmen notwendig, um FGM zu eliminieren.

Die ÖGF fordert deshalb vermehrte Aktivitäten der österreichischen Regierung auf nationaler und internationaler Ebene, aber auch im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit.

Marianne Springer-Kremser
Vorstandsmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Familienplanung

Wien, im Juli 2001

Berhane Ras Work | Präsidentin des Inter-African Committee

Cultural reasons which condone FGM

Introduction

Violence against women is built in as a value and norm in the patriarchal system, which prevails worldwide. The uneven power and economic relationship between men and women puts women in a vulnerable position to accept different forms of violence in silence and apathy.

It is most gratifying and encouraging to note that FGM is emerging as an international concern with a spill over effect in Europe. This hearing is a clear expression of the growing awareness and realization that FGM is not a problem contained in the African regional, although Africans carry the heaviest portion of the problem since FGM is interwoven in the value system of our traditions.

FGM is a human rights issue viewed as a form of violence that affects the lives of millions. Women learnt the cruel lesson of living with FGM through a rigorous socializing process and strong systems of social sanctions which continuously confirm its validity. The lack of alternatives as means of survival or for making informed choices puts the victims in a situation of 'fait accompli'.

What is FGM?

FGM, commonly known as female circumcision, is a practice that involves the cutting away of part or the whole of the female genital organs.

Who performs the practice? How?

The practice is usually performed, under very unhygienic conditions, by an untrained elderly woman, Ouddo in Somalia, Daya in Egypt, Khafedha in Sudan, using razor blades, pieces of glass or knives. These same women in most countries are traditional birth attendants (TBAs) and traditional healers. In Mali, Nigeria, Sierra Leone, practitioners perform FGM as an income generating activity. In the Sudan, Somalia, Djibouti and Nigeria, some mothers are known to take their daughters to clinics to make sure that the operation is performed under medical care. In remote nomadic areas where a professional exciser is not available, old grandmothers or aunts operate on the girls. In some communities, a barber is called upon to do the operation.

Types of female genital mutilation

To date, the types of identified and documented genital mutilation are: sunna, clitoridectomy, excision, infibulation, defibulation, re-infibulation, the Gishiri cut and Angurya cut.

Sunna: Although 'sunna' means purification according to the Islamic religion, in this context it implies the removal of the prepuce of the clitoris. In some countries like Indonesia and Malaysia, small incisions are made in the prepuce of the clitoris without removing it totally.
Clitoridectomy is the removal of the clitoris altogether. "The midwife punctures the clitoris to expose it to the maximum. Then the clitoris is rubbed until it stands erect, after which it is pulled and chopped off with a blade or a knife."
Excision: This involves the removal of the clitoris and the labia minora and rubbing the wound with local herbs for healing.
Infibulation (Pharaonic circumcision, Sudanese circumcision): The word 'infibulation' is derived from the Latin word fibula meaning a clasp used by ancient Romans on the penis of their slaves to prevent intercourse. Women slaves were infibulated using this clasp to prevent them from having sex. Infibulation at present means the cutting off of the whole of the clitoris, the whole of the labia minora

and the adjacent parts of the labia majora and stitching the two sides of the vulva, leaving a small opening for urination and menstruation.
Defibulation is performed on a bride to allow intercourse or on young delivering mothers to enlarge the passage scarred from infibulation.
Re-infibulation: This is done on women who have lost their infibulation or on young mothers after delivery or on wives during a long absence of their husbands.

Gishiri cut: This is an operation performed by a traditional birth attendant on women with prolonged labour. The TBA uses a knife to cut through the soft tissues for the purpose of enlarging the passage. Cases of infection, vesico-vaginal and recto-vaginal fistulas are reported as a result of such a cut.

Angurya cut: This is a traditional surgery performed on female infants to remove the hymen loop. It is believed that if the loop is not removed it will continue to grow and seal the vaginal orifice. However, under a normal circumstance the loop disappears within a few weeks after the birth of the baby.

So far, Nigeria is the country which reported on the existence of the Gishiri and the Angurya cut among some communities.

What are the consequences of female genital mutilation?

The short-term consequences are: haemorrhage, acute infections, bleeding of adjacent organs, violent pain. The long-term consequences are: chronic complications, haematic complications, fistula cases, functional manifestations, HIV/AIDS.

Age

The age at which a girl undergoes the practice varies from region to region, and within the same country from community to community. For example, in Ethiopia among the highland population, a baby girl is circumcised when she is 7 days old. Among the lowlanders near the Somali border, girls are infibulated at the age of 6 or 7 years.

In West African countries where FGM is performed as an initiation rite, the age range varies from 13 up to marriage. Among the Ibos in Nigeria, excision is done just before marriage. The Abohs in mid-Western Nigeria excise a woman just before her first child is born.

The Reasons advanced for the persistence of FGM

The reasons for the continuation of FGM vary according to the socio-cultural context where it exists. The major justifications are:
moral or religious,
virginity: bride price or family honour,
anatomic/aesthetic,
need for social integration
prevent child mortality,
hygiene.

Religion

The most frequent reason advanced for the practice of FGM is religion. It is usually believed by those who practise FGM that Islam makes the practice obligatory. Christianity is also cited as a justification. Most women in the countries where the practice exists believe that as good Moslems or Christians they need to go through the ritual of FGM. A group of women from Guinea-Bissau expressed this belief, saying “As good Moslems we must be circumcised. That way we will be ensured to have a

proper Moslem burial ceremony. As wives, we need to be cleaned by the circumcision ritual in order to be able to prepare food for our husbands."

However, very high religious leaders have stated that neither the Koran nor the Bible oblige women to go through the operation. An eminent Islamic scholar from the Alhazar University say: "It is reported that the Prophet Mohammed upon seeing a women circumcising a girl said: 'Circumcise but do not go too deep, this is more illuminating to the face and more enjoyable to the husband'."

It is believed that the origin of the practice predated Islam and it reached the countries where it exists before the spread of the religion.

Virginity

Virginity is a strong reason cited by mothers and grandmothers for preserving the practice. Professor Corréa of Senegal elaborates on this point as follows:

"The re-splitting of the clitoris by eliminating the sexual sensitiveness of the young girl protects her from sexual instability and excesses, if not debauchery, and makes it possible for her to conserve her virginity until marriage. Infibulation, which is in fact a complementary variant of excision, was formerly practised almost worldwide and is still today in some countries – Sudan, Somalia, Djibouti – to provide an additional security for the young girl and to make her remain sexually intact until the evening of her marriage. Young girls thus protected are reputed to have very high moral values and added advantage on which parents can capitalize by demanding a substantial dowry."

Aesthetic reasons and social integration

Among some communities, it is believed that the clitoris of a young uncircumcised girl gives her the semblance of a man. At birth, every individual is supposed to be endowed with a male and female soul, which affects the organs of procreation. The female soul of a man is located in the foreskin while the male soul of the woman is located in the clitoris. To be integrated into the society, the man should lose his foreskin through circumcision and the woman should lose her clitoris through excision.
The young uncircumcised girl is still considered today as a second-class citizen, impure, a 'bilekoro' according to a typical expression in Mali. Such a young girl can neither marry nor even be allowed to prepare the family meal until she agrees to be circumcised.
The practice is inculcated in the minds of the girls throughout their socializing process by family members and peer groups: In Sierra Leone, FGM forms part of the initiation ceremony to womanhood. After the physical operation, the girls undergo training on how to be good wives, mothers and members of their community. Dr. Olyainka Koso-Thomas, in her book 'The Circumcision of Women', describes the ceremony as a graduation:
"At the end of their training, dressed in their best clothes and finest jewellery, the new initiates parade the streets of the town or village. There is dancing, singing, heavy drinking and merriment, with relatives, fiancés and friends joining in the celebration.
After the parade, the initiates return to the bush and are sworn to secrecy concerning the activities of the secret society. Their heads, which were plastered with a mud 'Devil's cap' are washed; the girls have now attained womanly status. They can either go home to their parents or to their husband's homes, where more singing, dancing and heavy drinking continues till the early hours of the next day. The initiates receive gifts from relatives, friends or fiancés."
The initiation that takes place in the Sande bush is kept as a binding secret among the initiates who form a society. An uninitiated girl is neither considered eligible for marriage nor is she accepted by her community. She becomes an outcast and is not allowed to engage in any kind of business.
The reasons commonly advanced for maintaining FGM do not have religious or scientific backing.
FGM does not guarantee virginity or reduce promiscuity. It does not ensure fertility. In actual fact, it can cause sterility due to resulting infections.

Ignorance is a major factor for the persistence of the practice. Parents subject their children to FGM with the best of intentions, not knowing a better alternative to marriage and the security it provides. Additional factors, which perpetuate FGM are:
benefit and status of excisers,
lack of strong government policy and actions to eradicate the custom,
low economic and educational status of women.

Benefit of excisers

Excisers are respected among their societies as skilled traditional surgeons and herbalists. In many countries, they are the traditional birth attendants who render services to mothers during child delivery. They are paid in cash and kind such as chicken, eggs, rice money, etc. and they enjoy high social status.
The eradication of FGM entails the deprivation of these practitioners from their income and status. In order to effectively campaign against the practice, alternative sources of income have to be secured for this group.

History of FGM

Several speculations are advanced with regard to the origin of FGM. Shandal, in his study of 1963 'Circumcision and infibulation of females', states that "a large number of circumcised females were found among the mummies of ancient Egyptians, but a few infibulations were encountered'. It is also believed that FGM was performed on Egyptian women to mark a class distinction.
Dr. A.H. Taba in his paper on female circumcision states that "in the fifth century BC, female circumcision was practised by the Phoenicians, Hetites and Ethiopians as well as by the Egyptians. This practice was transported from Egypt to the Sudan, the Horn of Africa and moved along the Sahel belt with the migration of the population".
The origin and history of FGM is eclipsed by the passage of time and more extensive anthropological research is necessary to identify and define its source.

Geographical distribution of FGM

FGM is said to have been practised worldwide at one time in history for various reasons, all related to women's sexuality. At present, its prevalence is largely observed in Africa. According to reports presented in different seminars, the practice exists in the following countries:
Excision (clitoridectomy): Benin, Burkina Faso, Cameroon, Central African Republic, Chad, Côte d'Ivoire, Djibouti, Ethiopia, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kenya, Liberia, Mali, Mauritania, Niger (small part of the country), Nigeria, Senegal, Sierra Leone, Sudan, Tanzania, Togo, Uganda, Yemen.
Circumcision (sunna): The above mentioned countries plus Australia, Bahrain, parts of India, Indonesia, Malaysia, United Arab Emirates.
Infibulation: Djibouti, Egypt (Nubians), Ethiopia, Mali (among a few ethnic groups), Somalia, Sudan.
Gishiri and Angurya cust: Nigeria.

All three forms are practised in a few countries in Africa, such as Ethiopia, depending on the geographical location of the communities and of the degree of awareness among the population. In Djibouti, Somalia and Sudan, a few of the educated families either excise or circumcise, while the majority are infibulated.

FGM is also reported to exist in Europe among the immigrant populations in Denmark, England, Finland, France, Germany, Italy, the Netherlands, Sweden, etc. The type of operation existing in these countries depends on the origin and cultural background of each immigrant family. It could vary from

circumcision to infibulation (among Somalis, Sudanese and Ethiopians). It was reported that some doctors in England (Harley Street) practised it under medical care.

Progressive efforts made to eradicate FGM

World Health Organization

The first major step taken to deal with FGM was the 1979 Khartoum Seminar on Traditional Practices, organized by the WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean (EMRO). Representatives from 10 countries – Burkina Faso, Djibouti, Egypt, Ethiopia, Kenya, Nigeria, Oman, Somalia, Sudan, South Yemen – attended the meeting.
One of the subjects discussed was FGM as a harmful traditional practice. The complications it causes were noted and recommendations were made for its progressive eradication. In general, the seminar proposed the establishment of a national commission to coordinate activities including legislation, intensification of general education and sensitisation of midwives and TBAs. The adoption of a clear cut policy was also recommended.
In 1982, WHO issued a statement on its position regarding FGM (female circumcision). In this statement, female circumcision was recognized as having serious health consequences. The recommendations made at the Khartoum meeting were re-emphasized and WHO expressed its readiness to support national efforts aimed at eradicating the practice. Strong advice was expressed to health workers not to perform FGM under any conditions.
WHO/EMRO adopted a resolution at its thirty-fifth session, stating that women's health must be safeguarded by ensuring the elimination of harmful traditional practices.
In September 1989, the WHO Regional Committee for Africa (AFRO) adopted unanimously a resolution recommending to concerned members to adopt appropriate policies and strategies to eliminate female circumcision. The Director was asked to provide support and to make a report, at the 40th session, on the progress of work in this area.
In May 1992, at the WHO Technical Discussion on Women, Health and Development, the issue of FGM and other traditional practices was raised and a proposal was made stating that more courageous steps must be taken by the national and international communities to eliminate mutilating practices.
At the Safe Motherhood Conference in Niamey, February 1989, organized by the World Bank, UNFPA, WHO and UNICEF, a call for the eradication of harmful traditional practices was included in the final declaration.

WHO initiated and funded a research study on the influence of FGM on the choice of contraceptive methods, which was undertaken by the Inter-African Committee in Djibouti and Sierra Leone.

UNICEF

UNICEF co-sponsored a Regional Seminar on Traditional Practices, held in Dakar in 1984. It provides financial, moral and technical assistance to the Inter-African Committee and its national affiliates. It gave financial support for research on traditional practices undertaken in Burkina Faso, Chad, Ethiopia, Niger and Sudan. It also finances activities such as seminars and workshops in Benin, Ethiopia, Sierra Leone, Uganda, etc.
The UNICEF Executive Board paper E/ICEF)1992/L.5 confirms the UNICEF policy regarding the genital mutilation of children.

UN and NGO Forum

The Copenhagen Conference on Women's Decade, held in 1980, brought the subject of female circumcision to the international attention. At the NGO Forum, held parallel to the conference, concerned Western women discussed and condemned the practice as a barbaric custom. Africans regarded this interference as Western cultural imperialism and reacted to it negatively.

The actual conference document on the revision and evaluation of progress achieved, doc. A/CONF.94/9, refers to the subject of FGM in the sub-heading "Cultural practices affecting women's health".
The Second UN/ECA (Economic Commission for Africa) Regional Conference on the Integration of Women, held at Lusaka, Zambia, 3-7 December 1979, condemned sexual mutilation but called on a cautious approach to the international campaign. It called upon Africans to find suitable solutions to the problem.

UN, Human Rights and other Conventions, Legislation

Human rights are based upon the principles of equality and non-discrimination. These rights are articulated in several conventions such as the United Nations Charter, the Universal Declaration of Human Rights, the International Covenant on Civil and Political Rights, the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women and the Convention on the Rights of the Child. FGM violates basic human rights principles and servile status and freedom from discrimination.
The Convention on the Rights of the Child, article 24.3, states that "The States Parties of the present convention shall seek to take all effective and appropriate measures with a view to abolishing traditional practices prejudicial to the health of children".

FGM at the UN/Human Rights Centre

FGM was first introduced by NGOs to the Working Group on Slavery and Slavery Like Practices, in 1981. On 13 March 1984, the Commission on Human Rights, by its resolution 1984/48, recommended the setting up a special Working Group of experts on traditional practices and ECOSOC endorsed the recommendation by its resolution 1984/34 May 23,1984. The members of the Working Group assigned were Mrs. Halima Embarek Warzazi of Morocco and Mrs. Murlidhara Bandari of India. Mrs. Wassila Tamzali of UNESCO, Mrs. Marjorie Newman-Black of UNICEF and Mr. Robert Cook of WHO were invited to joint the Group and provide their expertise.

The Working Group held its first session 18-25 March 1985 in the presence of several NGOs to study the practice of FGM, the preference of the male child and traditional birthing practices. FGM was considered as a priority and its was dealt with from socio-cultural, medical and human rights aspects.
The conclusion reached was that FGM is a complex problem, which has an evolutionary aspect. The Group called on governments to adopt policies and legislative measures for its eradication. It also recommended educational measures to be taken and requested governments to support local efforts being made by individuals and organizations. It recommended the organization of international, regional and national meetings for exchange of information. The report of the Working Group, doc. E/CN.4/1986/42, was presented to the UN Commission on Human Rights at its 42nd session.
The Commission, by its resolution E/CN.4/1986, requested the relevant specialized agencies of the UN system and interested NGOs to provide assistance to the governments in their efforts to fight harmful traditional practices.
For the purpose of a follow-up, Mrs. Halima Warzazi of Morocco was appointed as a special rapporteur to study the situation of traditional practices and report back to the Sub-Commission at its 43rd session in August 1991.
A Regional Seminar on Traditional Practices was organized by the UN Human Rights Centre in Ouagadougou, Burkina Faso, 29 April – 3 May 1991. Another Regional Seminar was organized for Asia, from 4 to 8 July 1994 in Sri Lanka. The recommendations made at these two seminars formed the basis for a plan of action drawn by the special rapporteur to be adopted by the Sub-Commission on Prevention of Discrimination and Protection of Minorities.

National and regional instruments

Apart from a few attempts in the 1940s and 50s to prohibit FGM in some countries, it was only in the 1990s that concrete legislative measures were taken by African governments. At present the following countries have specific laws against FGM: Burkina Faso (1995), Djibouti (1995), Ethiopia (in the Constitution), Egypt (Ministerial Decree, 1997), Ghana (1994), Guinea (1985), Ivory Coast (1997), Senegal (1999), Tanzania (1998), Togo (1998).
It is hoped that all other concerned governments will follow this example and enact specific laws against FGM and other such practices.
In Europe, Denmark, England, France, Sweden and Switzerland have laws prohibiting FGM. On the level of the European Union, discussions are underway on the enactment of a common law against FGM covering all European countries.
The African Charter on the Rights and Welfare of the Child also protects children from harmful traditional practices.
The Abuja Declaration. The UN Economic Commission for Africa (ECA) organized a conference in Abuja, Nigeria, in November 1989, to review the 'Role of Women in Africa in the 1990s'. Among other issues, traditional practices such as early marriage and pregnancy, female circumcision, nutritional taboos, etc. were discussed and proposals for action were made. The proposal calls for research, training, dissemination of information and legislation to eradicate harmful traditional practices. The setting up of a sub-regional structure was also recommended for the follow-up.
The Fourth World Conference on Women, held in Beijing in September 1995, witnessed the international awareness about violence against women in general and FGM in particular. Several statements by high level officials, including the Secretary-General of the United Nations, and delegates called for the elimination of FGM as a gender based violence.

Concrete actions to stop the practice

The anti FGM campaign was initiated by committed and convinced individuals who considered the practice as a health hazard and violation of the human rights of women.
Gradually, as more and more public awareness developed, organizations were formed with the aim of eradicating FGM. In 1977, the NGO Working Group on Traditional Practices was set up in Geneva with a membership of international organizations enjoying consultative status with the UN Economic and Social Council. The Coordinator of the Group and a representative were assigned to undertake missions to several African countries for studying the extent of the problem and for dialoguing with nationals on the best approach to adopt in handling the problem. The various visits and meetings resulted in building collaborative efforts. The Working Group initiated educational activities in Burkina Faso, Egypt, Kenya, Mali and Sudan and fundraised for such local initiatives.
A vital role of the Group has been lobbying at the various relevant meetings such as the World Health Assembly, the UNICEF Boar meetings, the sessions of the Commission on Human Rights, the Commission on the Status of Women, etc. Members of the Group made statements, submitted communiqués and appealed to governments to take action. Briefing sessions with African delegates were held during the WHO Assembly in 1983 and 1984 at the request of members of the Working Group. Members of the Group took an active part during the two sessions of the UN Working Group on Traditional Practices held in 1986. They advocated the appointment of a special rapporteur on traditional practices and, at present, they work closely together with this special rapporteur, Mrs. Halima Embarek Warzazi.
During the drafting of the Convention on the Rights of the Child, it was the NGOs that lobbied for the inclusion of article 24.3 calling upon the States Parties to protect children from practices prejudicial to their health.
In 1984, the Working Group in collaboration with the Government of Senegal, WHO, UNFPA and UNICEF organized a Regional Seminar in Dakar, to which twenty African countries sent representatives to examine the issues of FGM, early marriage, nutritional taboos and practices related to delivery. A unanimous agreement was reached to eradicate harmful traditional practices and to follow this decision by establishing the Inter-African Committee on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children.

The Working Group continues its campaign against FGM through advocacy and fundraising. WHO and UNICEF participate in its activities with an observer status.

Inter-African Commitee

The Inter-African Committee (IAC) is a regional body set up in 1984 with the following mandate:

- to reduce the morbidity and mortality rates of women and children through the eradication of harmful traditional practices,
- to promote traditional practices that are beneficial to the health of women and children,
- to play an advocacy role, by raising the importance of taking action against harmful traditional practices at international, regional and national levels,
- to raise funds and support local activities of national committees and other partners.

Since its creation, IAC has set up national committees in the following 26 countries:
Benin, Burkina Faso, Cameroon, Chad, Congo, Côte d'Ivoire, Djibouti, Egypt, Ethiopia, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kenya, Liberia, Mali, Mauritania, Niger, Nigeria, Senegal, Sierra Leone, Somalia, Sudan, Tanzania, Togo and Uganda.

In the African context, the fight against FGM had to take into consideration several challenges:

- the huge number of women affected (over 120 million),
- the status of the affected women: social, economic, political, etc., level of education,
- the influence of society,
- varying cultural contexts,
- the different actors, i.e. excisers, mothers, grandmothers, fathers, etc.
- opinion leaders,
- political settings, i.e. the relationship between governments and citizens,
- financial means for operations.

Many obstacles had to be faced and ways and means had to be identified to deal with FGM effectively. The experience of IAC over the last 16 years reveals that challenging and dealing with long standing social beliefs and behaviours necessitates carefully tailored strategies for effective and result-oriented intervention.

The main programmes are:

Training and Information Campaign (TIC). TIC training workshops are aimed at providing intensive and meaningful health education with the help of visual aids. The subjects discussed are related to FGM, early marriage, human reproduction, pregnancy, childbirth, breastfeeding and hygiene as well as to nutritional taboos.
The programme consists of 4 sets of training workshops, to be conducted consecutively in 5 months. After each TIC programme, 28 persons will have been trained to be able to conduct sensitisation programmes on the harmful effects of FGM and other traditional practices, and a further 136 persons will have attended workshops to spread information regarding these issues.

Training of Traditional Birth Attendants (TBA). As TBAs can play an important role in the campaign against harmful traditional practices, it is necessary to provide them with an effective training programme and to encourage them to campaign for the abolition of FGM and other such practices.
For IAC, the aim of the TBA training is first to train head trainers for a short period and to ensure that the required information pertaining to the practice is transmitted to other TBAs working in rural areas and mother in the communities. First, a head trainer gives a one-day training for 5 future trainers. Each will in turn train 50 TBAs in rural areas, thus creating a multiplying effect. When each TBA programme is completed, 50 TBAs wils have been trained to play a key role in rural areas in the campaign against FGM and other harmful traditional practices.

Alternative Employment Opportunities (AEO). Practitioners or excisers are largely respectable individuals whose skills are indispensable to the community. Their service is paid for in cash or kind and they enjoy special social status in the community. The campaign against FGM has to include changing the attitudes of practitioners and finding them alternative sources of income for their livelihood.
IAC has run two pilot AEO projects for excisers, one in Ethiopia and another in Sierra Leone. In both projects, a selected number of women have identified income generating activities such as bakers (Ethiopia) and tie-and-dye (Sierra Leone), and are working in groups running their projects. Members of these groups have abandoned the practice of FGM and are used as agents of change within the communities. At present, similar projects are being implemented in several African countries.

Research

IAC conducts research projects in the area of traditional practices, particularly FGM. Several research papers are produced showing the extent of the problem. These documents are valuable, particularly for designing strategies of intervention.

Production of educational materials. IAC produces and distributes a number of educational materials to be used in the different programmes of education and information.
An anatomical model of the lower part of the female body with 7 removable parts showing (1) the normal state of the female genital organs; (2) result of 'sunna'; (3) result of excision; (4) result of infibulation; (5) keloid; (6) normal delivery; (7) delivery of an infibulated or severely excised woman.
Flannelgraphs: A set of 5 folders with schematic designs to be stuck on a piece of flannel for group teaching based on a small manual contained in each folder. The series comprises A. the female genital organs, B. fertilization, C. pregnancy, D. birth, E. complications during childbirth: a consideration of female genital mutilation.
Simple viewers with a set of slides, to be shown in connection with the flannelgraphs. The slides are made from realistic designs which demonstrate (1) infibulation; (2) keloid; (3) incision at delivery; (4) delivery by pulling out the child; (5) child injured at birth.
Multi-media training modules and materials are targeted to reach four major groups: a) women in influential positions and those participating in activities of women's organizations; b) secondary school students and youth groups, both male and female; c) teachers, religious and community leaders; d) paramedical staff. The modules include transparencies, slides, cassettes and stories with pictures.
The IAC video (Beliefs and Misbeliefs) (43 min.) explains the dangers of FGM and shows the activities of IAC in Africa. A French version is also available.
IAC is currently in the process of making a new film which will show results obtained and constraints met during the last 16 years.
The IAC Newsletter is published twice a year in English and French and distributed widely.
The IAC Information Leaflet is available in English and French.

Regional meetings. IAC organizes regional conferences every 3 year to examine the problem, to elaborate new strategies and to work out activity plans. The last regional conference took place in Dar-es-Salaam, Tanzania, 27th February-3rd March 2001.
In 1998 in Banjul, the Gambia, IAC organized a Symposium for Religious Leaders, with the aim of examining the religious justifications for the practice of FGM. High level religious scholars, both Moslem and Christian, studied relevant texts in the Koran and the Bible and in the Banjul Declaration, issued at the end of the Symposium, they unanimously stated that there is no religious justification for the continuation of FGM and that religious leaders in all concerned countries should set up a network with the objective of spreading the message.
In August 2000, a Follow-up Symposium for Religious Leaders was organized in Arusha, Tanzania, to assess the results of the first symposium and to examine strategies for the future.
In view of the need for concrete legislative measures against FGM and other harmful traditional practices, IAC organized its first Symposium for Legislators, in September 1997 in Addis Ababa. The

outcome of this meeting was the Addis Ababa Declaration, which recommends that all concerned governments enact specific laws prohibiting FGM and other such practices.
The Addis Ababa Declaration was submitted to the OAU for study and adoption, and in June 1998 the OAU Council of Ministers unanimously adopted the Declaration. This decision was endorsed by the OAU Assembly of Heads of State and Government.
In November 1999, IAC organized a Follow-up Symposium for Legislators to elaborate a Draft Convention on the Elimination of All Forms of Harmful Traditional Practices Affecting the Fundamental Rights of Women and Girls. A group of legal experts gathered to formulate the draft which was then presented to the Symposium for study and amendments. At the end of the symposium, the Draft Convention was adopted for submission to the OAU.
After careful examination by OAU legal experts, it was suggested that the Draft Convention be integrated into the OAU Draft Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights, on the Rights of Women. The adoption of this Draft Protocol will take place in the near future.
Youth are a very important target group in the campaign for the eradication of FGM and other harmful traditional practices. With this in mind, IAC organized a Forum for Youth Empowerment in April 2000 in Addis Ababa.

More than 60 youth (girls and boys) coming from 16 African countries took part in the meeting. After 3 days of intensive discussions and debates, including training workshops, the delegates issued an African Youth Declaration on Harmful Traditional Practices, which among other things proposes a plan of action and the creation of an African youth network, in order to carry out activities among peer groups.

This year, from 27th February to 3rd March, IAC organized its 5th Regional Conference/General Assembly, in Dar-es-Salaam, Tanzania. 170 delegates comprising of 94 members of the IAC national committees and partners and affiliates from Austria, Italy, the Netherlands, Spain, UK, Norway, Sweden, Belgium, France, Canada, New Zealand, Japan, attended the meeting together with representatives from UN agencies, government officials and media people.
The conference gave the opportunity to delegates to assess the work so far accomplished and adopt a plan of action for the coming 3 years. It also provided the opportunity for European NGOs and Africans to meet and exchange information and experiences. As a conclusion, it was noted that the anti FGM campaign is gaining ground on many fronts: policy, community mobilization, youth involvement and clarification of religious misconceptions. Participants called for the establishment of a measurable objective and a more scientific approach in programme planning.

Conclusion

Harmful traditional practices, as forms of violence against women, exist in contexts where women have no or little education about the functions of their body and are unaware of their fundamental rights to health and well-being. Women living in rural traditional settings have low economic status with marriage as the only guarantee for survival. Traditionally condoned sanctions are applied rigorously to control the productive and reproductive role of women. FGM and other such practices are clear examples of such control mechanisms.

In order to eradicate such practices, which hamper the normal development of the girl child and seriously affects the health of women, education is a vital element. The education of the girl child is bound to enhance her knowledge and her value. Formal, informal and non-formal education should be intensified to reach opinion leaders, women, men and policy makers to ensure change of attitudes. Policies that favour the advancement of women are also indispensable as a backing for grassroots activities and general social mobilization. Needless to stress the importance of an integrated and holistic overview of the status of women in order to deal with the problem effectively.

The Inter-African Committee has dealt with the issue of harmful traditional practices form its cultural, religious, economic and social aspects at various levels and this approach has demonstrated encouraging and positive results.

Hely Bathija | World Health Organization

Female Genitale Mutilation - An overview

What is FGM?

FGM is a deeply rooted practice in many African countries. It is justified by practicing communities on social, religious, and cultural grounds. In fact, FGM entails for more than just a practice. It is, in many instances, associated with rites of passages of girls to adulthood, with the preservation of chastity, increasing fertility, and with the control of woman‘s sexuality. The ages at which FGM is performed vary across and within countries depending on the ethnic group and geographical locations. Most of the operations occur before the end of infancy (commonly between 4 and 10 years) but it may also be performed on babies, during adolescence, at the time of marriage, during delivery or, even, after the woman has had her first child. Depending of the age at which it is performed, FGM is practiced in the form of an individual operation or of a collective ceremony with a seclusion period lasting from weeks to three-six months. Traditional practitioners (mainly women) commonly perform FGM. In some countries midwives, nurses, and doctors perform it. The operation takes place in household, in a specific location in the village (camp, bush) or in health facilities.

WHO Definition

According to the WHO Definition „FGM comprises all procedures involving partial or total removal of the external female genitalia or other injury to the female genital organs whether for cultural or other non-therapeutic reasons”.

Prevalence and Magnitude

The magnitude of FGM practice world-wide is tremendous both in term of prevalence and in term of geographical coverage. Most of the women with FGM live in 28 African countries (see annex 1). Although the majority of cases are found in the African region, FGM is also practised in the southern part of the Arabic Peninsula and in the Persian Gulf, some places in Malaysia and Indonesia. FGM is also practised among immigrants in Australia, Canada, USA and Europe (WHO, 1995). It is estimated between 102-140 million women and girls have undergone the practice and that two million girls are at high risk of being subjected with the practice annually (WHO 1997).

Types of FGM (WHO Classification)
The first initiative to standardise the different types of FGM was taken by the WHO Technical Working Group on FGM in 1995. The proposed classification was based on anatomic lesions, each one reflecting a given type of FGM practices, and each one carrying a level of medical severity (see table 1).

Table 1: Types of FGM

Type I Excision of the prepuce with or without excision of the part or all the Clitoris,
Type II Excision of the prepuce and clitoris together with the partial or total Excision of the labia minora.
Type III Excision of part or all of the external genitalia and Stitching/narrowing of the vaginal opening (infibulation).
Type IV Unclassified Pricking, piercing or incision of the clitoris and or/labia Stretching of the clitoris and or/labia Cauterisation by burning of the clitoris and surrounding tissues

scraping (angurya cuts) of the vaginal orifice or cutting (gishiri cuts) of the vagina introduction of corrosive substance into the vagina to cause bleeding or herbs into the vagina with the aim of tightening or narrowing the vagina any other procedure that falls under the definition of FGM given above. The table is adopted from the Report of a WHO Technical Working Group on FGM, Geneva, 1995

Health Consequences

The health consequences of FGM vary according to the type and the severity of the procedure performed. FGM results in immediate and long-term complications, including obstetric complications.

Immediate complications include severe pain, shock hemorrhage and urine retention.

Long-term complications include cysts and abscesses, painful sexual intercourse, sexual dysfunction and severe types of FGM could cause infertility. Moreover, FGM could cause long term psychological complications such as anxiety, depression, chronic irritability and frigidity. The practice often leaves a lasting mark on the life of women and girls who have undergone it.

Obstetric complications include prolonged labor and/or obstruction, postpartum hemorrhage, fetal distress, perennial tears and fistulae formation. There are reports of maternal and infant deaths as well. WHO is currently carrying out a large epidemiological study on FGM and obstetric sequel in six African countries.

Medicalization:
"WHO has consistently and unequivocally advised that FGM in any form should not be practised by health professionals in any setting – including hospitals or other health establishments." This position is based on the basic ethics of health care whereby no harm to the human body should be performed by health professionals. FGM results in immediate and long health consequences and medicalization of the procedure does not eliminate or reduce them. Moreover, medicalization reinforces the practice as it associates it with the medical care.

WHO condemns all forms of FGM and calls for the abolition of the practice.

WHO Goal and Strategies
Goal: The long term goal of WHO policy is the complete elimination of FGM practise around the world.
Strategy: The work of WHO in FGM (see Annex 2 for details on documents and publications) has concentrated in the past years on the following four strategies:

- to play an advocacy role by emphasizing the importance of action against harmful practices at international, regional and national levels; in several resolutions WHO urged member states to articulate clear national policies for ending this harmful practise. WHO advocates for the abolition of FGM at three levels: political level, among health and social workers and in communities;
- to initiate and to co-ordinate the research and development being undertaken by international
- agencies, non-governmental organizations and national authorities;
- Reproductive health and Research department (RHR) at the WHO is conducting two research projects addressing the obstetric complications and socio-cultural determinants of FGM;
- to support national networks or organizations and groups involved in developing relevant policies, strategies and programs;

WHO is working closely with different non-governmental organizations in many African countries. It is supporting and collaborating with regional and international networks working on FGM such as the

Inter-African Committee. Moreover WHO developed the Regional Plan of Action to Accelerate the Elimination of FGM in Africa:

- to support the training of health professionals in the prevention of FGM and the management of its health consequences;
- WHO developed curriculum and training manuals on management of health complications related to FGM and the integration of FGM in the health care system.

Management of Health Consequences

A key foundation for sustaining the anti-FGM work is to integrate the management of its consequences in all health care levels including primary care and into all aspects of maternal care including antenatal, delivery, and postpartum care. To include FGM in the health package countries should:

- provide health care workers with knowledge and skills, which enable them to assess the extent and severity of FGM-related complications and to manage them;
- provide training for doctors on clinical treatments of FGM related health complications, especially type III (infibulation);
- train health personal on how to encounter women and girls suffering from FGM related complications and provide necessary counseling;
- provide training health personal on psychosexual counseling and on communication skills so that women and couples can be given education and counseling on the different consequences of FGM;
- develop necessary training manuals and curriculum on clinical treatments.

Policies and legislation on FGM

The elaboration and enforcement of anti-FGM legislation is one of the most controversial aspects of anti-FGM movement. There is fear that "heavy-handed enforcement has the potential to drive the practice underground". Yet, most of the agencies working on FGM, activists and other interested parties, agree that anti-FGM legislation points out the right from the wrong. Legislation provides formality and legitimacy to the anti-FGM programmes and offers legal protection for women and eventually breaks off stigma and discontinues fear of prosecution. Moreover, government involvement is very helpful in facilitating the co-ordinated approaches by allowing access to and liaison between various ministries.

- Legislation should be developed and introduced in consultation with the various relevant groups: health workers, activists, NGOs, and others.
- Legislation alone is insufficient, it should be accompanied by appropriate information, education, training, and other activities.
- Policies should set clear goals, targets and objectives, and a schedule for their attainment
- Policies should focus on prevention and rehabilitation, with emphasis on advocacy and IEC, and should not legitimize, institutionalize, or medicalize any type of FGM.

To date, at least eight African countries (Burkina Faso, Central African Republic, Djibouti, Egypt, Ghana, Guinea, Ivory Coast, Senegal, and Sudan) have passed laws or decrees prohibiting FGM.

FGM in immigrant communities in Western Countries

The practice of FGM and the ceremonies accompanying it, is part of the cultural identity of many African communities. That is the reason why, it is practiced among immigrant population in their host countries, where FGM is not the norm or a social obligation. Western countries with immigrant

population practicing FGM should develop guidelines and/or plan of action[1] on how to manage the issue and to provide necessary assistance. Moreover, they should collaborate to develop a common strategy and to implement multicountry programs regarding the prevention of the practice and the management of its consequences. According to WHO technical working groups the following issues should be taken into consideration:

- identification of areas where immigrants children are at risk;
- systematic inter-agency cooperation;
- provision of resources to community groups for education and awareness-raising activities in the community;
- training of health and related professionals in education, counseling, and monitoring; and protection of children by law if other measures such as education and counseling fail.

The last point regarding children rights should be paramount to all considerations. Every country should develop legislation to protect children either within laws related to assault or in the form of specific laws. This legislation should cover the issue of FGM. Many Western countries with migrant populations practicing FGM have passed laws or bills prohibiting the practice such as: USA, Canada, and United Kingdom.

Annex 1

ESTIMATED PREVALENCE OF FGM IN AFRICA

Country	Estimated prevalence	Number of women (000s)**	Source of the prevalence rate
Benin*	50%	1,370	
Burkina Faso	70%	3,650	Report of the National Committee (1995).
Cameroon	20%	1,330	Estimated prevalence based on a study (1994) in Southwest and far north provinces by the Inter-African Committee, Cameroon section.
Central African Republic	43%	740	National Demographic and Health Survey (1994/1995). Signs of decline amongst younger age groups. Secondary or higher education can be associated with reduced rates of FGM. No significant variations between rural and urban rates. The prevalence of FGM is highest amongst the Banda and Mandjia groups where 84% and 71% of women respectively have undergone FGM.
Chad	60%	1,930	1990 and 1991 UNICEF sponsored studies in three regions.
Côte d'Ivoire	43%	3,020	National Demographic and Health Survey (1994). A reduced rate of FGM amongst younger women. No significant variations occurred between urban and rural rates. Secondary and higher education can be associated with reduced rates of FGM. The highest prevalence of FGM appears amongst the Muslim population 80%, compared with 15% amongst Protestants and 17% of Catholics.
Djibouti*	98%	290	Type III widely practiced UN ECOSOC Report (1991).
Egypt*	80%	24,710	Type 1 and Type II practiced by both Muslims and Christians. Type III-infibulation, reported in areas of south Egypt closer to Sudan.

[1] The Norwegian government had issued a plan of action to combat FGM. The action plan gives an overall presentation of how the government will strengthen and further develop efforts to combat FGM. The activities of the plan of action covers the period of three years (2001-2003)

Eritrea*	90%	1,600	
Ethiopia	85%	23,240	A 1995 UNICEF sponsored survey in five regions and an Inter-African Committee survey in twenty administrative regions. Type I and Type II commonly practiced by Muslims and Coptic Christians as well as by the Ethiopian Jewish population, most of whom now live in Israel. Type III is common in areas bordering Sudan and Somalia.
Gambia	80%	450	A limited study by the Women's Bureau (1985). Type II commonly practiced.
Ghana	30%	2,640	Pilot studies in the Upper East region (1986) and amongst migrant settlement in Accra (1987) by the Ghana Association of Women's Welfare.
Guinea*	50%	1,670	
Guinea-Bissau	50%	270	Limited 1990 survey by the Union démocratique des Femmes de la Guinée -Bissau.
Kenya	50%	7,050	A 1992 Maendeleo Ya Wanawake survey in four regions. Type 1 and II commonly practiced. Type III by a few groups. Decreasing in urban areas, but remains strong in rural areas.
Liberia*	60%	900	
Mali*	75%	4,110	
Mauritania*	25%	290	
Niger*	20%	930	
Nigeria	50%	28,170	A study by the Nigerian Association of Nurses and Nurse-midwives conducted in 1985-1986 showed that 13 out of the 21 States had populations practicing FGM, prevalence ranging 35% to 90%. Type I and Type II commonly practiced.
Senegal	20%	830	Report of a national study by ENDA (1991).
Sierra Leone	90%	2,070	All ethnic groups practice FGM except for Christian Krios in the western region and in the capital, Freetown. Type II commonly practiced.
Somalia	98%	4,580	FGM is generally practiced; approximately 80% of the operations are infibulation.
Sudan	89%	12,450	National Demographic and Health Survey (1989/1990). A very high prevalence, predominantly infibulation, throughout most of the northern, north-eastern and north-western regions. Along with a small overall decline in the 1980s, there is a shift from infibulation to clitoridectomy.
Togo*	50%	1,050	
Uganda*	5%	540	
United Republic of Tanzania*	10%	1,500	
Zaire*	5%	1,110	
Total		132,490	

Anecdotal information only; no published studies.
** Number of women calculated by applying the prevalence rate to the 1995 total female population reported in the United Nations Population Division population projections (1994 revision). Totals may not add due to rounding.
This table is adapted from WHO site on FGM.

Annex 2

WHO INITIATIVES, PROGRAMMES AND PUBLICATIONS OF FGM

FGM. A joint WHO/UNICEF/UNFPA statement. Geneva, 1997.
FGM (information kit).
(WHO/CHS/WMH/99.11)
FGM. Programs to date: what works and what don't. Geneva, 1999.
(WHO/CHS/WMH/99.5)
A systematic review of the health complications of FGM including sequel in childbirth.
(WHO/FCH/WMH/00.2)

FGM - A handbook for frontline workers. Geneva, 2000
(WHO/FCH/WMH/00.5)
Regional Plan of action to accelerate the elimination of FGM. WHO Regional Office for Africa, Brazzaville, 1996. (AFR/WAH/97.1)
Management of pregnancy, childbirth and the postpartum period in the presence of FGM. A report of a technical consultations. (WHO/FCH/WMH/00.7) (in press)
Guidelines for Teachers of Nurses and Midwives on the Integration of FGM in Nursing and Midwifery Curricula. (in press)
Integration of FGM in Nursing and Midwifery Curricula – Students' Manual (in press)
Integration of FGM in Nursing and Midwifery Curricula - Policy Guideline (in press)
Research on the obstetric complications of FGM (on-going)
Research on the socio-cultural determinates of FGM (in the preparation stage)

Petra Smutny | Richterin am Landesgericht für Zivilrechtssachen

Tradition als Tarnanzug für (Menschen)Rechtsverletzungen –
Überlegungen zu FGM aus rechtlicher Sicht[2]

1. FGM - Ein „exotisches" Problem?

Das kulturen- und religionsübergreifende Ritual der weiblichen Genitalverstümmlung, bei dem Mädchen und Frauen ohne Betäubung, meist mit unsterilen Messern oder Rasierklingen die Genitalien ganz oder teilweise entfernt werden, hat seinen ihren Ursprung in Stammestraditionen in vielen Ländern des afrikanischen Kontinents, aber auch in einigen Ländern des Mittleren Ostens und Südostasiens. Betroffen sind Mädchen bzw. Frauen in der Regel im Alter von einer Woche bis 30 Jahre in Ländern wie Ägypten, Äthiopien, Somalia, Kenia und Tansania im Osten Afrikas über Kamerun und Nigeria bis Senegal und Mauretanien im Westen. Im Sudan, in Somalia und in Ägypten wird die Infibulation, die drastischste Beschneidungsform, an fast allen Mädchen im Alter von vier bis acht Jahren durchgeführt. In den anderen Ländern herrschen Exzision bzw. Klitoridektomie vor, die auch von Beduinen, koptischen ChristInnen in Ägypten und den christlichen Amhara in Äthiopien praktiziert wird. Außerhalb Afrikas existiert die Beschneidung in Syrien, Jordanien, Süd-Jemen und bei einigen mittel- und südamerikanischen Ethnien, z.B in Peru und in Mexiko sowie unter islamischen Gruppen in Malaysien und Indonesien. Nach internationalen Studien wird geschätzt, dass jährlich mindestens zwei Millionen Mädchen und Frauen Opfer dieser Gewaltanwendung werden, weltweit haben über 130 Millionen Frauen und Mädchen eine genitale Beschneidung in einer ihren verschiedenen Ausformungen erlitten. Die "Operation" wird gewöhnlich von älteren Frauen, meist traditionellen Geburtshelferinnen, durchgeführt. Die Beschneiderinnen verwenden zumeist Messer, Scheren, Rasierklingen, Glasstücke etc.

FGM führt nicht nur häufig zu unmittelbaren medizinischen Komplikationen (Blutverlust, Blutvergiftung, Schock), sondern auch zu sehr langfristigen medizinischen Schädigungen (wie zum Beispiel hoher Infektionsgefahr im Bereich der Genitalien, schmerzhaften Menstruationsbeschwerden, behindertem Geburtsverlauf, Unfruchtbarkeit) sowie psychisch/sexuellen Konsequenzen wie Traumatisierung im Zusammenhang mit später stattfindendem Geschlechtsverkehr und Orgasmusunfähigkeit. Blutungen und Infektionen führen häufig zum Tod. Langzeitkomplikationen sind irreversibel und erfordern zumeist eine dauernde medizinische Behandlung.

In Europa und den USA kam es in den letzten Jahren – begleitet von intensiver Diskussion darüber, ob es rechtens sei oder nicht, sich „in andere Kulturen einzumischen" – zu einer breiten Solidarität mit den Opfern und einer erhöhten Bereitschaft, etwas gegen diese Praktiken zu unternehmen. Diese Bewusstseinsänderung hat sicherlich auch damit zu tun, dass wir zunehmend auch in Europa mit genitalverstümmelten Frauen konfrontiert werden.[3] Auch in Einwanderungsfamilien sind Mädchen der hohen Gefahr ausgesetzt, sich der Prozedur unterwerfen zu müssen, weil Familienmitglieder diese Tradition fortsetzen wollen. In Großbritannien und Frankreich beispielsweise sind jährlich 10.000 bzw. 20.000 Kinder bedroht, verstümmelt zu werden. FGM scheint, obwohl illegal und zumeist unentdeckt, auch hier in Österreich durchgeführt zu werden oder es werden hier lebende Mädchen in den Ferien zu sogenannten Beschneiderinnen oder traditionellen ÄrztInnen ins Heimatland gebracht. Wie eine Studie der afrikanischen Frauenorganisation in Wien erhoben hat, befürworten zahlreiche afrikanische MigrantInnenfamilien in Österreich nach wie vor diese Praktik.

[2] Schriftliche Langfassung eines am 8.5.2001 anlässlich der Veranstaltung: FGM-Weibliche Genitalverstümmelung - ein „harmloser" Brauch oder ein tiefgehender Schaden für Frauen? im Parlament gehaltenen Referats.
[3] Vgl. auch Aktivitäten wie die Einsetzung von *Waris Dirie*, selbst Betroffene, Supermodel, Aktivistin und Autorin der Autobiographie „Desert Flower" (gemeinsam mit Cathleen Miller; dt: „Wüstenblume", Schneekluth 1998) als Special Ambassador for the Elimination of Female Genital Mutilation for the United Nations Population Fund (UNFPA) im Jahr 1997.

Trotz zahlreicher nationaler und internationaler Bekenntnisse, sich aktiv am Kampf gegen FGM beteiligen zu wollen, riss allerdings die heftige Diskussion über die kulturell unterschiedlichen Definitionen von Frauenrechten in den Gesellschaften weltweit nie wirklich ab. Oft wird versucht, die Durchführung der Verstümmelungen mit religiösen Motiven zu rechtfertigen. Die Verbreitung dieser Praktik zeigt jedoch, dass sowohl muslimische als auch christliche als auch solche Länder, wo Naturreligionen vorherrschen, betroffen sind. Auch die sonstigen Begründungen sind mannigfaltig, aber bei näherer Betrachtung nicht stichhaltig, und reichen von mythischen Überlieferungen und Traditionen über Fragen der Hygiene, Gesundheit (dass gerade die Berufung auf traditionelle und religiöse Praktiken die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Frauen stark behindert, wurde auch in der Folge von der UN mehrfach beklagt[4]) und Ästhetik (die weiblichen Genitalien werden als hässlich oder unsauber empfunden) bis hin zur sexuellen und sozialen Kontrolle der Frau: die Jungfräulichkeit der Braut soll garantiert werden, die Klitoris, als Organ, das unkontrolliertes sexuelles Verlangen hervorrufe, müsse entfernt werden.[5] Die Annahme, der Brauch würde im Zuge der Modernisierung verschwinden, hat sich nicht bestätigt. Eher war das Gegenteil der Fall: Die Beschneidung breitet sich auch heute noch u.a. deshalb rapide aus, weil sie unter heutigen medizinischen Bedingungen "modern und hygienisch" durchgeführt werden kann.

2. Der Kampf gegen Genitalverstümmelung im internationalen Kontext

Zahlreiche internationale Erklärungen und Vereinbarungen nehmen sich inzwischen des Kampfes gegen FGM an, einige seien hier herausgegriffen. Als massiver Eingriff in die körperliche Unversehrtheit und Gesundheit der betroffenen Mädchen und Frauen berührt FGM bereits das in der Europäischen Menschenrechtskonvention[6] verankerte Menschenrecht auf Achtung des Privat- und Familienlebens in seiner Ausprägung als Recht auf physische und psychische Integrität.[7] Die Abschlusserklärung der zweiten UN-Menschenrechtskonferenz 1993 in Wien enthielt erstmals in der Geschichte der Vereinten Nationen die ausdrückliche Verurteilung der Gewalt gegen Frauen als Menschenrechtsverletzung. Geschlechtsspezifische Gewalt, sexuelle Belästigungen und sexuelle Ausbeutung etwa durch internationalen Frauenhandel oder kulturelle Praktiken wurden als unvereinbar mit der Würde und dem Wert der menschlichen Person verurteilt. Auch Gewalt im häuslichen Bereich wurde als Menschenrechtsverletzung definiert, und damit eine wesentliche Erweiterung des internationalen Menschenrechtsverständnisses erreicht.
Im Dezember 1993 präzisierte die UN-Generalversammlung die Formulierungen des Wiener Abschlussdokumentes durch eine eigene „Erklärung über die Beseitigung der Gewalt gegen Frauen" und nannte dazu mehrere spezifische Formen der Gewalt gegen Frauen im öffentlichen und privaten Bereich, die Menschenrechtsverletzungen darstellen, darunter neben Frauenhandel und Zwangsprostitution, körperlicher, sexueller und psychologischer Gewalt in der Familie, einschließlich körperlicher Misshandlungen, des sexuellen Missbrauchs von Mädchen im Haushalt, Gewalttätigkeit im Zusammenhang mit der Mitgift, Vergewaltigung in der Ehe etc. auch Genitalverstümmelung und

[4] Vgl. u.a. Commission on the Status of Women acting as the preparatory committee for the special session of the General Assembly entitled "Women 2000: gender equality, development and peace for the twenty-first century." Summary of the WomenWatch online working groups on the 12 critical areas of concern of the Beijing Platform for Action.
[5] Vgl. *Angelika Mimar*, Frauenrechte als Menschenrechte, Frankfurt 1997, 211.
[6] BGBl Nr 210/1958; in Verfassungsrang auf Grund BGBl Nr 59/1964.
[7] Art 8. Vgl. dazu auch Art 24 des (UN-)Übereinkommens über die Rechte des Kindes (Convention on the Rights of the Child), BGBl Nr 7/1993, wonach Kinder Zugang zum bestmöglichen medizinischen Standard gewährt werden soll und sich die Unterzeichnerstaaten verpflichten, alle notwendigen Maßnahmen im Hinblick darauf zu ergreifen, traditionelle Praktiken, die die Gesundheit von Kindern beeinträchtigen, zu beseitigen; vgl. weiters das Aktionsprogramm der 1994 in Kairo abgehaltenen Weltbevölkerungskonferenz, nach dem sich 184 Nationen (darunter auch Österreich) u.a. für eine Verbesserung des Zugangs zu qualitativ hochwertigen Dienstleistungen im Bereich der reproduktiven Gesundheit, einschließlich Familienplanung, sexueller Gesundheit, HIV-Prävention und Sexualerziehung ausgesprochen haben; vgl. weiters Art 12 des Internationalen (UN-)Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, BGBl Nr 590/1978, nach dessen Abs 1 die Vertragsstaaten das Recht jedes Menschen auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit anerkennen, wobei Abs 2 als erste der „von den Vertragsstaaten zu unternehmenden Schritte zur vollen Verwirklichung dieses Rechtes (...) die erforderlichen Maßnahmen (...) zur Senkung der Zahl der Totgeburten und der Kindersterblichkeit sowie zur gesunden Entwicklung des Kindes" nennt.

andere für Frauen schädliche traditionelle Praktiken, aber auch staatliche oder staatlich geduldete körperliche, sexuelle und psychologische Gewalt, gleichviel wo sie vorkommt.

Im September 1995 waren bei der 4. UN-Weltfrauenkonferenz in Peking Frauenrechte als Menschenrechte eines der zentralen Themen. Dabei wurde mit vielen Forderungen und Themen - vor allem im Gewaltbereich und in Bezug auf sexuelle und reproduktive Rechte - nicht nur historisches Terrain betreten, sondern es wurde auch die genitale Verstümmelung an mehreren Stellen der Aktionsplattform, des Abschlussdokuments, ausdrücklich erwähnt.[8] Österreich hat – wie ein großer Teil der Regierungen in ähnlicher Form – konkrete und verbindliche Zusagen gemacht, die auch Bezug zum heutigen Thema haben: u.a. Bekämpfung der Gewalt, Bindung eines definierten Teils der Budgetmittel der Entwicklungszusammenarbeit (EZA) für Frauenprojekte, Setzung von Maßnahmen, die den Aufbau von Frauenprojekten in den jeweiligen Ländern erleichtern und unterstützen, und Gewährung von Asyl für Frauen, die wegen sexueller Gewalt fliehen mussten.

Drei Sonderorganisationen der UNO, die Weltgesundheitsorganisation (WHO), das Kinderhilfswerk (Unicef) und der UN-Bevölkerungsfonds (UNFPA) stellten am 9. April 1997 in Genf einen gemeinsamen Plan zur Bekämpfung dieses Brauches vor.[9] Erklärtes Ziel sollte sein, in zehn Jahren einen deutlichen Rückgang der weiblichen Beschneidung zu erreichen und diese Praxis innerhalb von drei Generationen vollständig auszurotten. Auch von der WHO wird FGM als "eine Verletzung der physischen und psychosexuellen Integrität von Frauen und Mädchen und eine Form von Gewalt gegen Frauen" bezeichnet. WHO, Unicef und UNFPA setzten einen Schwerpunkt in die Aufklärung der Bevölkerung jener 28 afrikanischen Länder, in denen Mädchen beschnitten werden, da über die gesundheitlichen und psychischen Folgen der Genitalverstümmelung, die die Beschneidung von weiblichen Geschlechtsorganen hinterlässt, innerhalb der Familien und Gemeinschaften kaum Wissen geherrscht hat bzw. weiter gegeben wurde. Wesentlich ist auch, dass sich die WHO gegen jede Legalisierung dieser Praktiken und gegen jegliche Beteiligung von ÄrztInnen und Gesundheitspersonal daran ausspricht, was v.a. für die derzeitige Entwicklung, FGM den Schrecken zu nehmen, indem diese Eingriffe immer häufiger unter besseren medizinischen Bedingungen durch ÄrztInnen, teilweise im Krankenhaus, durchgeführt werden – was diesen Eingriffen jedoch nicht den Charakter von Menschenrechtsverletzungen nimmt -, bedeutsam erscheint.[10]

Da FGM grundlegende Prinzipien der Nichtdiskriminierung von Frauen verletzt, hat das CEDAW-Komitee, das die Umsetzung der Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women in den Mitgliedsstaaten zu überwachen hat, bei mehreren Gelegenheiten Empfehlungen zu erfolgreicheren Bekämpfung von FGM abgegeben.[11]

Auch im Rahmen der EU wurde der Kampf gegen weibliche Genitalverstümmelung aufgegriffen. So z.B. mit einer Entschließung des Europäischen Parlaments zur Geschlechtsverstümmelung an Frauen

---

[8] Vgl. zur Evaluierung Report of the Ad Hoc Committee of the Whole of the twenty-third special session of the General Assembly ("Peking + 5", Juni 2000) - General Assembly Official Records – Twenty-third special session - Supplement No. 3 (A/S-23/10/Rev.1): "Efforts towards the eradication of harmful traditional practices, including female genital mutilation, which is a form of violence against women, have received national, regional and international policy support. Many Governments have introduced educational and outreach programmes, as well as legislative measures criminalizing these practices. In addition, this support includes the appointment of the Special Ambassador for the Elimination of Female Genital Mutilation by the United Nations Population Fund."

[9] Vgl. Press Release WHO/29.

[10] Vgl. für Österreich auch *Aigner*, RdM 2001,16. Die im Ärztegesetz 1998 verankerten Berufspflichten schließen die ärztliche Durchführung von FGM aus; vgl. dazu auch den Wiener Ärztekammerpräsidenten *Walter Dorner*, der unter Hinweis auf Suspendierungs- und Disziplinarfolgen für ÄrztInnen „FGM medizinisch und ethisch absolut ablehnt, da eine Beschneidung nichts anderes als eine Verstümmelung darstelle"; profil vom 6.11.2000, 45 ff.

[11] Empfehlungen des Komitees für die Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW/C/2000/II/Add.1-Concluding Observations/Comments) anlässlich der Überprüfung der Staatenberichte Österreichs (Kombinierter dritter und vierter periodischer Bericht sowie fünfter periodischer Bericht) im Rahmen der 23. Sitzung des Komitees vom 12.-30. Juni 2000: Empfehlung Nr 22: Das Komitee empfiehlt der Bundesregierung weiters die Implementierung von „geschlechtsspezifischen Asylgründen" für Frauen im österreichischen Asylgesetz, die auch geschlechtsspezifische Gewalt und Verfolgung sowie Genitalverstümmelung an Frauen mit einschließt.

in Ägypten, welche durch das Europäische Parlament am 17. Juli 1997 angenommen wurde.[12] Das Parlament hielt dabei die Auffassung fest, dass die Beschneidung eine Verstümmelung der weiblichen Geschlechtsorgane darstellt und gegen die Menschenwürde verstößt. Mit einer Entschließung vom 16. März 2000 forderte das Europäische Parlament, dass auch die genitale Verstümmelung von Frauen sowie andere Praktiken, die gegen den individuellen Willen der Frau ihre körperliche Unversehrtheit beeinträchtigen, in vollem Maße als Menschenrechtsverletzung anerkannt werden, und dass solchen Frauen entsprechender Schutz gewährt wird, wenn sie auf Grund der Gefahr, körperlicher Verstümmelung ausgesetzt zu sein, um Asyl nachfragen.[13]

3. Die Definition von FGM nach der WHO

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert FGM folgendermaßen:
"Weibliche Genitalverstümmelung umfasst alle Prozeduren, die die teilweise oder völlige Entfernung der externen weiblichen Genitalien oder andere Verletzungen der weiblichen Genitalien involvieren, sei es aus kulturellen oder anderen nicht-therapeutischen Gründen."

Schon mangels anderer anerkannter Definitionen wird man sich bei der Frage, ob und wieweit FGM auch von der österreichischen Rechtsordnung umfasst ist, an dieser Definition zu orientieren haben. Der Begriff FGM deckt damit verschiedene Formen von Genitalverstümmelungen ab, die in der Regel die Entfernung der externen und teilweise der internen weiblichen Sexualorgane umfassen und welche von einem Einschneiden in die Vorhaut der Klitoris bis hin zu und einschließlich der totalen Amputation der Klitoris mit der dazugehörigen Haut und der kleinen und großen Schamlippen reichen. Die WHO nimmt dabei einerseits eine Klassifikation in drei Hauptgruppen der Beschneidung vor und fasst weitere Formen der Genitalverstümmelung als vierten Typ („unclassified“) zusammen.

Typ I: Beschneidung der klitoralen Vorhaut und/oder (Teilen oder der gesamten) Klitoris = sog "Sunna".
Typ II: Entfernung der gesamten Klitoris und der ganzen oder von Teilen der angrenzenden kleinen Schamlippen (wieviel Fleisch dabei entfernt wird, hängt von lokalen Bräuchen und der Erfahrung der Operierenden ab) = sog Klitoridektomie.
Typ III: Infibulation bestehend aus der Entfernung der Klitoris und der großen und kleinen Schamlippen. Nach der Entfernung dieser Teile werden die abgeschnittenen Seiten der Vulva zusammengenäht (Vagina wird mit Dornen, Seide oder abgetrennten Wundnähten überdeckt). Somit verbleibt lediglich eine sehr kleine Öffnung in der Scheide, durch die Mensturationsblut austreten kann; um Geschlechtsverkehr oder eine Geburt zu ermöglichen, muss vor dem Verkehr bzw vor jeder Entbindung „defibuliert" und danach wieder genäht werden. Diese extremste Form von FGM umfasst einen Anteil von ca. 15% (nach WHO).
Typ IV: Hier werden sonstige (unklassifizierte) Methoden der genitalen Verstümmelung erfasst, etwa das Einstechen oder Beschneiden der Klitoris und/oder der Schamlippen, die Verätzung der Klitoris und der umgebenden Gewebe durch Verbrennen, das Ausschaben der Vagina, die Einfuhr von schmerzhaften Kräutern in die Vagina, um Blutungen mit dem Ziel der Verengung hervorzurufen etc.

4. Derzeitige Bemühungen im Kampf gegen FGM auf nationaler Ebene

Wenn es darum geht, FGM auf nationaler Ebene zu begegnen, dann ist zuallererst zu fragen, mit welcher Sachlage wir uns hier überhaupt konfrontiert sehen.[14] Auf Grund des Verbotes von FGM in

[12] ABl. C 286 vom 22.9.1997.
[13] Pkt 46 der Entschließung des Europäischen Parlaments zu den Menschenrechten weltweit und zur Menschenrechtspolitik der Europäischen Union 1999 (11350/1999 - C5-0265/1999 - 1999/2002(INI)).
[14] Um - sowohl für Österreich als auch weltweit - einen Überblick über das Ausmaß von weiblicher Genitalverstümmelung zu erlangen, fand am 31. Oktober/1. November 2000 eine von der österreichischen Non - Governmental Organization (NGO) "Afrikanische Frauenorganisation in Wien" organisierte Konferenz zum Thema "Prävention und Eliminierung von weiblicher Genitalverstümmelung (Female Genital Mutilation - FGM)" in der UNO - City in Wien statt. Es waren Vertreterinnen aus

weiten Teilen Europas (so auch in Österreich, wie darzulegen ist), nützen hier in Österreich aufhältige afrikanische Familien - wie Vertreterinnen insbesondere der afrikanischen Frauenorganisation Wien bestätigen - häufig Ferienaufenthalte in ihren Heimatstaaten, um ihre Töchter dort beschneiden zu lassen. Nach einer qualitativen und deskriptiven Untersuchung der Afrikanischen Frauenorganisation in Wien[15], an der 250 in Wien, Graz und Linz lebende MigrantInnen teilnahmen, die aus afrikanischen Ländern stammen, in denen FGM üblicherweise praktiziert wird, ließen allerdings noch immer 11,5% der in Österreich aufhältigen Familien FGM in Europa durchführen (davon 1,9% in Österreich, 9,6 % wichen auf Deutschland und Holland aus).

Ausgelöst durch einen konkreten Anlassfall, in dem ein in Wien tätiger Arzt verdächtigt worden war, gegen Entgelt weibliche Genitalverstümmelung in Österreich durchzuführen (das Verfahren wurde zwischenzeitig aus rechtlichen Gründen eingestellt)[16], wurden Überlegungen zur Aufnahme eines ausdrücklichen Verbotes der weiblichen Genitalverstümmelung ins Strafgesetzbuch vorgenommen. Dazu liegt auch eine von allen vier Parlamentsparteien getragene Entschließung des NR vom 5. Dezember 2000 vor, in der der Justizminister aufgefordert wurde, bei den Strafverfolgungsbehörden darauf hinzuwirken, dass Fälle der Genitalverstümmelung in Österreich konsequent verfolgt werden und in der er ferner ersucht wurde, gemeinsam mit dem Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen eine Regierungsvorlage vorzubereiten, mit der diese schwere Körper- und Menschenrechtsverletzung als strafrechtlicher Tatbestand gesondert normiert und dieses Problem in seiner gesamten Tragweite für die betroffenen Frauen schadenersatzrechtlich und strafrechtlich geregelt wird.[17] Dass der Nationalrat im vorliegenden Zusammenhang eine zumal einstimmige Entschließung verabschiedet hat, ist zweifellos ein positives Signal in Richtung Opferschutz und Achtung der Menschenrechte für Frauen in Österreich.[18] Ob die geforderten Maßnahmen tatsächlich vorrangig notwendig sind, soll in der Folge noch näher beleuchtet werden.

5. Zur Frage der Strafbarkeit von FGM nach österreichischem Recht

Da FGM-Fälle regelmäßig Sachverhalte mit starkem Auslandsbezug darstellen, ist dieser vorweg auf seine Auswirkungen hin zu prüfen. Nach § 62 StGB (Strafgesetzbuch) gelten die österreichischen Strafgesetze für alle Taten, die im Inland begangen worden sind, also bei österreichischem Tatort. Es geht somit um die „Taten“ als solche, ob die TäterInnen und/oder die Opfer österreichische StaatsbürgerInnen sind, kann dahingestellt bleiben. D.h., dass jede in Österreich begangene Genitalverstümmelung nach österreichischem Recht strafbar ist, selbst wenn sowohl Opfer als auch Täter/in AusländerInnen sind.

Äthiopien, Burkina Faso, der World Health Organisation und NGOs eingeladen, die über die Problematik von FGM referierten.

[15] Die Anwendung der Female Genital Mutilation bei MigrantInnen in Österreich, Afrikanische Frauenorganisation in Wien, Oktober 2000.

[16] Vgl. dazu bezughabende schriftliche Anfragen betreffend Genitalverstümmelung an Frauen in Österreich der Abgeordneten zum Nationalrat *MMag. Dr. Madeleine Petrovic* und Genossen an den Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen (1526/J-NR XXI. GP) sowie der Abgeordneten zum Nationalrat *Mag. Terezija Stoisits* und Genossen an den Bundesminister für Justiz (1527/J-NR XXI. GP) und deren jeweilige Beantwortungen (1538/AB-NR XXI. GP bzw 1494/AB-NR XXI. GP), vgl. auch bezughabende Artikel in DER STANDARD vom 7., 8. und 13.11.2000.

[17] E 49-NR/XXI.GP betreffend Verhinderung und Verfolgung von weiblicher Genitalverstümmelung in Österreich, basierend auf dem Unselbstständigen Entschließungsantrag der Abgeordneten *Mag. Barbara Prammer, Rosemarie Bauer, Edith Haller, Mag. Ulrike Lunacek* und Genossen, Zl 186/UEA XXI. GP. Auf die Umsetzung dieser Entschließung bezogen sich zwei schriftliche Anfragen der Abgeordneten zum Nationalrat *Inge Jäger* und Genossen an den Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen (Zl 2001/J-NR XXI. GP) sowie an den Bundesminister für Justiz (2002/J-NR XXI. GP; die Antworten erfolgten zu 2040/AB-NR XXI. GP bzw 2047/AB-NR XXI. GP).

[18] Noch ohne einen solchen Inlandsbezug ist die mit den Stimmen von SP, VP und FP beschlossene Entschließung des Nationalrates vom 24. Februar 1999 betreffend Maßnahmen zur Bekämpfung der genitalen Verstümmelung von Frauen, Zl 158/E-NR XX.GP, basierend auf dem Entschließungsantrag der Abgeordneten *Mag. Walter Posch* und *Werner Amon*, Zl 931/AE XX.GP; vgl. dazu die schriftliche Anfrage der Abgeordneten *Mag. Barbara Prammer, Mag. Walter Posch* und Genossen (1021/J-NR XXI. GP) und deren Beantwortung durch die Bundesministerin für äußere Angelegenheiten (JA 996/AB XXI. GP).

Das eben Gesagte gilt zunächst für Fälle, in denen der Akt der Verstümmelung selbst (also die unmittelbare Tat) in Österreich stattfindet. Nach § 67 Abs 2 StGB, der den Tatortbegriff für das österreichische Strafrecht definiert, hat der Täter/die Täterin eine mit Strafe bedrohte Handlung an jedem Ort begangen, an dem er/sie gehandelt hat oder hätte handeln sollen oder ein dem Tatbild entsprechender Erfolg ganz oder teilweise eingetreten ist oder nach der Vorstellung des Täters/der Täterin hätte eintreten sollen. An jedem Ort, an dem er gehandelt hat: „handeln" heißt dabei nicht „die ganze Tat begehen". Es reicht ein Handlungsteil im Inland, um eine Inlandstat zu begründen[19]. Österreichische Gerichtsbarkeit, Strafbarkeit nach österreichischem Recht wird daher schon dann begründet, wenn bloß ein Handlungsteil in Österreich vorgenommen wird. Dabei muss es sich nicht einmal um einen Teil der unmittelbaren Tatbegehung handeln, sondern es reicht, wenn im Inland (bloß) zu einer im Ausland auszuführenden Straftat bestimmt[20] oder zu einer solchen Straftat ein sonstiger Tatbeitrag[21] geleistet wird.[22] Das Verschicken oder Verbringen aus dem Inland könnte dabei als (inländischer) Tatbeitrag gewertet werden, die Beauftragung des (unmittelbaren) Täters aus dem Inland als gleichfalls inländische Gerichtsbarkeit begründende Bestimmungstäterschaft.

Zusammengefasst heißt das, dass weibliche Genitalverstümmelungen nach österreichischem Recht strafbar sind, wenn die unmittelbare Tat in Österreich begangen worden ist, im Sinne der vorstehenden Ausführungen für Bestimmungs- oder BeitragstäterInnen aber auch dann, wenn zwar die Verstümmelung selbst im Ausland begangen worden ist, aber im Inland eine Bestimmungs- oder Beitragshandlung gesetzt wurde.

Jedoch selbst bei reinen Auslandstaten, wenn also die TäterInnen im Inland nicht einmal einen noch so geringfügigen Handlungsteil gesetzt haben, sind fast alle Konstellationen (auch) nach österreichischem Strafrecht strafbar. Denkbar wäre etwa, dass sowohl TäterInnen als auch Opfer österreichische StaatsbürgerInnen sind und ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Österreich haben: In einem solchen Fall unterliegt der Täter/die Täterin nach § 64 Abs 1 Z 7 StGB den österreichischen Strafgesetzen unabhängig von den Strafgesetzen des Tatorts, also auch dann, wenn die Tat im Tatortstaat nicht strafbar sein sollte. Für die anderen Fälle reiner Auslandstaten besteht im Grunde nur eine Voraussetzung für die Strafbarkeit in Österreich: Die Tat muss nach § 65 Abs 1 StGB „auch durch die Gesetze des Tatorts mit Strafe bedroht" sein.[23] Im übrigen unterscheidet § 65 StGB zwar zwischen österreichischen (Abs 1 Z 1) und ausländischen (Abs 1 Z 2) TäterInnen; die praktischen Auswirkungen sind jedoch nicht so dramatisch. Für ÖsterreicherInnen wird – abgesehen von der Strafbarkeit im Tatortstaat – lediglich verlangt, dass sie zur Zeit der Tat ÖsterreicherInnen waren oder die österreichische Staatsbürgerschaft später erworben haben und zur Zeit der Einleitung des Strafverfahrens noch besitzen. Wenn der Täter/die Täterin zur Zeit der Tat AusländerIn war, müssen – abgesehen von der Strafbarkeit im Tatortstaat – zwei weitere Voraussetzungen vorliegen: er/sie muss im Inland betreten worden sein, und er/sie „(kann) aus einem anderen Grund als wegen der Art oder Eigenschaft seiner/ihrer Tat nicht an das Ausland ausgeliefert werden". Da das Vorliegen letzterer Voraussetzung schon angenommen werden kann, wenn der ausländische Staat kein

[19] *Leukauf/Steininger*, StGB[3], Rn 6 zu § 67.

[20] § 12 2. Alternative StGB. „Bestimmen" ist der vom StGB statt des früher gebräuchlichen Begriffs des „Anstiftens" gewählte Terminus: erfasst werden damit sämtliche Verhaltenweisen, die Ursache dafür sind, dass im anderen der Tatentschluss geweckt wird (vgl. *Leukauf/Steininger*, StGB[3], Rn 27 ff zu § 12). Der Vollständigkeit halber sei darauf hingewiesen, dass man davon ausgehen kann, dass keine qualitative Akzessorietät besteht; dh dass nach § 12 2. Fall nicht nur haftet, wer einen anderen zu einer vorsätzlichen Tat veranlasst, sondern auch, wer dafür ursächlich wird, dass der andere eine fahrlässige Tat begeht oder wer die Tatbegehung durch einen vorsatzlos, absichtslos, gerechtfertigt oder schuldlos handelnden Anderen veranlasst (*Leukauf/Steininger*, StGB[3], Rn 31 f zu § 12).

[21] § 12 3. Alternative StGB. Beitragstäter ist, wer sonst zur Ausführung einer strafbaren Handlung eines anderen beiträgt, mithin, ohne unmittelbarer Täter oder Bestimmungstäter zu sein, dessen Tatbildverwirklichung ermöglicht, erleichtert, absichert oder sonstwie fördert (früher: „Beihilfe"); der Tatbeitrag kann durch physische oder psychische (intelektuelle) Unterstützung geleistet werden (*Leukauf/Steininger*, StGB[3], Rn 44 f zu § 12). Für die (nicht verlangte) qualitative Akzessorietät gilt das zur Bestimmungstäterschaft Ausgeführte (vgl. *Leukauf/Steininger*, StGB[3], Rn 50 zu § 12).

[22] *Leukauf/Steininger*, StGB[3], Rn 6a zu § 67.

[23] „Prinzip der identischen Norm"; *Leukauf/Steininger*, StGB[3], Rn 9 ff zu § 65 StGB.

Auslieferungsbegehren stellt[24] (und die Fälle nicht im Inland betretener AusländerInnen schon aus praktischen Erwägungen außer Betracht bleiben können), ist auch für reine Auslandstaten ausländischer TäterInnen Strafbarkeit nach österreichischem Recht in weitem Umfang gegeben.

Es kann daher davon ausgegangen werden, dass hinsichtlich der Begründung österreichischer Gerichtsbarkeit im vorliegenden Zusammenhang relativ wenige rechtlich relevanten Lücken bestehen. Soweit in Staaten weibliche Genitalverstümmelung nicht strafbar ist – und nicht bloß in der Praxis (vielleicht aus falsch verstandener Toleranz) eine an sich gebotene Verfolgung unterbleibt – wird man wohl nicht ohne weiteres fordern können, dass dessen ungeachtet in jedem Fall Strafbarkeit in Österreich gegeben sein soll (also etwa auch für Ausländer, die sich in ihren Herkunftsstaat begeben, um dort etwas – dort – strafloses zu tun). „Nicht ohne weiteres" würde wohl bedeuten, dass es eines internationalen Übereinkommens bedürfte.[25] Mangels eines solchen könnte wohl höchstens eine Regelung wie beim „Kinder-Sex-Tourismus" erwogen werden[26]: Strafbarkeit für Auslandstaten, wenn der Täter Österreicher ist und[27] seinen gewöhnlichen Aufenthalt im Inland hat. Anders als beim Sex-Tourismus, den es, wenn schon nicht als bestimmenden Faktor in der Verurteiltenstatistik, so doch zumindest als einigermaßen weit verbreitetes Phänomen gibt, ist von einer größeren Zahl von ÖsterreicherInnen, die sich ins Ausland begeben, um dort (straflos) Genitalverstümmelungen vorzunehmen oder vornehmen zu lassen, nichts bekannt. Der Bedarf nach einer solchen Regelung erscheint daher gering.

Die bekannten Formen der weiblichen Genitalverstümmelung, wie sie insbesondere von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) klassifiziert wurden, sind als Körperverletzung im Sinne der §§ 83 ff StGB zu qualifizieren. Nach § 83 Abs 1 StGB begeht eine Körperverletzung, wer einen anderen am Körper verletzt oder an der Gesundheit schädigt. Hat die Tat eine länger als 24 Tage dauernde Gesundheitsschädigung oder Berufsunfähigkeit zur Folge oder ist die Verletzung oder Gesundheitsschädigung an sich schwer, ist diese gemäß § 84 Abs 1 StGB als schwere Körperverletzung zu qualifizieren. Eine schwere Körperverletzung liegt gemäß § 84 Abs 2 StGB aber unter anderem auch dann vor, wenn die Tat mit einem solchen Mittel und auf solche Weise begangen worden ist, womit in der Regel Lebensgefahr verbunden ist, oder dem Opfer besondere Qualen zugefügt wurden. In der Regel werden die zugefügten Verletzungen den Tatbestand der Körperverletzung mit schweren Dauerfolgen nach § 85 StGB erfüllen, für die eine Strafdrohung von sechs Monaten bis zu fünf Jahren Freiheitsstrafe vorgesehen ist. Eine Körperverletzung mit schweren Dauerfolgen liegt gemäß § 85 StGB vor, wenn die Tat für immer oder für lange Zeit den Verlust oder eine schwere Schädigung unter anderem der Fortpflanzungsfähigkeit, eine erhebliche Verstümmelung oder eine auffallende Verunstaltung oder ein schweres Leiden zur Folge hat. Bejaht man den Umstand, dass es den BeschneiderInnen darauf ankommt, mit der gewählten Prozedur solche Verletzungen herbeizuführen, die als schwere iSd StGB gelten, so wird ebenso das Delikt der „absichtlichen schweren Körperverletzung" nach § 87 StGB in Betracht kommen, das eine Strafdrohung von 1 bis 5 Jahre Freiheitsstrafe vorsieht, bei (darüber hinaus) wenigstens fahrlässig herbeigeführten schweren Dauerfolgen eine Freiheitsstrafe von 1 bis 10 Jahren. Die bekannten Formen der weiblichen Genitalverstümmelung werden daher als Körperverletzung iSd §§ 83 ff StGB zu werten sein und überwiegend das Tatbestandsmerkmal "erhebliche Verstümmelung oder auffallende Verunstaltung" (§ 85 Z 2 StGB)[28], teilweise konkurrierend mit dem "Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit" (§ 85 Z 1 StGB)[29] und/oder „schwerem Leiden" (§ 85 Z 3 StGB)[30] und unter Zugrundelegung der übrigen

[24] *Leukauf/Steininger*, StGB[3], Rn 8 zu § 65 StGB.
[25] Vgl. § 64 Abs 1 Z 6 StGB.
[26] § 64 Abs 1 Z 4a StGB.
[27] „Oder" käme hier schon zur Vermeidung der Unterstellung von Motiven wie „... dann sollen sie doch zu Hause bleiben" nicht in Frage.
[28] Darunter ist insbesondere der Verlust von Gliedmaßen, eines Auges, der Verlust oder Teilverlust innerer Organe (z.B. Niere, Milz) zu verstehen. Auch eine Verstümmelung, die nicht sofort ins Auge fällt, weil etwa die betreffende Körperstelle in der Regel bekleidet ist (wie z.B. die Brust, aber auch die äußeren Genitalien einer Frau), kann erheblich sein.
[29] Unter Fortpflanzungsfähigkeit ist die Fähigkeit des Mannes zu zeugen und der Frau zu empfangen und zu gebären zu verstehen. Sie kann auch fehlen, wenn die Beischlafsfähigkeit vorhanden ist. In der Rechtsprechung (SSt 56/90) wurde dieser

Voraussetzungen somit den Tatbestand einer Körperverletzung mit schweren Dauerfolgen oder der (absichtlichen) schweren Körperverletzung erfüllen.

Gegen die Strafbarkeit von FGM wurden mehrfach zwei Einwände vorgebracht, deren Validität zu prüfen ist. Zum einen wird auf „Rechtfertigungen" wie Tradition, Brauchtum, gesellschaftliche Üblichkeit, bis hin zu religiösen Vorschriften verwiesen. Zum anderen wird gegebenenfalls darauf verwiesen, dass sich zumindest manche der Betroffenen den Prozeduren freiwillig unterziehen.

Es bedarf wohl keiner näheren Begründung, dass eine genitale Verstümmelung gegen den Willen der Betroffenen – sei es auch unter Berufung auf Tradition etc. - grundsätzlich in jedem Fall strafbar ist. Was nun die Freiwilligkeit anlangt, so stellt sich die Frage, ob (derartige) Verletzungen überhaupt einwilligungsfähig sind, d.h. ob sich der Täter – unter welchen sonstigen (zusätzlichen) Voraussetzungen auch immer - mit strafbefreiender Wirkung darauf berufen kann, dass er sie der betroffenen Person mit deren Zustimmung zugefügt hat. Bejaht man diese Frage grundsätzlich, so stellt sich als weitere Frage, welcher Natur diese allfälligen sonstigen Voraussetzungen sein müssen, ob dabei beispielsweise die Berufung auf Brauchtum, gesellschaftliche Übung oder Religion eine Rolle spielt bzw. spielen kann. Die Möglichkeit, dass die Einwilligung ohne weiteres strafbefreiend wirken würde, kommt – soviel sei vorweggenommen – im vorliegenden Zusammenhang (d.h. angesichts der Schwere der Verletzungen) nicht in Betracht.[31]

Nach § 90 Abs 1 StGB („Einwilligung des Verletzten") ist eine Körperverletzung nicht rechtswidrig (und damit nicht strafbar), wenn die verletzte Person in sie einwilligt und die Verletzung als solche nicht gegen die guten Sitten verstößt. Im vorliegenden Zusammenhang kann dahingestellt bleiben, ob die Formulierung „die Verletzung als solche" bedeutet, dass ausschließlich auf den Verletzungserfolg abzustellen ist,[32] oder ob es auch auf das Motiv ankommen kann.[33]

Unbestritten ist, dass Genitalverstümmelungen (als solche) grundsätzlich in jedem Fall sittenwidrig sind.[34] Folgt man nun der erstangeführten Ansicht, so würde das wohl bedeuten, dass eine Einwilligung die Strafbarkeit schon allein deshalb keinesfalls zu beseitigen vermag, weil es ja auf das Motiv für die Einwilligung nie ankommen kann und die sittenwidrige (weil schwere oder mit schweren Dauerfolgen verbundene) Verletzung sittenwidrig bleibt. Folgt man der anderen Meinung, so könnte es zwar theoretisch für die Strafbarkeit darauf ankommen, ob das jeweilige Motiv vom Recht so positiv bewertet wird, dass es auf diese Art und Weise die an sich gegebene Sittenwidrigkeit der Verletzungen (als solche) wieder aufhebt. Dies ist hier allerdings zu verneinen: einerseits wird man den Umstand, dass etwas Tradition hat, zu Brauchtum geworden ist oder von einer Religion vorgeschrieben wird, allenfalls wertfrei zu registrieren haben. Nicht dass etwas üblich oder gar geboten ist, ist entscheidend, sondern was es ist, das zu tun oder zu unterlassen oder – wie hier – zu erdulden sein soll, bzw. warum das so sein soll. Während Tradition etc. allenfalls als Indiz für Sozialadäquanz herangezogen werden kann, was aber noch lange keine rechtlichen Konsequenzen

---

Tatbestand auch durch die durch traumatische Einwirkung hervorgerufene erhöhte Bereitschaft der Frau zum Abortus als auch durch die Zerstörung eines Teils des Geschlechtsorganes (dort: ein Hoden) als erfüllt angesehen. Hier wäre auch zu berücksichtigen, dass genitalverstümmelte Mädchen und Frauen unter einer eingeschränkten Gebärfähigkeit leiden können.

[30] Darunter ist eine hochgradige Gesundheitsschädigung von langer Dauer zu verstehen. Ob ein Leiden als schwer zu beurteilen ist, hängt von einer Gesamtschau der zu würdigenden Erheblichkeit und Wichtigkeit der Gesundheitsschädigung ab; im gegenständlichen Zusammenhang wäre dieser Tatbestand etwa zu prüfen, wenn die Genitalverstümmelung schwere (laufende) gesundheitliche Schäden zur Folge hat (Hepatitis; unerträglich starke und regelmäßige Menstruationsbeschwerden; HIV).

[31] Zur Einwilligung in leichte Körperverletzungen siehe *Kienapfel*, Grundriss des österreichischen Strafrechts, Besonderer Teil I[4], Rn 55 zu § 90, *Leukauf/Steininger*, StGB[3], Rn 14 und 16 zu § 90, *Burgstaller*, Wiener Kommentar zum StGB, Rn 81 zu § 90.

[32] Vgl. *Leukauf/Steininger*, StGB[3], Rn 13 f zu § 90.

[33] Vgl. *Burgstaller*, Wiener Kommentar zum StGB, Rn 76 ff zu § 90; *Kienapfel*, Grundriss des österreichischen Strafrechts, Besonderer Teil I[4], Rn 51 ff zu § 90.

[34] *Leukauf/Steininger*, StGB[3], Rn 14 zu § 90; *Burgstaller*, Wiener Kommentar zum StGB, Rn 78 zu § 90; *Kienapfel*, Grundriss des österreichischen Strafrechts, Besonderer Teil I[4], Rn 57 zu § 90.

nach sich ziehen muss, könnten religiöse Übung oder religiöse Vorschriften im Bereich anerkannter Religionsgemeinschaften eine verdichtetere Bewertungslage schaffen. Was nun ersteres anlangt, wäre u.a. hinzuweisen, dass selbst dort, wo Genitalverstümmelung Tradition hat etc., vielfach entgegenstehendes Recht existiert; und im religiösen Bereich verlangt – soweit überblickbar – keine Vorschrift in den anerkannten Gemeinschaften derartige Praktiken.[35] Jedenfalls wird das aus österreichischer Sicht zu gelten haben und gibt es in Österreich auch keine entsprechende Tradition. Letztlich ist es aber die österreichische Rechtsordnung, angesichts derer man zum Zwecke der Entscheidung über die Strafbarkeit (nach österreichischem Recht) zu prüfen hätte, ob eine Verletzung unter Bedachtnahme auf Zweck und Beweggründe so positiv bewertet werden könne, dass sie durch Einwilligung geheilt wäre, selbst wenn sie den Schweregrad einer Genitalverstümmelung aufweisen würde. Damit könnte man aber auch dann, wenn die Motivlage etc. in die Prüfung des Sittenwidrigkeitskorrektivs mit einbezogen würde, zu keiner Rechtfertigung einer solchen Genitalverstümmelung kommen.

Nur der Vollständigkeit halber sei hinzugefügt, dass eine Einwilligung, um rechtswirksam sein zu können, u.a. frei von Irrtum, Täuschung oder Zwang sein muss; die betroffene Person muss sich der Tragweite ihrer Erklärung bewusst sein, und bei Tatfolgen, die nicht für jedermann ohne weiteres einsichtig sind, kommt einer Einwilligung nur dann Relevanz zu, wenn ihr eine entsprechende Aufklärung vorangegangen ist.[36]
Kommt man im Sinne der vorstehenden Ausführung zu dem Ergebnis, dass selbst vollkommen einsichts- und urteilsfähige Frauen (und Mädchen) nicht rechtswirksam in eine Genitalverstümmelung einwilligen können, so gilt das naturgemäß auch (und erst recht) für Frauen und Mädchen, bei denen dies nicht der Fall ist. Zumal unmündige Mädchen die Hauptbetroffenen sind,[37] sei jedoch darauf hingewiesen, dass man im Falle mangelnder Einsichts- oder Urteilsfähigkeit selbst dann, wenn die Einwilligungsfähigkeit bei (vollkommen) einsichts- und urteilsfähigen Frauen und Mädchen nicht unter allen Umständen verneinen werden könnte, dennoch nicht dazu kommen kann, dass eine solche Einwilligung von den Obsorgeberechtigten für die Mädchen abgegeben werden könnte. Auch für den strafrechtlichen Bereich ist hier nach den zivilrechtlichen Grundsätzen vorzugehen.[38] Es ist dabei davon auszugehen, dass die Einwilligung in den körperlichen Eingriff als Ausdruck des Persönlichkeitsrechts ein höchstpersönliches Recht ist.[39] Fraglich wäre, ob dort, wo eine rechtswirksame Einwilligung der minderjährigen Person nicht möglich ist, diese durch die obsorgeberechtigte Person erteilt werden kann.[40] Maßgeblich ist dabei das Kindeswohl.[41] In diesem Sinn wird ein körperlicher Eingriff an einer nicht urteilsfähigen minderjährigen Person nicht unterbleiben dürfen, wenn er zur Rettung unbedingt erforderlich ist und nicht aufgeschoben werden

---

[35] Vgl. in diesem Zusammenhang etwa für den Islam: The Right Path to Health - Health Education through Religion - Islamic Ruling on Male and Female Circumcision, *Muhammad Lutfi al-Sabbagh*, WORLD HEALTH ORGANIZATION - Regional Office for the Eastern Mediterranean - Alexandria, Egypt 1996; im Internet abrufbar unter http://www.who.sci.eg/Publications/HealthEdReligion/CircumcisionEn/.

[36] Vgl. *Leukauf/Steininger*, StGB[3], Rn 6 zu § 90. In der Praxis ist es aber vielmehr so, dass nachteilige Folgen von einheimischen Männern und Frauen gleichermaßen abgeleugnet werden. Da viele Frauen die gleichen Symptome zeigen (z.B. extreme Menstruationsbeschwerden), gehören sie zur Normalität. Die hochgradige Gewalterfahrung, die irreparablen Schäden an Körper, Seele und Gesundheit, finden fast keine Beachtung, Komplikationen beim Geburtsvorgang werden grundsätzlich nicht mit der Beschneidung in Verbindung gebracht. Nur aufgrund der vielfältigen Repressalien und einer frauenfeindlichen Struktur war und ist es möglich, diese Praktik als legitimen Bestandteil des Gesellschaftslebens aufrechtzuerhalten. Durch Autoritäten wie Gemeindeoberhäupter oder religiöse Führer werden sie zum Teil bewusst weitergeführt und unterstützt. Frauen, die sich der genitalen Verstümmelung entziehen wollen, müssen mit Ausgrenzung aus der Gesellschaft rechnen, was mit unvorstellbarer Armut und Ächtung verbunden ist.

[37] Nach der Studie Female Genital Mutilation, An Overview, herausgegeben von der WHO, Genf 1998, http://www.who.int/dsa/cat98/fgmbook.htm, variiere das Alter, in dem FGM vorgenommen werde, zwar von Region zu Region – beispielsweise werde FGM im Süden Nigerias in den ersten Lebensmonaten eines Kleinkinds praktiziert, in Uganda hingegen an jungen erwachsenen Frauen –, in den meisten Gesellschaften liege das Alter jedoch zwischen vier und vierzehn Jahren.

[38] Vgl. *Burgstaller*, Wiener Kommentar zum StGB, Rn 41 zu § 90.

[39] *Edlbacher*, ÖJZ 1982, 368.

[40] Vgl. *Edlbacher*, ÖJZ 1982, 369, 373.

[41] Vgl. §§ 146, 176 ABGB.

kann.[42] Demgegenüber wird man – sofern keine ausdrücklichen gegenteiligen gesetzlichen Vorschriften existieren – bei allen übrigen höchstpersönlichen Angelegenheiten, einschließlich körperlicher Eingriffe aus anderen Motiven, grundsätzlich davon auszugehen haben, dass eine wohlverstandene Ausübung des Sorgerechts zu einem Unterbleiben einer diesbezüglichen Maßnahme führen wird. Wenn religiöse Motive im vorliegenden Zusammenhang überhaupt, also auch bei vollkommen einsichts- und urteilsfähigen Personen (wenn es um sie selbst geht), hintanzustellen sind, so gilt dies ohne jeden Zweifel (umso mehr), wenn es um die Ausübung der Obsorge zugunsten einer nicht einsichts- oder urteilsfähigen minderjährigen Person geht. Denn das Grundrecht der Religionsfreiheit muss hinter der Pflicht, das Leben oder die Gesundheit des eigenen Kindes zu wahren, zurückstehen.[43]

Sonstige rechtlich relevanten Rechtfertigungsgründe[44] sind auszuschließen. Mangels ausjudizierter Fälle in Österreich gibt es dazu allerdings (noch) keine Bestätigung durch die Rechtsprechung.

Abschließend sei zur strafrechtlichen Beurteilung bemerkt, dass einschlägige Hilfs- und Beratungseinrichtungen, die betroffene Mädchen und Frauen in Strafverfahren als Vertrauenspersonen begleiten, finanzielle Unterstützung im Rahmen des von BMSG, BMJ und BMI finanzierten Prozessbegleitungsprojekts beantragen können.

6. FGM aus schadenersatzrechtlicher Sicht

Sachverhalte mit Auslandsberührung sind in privatrechtlicher Hinsicht nach der Rechtsordnung zu beurteilen, zu der die stärkste Beziehung besteht, wobei das IPRG die näheren Anknüpfungsvoraussetzungen regelt. Danach sind außervertragliche Schadenersatzansprüche nach § 48 IPRG nach dem Recht des Staates zu beurteilen, in dem das den Schaden verursachte Verhalten gesetzt worden ist, es gilt also grundsätzlich Recht des Deliktsorts. Besteht für die Beteiligten eine stärkere Beziehung zum Recht ein und desselben anderen Staates, so ist dieses Recht maßgebend. Das österreichische Kollisionsrecht des IPRG gibt mit seiner Vorbehaltsklausel (ordre public) jedoch die Möglichkeit, trotzdem fremdes Recht nicht und österreichisches Recht doch anzuwenden, wenn die Anwendung des fremden Rechts im Ergebnis zu einer unerträglichen Verletzung tragender Grundwertungen der österreichischen Rechtsordnung führen würde: Sollte also eine grundsätzlich anzuwendende ausländische Rechtsordnung bei einer so fundamentalen Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit keine Schadenersatzregelungen vorsehen, widerspräche dies so sehr unseren allgemeinen schadenersatzrechtlichen Grundsätzen, sodass die Heranziehung österreichischen Rechts durchaus vertretbar erscheint.

---

[42] *Edlbacher*, ÖJZ 1982, 373.

[43] *Edlbacher*, ÖJZ 1982, 373; vgl. auch *Sautner*, Die religiös motivierte Verweigerung der ärztlichen Heilbehandlung bei Minderjährigen - Die Problematik der Bluttransfusionen bei den Zeugen Jehovas, JAP 1999/2000, 14. Der Vollständigkeit halber sei auch noch auf den neuen § 146d ABGB (eingefügt mit dem Kindschaftsrechts-Änderungsgesetz 2001 - KindRÄG 2001, BGBl. I Nr. 135/2000, in Kraft mit 1. 7. 2001) hingewiesen, demzufolge weder ein minderjähriges Kind noch dessen Eltern in eine medizinische Maßnahme einwilligen können, die eine dauernde Fortpflanzungsunfähigkeit des minderjährigen Kindes zum Ziel hat. Sofern nicht überhaupt ein Größenschluss aus dieser Bestimmung die Bekräftigung des oben Gesagten gebietet, kann aus der ausdrücklichen Regelung (nur) der Sterilisation jedenfalls nicht geschlossen werden, dass die Unmöglichkeit der Einwilligung in eine Genitalverstümmelung weniger rigoros zu handhaben wäre.

[44] Als weitere Gründe werden nach *Friederike Schneider* vereinzelt vorgebracht: Tradition (im Sinne eines Mittels zur Festigung der nationalen Identität), Sexualität (gerade in islamischen Gesellschaften herrscht die Ansicht, der weibliche Sexualtrieb sei um ein vielfaches stärker als der männliche, und zwar mit destruktiven Folgen: nur eine beschnittene Frau ist eine "richtige" Frau; damit wird eine verhängnisvolle Verbindung der Beschneidung mit der Geschlechtsidentität heraufbeschworen), ästhetische Gründe (unbeschnittene Genitalien werden als widerwärtig, ekelerregend und bisweilen gefährlich dargestellt), medizinische Gründe (die eher symbolisch zu sehende "Unreinheit" der weiblichen Genitalien wird im populären Verständnis oft überlagert von einer angenommenen "Unsauberkeit"), ökonomische Gründe (die Braut muss bei der Heirat eine Jungfrau sein; da die Beschneidung die weibliche Keuschheit angeblich garantiert, wird so der Brautpreis gesteigert).

Soweit sohin aufgrund dieser Kollisionsnormen österreichisches Recht Anwendung findet, kommen die allgemeinen bürgerlichrechtlichen Schadenersatznormen der §§ 1293 ff, 1325 f ABGB zur Anwendung. Betroffene Frauen haben daher nach § 1325 ABGB insbesondere Anspruch auf Ersatz der Heilungskosten. Davon umfasst sind sowohl notwendige operative Maßnahmen zur Beseitigung bzw. Linderung der körperlichen Beeinträchtigung (Honorar des Arztes, Kosten der Medikamente, Kosten des Krankenhausaufenthalts etc.) als auch sämtliche Kosten, die nach den allgemeinen Grundsätzen während der Rekonvaleszenz zustehen (Ersatz des Pflegeaufwands durch PflegerInnen etc.). Weiters besteht nach § 1325 ABGB Anspruch auf Ersatz des angemessenen Schmerzengeldes, in dessen Rahmen sowohl die körperlichen als auch seelischen Schmerzen abgegolten werden sollen.[45] Eine Anhebung des Schmerzengeldes rechtfertigt insbesondere das Vorliegen von Dauerfolgen. Hierher gehören auch Beeinträchtigungen der Geschlechtssphäre, wie etwa die Unfähigkeit zum Beischlaf oder die Unmöglichkeit, Kinder zu bekommen. Mangels bisheriger einschlägiger Judikatur kann eine genaue Größenordnung für Schmerzengeldbeträge nur schwer genannt werden, da die Bemessung des Schmerzengeldes stets von den besonderen Umständen des Einzelfalles abhängt.[46] Schließlich besteht nach § 1325 ABGB auch ein Anspruch der Verletzten auf Ersatz des entgangenen und künftig entgehenden Verdienstes, unter bestimmten Konstellationen wäre auch an eine Verunstaltungsentschädigung nach § 1326 ABGB zu denken.

Unter Zugrundelegung der o.a. strafrechtlichen Beurteilung können diese Ansprüche nach § 1489 ABGB binnen 30 Jahren geltend gemacht werden. Eine strafgerichtliche Verurteilung ist nicht erforderlich.

7. Schutzmaßnahmen aus kindschaftsrechtlicher Sicht

Fragen der Pflege und Erziehung eines Kindes sind nach den Verweisungsnormen des IPRG nach dessen Personalstatut[47] zu beurteilen (§§ 24, 25 Abs 2 IPRG). Die von FGM betroffenen Minderjährigen werden häufig Angehörige afrikanischer Staaten sein, weshalb nach den §§ 24 f IPRG das jeweilige afrikanische Heimatrecht des Kindes zur Anwendung käme.[48] Kann das fremde Recht trotz eingehendem Bemühen innerhalb angemessener Frist nicht ermittelt werden, so wäre österreichisches Recht anzuwenden (§ 4 Abs 2 IPRG).[49] Überdies wäre auch im Bereich des

[45] Die Bemessung des Schmerzengeldes hängt vor allem von der Schwere der erlittenen Verletzungen ab. Das Schmerzengeld soll insbesondere Ausgleich für entgangene Lebensfreude sein. Zu berücksichtigen sind die Dauer und die Intensität der körperlichen Schmerzen und der gesundheitlichen Störung sowie der seelischen Beeinträchtigung, einschließlich der Beeinträchtigung durch das Bewusstsein des Dauerschadens.

[46] Zum Vergleich könnten Schmerzengeldbeträge beispielsweise bei Schnitt- und Rissquetschwunden - je nach Schwere der Verstümmelung, der Schmerzen und des Heilungsverlaufs - ab S 10.000 aufwärts anzunehmen. In einem Fall aus dem Jahr 1980 wurde beispielsweise bei einer schweren Beeinträchtigung des Geschlechtsbereiches infolge von Brüchen der Schambeinäste und des Kreuzbeines ein Schmerzengeld von S 340.000 zuerkannt. Im Jahr 1981 wurde beispielsweise einem 47-jährigen Mann für erlittene Narben auf der Brust eine Verunstaltungsentschädigung von S 20.000, im Jahr 1982 einer 17-jährigen Frau für Narben im Gesicht ein Betrag von S 30.000 zugesprochen. Wesentlich ist, dass das österreichische Recht keine Schmerzengeldobergrenzen kennt.

[47] Das Personalstatut einer natürlichen Person ist das Recht des Staates, dem die Person angehört. Hat eine Person neben einer fremden Staatsangehörigkeit auch die österreichische Staatsbürgerschaft, so ist diese maßgebend. Für andere Mehrstaater ist die Staatsangehörigkeit des Staates maßgebend, zu dem die stärkste Beziehung besteht (§ 9 Abs 1 IPRG). Ist eine Person staatenlos oder kann ihre Staatsangehörigkeit nicht geklärt werden, so ist ihr Personalstatut das Recht des Staates, in dem sie den gewöhnlichen Aufenthalt hat (§ 9 Abs 2 IPRG). Das Personalstatut einer Person, die Flüchtling im Sinn der für Österreich geltenden internationalen Übereinkommen (Genfer Flüchtlingskonvention, BGBl Nr 55/1955) ist oder deren Beziehungen zu ihrem Heimatstaat aus vergleichbar schwerwiegenden Gründen abgebrochen sind, ist das Recht des Staates, in dem sie ihren Wohnsitz, mangels eines solchen ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat; eine Verweisung dieses Rechtes auf das Recht des Heimatstaates (§ 5 IPRG) ist unbeachtlich (§ 9 Abs 3 IPRG), vgl. *Schwimann* in *Rummel*, ABGB² Rz 2 zu § 24 IPRG mwN.

[48] Ist fremdes Recht maßgebend, so ist es von Amts wegen und wie in seinem ursprünglichen Geltungsbereich anzuwenden (§ 3 IPRG). Das fremde Recht ist von Amts wegen zu ermitteln. Zulässige Hilfsmittel hiefür sind auch die Mitwirkung der Beteiligten, Auskünfte des Bundesministeriums für Justiz und Sachverständigengutachten (§ 4 Abs 1 IPRG).

[49] Die Angemessenheit der Frist zur Ermittlung des ausländischen Rechts hängt auch von der Dringlichkeit des einzelnen Falles ab (OGH 22.3.1983, 5 Ob 555/83). Wenn der für die Ermittlung des ausländischen Rechts erforderliche Zeitaufwand den zu sichernden Anspruch vereitelt, die Entscheidung also nicht den geringsten Aufschub verträgt, so hat bereits aus dieser

Pflegschaftsrechts fremdes Recht dann nicht anzuwenden, wenn seine Anwendung zu einem Ergebnis führen würde, das mit den Grundwertungen der österreichischen Rechtsordnung unvereinbar ist; an seine Stelle würde erforderlichenfalls die entsprechende Bestimmung des österreichischen Rechts treten (§ 6 IPRG; Vorbehaltsklausel, ordre public).

Bestimmungen zwischenstaatlicher Vereinbarungen werden allerdings durch das IPRG nicht berührt (§ 53 Abs 1 IPRG), sodass als einschlägige zwischenstaatliche Vereinbarung, die gemäß § 53 IPRG Vorrang hätte, insbesondere das Haager Minderjährigenschutzübereinkommen zu berücksichtigen wäre.[50] Nach dem MSA ergibt sich eine Zuständigkeit der österreichischen Behörden zugunsten aller Minderjährigen - unabhängig von ihrer Staatsbürgerschaft -, die in Österreich ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Jugendwohlfahrt und Gerichte haben danach die nach dem innerstaatlichen Recht vorgesehenen Maßnahmen zum Schutz der Person der Minderjährigen zu treffen.

Es ist ständige Rechtsprechung, dass vorläufige Maßnahmen gemäß § 176 ABGB (Entziehung oder Einschränkung der Obsorge) bei akuter Gefährdung des Kindeswohls getroffen werden dürfen, wenn besondere Umstände im Interesse des Kindes eine sofortige Entscheidung erfordern.[51] Die Beschränkung der Obsorge darf zwar nur aus schwerwiegenden Gründen als letztes Mittel und nur insoweit verfügt werden, als dies zur Abwendung von Gefährdungen des Kindeswohls unbedingt erforderlich ist; eine vorläufige Obsorgeregelung wäre aber etwa dann vorzunehmen, wenn die Verbringung eines Kindes ins Ausland droht.[52] Die Bestimmung des § 176 Abs 1 ABGB räumt dem Gericht umfassende Möglichkeiten ein; es hat alle nötigen, dem Kindeswohl entsprechenden Maßnahmen innerhalb der rechtlichen Grenzen unter Beachtung der Rechte der Eltern und Dritter zu treffen.[53]

Der Jugendwohlfahrtsträger hat die zur Wahrung des Wohles eines Minderjährigen erforderlichen gerichtlichen Verfügungen im Bereich der Obsorge zu beantragen. Jegliche Motive, seien sie religiöser oder traditioneller Natur sind bei tatsächlicher Gefährdung des Kindeswohls unbeachtlich. Bei Gefahr im Verzug kann er die erforderlichen Maßnahmen der Pflege und Erziehung als Sachwalter vorläufig mit Wirksamkeit bis zur gerichtlichen Entscheidung selbst treffen, wenn er unverzüglich, jedenfalls aber innerhalb von acht Tagen, die erforderlichen gerichtlichen Verfügungen beantragt.[54] Das Pflegschaftsgericht hat nicht ausdrücklich eine vom Jugendwohlfahrtsträger angeordnete vorläufige Maßnahme zu genehmigen, sondern selbstständig eine endgültige Entscheidung über die Rechtmäßigkeit der vom Jugendwohlfahrtsträger getroffenen Maßnahmen zu

---

Erwägung heraus jedenfalls für dringende vorläufige Maßnahmen österreichisches Recht vorrangig zur Anwendung zu kommen (OGH 13.12.1996, 10 Ob 2433/96h; RIS-Justiz RS0005307). Insbesondere, wenn der für die Ermittlung des ausländischen Rechts erforderliche Zeitaufwand den zu sichernden Anspruch vereitelt, so hat bereits aus dieser Erwägung heraus jedenfalls für das Provisorialverfahren österreichisches Recht vorrangig zur Anwendung zu kommen (RIS-Justiz RS0005307).

[50] Übereinkommen über die Zuständigkeit der Behörden und das anzuwendende Recht auf dem Gebiet des Schutzes von Minderjährigen, StF: BGBl Nr 446/1975. VertragspartnerInnen sind: Österreich, Deutschland/BRD, Frankreich, Italien, Luxemburg, Niederlande, Portugal, Schweiz, Spanien, Türkei, Polen.

[51] EFSlg 66.038, 81.219; 84.116. Am 1.7.2001 tritt das Kindschaftsrechtsänderungsgesetz 2001-KindRÄG 2001, BGBl Nr 135/2000, in Kraft. Die oben angesprochenen §§ 176, 215, 215a ABGB werden darin geändert, am Ergebnis der nachfolgenden Ausführungen ändert sich jedoch nichts.

[52] *Schwimann* in *Schwimann*, ABGB² Rz 2 ff und 18 zu § 176, Rz 2 zu § 176b sowie Rz 24 zu § 177 mwN; OGH 11.1.2000, 10 Ob 355/99z; OGH 9.10.1991, 1 Ob 602/91; OGH 28.11.2000, 1 Ob 265/00b; RIS-Justiz RS0007035.

[53] Vgl. RIS-Justiz RS0048697. Der unmittelbar drohenden (legalen) Ausreise des Minderjährigen aus Österreich mit Hilfe des für den Vater ausgestellten Reisepasses, in dem der Minderjährige mit eingetragen ist, könnte etwa dadurch vorgebeugt werden, dass dieser Reisepass bis zur rechtskräftigen Entscheidung beim Erstgericht hinterlegt wird (EFSlg 45.901). Möglich ist aber uU auch die Streichung der Eintragung des mj Kindes im Reisepass des in Frage kommenden Elternteils (EFSlg 48.404).

[54] Hat der Jugendwohlfahrtsträger in Wahrnehmung seiner Interimskompetenz nach § 215 Abs 1 zweiter Satz ABGB wegen Gefahr im Verzug bereits die erforderlichen Maßnahmen im Bereich der Pflege und Erziehung vorläufig wirksam getroffen, so ist eine mit der vorläufig wirksamen Verfügung des Jugendwohlfahrtsträgers deckungsgleiche vorläufige Maßnahme des Gerichtes nach § 176 ABGB überflüssig.

treffen oder andere Maßnahmen anzuordnen.[55] Der Schutz mj. Mädchen, die unmittelbar von FGM bedroht sind, sei es, dass sie dazu in ein anderes europäisches Land, sei es, dass sie in ihren bzw. den Heimatstaat ihrer Eltern verbracht werden sollen, ist m.E. insbesondere durch provisiorale Schutzmaßnahmen - sei es Reisepassabnahme bis zur vorübergehenden Fremdunterbringung - gewährleistet, wobei natürlich die Schwierigkeit besteht, dass entweder Jugendwohlfahrtsträger oder Gericht rechtzeitig über diese Plänen informiert werden müssen.

8. Anspruch auf Leistungen nach dem Verbrechensopfergesetz

Opfer von Genitalverstümmelung können grundsätzlich auch Ansprüche nach dem Verbrechensopfergesetz geltend machen, wobei diese im Wesentlichen den Ersatz des Verdienst- und Unterhaltsentganges sowie die Übernahme von Heilungskosten und Kosten vermehrter Bedürfnisse umfassen. Da das Verbrechensopfergesetz (VOG) allerdings voraussetzt, dass das Opfer österreichische Staatsbürgerin oder - unter den Voraussetzungen des § 1 Abs. 7 leg.cit. - Bürgerin des Europäischen Wirtschaftsraums ist, werden nicht allzu viele Betroffene in den Genuss der dort verbrieften Hilfeleistungen kommen. Die Erweiterung des Kreises der Anspruchsberechtigen nach dem VOG wurde allerdings schon mehrfach erhoben.[56]

9. Anerkennung von FGM als Asylgrund

Geschlechtsspezifische Fluchtgründe werden im Asylgesetz 1997 nicht ausdrücklich als Asylgrund erwähnt, sondern wird auf die Voraussetzungen nach der Genfer Flüchtlingskonvention zurückgegriffen. Dass die Gefahr, vergewaltigt oder sexuell misshandelt zu werden, in aller Regel unter den Tatbestand des Art. 1 Abschnitt A der Genfer Flüchtlingskonvention fällt, [vgl. dazu insbesondere den Beschluss des Exekutiv-Komitees für das Programm des Hohen Flüchtlingskommissars der Vereinten Nationen Nr. 73 (XLIV) betreffend Rechtsschutz für Flüchtlinge und sexuelle Gewalt][57] ist zumindest seit 1.1.1998 durch das Asylgesetz 1997 klar gestellt, zu dem in seinen erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage ausdrücklich festgehalten wurde, dass geschlechtsspezifische Verfolgung von Frauen - unter den von der Genfer Konvention genannten Voraussetzungen, insbesondere bei Nachweis einer überwiegenden Akzeptanz im Herkunftsland bzw. unzureichender Maßnahmen des Herkunftslandes gegen FGM - vom Bundesministerium für Inneres als Asylgrund anerkannt wird.[58] Unter einem wurde auch ausdrücklich festgehalten, dass AsylwerberInnen, die behaupten, Opfer von Vergewaltigung beziehungsweise sexueller Misshandlung zu sein oder solchen Gefahren ausgesetzt zu werden, von Personen desselben Geschlechts einzuvernehmen sind.[59]

Von FGM bedrohte Frauen und Mädchen sehen sich jedoch nach wie vor mit dem Problem konfrontiert, nach herrschender – wohl nicht zwingender - Asylrechtspraxis nicht nur glaubwürdig nachweisen zu müssen, dass eine konkrete Gefahr drohe, sondern auch, dass es sich um staatliche Verfolgung, nicht jedoch um eine von Privatpersonen handle, da das Asylrecht nur Schutz vor staatlicher Verfolgung biete. Die Zwangsbeschneidung werde aber von Privaten durchgeführt, weshalb diese Bedrohung nicht dem Staat zuzurechnen sei und nicht unter den Begriff „Verfolgung“ im Sinne der GFK falle.[60]

10. Welche Verbesserungsmaßnahmen wären kurzfristig notwendig?

[55] OGH 25.6.1998, 2 Ob 9/98g; RIS-Justiz RS0007018.
[56] Vgl. dazu Abschlussbericht des AK Psychosoziale Opferhilfe, Gewaltpräventionsbeirat biem BMI, 2000, 92.
[57] EBRV 686 der Blgen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XX. GP.
[58] Asylgesetz 1997, BGBl. I Nr. 76/1997.
[59] RV 686 der Blgen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XX. GP.
[60] Vgl. Bescheid des UBA vom 13.4.2000, GZ 213.195/0-XII/36/99 mwN.

Mangels ausjudizierter Fälle in Österreich gibt es zu den obigen Ausführungen nur vage bis keine Bestätigung durch die Rechtsprechung, überwiegend wird jedoch die daraus abzuleitende Auffassung vertreten, dass an sich kein legistischer Handlungsbedarf im Sinne der Schaffung eines strafrechtlichen Tatbestandes oder sonstiger, ausschließlich auf FGM abstellende Bestimmung besteht. Besteht das Bestreben, durch eine ausdrückliche Aufnahme der weiblichen Genitalverstümmelung in das StGB die gravierenden Auswirkungen dieser Prozedur klarzulegen und diese zu ächten, könnte als legistische Lösung erwogen werden, § 85 Z 2 StGB wie folgt zu ändern, sodass diese lauten könnte: "eine genitale oder sonstige erhebliche Verstümmelung oder eine auffallende Verunstaltung oder"; allenfalls könnte auch eine eigene Strafbestimmung für „Weibliche Genitalverstümmelung“ als § 85 Z 4 StGB oder als eigener § 85a StGB eingefügt werden – jeweils mit entsprechender Verweisung bei § 87 StGB. Bei der Definition von FGM sollte wohl im Sinne der Rechtssicherheit auf die anerkannte Qualifizierung durch die WHO zurückgegriffen werden.[61] Allenfalls könnte - zur reinen Klarstellung - ein Ausschluss von Rechtfertigungsgründen festgehalten werden.[62]

Wesentlicher scheint mir allerdings der Bedarf an schlichter Information - und zwar sowohl für die Betroffenen selbst (z.B. durch mehrsprachige Präventionsbroschüren[63]) als auch für zuständige Behörden und Hilfseinrichtungen – zu sein. Betroffene Frauen und Mädchen treffen derzeit auf völlig unzureichend informierte MedizinerInnen, Hebammen, RechtsanwältIinnen, RichterInnen und SozialarbeiterInnen. Forderungen wären daher primär auf Schulung wichtiger Berufsgruppen zu richten, damit die notwendige Präventionsarbeit zum Schutz der Mädchen geleistet werden, eine Sensibilisierung der zuständigen Behörden für die Problematik der weiblichen Genitalverstümmelung erreicht und eine konsequente Verfolgung allfälliger derartiger Fälle ausreichend sichergestellt werden kann. Die Ausschöpfung der bestehenden Möglichkeiten erscheint mir jedenfalls vorrangig. Einigkeit sollte auch darüber bestehen, dass der Einsatz gegen die weibliche Genitalverstümmelung nur zusammen mit jenen Hilfseinrichtungen, die sich selbst überwiegend aus Betroffenen rekrutieren, erfolgreich sein kann.[64] So könnten im Rahmen geeigneter Veranstaltungen VertreterInnen der afrikanischen Frauenorganisationen eingeladen werden, über dieses Thema zu referieren und über die internationalen Aktivitäten auf dem Gebiet der Bekämpfung der Genitalverstümmelung zu berichten.

Für den unmittelbaren Schutz ist sicherlich auch die sofortige Anerkennung der Flucht vor Genitalverstümmelung als Asylgrund eine unverzichtbare Voraussetzung, ebenso wie die Bereitstellung von Entwicklungshilfegeldern für Aufklärungsprojekte in den betreffenden Ländern.

Weiterführende einschlägige Literatur:

Els Leye/Maria de Bruyn/Stan Meuwese, Report of the Expert Meeting On Female Genital Mutilation, Ghent-Belgium, November 5-7, 1998.
amnesty international, What is female Genital Mutilation?
Rahman/Toubia, Female Genital Mutilation, A Guide to Laws and Politics Worldwide, New York, 1999.

[61] Die ausreichende Konkretisierung der Genitalverstümmelung erscheint dennoch schwierig, zumal die WHO-Definition höchst unterschiedliche Verletzungsgrade erfasst. Werden alle Formen von FGM mit einer Strafdrohung erfasst, was zur Folge hätte, dass im Einzelfall nach den Regeln der Strafzumessung zu entscheiden sein würde, wäre jedenfalls besonderes Augenmerk darauf zu richten, dass dies in der Praxis nicht als – wenn auch nicht beabsichtigte – Privilegierung insbesondere gegenüber § 85 StGB aufgefasst wird. Zusätzlich ergibt sich die Schwierigkeit, dass in unserer Gesellschaft weithin akzeptierte Manipulationen an den Genitalien wie z.B. genitales Piercing mit einer allgemeinen Definition ebenfalls erfasst wären.

[62] Würde ein identer Eingriff im Rahmen einer ärztlichen Heilbehandlung durchgeführt, wäre dadurch schon der Tatbestand der Körperverletzung iSd §§ 83 ff StGB nicht erfüllt (*Leukauf-Steininger*, StGB[3], Rz 19 zu § 90).

[63] http://www.terre-des-femmes.de/

[64] Die heftige Kritik seitens der VertreterInnen westlicher Gesellschaften an der genitalen Mutilation wird von vielen AfrikanerInnen als rassistischer und diskriminierender Angriff auf ihre eigene Kultur aufgefasst; auch wohlmeinenden Feministinnen ist vorgeworfen worden, FGM als den Gipfel der Unterdrückung von Frauen darzustellen, und damit die Überlegenheit des Westens zu bestätigen. Ein anderer Vorwurf ist, dass mit der Konzentration auf FGM von den tatsächlichen sozialen und ökonomischen Problemen afrikanischer Frauen abgelenkt wird; vgl. Friederike Schneider, http://www.terre-des-femmes.de.

El Dareer, Woman, Why Do You Weep? Circumcision And Its Consequences. London, 1982.
Hosken, Stop Female Genital Mutilation. Women Speak. Facts and Actions. Lexington: Women's International Network News, 1995.
Lightfoot-Klein, Das grausame Ritual. Sexuelle Verstümmelung afrikanischer Frauen. Frankfurt, 1993.
World Health Organization, Female Genital Mutilation, An Overview, Genf 1998, http://www.who.int/dsa/cat98/fgmbook.htm.
World Health Organization (Hg.). Female Genital Mutilation - A Joint WHO/UNICEF/UNFPA Statement, Genf 1997.
UN-Seiten „Womenwatch": *http://www.un.org/womenwatch/confer/*

Etenesh Hadis | Afrikanische Frauenorganisation in Wien

Genitale Verstümmelung in Österreich

Als unsere Organisation, die aus afrikanischen und österreichischen Mitgliedern besteht, 1998 die Thematik der weiblichen Genitalverstümmelung (FGM) ansprach, verhielten sich viele reserviert in Bezug auf das Thema bzw. in Bezug auf seine Bewusstseinsmachung in der Öffentlichkeit. Auch AfrikanerInnen waren der Meinung, dass dies eine traditionelle Angelegenheit sei, die nicht behandelt werden sollte.

Im Oktober 1999 fand dann ein Treffen von RegierungsvertreterInnen und NGOs im Büro der früheren Frauenministerin statt. Das Treffen wurde von Frau Mag. Barbara Prammer geleitet und es wurde eine Strategie ausgearbeitet, die die Sensibilisierung und die Bewusstseinsmachung des Themas, die Abhaltung einer Konferenz zur Prävention und Eliminierung von FGM, der Durchführung einer Studie über FGM in Österreich und Fallbeispiele in drei afrikanischen Ländern beinhaltete. Wir wurden zur Durchführung dieser Aktivitäten beauftragt. Wir haben in der Vergangenheit und Gegenwart Aktivitäten zur Bewusstseinsmachung in Wien und in anderen Städte durchgeführt. Wir haben Informationen weitergegeben und die Menschen über schädliche Traditionen aufgeklärt.

Unser Verein führte eine Erhebung über die Durchführung von FGM unter MigrantInnen in Österreich durch und hat daraufhin eine ganze Reihe von Interventionsstrategien ausgearbeitet. Unsere zweitägige internationale Konferenz im Oktober/November 2000 war ein großer Schritt vorwärts in unserem Kampf gegen FGM.

Alle diese Aktivitäten zeigen, dass das FGM-Thema in Österreich nicht mehr länger Tabu ist. Innerhalb der letzten drei Jahren haben die Medien, besonders Der Standard, Profil, Society, Thema und auch das TV Programm Heimat Fremde Heimat sehr erfolgreich zur Veröffentlichung des sensiblen Themas FGM beigetragen. Wir bedanken uns bei der SPÖ, FPÖ, ÖVP und den Grünen für ihren einstimmigen parlamentarischen Beschluss vom 5. Dezember 2000, FGM unter Strafe stellen zu wollen. Das war für uns ein großer Erfolg und eine Entscheidung, die beweist, dass Österreich sich an die Seite jener gestellt hat, die diese schädliche Tradition bekämpfen.

Wir haben nun ein Stadium erreicht in dem die Mitwirkenden in der Bewegung gegen FGM aus den verschiedensten gesellschaftlichen Gruppierungen kommen. Die heutige Veranstaltung ist ein Teil davon und ein Indikator dafür. Wie haben wir das erreicht? Da FGM als eine Angelegenheit von Tradition und Kultur angesehen wird und sich dadurch viele dem Kampf gegen FGM reserviert gegenüber gezeigt haben, waren die letzten drei bis vier Jahre sehr schwer und manchmal entmutigend. Dennoch wurden unsere Visionen und Pläne durch die Entschlossenheit einiger engagierter Einzelpersonen, Beamter, Behörden und Organisationen verwirklicht. Wir haben diesen Punkt vor allem durch den uneingeschränkten Rat, Unterstützung und Teilnahme von Frau Mag. Barbara Prammer, der früheren Frauenministerin, die nun Patronin des IAC (Inter-African Commitee) für Europa ist, erreicht. Frau Mag. Prammer war im Kampf gegen FGM bereits als Frauenministerin aktiv und hat ihre Energie und ihr Engagement zur Beendigung von FGM eingesetzt.

Wir wurden auch durch das IAC (Inter-African Committee), besonders von Frau Berhane Ras Work bei der Verwirklichung unserer Aktivitäten unterstützt. Sie ist immer da, wenn wir sie benötigen.

Das Bundesministerium für Inneres, das Außenministerium, die Magistratsabteilungen 7, 18 und 57, das AMS, das Afro-Asiatische Institut, der Wiener Integrationsfonds, das Büro der Wiener Frauengesundheitsbeauftragten, die Frauensolidarität, der ÖGF, der UNFPA, Amnesty International, das Wiener Institut für Entwicklungsfragen und viele andere haben ihre Bereitschaft zum Kampf gegen FGM gezeigt.

Die Situation von FGM in Österreich

Die Afrikanische Frauenorganisation in Wien hat eine Befragung durchgeführt, um die Existenz und Größenordnung der Durchführung von FGM unter den MigrantInnen Österreichs zu erheben. Die Zielgruppe der Studie waren afrikanische MigrantInnen jener Länder, in denen FGM weit verbreitet ist und die nun in Wien, Graz oder Linz leben. Die Studie erfasste 250 Personen – 130 Frauen und 120 Männer – die aus elf west- und ostafrikanischen Ländern kamen. Die Studie erfasste 3% der gesamten afrikanischen MigrantInnen in Österreich.

Die Zielpersonen waren über 20 Jahre alt und nahezu die Hälfte war zwischen 30 und 39 Jahre alt. 59% von ihnen waren Muslime und 35% Christen. Ein Viertel der Befragten war ledig, 68% waren verheiratet und fast 71% hatten Kinder. Das ergab insgesamt 456 Kinder, 252 davon waren Mädchen.

Die Studie zeigt, dass FGM unter den MigrantInnen in Österreich praktiziert wird. Gemäß der Tatsache gaben von den 177 interviewten Personen, die Kinder haben, 54 Personen oder 30,5% an, dass ihre Töchter einer FGM Operation unterzogen wurden. Betroffen waren 88 (35%) von den insgesamt 252 Mädchen aus diesen Familien.

Unsere Studie zeigt, dass es zwei verschiedene Altersgruppen gibt, in denen FGM durchgeführt wird. Dabei überwiegt die Gruppe, die eine FGM Operation vor dem ersten Lebensjahr durchgeführen ließ. Die andere Gruppe umfasst die Altergruppe vom 6. bis 13. Lebensjahr in der 28% der Eltern die FGM Operation durchführen ließen.

Da die FGM Operation illegal und in vielen Teilen Europas unbekannt ist, wird sie oft in Afrika durchgeführt. Demnach sind in unserer Studie 89,5% der Betroffenen der FGM Operation in Afrika unterzogen worden. An 11,5% wurde die FGM Operation in Europa und davon an 1,9% in Österreich und an 9,6% in Deutschland und Holland durchgeführt.

Zwei Drittel der Eltern ließen die Operation in Spitälern und Ordinationen durchführen, während ein Drittel diese außerhalb dieser Einrichtungen durchführen ließ. Von dieser letzten Gruppe führten 26% die Operation zu Hause und 7% durch traditionelle Ärzte durch. Der hohe Prozentsatz der Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen ist auf die höhere Position und die Zugangsmöglichkeit der Eltern zurückzuführen.

Jene 54 Elternpaare, die ihre Töchter beschneiden ließen, rechtfertigten dies aufgrund ihrer Tradition, den Frauenrechten und dem Sexualleben der Frauen. Nahezu 78% von ihnen sagen, dass es Teil ihrer Tradition sei und sie keinen Grund sähen, diese Praxis abzulegen. Über 11% sind der Ansicht, dass Frauen kein Recht hätten „nein“ zu etwas zu sagen, was die Gesellschaft von ihnen verlange.

Im ganzen gesehen, unterstützen 29% der Befragten sehr stark die traditionelle Praxis von FGM, die meisten davon sind Männer. Sie glauben, dass die Operation gut für die Moral der Frauen sei und Frauen mehr Kontrolle über ihre Sexualität und ihr Sexualverhalten hätten. 54% der Befragten sehen keine positiven Aspekte von FGM. 57% sind sich der schädlichen Auswirkungen von FGM in Bezug auf das Sexualleben, Geburt und Gesundheit bewusst. 140 Personen sind der Ansicht, dass FGM ausgemerzt werden sollte. 34% befürworten eine Aufklärung der afrikanischen Bevölkerung über die Thematik und bezeichnen Regierungen, NGOs, religiöse und gesellschaftliche Führer als die Entscheidungsträger. Letztendlich wollen 54%, dass die europäischen Länder eine gemeinsame Position und Aktivitäten bezüglich FGM beziehen und durchführen.

Zusammenfassend gibt der Report Empfehlungen für Interventionsstrategien für unsere Organisation. Er ruft zur Aktivität sowohl hier wie auch an der Basis auf. Seine Empfehlungen schließen die Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung ein, die Kriminalisierung von FGM, keine

Medikalisierung, Veränderung der Werte und Normen, Sensibilisierung, sowie Bildungsmaßnahmen, die Miteinbeziehung religiöser und gemeinschaftlicher Führer usw. Unser Verein führt verschiedene Aktivitäten in diesen Bereichen basierend auf diesen Empfehlungen und auf den Resolutionen, die in der Wiener Konferenz zu FGM ausgearbeitet wurden, durch.

Da FGM eine traditionelle Praxis ist, verlangt ihre Eliminierung eine Veränderung der Werte, des Verhaltens, der Normen und Ansichten. Diese Veränderungen müssen aus den Gemeinschaften selbst kommen. Gemeindeorganisationen, die ein Teil der Gemeinschaft sind, besitzen den Respekt und die Akzeptanz der Gemeinschaft und sollten deshalb in ihren Aktivitäten ermutigt und unterstützt werden, damit sie diese Veränderungen bewirken können. Da FGM eine sensible Angelegenheit und eng mit Tradition und Kultur verbunden ist, muss man mit der nötigen Sorgfalt daran herantreten und das Herangehen muss holistisch sein. FGM soll in Frauenprogramme, die die Nöte der Frauen artikulieren eingebaut sein. FGM sollte nicht in einer Art politisiert werden, dass die Opfer ausgestoßen werden.

Edith Hobsig | Verein Frauenrechte Menschenrechte

Female Genitale Mutilation – Problemfelder in der Beratungssituation

Die genitale Mutilation von Frauen und Mädchen ist kein Thema über das gerne gesprochen wird und es wäre sicher einfacher es zu „ignorieren“ oder es den „betroffenen“ Frauen zu überlassen, nach Lösungen für ihre sozialen und gesundheitlichen Probleme zu suchen.

Schätzungen zufolge werden jedes Jahr cirka zwei Millionen Mädchen an ihren Geschlechtsorganen beschnitten. Traditionellerweise in vielen Ländern Afrikas sowie in einigen Ländern Asiens und des Mittleren Ostens. Zunehmend verlagert sich weibliche Beschneidung im Zuge der Globalisierung auch in andere Regionen, so auch nach Mitteleuropa und nach Österreich. „Betroffen“ sind nicht nur Migrantinnen, sondern auch Mitarbeiterinnen bzw. Angehörige von Mitarbeitern multinationaler Firmen und internationaler Organisationen.

Der Begriff FGM wird im Deutschen in Anlehnung an die männliche Beschneidung weibliche Beschneidung oder Verstümmelung genannt. Männliche und weibliche Formen sowie ihre sozialen und gesundheitlichen Auswirkungen sind jedoch nicht miteinander zu vergleichen. Während männliche Beschneidung einen relativ kleinen operativen Eingriff darstellt, werden die Geschlechtsorgane von Frauen und Mädchen regelrecht verstümmelt. Die Weltgesundheitsorganisation unterscheidet vier Grundformen der genitalen Mutilation bei Frauen.

Die Gründe für genitale Mutilation von Frauen und Mädchen sind vielfältig und werden auch heute noch oftmals mit Tradition, Religion, weiblicher Sexualität, medizinischen und/oder ökonomischen Argumenten verteidigt. Während früher die genitale Mutilation von eigenen „Beschneiderinnen“ - zumeist älteren Frauen - durchgeführt wurde und diese in einigen Kulturen auch in Zusammenhang mit Pubertätsriten standen, verschwindet die rituelle Komponente zunehmend. Heutzutage werden Mädchen zunehmend bereits im Säuglings- oder Kleinkindalter „operiert“, d.h. die „Operation“ wird in einem Krankenhaus unter hygienischeren Bedingungen durchgeführt. Es werden auch schmerzstillende Mittel verwendet, was bei traditionell durchgeführten Prozeduren naturgemäß nicht der Fall war. Die Auswirkungen auf die Mädchen und Frauen bleiben jedoch genau die gleichen.

Die Auswirkungen der genitalen Mutilation beinhalten physische, psychische und soziale Aspekte. Während die physischen Auswirkungen unbestritten sind - z.B. chronische Entzündungen von Blase und Nieren, Häufigkeit von Pilzinfektionen, chronische Entzündungen, Abszesse, Zysten, Tumore und v.a. eine erhöhte Gefährdung von Mutter und Kind beim Geburtsvorgang - sind die Meinungen über psychischen Schäden infolge der Beschneidung geteilt. Einige der „betroffenen“ Frauen und v.a. ihre Männer sind der Ansicht, dass keine nachhaltigen psychischen Probleme entstehen. Vor allem für uns „westlich“ sozialisierte Frauen und Männer ist es jedoch nicht vorstellbar, dass ein solch dramatisches Erlebnis keine dauerhaften psychischen Schäden zur Folge haben kann. Soziale Aspekte ergeben sich aus dem Kontext der Stellung der Frau innerhalb ihrer jeweiligen Herkunftsgesellschaft, ihres sozialen Status und ihres Wertes.

Unbestritten ist jedoch die Tatsache, dass nur wenige der „betroffenen“ Frauen über Probleme, die in Zusammenhang mit ihrer Beschneidung stehen, sprechen möchten bzw. in der Lage sind, darüber zu sprechen; nicht über gesundheitliche, nicht über psychische und schon gar nicht über soziale Auswirkungen.

Daraus ergeben sich oftmals Probleme in der Beratungssituation. Meiner Erfahrung zufolge, kommen die Frauen nur allzu oft erst in eine Beratungsstelle bzw. wenden sich an eine Beraterin bzw. an einen Arzt oder eine Ärztin, wenn ihre Probleme schon sehr akut sind. Trotzdem wenden sich die „betroffenen“ Frauen nur sehr selten mit gezielten Fragen an Beraterinnen, sondern versuchen auf Umwegen Antworten auf ihre eigentlichen Probleme zu bekommen. Einen besonderen

Problembereich stellen medizinische Beratungsstellen dar. Ärzten und medizinischem Personal ist zumeist weder die besondere Problemlage bewusst noch der spezifische Kommunikationsvorgang - auf Umwegen zu Antworten zu kommen. So kann es passieren, dass beispielsweise eine Frau immer wieder mit unterschiedlichen Infektionen einen Arzt oder eine Ärtzin aufsucht und dieser zwar die Infektion behandelt, ohne sich der Ursache bewusst zu sein.

Abhilfe bzw. wirkliche Hilfe für „betroffene" Frauen kann nur in vermehrter Aufmerksamkeit und Information liegen. Erst wenn Ärzte, medizinisches Personal, Beraterinnen etc. überhaupt in der Lage sind zu erkennen, mit welchem Problem/mit welchen Problemen die Patientin, die Klientin wirklich zu ihnen kommt, kann - soweit aus medizinischer Sicht überhaupt möglich - nach Lösungsmöglichkeiten gesucht werden.

Einen besonderen Aspekt in diesem Zusammenhang nimmt der Faktor Vertrauen ein. Nicht nur meiner Meinung nach, können Frauen, die genitale Mutilation erleiden mussten und nach Abhilfe unterschiedlicher Art suchen [medizinisch und/oder sozial], keinesfalls in einer unaufmerksamen, gestressten Atmosphäre mit für sie unbekannten Menschen über ihre Probleme sprechen. Zeit ist ein weiterer wesentlicher Faktor, ebenso wie eine gemeinsame Sprache, in der sich beide GesprächspartnerInnen ausreichend artikulieren können.

Eine mögliche Lösungsmöglichkeit liegt in der Errichtung bestimmter Zentren, in denen rechtliche, medizinische und soziale Informationen gesammelt und weitergegeben werden - sowohl an medizinisches Personal, an andere Beratungsstellen, als auch an „betroffene" Frauen selbst.

Literatur:

Afrikanische Frauenorganisation in Wien, FGM (August 2000).
Hobsig/Pirker/Belschan, Weibliche Konventionsflüchtlinge in Österreich, pp. 107-119, Wien, (Februar 2001).

Statements der VertreterInnen der vier Parlamentsparteien:

Soll FGM als Asylgrund gelten? Kommt ein österreichisches Gesetz gegen FGM?

Edeltraud Gatterer | ÖVP

Eine Regelung, die FGM als Fluchtgrund anerkennt, wäre europaweit sinnvoll. Nicht nur auf Österreich beschränkt, sondern dass man auf die Genfer Konvention hinwirkt. Was mich betroffen macht ist, dass Menschen aus Afrika dieser Tradition, die ja offenbar keine religiöse ist, anhängen. Es schwächt die Position der Leute, die hierher kommen und um Asyl ansuchen, wenn sie ihre Kinder hier beschneiden lassen. Was können wir tun? Als Mitglied des Europarats, der immerhin 43 Mitgliedsländer hat, kann ich berichten, dass der Punkt auf der Tagesordnung steht. Wir sollten auf nationaler, europäischer und internationaler Ebene zusammenarbeiten, um Resultate zu erzielen. Bis vor wenigen Jahren wussten wir nicht, dass es dieses Problem auch in unseren Ländern gibt. Wir dachten, das Problem sei weit weg und dass wir im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit helfen müssen. Zum Punkt Körperverletzung: juristisch betrachtet stimmt es, dass FGM in unserer Judikatur geregelt ist. Aber um Bewusstsein zu schaffen, um FGM aus dem Tabu zu holen, halte ich es für richtig, diese Tat beim Namen zu nennen. Es sollte in unserem Gesetz genannt werden. Gerade Menschen, die hier nicht so lange leben, könnten sich sonst darauf berufen, dass das ja gar nicht im Gesetz steht. Über das Strafausmaß müsste man sich unterhalten. Mich würde interessieren, ob es Projekte für Männer gibt. Projekte, die ihnen klarmachen, dass der Wert einer Frau niemals über die Beschneidung geht.

Berhane Ras Work:
Ganz allgemein geht es um soziale Mobilisierung einer Vielzahl von Zielgruppen. Je nach Bildungsgrad wird ein Dialog eröffnet, etwa mit den Männern, um ihnen die Konsequenzen für die Gesundheit ihrer Ehefrauen und Töchter klarzumachen. Es werden Community-Angehörige geschult, es sind also nicht Menschen von außen, die da kommen und Informationsarbeit machen. Wir bringen die TrainerInnen aus verschiedenen Ländern zusammen, damit sie erkennen, dass es nicht nur in einem Land geschieht, sondern in 26 Ländern. Wir haben Programme für Männer und Frauen; Programme in denen Frauen und Männer miteinander diskutieren. Frauen sagen: „Wir tun das für euch, um die Männer zu erfreuen.“ Männer sagen: „Nein, ihr macht das selbstständig, wir haben damit nichts zu tun, wir wissen darüber zuwenig.“
Die Frauen sind die Wächterinnen dieser Praxis. Es ist schwieriger, die Frauen zu überzeugen, als die Männer.

Beate Hartinger | FPÖ

Diese Veranstaltung ist ein Beitrag dafür, dass FGM in der Politik enttabuisiert ist. Auch ich fühle mich, als Gesundheitspolitikerin, als Frontline-Worker - das ist auch ein guter Begriff für die Arbeit gegen FGM. Die Veränderung der Werte wurde angesprochen: Es ist nicht nur ein Frauenproblem, wenn es darum geht, was eine Frau wert ist, wenn sie nicht verstümmelt ist. Es gibt im Koran keinen Hinweis auf FGM. Da wären die christlichen und vor allem die muslimischen Theologen gefordert, Stellung zu beziehen.

FGM gesetzlich zu verankern, wäre gut, auch wenn es jetzt schon Rahmenbedingungen gibt, sollte es eigens festgeschrieben werden. Über die Strafhöhe wäre zu diskutieren. Was das Asylrecht betrifft, wäre es denkbar, FGM eigens zu erwähnen. Allerdings wurde mir gesagt, dass die Gefahr besteht, dass sich manche verstümmeln lassen, um Asyl zu bekommen. Ich selber kann mir das aber nicht vorstellen. Auf anderer Ebene kann man Aufklärung und Information betreiben. Der Gesundheitsminister und die Fachgesellschaft der Ärzte könnten Qualitätsstandards definieren, die nicht nur die medizinische Betreuung betreffen, sondern auch die Ursachen erheben und

psychologische Betreuung bieten. Der gemeinsame Sprachpool im Krankenhausbereich, im AKH oder in Graz wäre eine Möglichkeit, um Beratung und Information zu bekommen.

Elisabeth Hlavac | SPÖ

Es ist so grauenhaft, dass man fast nicht hinhören kann. Es ist aber notwendig, sich damit auseinander zusetzen. Ich bewundere die afrikanischen Frauen, die den Mut haben, mit dieser Tradition zu brechen. Es ist schwer, aufzustehen und zu sagen, das ist eine Menschenrechtsverletzung, die nicht sein darf. Denn damit entstehen wahrscheinlich Konflikte mit dem Umfeld und mit der Familie.
Ich teile die Auffassung, dass Verstümmelung vom Strafgesetz erfasst ist. Es ist eine Körperverletzung mit schweren Dauerfolgen. Wichtig ist aber Bewusstseinsbildung, auch über die gesetzliche Lage. Vielleicht sollte ein qualifizierendes Moment dazukommen, denn ich glaube nicht, dass es keine andauernden psychischen Schäden gibt. Wenn es vor allem Männer sind, die in Interviews sagen, das hat nicht solche Auswirkungen, dann werde ich misstrauisch. Das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung, auf befriedigende Sexualität ist wichtig. Im Zusammenhang mit dem Strafrecht, befürchte ich, dass wir es durch zu viele Definitionen wirkungslos machen. Das Problem der Beweisführung wäre auch ein schwieriger Punkt. Vor allem die Folgen wären schwer darzulegen. In Diskussionen gab auch abschwächende Argumente: Wenn es mit der Zustimmung der Frau passiert, dann sollte es nicht so schwer bestraft werden. Das halte ich für einen Unfug. Es geht ja oft um Kinder, die nicht voll rechtsfähig sind. Und es widerspricht jedem Grundrecht, dass eine derart schwere Verletzung nicht geahndet wird. Ich habe manchmal die Sorge, dass die Diskussion in die falsche Richtung geht. Das Strafrechtliche halte ich für sehr wichtig, ich stehe zum Initiativantrag. Es muss uns aber bewusst sein, dass das Strafrecht allein nicht reicht.
Zum Schadensersatz: Das ist sicherlich auch wichtig. Aber eine Frau, die Schadenersatz fordert, muss mit ihrer Familie brechen. Was ist den Mädchen und Frauen zumutbar? Denn wenn wir hören, dass die Mädchen keinen Mann bekommen, dann taucht ein ökonomisches Problem auf. Die Frauen brauchen Rückenstärkung.
Gemeinsam etwas zu unternehmen, vor allem die Argumentation, die von Betroffenen selbst kommt, aufzugreifen.
Es wurde der sexuelle Missbrauch erwähnt. Es sollten alle Stellen - die KindergärntnerInnen, ErzieherInnen, Polizei, ÄrztInnen, LehrerInnen usw. zusammenhelfen, damit man den Mädchen helfen, ihnen den Rücken stärken kann. Das Strafrecht ist dabei ein Aspekt, aber wir brauchen in erster Linie andere Maßnahmen.

Publikumsdiskussion:

Herbert Hopf, Richter des Obersten Gerichtshofes
Im Strafrecht ist nicht allein die Lösung zu sehen. „no jail“ ist schon erwähnt worden. Es wird eine Palette von Maßnahmen nötig sein. FGM ist hinreichend geregelt. Es handelt sich um einen Tatbestand mit schweren Dauerfolgen. Die Energien sollten nicht so sehr auf Strafrecht gelegt werden, sondern eher auf Bewusstseinsbildung.

N.N.
Vor zehn Jahren gab es wenig Bewusstsein über sexuellen Missbrauch von Mädchen. Ich sehe hier eine Analogie. Wenn man etwas speziell benennt, dann schafft es mehr Bewusstsein. Natürlich braucht es zusätzlich auch ein Bündel von Maßnahmen, die nicht in Richtung Strafe und Gefängnis, sondern in Richtung Tabu aufbrechen und Aufklärung gehen. Sicherlich ist es wichtig, dabei die Argumente der Frauen aus Afrika zu hören.

Berhane Ras Work, Inter-African Committee

Es scheint, als ob es hier nicht so schwierig wäre, ein Gesetz zu verabschieden. Sieben afrikanische Länder haben Gesetze gegen FGM. Wie wird das Gesetz zu einer Maßnahme, die schützt - das ist die Herausforderung.

N.N.
Es geht hier um ein soziales Problem; im Sudan gibt es schon seit 40 Jahren Gesetze, aber das ist zuwenig. Was ist mit einer erwachsenen Frau, die sich zur Beschneidung entscheidet? Das bedeutet, sie hat kein Bewusstein über dieses Problem. Wir müssen in Zusammenarbeit Vorträge machen, Bildung betreiben.

Melita Sunjic, UNHCR
Wer das Asylrecht der Genfer Konvention kennt, weiß, dass sexuelle Gewalt, Übergriffe, auch gegen Frauen durch die Konvention abgedeckt sind. Seit einiger Zeit werden aber Tatbestände wegdefiniert. Das heißt, es ist eine Frage des politischen Willens, wenn die Staaten oder die EU bereit ist, solche Tatbestände anzuerkennen.
Zum Argument, wenn wir FGM im nationalen Asylgesetz anführen, würden sich Frauen verstümmeln lassen... das ist zynisch und durch nichts bewiesen. Das könnte man übrigens für alle möglichen Asylgründe behaupten. Im Bereich sexueller Gewalt, zeigt sich, dass eher weniger als mehr ausgesagt wird. Menschen, Frauen verschweigen eher, weil sie es nicht über sich bringen, darüber zu reden.

Inge Jäger, Vorsitzende des entwicklungspolitischen Unterausschusses im Parlament
Es geht hier nicht nur um Körperverletzung, sondern es geht eigentlich um Folter. Es ist schwierig, dafür Begriffe zu finden. Wir müssen unterscheiden, wie wir auf österreichischer Ebene mit dem Problem umgehen. Wie Gesetze durchleuchtet werden, wie Beratung, Aufklärung angeboten wird, wie mit afrikanischen Organisationen kooperiert wird. Auf der internationalen Ebene muss dieses Thema auch behandelt werden. In vielen Gesellschaften ist die Armut drückend und das begünstigt vielleicht solche Praktiken. Seit den 90er Jahren sind die Mittel für die bilaterale Entwicklungszusammenarbeit in allen Ländern zurückgegangen. Es ist nicht gelungen, über gerechte Wirtschaftsbeziehungen, die Länder des Südens zu stärken. Das wirkt sich gerade auf Frauen aus. Es geht um Unabhängigkeit und um wirtschaftliche Stärkung der Frauen. Was wir brauchen, sind Aufklärungskampagnen, auch über AIDS. Meine Frage wäre, gibt es in der Arbeit gegen FGM einen Zusammenhang mit AIDS?

Etenesh Hadis, Afrikanische Frauenorganisation
Gesetze sind wichtig, aber das Wesentliche ist, Verhalten und Normen zu ändern. Wir arbeiten mit österreichischen und afrikanischen ExpertInnen zusammen und leisten Informations- und Aufklärungsarbeit.

Karl Öllinger | Grüne
Ich bin froh, dass ich Frau Lunacek vertreten und hier als Mann dazu Stellung nehmen kann. Mich irritiert nämlich zunehmend, dass ein österreichischer Arzt auf die Idee kommt, FGM durchzuführen, obwohl es strafrechtlich verboten ist. Und vielleicht ist er nicht der einzige. Und wieso ist sich Richterschaft nicht einig, wie diese Tat zu beurteilen ist? Zumal deutlich geworden ist, dass die Praxis von FGM nicht religiös bedingt ist. Von all den Schritten, die unternommen werden müssen, liegen 97% nicht auf der strafrechtlichen Ebene. Es wäre sicherlich eine Anstrengung des Parlaments wert, zu überlegen, ob diese Schritte nicht in einem eigenen Gesetz zusammengefasst werden können. Nicht nur den strafrechtlichen Aspekt des StGb § 83, 84, 85 zu verbinden, sondern auch begleitende Maßnahmen, etwa das Verbrechensopfergesetz, das Asylgesetz. Das erschiene mir angesichts der Debatte sinnvoll. Warum nicht ein FGM-Gesetz, das die verschiedenen Aspekte verbindet? Es darf in der österreichischen Öffentlichkeit und von der reden wir in erster Linie, nicht der Eindruck entstehen, dass es sich um einen Kavaliersdelikt handelt. Es gibt hier sicher Analogien zu anderen Rechtsbereichen. Z.B. das Arbeitsrecht wird täglich viele Male verletzt und trotzdem halten wir es für wichtig, dass es das gibt. Es dient der Kontrolle und der Einhaltung von Rechten. Es braucht ein

deutliches, manchmal symbolisches Zeichen des Gesetzgebers. Bei einer strafrechtlichen Präzisierung müsste man überlegen, ob nicht Ärzte oder (Ehe-)Männer, Väter den Aufenthaltsstatus verlieren sollten? Und wir sollten nicht zu ethnozentristisch denken: es gab FGM in Europa und in den USA im ersten Drittel des vorigen Jahrhunderts. Es ist also nicht so fremd und hat offensichtlich mit männlicher Herrschaft zu tun. Als deutliches Zeichen wäre es notwendig, FGM als Asylgrund festzuhalten. Internationale Schritte sind eines, aber wir selbst sollten das tun, was wir unmittelbar in Österreich tun können.

Günther Stachel, BMaA/EZA
Mit Äthiopien wurde ein Dreijahresprogramm vereinbart. Ich konnte mit dem Vorsitzenden des islamischen Rates sprechen. Der Imam tritt mutig im Fernsehen und in der Moschee auf und spricht gegen FGM und gegen angebliche religiöse Begründungen. Allerdings diese Imams kommen durch junge Scholaren unter Beschuss, die die Liberaleren in Talibanmanier niederreden. Es geht hier um gewaltpredigende rückschrittliche Gruppierungen.
In den nächsten Jahren werden für das angesprochene EZA-Programm in Äthiopien 7-8 Mio. Schilling aufgewendet. Es wird zwei Schwerpunkte geben: Medien-, Bildungs- und Gesundheitsprogramme. Wobei es nicht nur eine Frage der Höhe der Geldsumme ist. In Äthiopien gibt es eine funktionierende Struktur, es gibt ein nationales Komitee zur Bekämpfung der schädlichen traditionellen Praktiken. In Äthiopien ist in bezug auf das Strafrecht keine Verfolgung möglich, es müssten Zehntausende verfolgt werden. In der Diskussion fallen die „harmful practices“ unter dem Begriff Gewalt. Es gibt Praktiken, die niemand mehr will, Initiationsrituale, die niemand mehr will. Männer, die damit konfrontiert werden, sind entsetzt und kommen als Partner für solche Programme infrage. Für die EZA ist es bei der Vergabe von Mitteln keine Bedingung, dass FGM bekämpft wird. Seit drei, vier Jahren ist allerdings FGM ein Thema.

Terezija Stoisits, Grüne
Ich warne davor, an eine große Wirkung des Strafrechts glauben. Für mich wäre überlebenswert, im Sexualstrafrecht, sollte es reformiert werden, FGM zu integrieren. Ein Prüfstein ist jedenfalls, die Frage des Asylrechts. Wenn eine junge Frau aus Äthiopien käme und sagt, sie ist vor der drohenden Genitalverstümmelung geflohen. Wie würde das Bundesasylamt reagieren? Hier anzusetzen, wäre am wirkungsvollsten. Es ist nicht notwendig, gesetzlich etwas zu ergänzen. Es gibt auch noch das Problem des Territorialprinzips. Dort soll angesetzt werden, wo die Wirkung für Einzelne am größten ist. Es geht um Haltungsänderungen, Aufmerksamkeit und Bewusstseinsänderungen.

N.N., Staatssekretariat für Gesundheit im BM für soziale Sicherheit und Generationen
Das Verbot von FGM ist, zusätzlich zu den genannten Gesetzen, im bestehenden Ärztegesetz enthalten.

Beate Wimmer-Puchinger, Wiener Frauengesundheitsbeauftragte
In Wien wurde eine Studie in Auftrag gegeben und von Etenesh Hadis durchgeführt. Wir wollten die Einstellungen von Hebammen und afrikanischen Frauen erheben. 1/3 der Hebammen sieht an die 20 Frauen pro Monat. Sie haben aber zuwenig Sensibilität. Gestern wurde eine Arbeitsgruppe in Wien konstituiert. Wir werden im Gesundheitsbereich Schulungen machen. Wir werden gemeinsam mit afrikanischen Frauenorganisationen, im Schulbereich, in Kindergärten sensibilisieren. Gut wäre, wenn es mehr Ressourcen für diese Arbeitsprogramme und für NGOs gäbe.

N.N.
Ich bin von der Afrikanischen Frauenorganisation. Die Menschen, die FGM ausüben, denken anders darüber. Sie fühlen sich als AusländerInnen. Sie machen, was für sie Tradition ist, deshalb sind Gesetze nicht so zweckmäßig. Aufklärung wäre viel besser.

Berhane Ras Work, Inter-African Committee

In Äthiopien gibt es schöne Gesetze, aber keine Umsetzung. Heute morgen wurde ein berühmter Menschenrechtsführer ins Gefängnis gesteckt. Allerdings die Zivilgesellschaft, die NGOs leisten hervorragende Arbeit, sie arbeiten an der Basis. Unser Thema hier hat mehrere Aspekte, es geht um Kinder-, reproduktive, Menschen- und Frauenrechte. Und es ist ein internationales Thema geworden. Es braucht internationale Solidarität, um das Problem zu lösen. Wir vom Inter-African Committee können es nicht alleine schaffen, wir müssen zusammenarbeiten. In Dar es Salaam fand im Februar/März 2001 unsere Generalversammlung statt und Barbara Prammer, die uns sehr unterstützt hat, war auch dort. Es geht um Austausch von Informationen, um Best Practices, um gegenseitiges Training. Hier in Europa braucht man womöglich unsere Expertise aus Afrika, um mit der Community arbeiten.

Die Österreichische ParlamentarierInnengruppe zur reproduktiven Gesundheit

Anlässlich der Internationalen Konferenz für Bevölkerung und Entwicklung (ICPD) in Kairo 1994 wurde ein umfassender Aktionsplan beschlossen, der Regierungen ermutigt, Programme zu fördern und zu unterstützen, die die reproduktive und sexuelle Gesundheit weltweit zu verbessern trachten. Dieser Aktionsplan wurde durch die Beschlüsse der Aktionsplattform der 4. Weltfrauenkonferenz von Peking (FWCW) 1995 bestätigt und verstärkt.

Trotz der Fortschritte, die seit 1994 gemacht wurden, mangelt es Millionen von Menschen am Zugang zu Basiseinrichtungen und zu Informationen über Gesundheit. Anlässlich der Überprüfungsprozesse von Cairo+5 und Peking+5 wurde festgestellt:

- Ein Drittel aller Schwangerschaften - 80 Millionen pro Jahr – sind unerwünscht bzw. ungeplant
- 99% von geschätzten 500.000 Fälle von Müttersterblichkeit ereignen sich in den Entwicklungsländern
- Jedes Jahr unterziehen sich 50 Millionen Frauen einer Abtreibung. 20 Millionen davon werden medizinisch unsachgemäß durchgeführt und kosten 78 000 Frauen/Mädchen das Leben
- 13,2 Millionen Kinder haben ihre Eltern durch AIDS verloren.
- Sexuelle und reproduktive Gesundheit schließt den Schutz vor weiblicher Genitalverstümmelung mit ein. An 135 Millionen von Frauen und Mädchen wurde diese Menschenrechtsverletzung begangen und jährlich sind zwei Millionen dieser Gefahr ausgesetzt
- Wenigstens zwei Millionen Mädchen im Alter zwischen fünf und 15 Jahren werden jährlich der gewerblichen Prostitution zugeführt
- Zwei Drittel von 300 Millionen Kinder ohne Zugang zu Bildung sind Mädchen
- 60 Millionen Mädchen fehlen in den verschiedenen Bevölkerungen aufgrund von selektiven Abtreibungen und Tod bedingt durch Unterernährung und Vernachlässigung

Die österreichische parteiübergreifende ParlamentarierInnengruppe zur reproduktiven Gesundheit wurde im Jahr 2000 gegründet. Zu ihren Zielen zählen:

- die parlamentarische Unterstützung der nachhaltigen Entwicklung insbesondere der reproduktiven und sexuellen Gesundheit und Rechte im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit
- die Unterstützung der Umsetzung der Aktionsprogramme der Internationalen Konferenz für Bevölkerung und Entwicklung und der Vierten Weltfrauenkonferenz
- die Förderung der Erhöhung des Budgets der Entwicklungszusammenarbeit (multi- und bilateral)
- die Unterstützung von Programmen, die der Verbesserung des Status von Frauen, der Bildung und der reproduktiven und sexuellen Gesundheit dienen
- das Engagement für die Verbesserung der reproduktiven und sexuellen Gesundheit und Rechte im nationalen und europäischen Kontext

Die ParlamentarierInnengruppe ist Mitglied des Inter-European Parliamentary Forum on Population and Development. Als Sekretariat der ParlamentarierInnengruppe fungiert die ÖGF.

Österreichische
Entwicklungszusammenarbeit

Schwerpunktland Äthiopien:
„FGM“ – Weibliche Genitalverstümmelung

Die Praxis der Verstümmelung der weiblichen Genitalien ist in Äthiopien immer noch weit verbreitet[1]. Die Einstellung in der Gesellschaft dazu hat sich aber in den letzten Jahren verändert. Die weibliche Beschneidung ist kein absolutes Tabu mehr, sondern ein Thema geworden, über das öffentlich diskutiert wird. Auch bei den Nichtregierungsorganisationen und auf politischer Ebene ist das Bewusstsein für die negativen physischen und psychischen Folgen dieser gesundheitsgefährdenden Praxis gewachsen.

Das Thema Gesundheit von Frauen ist bereits in der äthiopischen Verfassung von 1995 auf folgende Weise verankert: „Der Staat unterstützt aktiv das Recht der Frauen, negative traditionelle Praktiken oder Bräuche, die körperliche oder seelische Verletzungen zur Folge haben[2], abzuschaffen“ (Artikel 35). Diese Haltung wird auch in der „National Policy for Women“ vertreten und findet im langsamen Prozess der Überarbeitung veralteter Gesetze einen Niederschlag.

Traditionen, die seit Jahrhunderten oder noch länger bestehen, können gewiss nicht über Nacht verschwinden. Die Österreichische Entwicklungszusammenarbeit versucht daher, insbesondere die lokalen Partnerorganisationen im Schwerpunktland Äthiopien immer wieder auf das Problem hinzuweisen und Initiativen zu stärken. Maßnahmen zur Bekämpfung der weiblichen Genitalverstümmelung werden auch im Rahmen der Kontrollmechanismen, die für die Genehmigung einzelner Projekte bereits Standard sind, eingebaut.

Im laufenden Landesprogramm Äthiopien 2001-03 stehen etwa 7-8 Millionen Schilling für Aktivitäten zur Eindämmung von frauenschädigenden traditionellen Praktiken zur Verfügung. Geplante Schwerpunkte des Engagements dabei sind:

Öffentlichkeitsarbeit - Aufklärung über die Medien

Im Rahmen des Schwerpunktsektors „Frauen und Demokratie“ wurden bereits Netzwerke mit anderen Geberländern und NGOs geknüpft. Ein Projekt mit dem Titel „Public Education“, das sich derzeit noch im Planungsstadium befindet, soll Bewusstsein über gesellschaftliche Funktionen und gesundheitliche Auswirkungen von weiblicher Beschneidung und anderen negativen traditionellen Praktiken in Äthiopien (z.B. Verheiratung im Kindesalter, Gaumenzäpfchen- oder Fingernägelentfernung) schaffen.

1 Rund 90% der äthiopischen Frauen sind lt. einer Statistik aus dem Jahr 1996 betroffen. In Äthiopien wird diese Tradition sowohl bei den orthodoxen Christen als auch in der muslimischen Bevölkerung praktiziert. Grundsätzlich sind vier verschiedene Arten der weiblichen Genitalverstümmelung zu unterscheiden:
Circumcision: das Abkappen der Klitorisspitze ist die leichteste Form, die in Äthiopien jedoch nicht üblich ist.
Klitoridektomie: das Entfernen der Klitoris, wird vor allem von der moslemischen Bevölkerung der Provinzen Amhara und Tigray im Norden Äthiopiens praktiziert.
Exzision: das Entfernen der Klitoris sowie das teilweise oder gänzliche Entfernen der kleinen Schamlippen, ist sowohl im Norden als auch in Zentral- und Teilen Südäthiopiens verbreitet.
Infibulation: diese schwerste Form der Beschneidung betrifft die gänzliche Entfernung der Klitoris, der kleinen und der großen Schamlippen und wird vor allem von der moslemischen Bevölkerung der Provinzen Afar und Somali im Osten und Südosten Äthiopiens ausgeübt. Bis auf eine kleine Öffnung, die den Austritt von Urin und Menstruationsblut erlaubt, wird dabei die Vulva mit Dornen oder einem Faden komplett verschlossen.
2 Dies umfaßt neben der weiblichen Beschneidung auch andere sogenannte “harmful traditional practices”, wie z.B. die Verheiratung im Kindesalter, Verheiratung durch Entführung, das Wegschneiden des Kehlkopfzäpfchens, welches als Heilmittel gegen verschiedene Krankheiten gilt u.a.m.

Geplant ist u.a. die Produktion einer Serie von Radio- und Fernsehsendungen, die mit kreativen Beiträgen das Publikum anspricht und darauf abzielt, eine möglichst breite Öffentlichkeit für das Thema zu sensibilisieren. In Theaterstücken und soap operas, mittels Liedern und Gedichten aber auch in Diskussionsrunden und Interviews sollen die verschiedenen Problembereiche aufgezeigt werden.

Gesundheit für Frauen
Ein weiterer Schwerpunkt ist die konkrete Arbeit mit Frauen. Dies ist vor allem im Gesundheitsbereich möglich. Österreich unterstützt seit mehreren Jahren die Umsetzung des Health Sector Development Program. Regionaler Fokus ist hier die Region Somali im Osten und Südosten des Landes. Insbesondere sollen die regionalen und lokalen Gesundheitsinstitutionen gestärkt werden, um eine nachhaltige Basisgesundheitsvorsorge zu ermöglichen. Die weibliche Beschneidung in ihrer schwersten Form (Infibulation) ist in dieser Region die vorherrschende Norm.

Im Rahmen der Projekte sind folgende Aktivitäten geplant:

- Entwicklung und Produktion von Informationsmaterial zur weiblichen Genitalverstümmelung und ihren negativen Folgen
- Abhaltung von Workshops für lokale Behörden, Meinungsführer und traditionelle Heiler
- Durchführung einer Basiserhebung über das genaue Ausmaß und die Verbreitung der weiblichen Beschneidung in der Region (wichtig, um Fortschritte kontrollieren zu können)
- Training von „Traditional Birth Attendants (TBA)“ - sprich die meist älteren Frauen, die traditionell sowohl Hebammenfunktionen erfüllen als auch für die Erhaltung der Tradition der weiblichen Beschneidung eintreten, da ihnen diese eine wichtige Einkommensquelle beschert . Ein derartiges Training, das Aufklärungsfunktion hat und sich gleichzeitig mit grundlegender Hygiene auseinandersetzt, ist auch mit einer in der Provinz Afar tätigen NGO vorgesehen.
- Enge Zusammenarbeit sowohl mit lokalen Frauenkomitees als auch mit dem „Nationalen Komitee für schädliche traditionelle Praktiken“, die sich mit den sogenannten *Harmful Traditional Practices* auseinandersetzen, unter denen die weibliche Beschneidung einen wichtigen Platz einnimmt.

Die weibliche Genitalverstümmelung ist allerdings nur ein tragisches Beispiel für die vielen massiven Gesundheitsprobleme unter denen die Bevölkerung zu leiden hat. Wie viele arme Länder auch kämpft Äthiopien ganz besonders mit den drei „Killer“-Krankheiten HIV/AIDS, Tuberkulose und Malaria, denen jährlich viele tausend Menschen zum Opfer fallen. Dem Gesundheitssektor wird angesichts dieser Gefahren bei den äthiopischen Behörden hohe Priorität eingeräumt, wobei die weibliche Genitalverstümmelung erst allmählich als wirklich akutes Problem wahrgenommen wird.

Für Rückfragen:
Österreichische Entwicklungszusammenarbeit im Außenministerium
Information & Öffentlichkeitsarbeit

Tel. 01/ 531 15 – DW 4462
email: evelyn.koch@bmaa.gv.at oder heinz.gabler@bmaa.gv.at
www.bmaa.gv.at/eza

Weiterführende Literatur & Informationen:

Siehe S. 18 - WHO Initiativen, Programme und Publikationen zu FGM
Siehe S. 19 - Beitrag Petra Smutny
Afrikanische Frauenorganisation in Wien, Die Anwendung der FEMALE GENITAL MUTILATION (FGM) bei MigrantInnen in Österreich (2000 Wien).
Bestellungen bei Afrikanische Frauenorganisation, c/o AAI, 1090 Wien, Türkenstraße 3/Zi 108, mail: *afrikanisc.frauenorganisation@chello.at*
Hobsig/Pirker/Belschan, Weibliche Konventionsflüchtlinge in Österreich, pp. 107-119, Wien, (Februar 2001).
UNFPA Weltbevölkerungsbericht 1997. Das Recht zu wählen: Reproduktive Rechte und reproduktive Gesundheit (1997)
http://www.who.int/inf-fs/en/fact241.html
http://www.unfpa.org/tpd/gender/fm.htm
http://www.unicef.de
Waris Dirie , Wüstenblume (1998 Verlag Schneekluth/Augsburg).

Literaturauswahl aus der Bibliothek „Frauen und Dritte Welt“ in der Frauensolidarität:

Amnesty International: *Geschundene Körper - zerrissene Seelen : Folter und Misshandlung an Frauen*. - Bonn : Amnesty International, 2001. (FS)
Fischer, Ines: *Du sollst deinem Nächsten an Leib und Seele keinen Schaden noch Leid antun. Der Umgang christlicher Kirchen in Deutschland mit dem Thema Genitalverstümmelung* // In: Terre des Femmes. - (2001),2,S.12f, Z A 24. (FS)
Richter, Gritt; Hulverscheidt, Marion: *Genitalverstümmelung bei Frauen. Grundlageninformationen. Teil 2* // In: Terre des Femmes. - (2001),2,S.4-8, Z A 24. (FS)
Amnesty International: *Weibliche Genitalverstümmelung*. - Wien : Amnesty International, Österreich, 2000. (BAOBAB)
Amnesty International, Österreichische Sektion, Wien: *Weibliche Genitalverstümmelung : Female Genital Mutilation FGM*. - Wien, 2000. (FS)
Buder, Christina: *Schnitt. Frauen organisieren sich gegen FGM* // In: Frauensolidarität. - (2000),4,S.28, Z A 30. (FS)
Richter, Gritt; Hulverscheidt, Marion: *Die Genitalverstümmelung bei Frauen* // In: Terre des Femmes. - (2000),4,S.6-9, Z A 24. (FS)
Olschner, Sabine: *Handwerk des Schmerzes* // In: Südwind. - 21(2000),12,S.20f, Z P 16. (FS)
Schnüll, Petra: *Eine gefährliche und folgenschwere Praxis. Weibliche Genitalverstümmelung* // In: Schlangenbrut. - 18(2000),70,S.43-46, Z G 24. (FS)
Schuk, Dorothea: *Keine weibliche Genitalverstümmelung! Podiumsdiskussion am 25.11.1999 in Dortmund* // In: Terre des Femmes. - (2000),2,S.20f, Z A 24. (FS)
United Nations, New York: *The World's women 2000 : Trends and statistics*. - New York : UNO, 2000. (FS)
World Health Organization, Geneva: *Reproductive health research at WHO: a new beginning : Biennial Report 1998-1999 - UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction*. - Geneva : WHO, 2000. (ÖFSE)
Genitalverstümmelung von Mädchen und Frauen. Eine kirchliche Stellungnahme - Erarbeitet von einer Arbeitsgruppe des Kirchenamtes der EKD in Verbindung mit externen Expertinnen // In: EPD - Entwicklungspolitik. - (2000),3,S.48-50, Z P 22. (FS)
Kampagne gegen Genitalverstümmelung in Burkina Faso // In: Terre des Femmes. - (2000),3,S.2-9, Z A 24. (FS)
Hermann, Conny: *Das Recht auf Weiblichkeit : Hoffnung im Kampf gegen die Genitalverstümmelung*. - Bonn : Dietz, 2000. (ÖFSE)

Hermann, Conny: *Das Recht auf Weiblichkeit : Hoffnung im Kampf gegen die Genitalverstümmelung*. - Bonn : Dietz, 2000. (FS)
Keï ta, Fatou: *Die stolze Rebellin*. - München : Frederking und Thaler, 2000. (FS)
Beaumont, Martina C.: *Genitalbeschneidung oder Genitalverstümmelung? NGOs contra Sensationsjournalismus* // In: AGISRA-Rundbrief. - 25(1999) S.44-46 Z A 26. (FS)
Richter, Gisela; Richter, Gritt: *Massenverstümmelung in Tansania* // In: Terre des Femmes. - 1/99 S.22 Z A 24. (FS)
Schwelien, Maria: *Genitalverstümmelung in Äthiopien* // In: Terre des Femmes. - 2/1999 S.18f Z A 24. (FS)
Cohen, Joshua; Howard, Matthew; Nussbaum, Martha C.: *Is multiculturalism bad for women? : Susan Moller Okin with respondents*. - Princeton : Princeton University Press, 1999. (FS)
Schnüll, Petra: *Weibliche Genitalverstümmelung : Eine fundamentale Menschenrechtsverletzung*. - Tübingen : Terre des Femmes, 1999. (FS)
Schnüll, Petra: *Weibliche Genitalverstümmelung : Eine fundamentale Menschenrechtsverletzung - Textsammlung*. - Tübingen : Terre des Femmes, 1999. (ÖFSE)
Schnüll, Petra: *Weibliche Genitalverstümmelung : Eine fundamentale Menschenrechtsverletzung*. - Osnabrück : terre des hommes, Deutschland, 1999. (BAOBAB)
Amnesty International, Österreichische Sektion, Wien: *Weibliche Genitalverstümmelung*. - Wien, 1998. (FS)
Bruyn, Maria de: *Sociocultural aspects of female genital cutting* // In: Face to face, 1998 / United Nations Population Fund, New York (Hrsg.). - S.2-23 II A 1387. (FS)
Laufer, Ines: *Entwicklungspolitik und Genitalverstümmelung* // In: Terre des Femmes. - 4/98 S.17-19 Z A 24. (FS)
Kalthegener, Regina; Schaffer, Stefanie: *Frauenhandel, geschlechtsspezifische Verfolgung, Genitalverstümmelung - was steht im Koalitionsvertrag?* // In: Terre des Femmes. - 4/98 S.7f Z A 24. (FS)
Bernacchi, Erika: *The debate on universality of human rights from the perspective of the women's human rights movement*. - Dublin, 1998. (FS)
Bulbeck, Chilla: *Re-orienting western feminisms : Women's diversity in a postcolonial world*. - Cambridge (UK) : Cambridge Univ. Press, 1998. (FS)
Nordahl Jakobsen, Linda; Rasmussen, Nell: *Women's voices, women's choices on reproductive health*. - Copenhagen : Danish Family Planning Association, 1998. (FS)
Rosen, Klaus-Henning: *Flucht : Frauen - Opfer ihres Geschlechts*. - Berlin : Ost-West-Verl., 1998. (FS)
Hg. A. Heiliger, S. Hoffmann; Heiliger, Anita; Hoffmann, Steffi: *Aktiv gegen Männergewalt : Kampagnen und Maßnahmen gegen Gewalt an Frauen international*. - München : Frauenoffensive, 1998. (FS)
AG gegen Gewalt in der Pädiatrie und Gynäkologie, Bremen: *Genitalverstümmelungen in Deutschland* // In: Terre des Femmes. - 3/96 S.23-26 Z A 24. (FS)
AG gegen Gewalt in der Pädiatrie und Gynäkologie, Bremen: *Genitalverstümmelungen in Deutschland in der Kinder- und Jugendgynäkologie (Teil 1)* // In: Terre des Femmes. - 2/96 S.27-30 Z A 24. (FS)
Schnüll, Petra: *Das 4. Internationale Symposium zu Genitalverstümmelung 1996 vom 9. bis 11. August in Lausanne/Schweiz* // In: Terre des Femmes. - 3/96 S.29f Z A 24. (FS)
Das grausame Ritual: Genitalverstümmelung. Seminar von Terre des Femmes in Bonn // In: Terre des Femmes-Rundbrief. - 1/96 S.25 Z A 24. (FS)
Smith, Jacqueline: *Visions and discussions on genital mutilation of girls : An international survey*. - Amsterdam : Defence for Children International, Section The Netherlands, 1995. (FS)
Brosch, Maria: *Genitalverstümmelung ächten - Mädchen und Frauen schützen* // In: Terre des Femmes. - 3/1998 S.14-15 Z A 24. (FS)
Burchard, Erika: *Ein Tag bei der Kampagne in Moshi* // In: Terre des Femmes. - 1/1998 S.12-15 Z A 24. (FS)

Glaubrecht, Susanne: *Genitalverstümmelung* // In: Terre des Femmes-Rundbrief. - 3/95 S.19-22 Z A 24. (FS)
Glaubrecht, Susanne: *Genitalverstümmelung Teil 2* // In: Terre des Femmes-Rundbrief. - 4/95 S.20-25 Z A 24. (FS)
Laufer, Ines: *Genitalverstümmelung und das "Schema F" der Relativierung* // In: Terre des Femmes. - 3/1998 S.8-10 Z A 24. (FS)
Laufer, Ines: *Genitalverstümmelung. Bericht über die Jahreshauptversammlung von FORWARD am 3. Juni 1995 in London* // In: Terre des Femmes-Rundbrief. - 3/95 S.23f Z A 24. (FS)
Laufer, Ines: *Die Zweite Studienkonferenz zu Genitalverstümmelung an Mädchen und Frauen, 1.-3. Juli 1998 in Göteborg* // In: Terre des Femmes. - 3/1998 S.10-12 Z A 24. (FS)
Ich gebe nicht auf. Ich kämpfe weiter gegen Genitalverstümmelung. Ein Interview von Regina Kalthegener mit Zara Mahamat Yacoub // In: Terre des Femmes. - 4/1996 S.20-23 Z A 24. (FS)

(FS) Frauensolidarität, Berggasse 7, 1090 Wien, mail: *fsoli@nextra.at*
http://www.frida.at/frauensoli/fs_intro.htm
http://www.ige.at

(ÖFSE), (BAOBAB) ebd. Berggasse 7, 1090 Wien

Programm der Veranstaltung

Die Österreichische Gesellschaft für Familienplanung lädt ein zur Informationsveranstaltung

Female Genital Mutilation (FGM)
Weibliche Genitalverstümmelung
ein „harmloser“ Brauch oder ein tiefgehender Schaden für Frauen?

8.5.2001

17.00 – 19.30 Uhr

Parlament
Lokal 8

Dr. Karl Renner-Ring 3
1010 Wien

Bitte diese Einladung mitbringen, da sie zum Zutritt ins Parlamentsgebäude beim Tor 1 berechtigt

Vortragende

Hely Bathija	Ärztin World Health Organization Department of Gender, Women and Health Family and Community Health 20, Avenue Appia CH-1211 Genf 27, Schweiz T: ++41 22 791 4399
Etenesh Hadis	Gründerin und Koordinatorin der Afrikanischen Frauenorganisation in Wien Türkenstraße 3, 1090 Wien T: 3105145/352
Edith Hobsig	Sozialanthropologin Verein Frauenrechte - Menschenrechte Bacherplatz 10/4 1050 Wien T: 585 32 88
Berhane Ras Work	Präsidentin des Inter-African Committee 145, Rue de Lausanne CH-1202 Genf, Schweiz T: ++4122 7312420
Petra Smutny	Richterin Landesgericht für Zivilrechtssachen Schmerlingplatz 11, 1010 Wien T: 52152/ 3588

Um Anmeldung wird gebeten: Österreichische Gesellschaft für Familienplanung

T: 4785242, F: 4708970
e-mail: *office@oegf.at*

Die Veranstaltung findet im Rahmen der von der UNFPA finanzierten Face-to-Face-Kampagne statt.

Nach der Definition der WHO umfaßt der Begriff der Verstümmelung der weiblichen Genitalien (Female Genital Mutilation) alle Verfahren einer teilweisen oder vollständigen Entfernung der äußeren weiblichen Genitalien oder andere Verletzungen weiblicher Geschlechtsorgane.
Nach Angaben der UNICEF werden jährlich zwei Millionen Frauen und Mädchen an ihren Genitalien verstümmelt. Weltweit sind weit über 135 Millionen Frauen von Genitalverstümmelung betroffen. In manchen afrikanischen Ländern sind über 90% der Frauen beschnitten. Infolge der Wanderungsbewegungen aus diesen Gebieten wird die weibliche Genitalverstümmelung aber auch in Europa, Australien und Nordamerika beobachtet.

Etenesh Hadis:
African Women in Austria need an integrated approach to fight FGM.

Edith Hobsig:
Frauen, die FGM erfahren mussten, haben spezielle Bedürfnisse und Probleme, vor allem in den Bereichen physische und psychische Gesundheit. Beratungseinrichtungen werden oftmals aufgrund damit in Zusammenhang stehender Aspekte aufgesucht. Die offenen Fragen werden jedoch von den Frauen selten direkt angesprochen und von den BeraterInnen oftmals nicht in Zusammenhang mit FGM gebracht.

Berhane Ras Work:
FGM is an age-old practice inflicted upon millions of African girls and young women in the name of culture and tradition. The patriarchal system prevailing in most African societies and the low status of women have until recently prevented them from questioning the validity of this practice which causes life-long trauma and health consequences to its victims.
Set-up in 1984, the Inter-African Committee is active in 26 African countries, campaigning for the total eradication of FGM through public mobilization and training programmes.

Petra Smutny:
Ziel sollte es auch sein, dass Frauen, die sich dem Tabu von FGM stellen und das Schweigen brechen, im Rahmen einer allfälligen medizinischen Behandlung und bei Verwaltung und Justiz auf gut informierte Personen treffen.

Heinz Fischer	Begrüßung
Berhane Ras Work	Cultural reasons which condone Female Genital Mutilation
Hely Bathija	Experiences in preventing and eliminating FGM in African countries
Petra Smutny	Tradition als Tarnanzug für (Menschen)Rechtsverletzungen – Überlegungen zu FGM aus rechtlicher Sicht
Etenes Hadis	Die österreichische FGM Studie
Edith Hobsig	Problembereiche in der Beratungssituation

Statements von Dr. Elisabeth Hlavac (SPÖ)
Mag. Beate Hartinger (FPÖ)
Edeltraud Gatterer (ÖVP)
Mag. Ulrike Lunacek (Grüne)

Die englischsprachigen Vorträge werden ins Deutsche übersetzt

Der norwegische Aktionsplan gegen FGM

1995 verabschiedete das norwegische Parlament ein Gesetz gegen genitale Verstümmelung. FGM war bis dahin bereits strafbar gewesen, doch mit der speziellen Gesetzgebung sollte Klarheit und Nachdruck in der öffentlichen Debatte geschaffen werden.

Nun hat die norwegische Regierung den *Aktionsplan gegen FGM* beschlossen. Das Kernstück des Aktionsplanes besteht aus Maßnahmen, die vier Zielen zugeordnet sind. (Mehrsprachige Informationsbroschüren u.ä. sind für jedes Ziel und die jeweilige Zielgruppe vorgesehen.)

Ziel 1: Verhinderung der genitalen Verstümmelung an Mädchen, die in Norwegen leben
Im Fokus stehen Familien, Gesundheitsdienste und Schulen. Aufklärung der Eltern über negative gesundheitliche Folgen sollen den Zusammenhang mit FGM verdeutlichen. Freiwillige medizinische Untersuchungen, wie sie für Schulkinder generell angeboten werden, sollen u.a. FGM abwenden. LehrerInnen sollen ausreichend informiert sein, um FGM zu begegnen. Das Kinderwohlfahrtsgesetz sichert Kindern und jungen Menschen, die unter für ihre Gesundheit und ihre Entwicklung schädlichen Bedingungen leben, Hilfe und Fürsorge.

Ziel 2: Hilfe für Mädchen und Frauen, die bereits genital verstümmelt wurden
Ein PatientInnengesetz, dass am 1.1.2001 in Kraft trat, gibt allen in Norwegen Aufhältigen das Recht auf Gesundheitsbetreuung. Mädchen und Frauen, die einer genitalen Verstümmelung unterzogen wurden, können Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen. Ein vertrauensvolles Verhältnis der Familie zu Gesundheitsdiensten sollte aufgebaut werden. Im Fall von Geburten ist per Gesetz verboten, Frauen danach wieder zu infibulieren. Möglich sind chirurgische Eingriffe, um den natürlichen Zustand weiblicher Geschlechtsorgane wiederherzustellen.

Ziel 3: Kooperation mit Organisationen und Einzelpersonen
Gemäß internationaler Bemühungen wird auch in Norwegen ein kooperativer, anstatt eines konfrontativen Ansatzes verfolgt. Ein wichtiger Partner ist das Contact Committee for Immigrants and the Authorities – ein von der Regierung eingesetztes Gremium. Darüber hinaus gibt es eine Vielzahl an Organisationen in jenen Communities, zu deren Tradition FGM gehört, sei es, dass sie dazu befürwortend oder ablehnend stehen. Zusätzlich zu diesen Gruppen gibt es Einzelpersonen, die eine wichtige Rolle in der Community spielen. Diese Repräsentantinnen und auch Männer sind eine wichtige Zielgruppe für Aufklärung und Trainings. Die Kommunikation mit der Community muss eine wechselseitige sein und Maßnahmen müssen gemeinsam erarbeitet werden.

Ziel 4: Engagement auf internationaler Ebene im Kampf gegen FGM
Erfahrungen zeigen, dass sich MigrantInnen an Entwicklungen in anderen, nahestehenden Ländern orientieren. Deshalb haben internationale Veränderungen Einfluss auf MigrantInnen eines Landes. Auf UNO-, auf multi- und bilateraler Ebene hat Norwegen schon bisher Unterstützung geleistet. Anders als - zu Beginn vor 20 Jahren - der Kampf gegen FGM mit konfrontativen Mitteln geführt wurde, ist mittlerweile deutlich geworden, dass mit Dialog und Kooperation bessere Erfolge erzielt werden können. Wichtig ist die Zusammenarbeit mit NGOs vor Ort und FGM sollte in einem breiteren Kontext, nämlich dem des Status der Frauen, ihrer reproduktiven Gesundheit und ihrer Menschenrechte gesehen werden.

Quelle: *Govt. Action Plan against Female Genital Mutilation*. Hg. Norwegisches Ministerium für Kinder- und Familienangelegenheiten. Homepage: http://www.bfd.dep.no