

## **6. Ansatzpunkte für Interventionsstrategien**

### **6.1 Raum für Ihre Erfahrungen und Ideen**

## **6.2 Afrikanische Studentinnen in Deutschland setzen sich mit der weiblichen Genitalbeschneidung auseinander** *Buthaina Elnaiem*

Der Beitrag wurde für den Materialband verfaßt.

### **1 Programm und Ziel des Treffens**

Seit vielen Jahren haben die Bemühungen von lokalen Nichtregierungsorganisationen sowie zahlreichen Regierungen zur Einschränkung und Abschaffung der Praktiken der weiblichen Genitalbeschneidung (FGM) zugenommen. Diese Bemühungen werden von vielen Entwicklungszusammenarbeitsorganisationen unterstützt. Es war jedoch festzustellen, daß die Programme nur geringe Auswirkungen besaßen und oft Abwehr hervorriefen. Von der Geberseite wurde zu wenig beachtet, daß es sich hier um einen außerordentlich intimen Bereich handelt und zum anderen diese Praktiken traditionelle, uralte Riten darstellen, die mit der Lebensvorstellung und tieferen innergesellschaftlichen Werten und Normen der betrachteten Gesellschaften verbunden sind.

Aus diesem Grund und um situationsgerechte und nachhaltige Strategien zu entwickeln, wurde ein Treffen afrikanischer Studentinnen durchgeführt. Es diente dem Austausch von Erfahrungen junger Frauen, die aus Ländern mit Beschneidungspraktiken kommen und in Deutschland studieren. Da diese Frauen von den betroffenen Gesellschaften kommen, aber durch ihr Studium in Europa auch den sozialen Kontext in den westlichen Ländern kennen, sind sie als Ressourcepersonen zur Informationsgenerierung besonders geeignet.

Das Treffen fand in Marburg am Sonntag, dem 28.02.99 von 12 Uhr bis 18 Uhr. Es wurde von Frau Buthaina Elnaiem in Auftrag vom Sektorvorhaben „ Rechts- und sozialpolitische Beratung für Frauen „ GTZ organisiert. Die Teilnehmerinnen studieren an den Universitäten **Marburg, Gießen** und **Frankfurt** und kommen aus den Ländern: **Ägypten, Äthiopien, Kenia, Mali, Nigeria, Sudan, Togo**. Das Treffen war in zwei Teile gegliedert, die durch eine Essenspause geteilt waren.

An dem Treffen nahmen 15 Frauen teil, wobei zwei der Teilnehmerinnen aus Deutschland kamen: Frau Michaela Tews von der GTZ sowie eine weitere deutsche Frau, die in einer Stammgruppe in Kenia (Massai), wo die weibliche Beschneidung praktiziert wird, für ein Jahr gearbeitet hat. Sie wollte gerne an der Diskussion teilnehmen.

### **2 Zusammenfassung der wesentlichen Diskussionen**

Zum Einstieg in die Diskussion wurde ein Thesenpapier an die Teilnehmerinnen verteilt, das folgende Punkte beinhaltete:

- Stellt die weibliche Beschneidung eine Menschenrechtsverletzung dar?
- Betrachtung von weiblicher Beschneidung im Kontext ökonomischer, politischer und sozialer Lebensrealität von Frauen,
- Familiäre Probleme (z.B. Tabuisierung von persönlichen/psychischen Schwierigkeiten, Erwartungen bei der Hochzeit, weibliche Beschneidung als Ursache von Eheproblemen, die in einer Scheidung resultieren können) die mit der weiblichen Beschneidung in Verbindung stehen.

- Erfahrungen mit Kampagnen gegen weibliche Beschneidung
- Einschätzung der gesundheitsbezogenen Aufklärung in dem jeweiligen Heimatland, sowohl in ländlichen Gebieten als auch in der Stadt
- Wird das Thema in den informellen Gruppen der Mädchen oder jungen Frauen untereinander angesprochen oder sprechen nur Mütter mit den Töchtern darüber?
- Einschätzungen, welche gesellschaftlichen Gruppen an dieser Tradition festhalten wollen und warum.
- Einschätzung zu öffentlichen Kampagnen und deren Wirkung
- Einschätzung der Wirkung von strafrechtlichen Regelungen
- Welche Gruppierungen oder welche Personen könnten für die Einschränkung der FGM gewonnen werden?
- Könnte die Schule eine Rolle spielen?

In den Diskussionen wurden einige der oben genannten Themen ausführlicher besprochen, da sie für die Teilnehmerinnen besonders wichtig bzw. interessant waren.

Zur Frage, ob die weibliche Beschneidung als Menschenrechtsverletzung zu bewerten ist, waren viele Teilnehmerinnen der Auffassung, daß zuerst gefragt werden sollte, wie Menschenrechte definiert und interpretiert werden. Einige Teilnehmerinnen waren der Ansicht, daß es bei der Betrachtung der Menschenrechte auch wichtig ist, vom Standpunkt der jeweiligen Zielgruppen auszugehen. Eine Teilnehmerin aus dem **Sudan** vertrat die Meinung, daß FGM als Menschenrechtsverletzung betrachtet werden sollte. Es gab auch die Auffassung aus **Äthiopien**, daß FGM überhaupt nicht in den Menschenrechten verankert werden sollte. Es sollte nur als Gesundheitsproblem von Frauen betrachtet werden.

Zu der Frage, ob bestimmte familiäre Probleme mit FGM in Verbindung stehen, gab es unterschiedliche Meinungen. Im **Sudan** ist nach der Aussage einer Teilnehmerin FGM der normale Fall. Aus diesem Grund akzeptieren Mädchen dieses Ritual in ihrer Kindheit und arbeiten dieses Thema unter sich auf. Andere Teilnehmerinnen aus **Ägypten** und **Äthiopien** teilten jedoch mit, daß viele psychische und sexuelle Schwierigkeiten von Frauen in diesen Ländern in Verbindung mit FGM stehen. Psychische Probleme treten vor und nach der Beschneidung und in verschiedenen besonderen streßreichen Lebenssituationen, wie zum Beispiel bei der Eheschließung und Niederkunft. Z.B. berichtete eine Teilnehmerin aus **Äthiopien** über die Tabuisierung von persönlichen/psychischen Schwierigkeiten. Sie erzählte von ihren eigenen Erfahrungen. Sie litt als Kind bereits vor der Beschneidung unter großen Ängsten, da sie sich bei jedem Besuch einer fremden Frau die Frage stellte, ob es die Beschneiderin sei. In **Ägypten** ist zu beobachten, daß FGM zum Teil einen großen Einfluß auf das Eheleben hat. Manche ägyptischen Männer sind mit ihren Frauen, insbesondere in sexueller Hinsicht wegen FGM, nicht zufrieden.

Bezüglich der Erfahrungen mit Kampagnen gegen FGM gab es folgende Stellungnahmen:

- Eine Teilnehmerin aus **Togo** berichtete, daß die Bekämpfung der FGM im Lehrplan der Schulen integriert ist. Im Unterricht werden die gesundheitlichen Probleme von FGM behandelt.

- In **Mali** gibt es jeden Mittwoch eine Fernsehsendung, in der für die Überwindung der FGM geworben wird. Auch im Radio befassen sich zahlreiche Sendungen in den jeweiligen lokalen Sprachen mit FGM und deren Beseitigung. Aber es wird erwähnt, daß es in diesem Land auch Gegeninitiativen gibt. So verurteilen z. B. religiöse Vertreter und andere Schichten der Gesellschaft jeden Donnerstag die kritischen Fernsehsendungen von tags zuvor. Aus diesem Grund werden die Fernsehsendungen in ihrer Effektivität stark eingeschränkt. Eine Teilnehmerin aus Mali berichtete, daß ihre Mutter bei ihrer kleinen Schwester die Beschneidung durchführen lassen will, obwohl sie genau über die Probleme der FGM informiert sei. Ihre Mutter sei sehr stark von der Großmutter und den religiösen Trägern beeinflusst. Sie sagte, daß die Großmüttern in Mali diejenigen sind, die diese Praktiken für ihre Enkelinnen initiieren, und daß sie als Haupttäterinnen betrachtet werden müssen. Sie will ihre kleine Schwester retten, aber sie weiß nicht mit welchen Mitteln. („wie kann ich meine Mutter überzeugen“)
- Aus dem **Sudan** wird berichtet, daß es verschiedene Kampagnen gegen FGM gab und gibt. Es gibt Frauengruppen, die gegen FGM arbeiten. Diese Frauengruppen besuchen manchmal Schulen und informieren die Kinder über die gesundheitlichen Probleme von FGM im Unterricht. Das Problem ist, daß bisher nur wenige Gruppen existieren und diese vorwiegend in den Städten tätig sind. In ländlichen Gebieten gibt es nur wenige bzw. gar keine Initiativen zu diesem Thema.

Die Teilnehmerinnen befürworten eine gesundheitsbezogene Aufklärung. Es wurde auch die Meinung vertreten, daß sexuelle Aufklärung unter Berücksichtigung bestimmter Kriterien miteinbezogen werden könnte. Jedoch wird Sex in manchen Ländern, wie z. B. in **Ägypten**, sehr stark tabuisiert, insbesondere in ländlichen Gebieten. In manchen Ländern wie **Sudan, Somalia** und **Djiboutie** wird unter Frauen über sexualität und Beschneidung gesprochen, in der Öffentlichkeit jedoch nicht. Es wurde aber auch erwähnt, daß die Öffentlichkeit im **Sudan** die Thematisierung von Sexualität akzeptieren würde, wenn es von bestimmten Leute wie Ärzten und religiösen Trägern behandelt würde. Konsens fand die Auffassung, daß Einschränkung von FGM eine größere Akzeptanz fände, wenn sie mit gesundheitsbezogener Aufklärung verbunden würde. Im allgemeinen wird Sex in diesen Ländern in ländlichen Gebieten tabuisiert, jedoch sprechen bestimmte Gruppen von Frauen untereinander über dieses Thema. Als Ergebnis kann festgehalten werden, daß über Sexualität gesprochen wird, aber eben vor dem jeweiligen kulturellen Hintergrund, d.h. bestimmte Zweifel oder Kritiken werden nicht geäußert, da sie entweder nicht in Betrachtung gezogen werden oder aufgrund gesellschaftlicher Lebensvorstellungen verschlossen gehalten.

Über das Thema FGM kann normalerweise in informellen Gruppen sowohl bei den Müttern als auch bei den Mädchen gesprochen werden. Aber zwischen Jungen und Mädchen wird das Thema nicht diskutiert, weil es sich um einen außerordentlich intimen Bereich, und sehr stark tabuisiertes Thema, insbesondere in ländlichen Gebieten, handelt.

Zu den Einschätzungen, welche gesellschaftlichen Gruppen an diesen Traditionen festhalten wollen und warum, berichten manche Teilnehmerinnen, daß erstaunlicherweise auch von ausgebildeten Leuten an der Praxis von FGM festgehalten wird. Das Problem ist, daß in manchen Gebieten insbesondere in ländlichen Teilen, FGM sehr stark in der Gesellschaftsstruktur verankert ist. Auch die gut ausgebildete Leute, die aus diesen Gebieten kommen, praktizieren FGM. Es

gibt viele Frauen, die genau wissen, daß FGM insbesondere für die Gesundheit ihrer Töchtern, schädlich ist. Trotzdem lassen sie ihre Töchter beschneiden. Sie haben große Angst, daß ihre Töchter während der Operation sterben. Sie machen es jedoch, weil sie große Angst vor der Gesellschaft haben, daß ihre Töchtern von der Gesellschaft ausgeschlossen werden. Z.B. herrscht in **Mali** die Meinung vor, daß nicht beschnittene Frauen prostituierte Frauen sind, die mit allen Männern schlafen. Man versteht das manchmal überhaupt nicht. In manchen Gebieten, besonders in den ländlichen Teilen, wird die FGM von den religiösen Trägern und alten Leute sehr stark unterstützt. Deswegen wird dieses Ritual weiter praktiziert.

Eine Teilnehmerin aus **Mali** wunderte sich, warum ihre Mutter sie und ihre Schwestern beschnitten hat, obwohl sie in die Schule gegangen ist. Bei jeder Beschneidung ihrer Töchter hatte sie große Angst, daß ihre Töchter sterben könnten. Ihre Mutter will auch ihre kleine Schwester beschneiden lassen. Sie war der Auffassung, daß die Großmutter einen großen Einfluß auf ihre Mutter besitzt und von dieser auch unterdrückt wird. Sie stellt die Frage, wie sie ihre Mutter überzeugen kann. Ein Rat aus Kenia war: a) Drohung mit Polizei b) oder Liebesentzug gegenüber der Mütter c) Nutzung der Angst der Mutter vor Verlust des Kindes.

Zu dem Thema öffentliche Kampagnen gab es verschiedene Vorschläge, die im folgenden aufgezählt werden:

- Die Vertreterin aus **Äthiopien** war der Meinung, daß zuerst mit Frauen gearbeitet werden sollte. Eine überzeugende Frau ist stark. Sie kann weiter mitmachen und andere Frauen überzeugen. Es wird von der Teilnehmerin von Äthiopien erwähnt, daß FGM ein Frauenproblem darstelle und daher von Frauen abgeschafft werden müsse. Deshalb müßten sich Frauen organisieren und Frauengruppen bilden, die gegen FGM kämpfen.
- Es wurde von vielen Teilnehmerinnen wie z.B. aus **Mali** und **Sudan** die Meinung vertreten, daß die gesamte Gesellschaft berücksichtigt werden muß und bestimmte Gesellschaftsgruppen miteinbezogen werden sollten. Wichtig ist, daß die Gesellschaftsführer, religiöse Träger, Hebammen und Großmütter berücksichtigt werden. Eine Teilnehmerin sagte, daß ihre Großmutter die Hexe sei, die auf der Beschneidung bestehe.
- Nach Ansicht der Teilnehmerin aus **Äthiopien** sollen die Kampagnen nicht nur FGM als Schwerpunkt behandeln, sondern sich auch mit anderen Problemen von Frauen beschäftigen.
- Eine Teilnehmerin aus dem **Sudan** sagte, daß in ländlichen Gebiete mehr getan werden sollte und die lokalen Leute mitarbeiten müssen.
- Die Vertreterin aus dem **Togo** war der Auffassung, daß die Thematisierung von FGM ein Bestandteil des Schullehrplans werden sollte.
- Frauengruppen, die gegen FGM arbeiten, sollten vernetzt werden, damit sie ihre Erfahrung miteinander teilen.
- Die Vorleistungen von Frauengruppen, die sich seit langem mit diesem Thema arbeiten, sollten berücksichtigt werden.

- Es könnten Informations- und Diskussionsveranstaltungen in verschiedene Gebieten durchgeführt werden.

Hinsichtlich der Einschätzung der Wirkungen von strafrechtlicher Regelungen, wurde die Meinung vertreten, daß formales Recht allein nicht das Problem lösen kann. Es gibt in vielen Ländern schon strafrechtliche Regelung gegen FGM, trotzdem wird weiter praktiziert. Die strafrechtliche Regelung könnte aber als Ergänzungsstrategie dienen. Voraussetzung ist, daß Aufklärungsprogramme vor dem Entwurf der Gesetze durchgeführt werden, damit die Leute verstehen, was diese strafrechtliche Regelung gegen FGM bedeutet. Bei der Diskussion wird nochmals von den Teilnehmerinnen betont, daß sie sich für Aufklärungsprogramme aussprechen, insbesondere in Form eines gesundheitsbezogenen Konzepts, das auch andere Probleme von Frauen behandelt.

Über die Personen, die für die Beschränkung der FGM gewonnen werden, gab es zwei unterschiedliche Meinungen. Erstens wird von den Teilnehmerinnen aus **Äthiopien** und **Kenia** gesagt, daß man sich auf Frauen konzentrieren soll. Die Müttern müssen darüber aufgeklärt werden, daß FGM die gesundheitliche Integrität ihrer Töchtern gefährdet. Die Einschränkung von FGM erfolgt nur, wenn die Frauen ein Bewußtsein für die Probleme von FGM entwickeln und überzeugt sind, daß diese Praktiken aufhören müssen. In diesem Fall wird FGM richtig eingeschränkt. Die Mehrheit der Teilnehmerinnen war jedoch der Auffassung, daß ohne Mitarbeit von bestimmten Führungsgruppen in der Gesellschaft FGM nicht eingeschränkt werden kann. Die Teilnehmerinnen aus Mali und auch eine Teilnehmerin aus Sudan meinten, daß es ohne Überzeugung der religiösen Träger, der dörflichen Elite, der Großmütter und der Hebammen, die auch von den religiösen Trägern, und der dörflichen Elite beeinflusst werden, nicht möglich ist. Diese Leute können viel bewirken, wenn sie an den Maßnahmen zur Beschränkung der FGM teilnehmen.

Die Erfahrungen aus **Togo** haben gezeigt, daß die Schule bei der Beschränkung von FGM eine Rolle spielen kann. Die Mehrzahl der Teilnehmerinnen unterstützt diese Kampagnenform. Die Probleme von FGM könnten in den Lehrplan der Schulen eingebracht werden. Aufgrund der Art des Unterrichtes (Vortrag des Lehrers ohne Diskussion) ist die Darstellung in Lehrbüchern von großer Bedeutung.

Am Rande der Veranstaltung wurde auch darüber diskutiert, insbesondere durch die Frauen aus Kenia und Äthiopien, daß wir als Frauen für unsere Rechte kämpfen müssen, wenn dies auch gegen unsere Kulturen verstößt. Das wird am Anfang schwierig sein, aber im Laufe der Zeit wird es sicherlich akzeptiert werden. Andererseits wurde die Meinung vertreten, daß man auch viele Sachen ändern kann ohne von der Gesellschaft ausgeschlossen zu werden.

Viele Teilnehmerinnen aus **Kenia**, **Äthiopien** und **Sudan** waren der Auffassung, daß die Abschaffung der sozioökonomischen Abhängigkeit der Frauen die Lösung vieler Frauenprobleme in Afrika darstellen kann und im Zusammenhang damit auch die Einschränkung der FGM möglich wird.

### 3 Fazit

Bei dem Treffen ging es darum, situationsgerechte und nachhaltige Strategien zur Bekämpfung der weiblichen Beschneidung in Afrika zu finden. Hierfür wurden junge Frauen aus verschiedenen betroffenen Ländern, die hier in Deutsch-

land in dem Einzugsgebiet Marburg, Gießen und Frankfurt studieren, eingeladen. Da sie von den betroffenen Gesellschaften kommen, kann man davon ausgehen, daß sie als Ressourcenpersonen zur Informationseinholung besonders geeignet sind.

Auf dem Treffen wurde betont, daß es schwierig ist, FGM als Menschenrechtsverletzung anzusehen, da dieses Ritual mit den gesellschaftlichen Lebensvorstellungen vieler Gesellschaften verbunden ist. Es wurde aber von den Teilnehmerinnen bestätigt, daß bei der Entwicklungszusammenarbeit in den Konzepten und Programmen zu den Themen Gender, Frauenrechte und Gesundheit die Bekämpfung von FGM einen wichtigen Bestandteil bilden soll. Es wird betont, daß die Thematisierung von FGM in der gesundheitsbezogenen Aufklärung durch die betroffenen Gesellschaften besser akzeptiert werden könnte. Zu bestimmten Themen in der Diskussion gab es verschiedene Meinungen, aber besonders die folgenden Punkte werden von vielen Teilnehmerinnen für die Kampagnen gegen FGM befürwortet:

Die öffentlichen Kampagnen sind sehr wichtig, wie z.B. Aufklärungsprogramme in Fernsehen und Radio und viele Diskussionsveranstaltungen.

Die Schule kann eine sehr wichtige Rolle spielen.

Es ist sehr wichtig, bestimmte gesellschaftliche Gruppen in jedem Projekt, wie z.B. die religiösen Träger, Hebammen und Großmütter, zu gewinnen.

Die strafrechtliche Regelung allein bringt überhaupt keine Einschränkung von der Praxis der FGM.

### **6.3 Stellungnahme von Maisha – Selbsthilfegruppe afrikanischer Frauen in Deutschland**

Kurzpapier vom Mai 1999.

#### **Stellungnahme von Maisha zur derzeitigen Medienaufmerksamkeit für die "Genitalverstümmelung" von Frauen.**

Maisha ist eine Selbsthilfeorganisation, die sich auch gegen die Beschneidung von Mädchen und Frauen richtet. Dieser Punkt ist in unserer Satzung festgelegt. Wir arbeiten mit europäischen und afrikanischen Frauenorganisationen zusammen, die sich gegen die Beschneidung von Mädchen und Frauen richten. Für jede Hilfe sind wir dankbar.

#### **Wir machen uns aber Sorgen über den augenblicklichen Umgang mit dem Thema:**

Wir finden es sehr respektlos, wenn in deutschen Medien afrikanische weibliche Geschlechtsorgane abgebildet werden. Frauenorganisationen in Afrika, die gegen weibliche Beschneidung werben, benutzen solche Bilder in der Öffentlichkeit nicht, das würde ihre Erfolgsaussichten zunichte machen. Hier in Deutschland fühlen sich Afrikanerinnen diskriminiert und blosgestellt durch solche Bilder.

Auch die Strafandrohung und die Aufforderung an hiesige Behörden, Nachbarn und vielleicht sogar Ärzte, vermutete Beschneidung von Mädchen zu melden und zu verfolgen, kann unseres Erachtens eher das Gegenteil von dem erreichen, was erreicht werden soll. Beschneiderinnen oder Familienmitglieder oder Ärzte sollten nur dann verfolgt werden, wenn ein Opfer selbst dies will und als Zeugin aussagt. Die öffentliche Verfolgung bewirkt eher, daß beschnittene Frauen nicht mehr zu Ärzten gehen bzw. ihre Töchter nicht mehr zu Ärzten schicken und vielleicht sogar dem Kindergarten mißtrauen. Bei sehr stark traditionell geprägten Gemeinschaften kann so ein Verfolgungsdruck eher noch eine Abschottung und das Tabuisieren des Themas Beschneidung verstärken. Die Beschneidung von Frauen und Mädchen kann aber nur unterbunden werden, wenn das Thema offen und kompetent besprochen werden kann.

Selbst der verstärkende Ausdruck "Genitalverstümmelung" wirkt auf die Betroffenen abschreckend und diskriminierend. Deshalb benutzen wir weiterhin die Bezeichnung "Beschneidung der Frauen", das ist die korrekte Übersetzung aus den Herkunftssprachen.

Sehr abschreckend auf Betroffene wirken auch Zeitungsanzeigen, wo nur ein Messer zu sehen ist und die Betrachterinnen aufgefordert werden, sich in die Rolle einer Frau zu versetzen, deren zugenähte Scheide aufgeschnitten wird.

Bei diesen Veröffentlichungen wird selten die soziale und kulturelle Funktion der Beschneidung in den verschiedenen Völkern erklärt, meist noch nicht einmal erwähnt.

Damit wird völlig vernachlässigt, daß der Beschneidungsvorgang mit einer großen kulturellen Bedeutung verbunden ist. Die Mädchen müssen befürchten, aus ihrer Gemeinschaft verstoßen zu werden, weil sie nicht an der Zeremonie

teilgenommen haben.

Die entscheidende Frage für alle, die sich gegen die Beschneidung von Frauen und Mädchen wenden, ist also, wie auf den Schnitt verzichtet werden kann, ohne damit das kulturelle Erbe des jeweiligen Volkes zu stören. Diese Frage wird aber häufig gar nicht erst gestellt, sondern es wird wie in kolonialen Zeiten mit Strafe gedroht.

Die Beschneiderin hat als Autorität und Vermittlerin weiblichen Wissens eine wichtige Funktion, im modernen Sinne ist sie eine Beraterin oder Sozialarbeiterin und in dieser Funktion muß sie überzeugt und gestärkt werden. Wenn sie aus gutem Grund auf den Schnitt verzichtet, dann gibt es ihn nicht mehr. Zusätzlich müssen die Eltern und schließlich auch die Männer des Volkes überzeugt werden.

**Wir haben folgende Wünsche an alle, die uns gegen die Beschneidung von Frauen und Mädchen hier in Deutschland und in Afrika unterstützen wollen:**

1. Bitte geht mit dem Thema respektvoll um und informiert euch umfassend, bevor ihr etwas veröffentlicht und denkt vorher über die Auswirkung von Veröffentlichungen auf die betroffenen Frauen und Mädchen nach.
2. Wenn es Fälle von Betroffenen gibt, bei denen deutsche Behörden eingeschaltet werden sollen, zieht kompetente Afrikanerinnen mit hinzu.
3. Die erheblichen Gelder, die von deutschen Frauenorganisationen eingesammelt werden, um in Deutschland gegen die "Genitalverstümmelung" zu wirken, sollten wenigstens zum Teil auch Afrikanerinnen in Deutschland helfen.

Wir begrüßen daher den Vorschlag, in Deutschland eine Zufluchtstätte für von Beschneidung bedrohte Frauen und Mädchen einzurichten.

Wir begrüßen es auch, wenn in Afrika Projekte unterstützt werden, bei denen die Werbung gegen Beschneidung ein Teil der Aufgabe ist, während andere Teile sich an junge Frauen wenden, z. B durch Qualifizierung, Gesundheitsdienst, Familienberatung u. a. Dabei können die Beschneiderinnen und die Kirchen mit eingebunden werden, um die Erfolgsaussichten zu erhöhen.

**Mai 1999**

**Maisha, Selbsthilfeorganisation afrikanischer Frauen in Deutschland e.V.**

Postfach 60 04 83

60334 Frankfurt

## 6.4 Strategies for change in Kenya

*Anna M. Mathai*

Der Beitrag wurde für diesen Band verfasst.

### **With practical examples from Maendeleo ya Wanawake organisation**

#### **Introduction**

The WHO, numerous organisations and persons around the world and several African women and men recognise FGM as a violation of the human rights of the woman and child and as a health hazard and recognise the need to bring about change in the communities all over the world where it is practised, and see it abolished.

Since the colonial times in Africa efforts to eliminate FGM have often been unsuccessful. In the past the opponents of the practice tended to see only the destructive aspects of the practise, ignoring the social-cultural factors.

In some cases, external intervention has strengthened the resolve of communities to continue FGM rituals as a way of resisting what they perceive as cultural imperialism, to use it as tool to emphasise tribal identity and autonomy.

When the Christian missionaries in conjunction with the colonial government attempted to abolish FGM among the Kikuyu people in Kenya they were met with a massive nationalist revolt and had to pull back.

The colonial governments had similar experiences in Egypt and Sudan and had to abandon all attempts to enforce laws against FGM.

In more recent times similar calls to action by Western feminists and human rights activists have provoked similar negative reactions. African women have often felt insulted and treated with condescension by their well meaning Western sisters.

At the international women's decade in Nairobi some 16 years ago, several African women declared that the western women should not get mixed up with the issue of FGM. They felt that their western sisters were poorly informed and did not understand what it was all about.

It is not that these women were not committed to the campaign against FGM, they were antagonised by an approach which portrayed their culture as savage, violent and abusive. They were fed up of being dictated to and told what to do with their lives. They felt that the fight against FGM was in the first line their responsibility.

There has been meanwhile a new approach to the campaign against FGM, one which takes into account the different cultural aspects and which puts focus on supporting the initiative of grassroots organisations and women's groups and so avoiding a top-down phenomena.

#### **Reconciling strategies to the distinctive features of each culture**

I believe the first step in an intervention strategy on FGM should comprise of information gathering. It is important to understand what one is trying to fight to answer the question; why do members of the community in question practise FGM?

There has been a tendency to view Africa as a homogenous community, and fail to take into consideration, the vast cultural differences among the different peoples of Africa.

Just as there are differences in the Types of FGM practised by different communities, the reasons for practising FGM vary from community to community. It is therefore important to take each individual community into consideration and establish dialogue, in order to establish what FGM means to the people, what role it plays in the lives of the people, the structure of the society and family life.

To transfer information gathered from one society to another could lead to drastic misunderstandings. A good example here is perhaps the relationship between FGM and premarital sexual activity in different communities; while in some communities FGM marks the beginning of approved or condoned sexual activity among unmarried girls, in other communities it is supposed to protect the girls from premarital sex and ensure virginity until marriage.

WHO recommends; Listening to the people and introducing cross cultural dialogue, showing sensitivity and respecting their own perception of FGM before embarking on a campaign of information and sensitisation.<sup>1</sup>

### **An information campaign**

An interesting aspect about the amount of information available to FGM practising communities, is that in some communities particularly in the rural parts of Africa, the girls and the women are not aware that there are women in the world who are not mutilated.

A few years ago in a discussion over FGM with school girls at a mission boarding school for girls in the northern part of Kenya, (the majority of the girls in this school came from the northern nomadic tribes, in this case predominantly Samburu, Borana, Somali. With the exception of the Turkana, FGM is practised among the majority of the nomadic tribes in Kenya) I was shocked to realise that these girls thought all women were circumcised like they already were. Consequently it was hard to convince them that I, an African woman was not circumcised since they had also assumed that the Italian catholic sisters who run the school were also circumcised. "after all", as they put it, "even nuns are women". These young girls could not comprehend what they thought was a decent normal woman who was not circumcised. They had suffered the agony of the mutilation particularly the Somali girls but had never questioned that it had to happen. They had never thought that there could be any other way and in their world there were no other alternatives.

Although the health consequences of FGM are well documented, most of the victims are not aware of these consequences. In certain communities for example, the immediate health consequences or death are related to other factors other than resulting from the procedure itself. Among the Kikuyu people of Kenya broken taboos, witchcraft, and evil spirits and failed sacrifices etc. have been implicated.

A lot of women do not associate their long time suffering and poor health to the FGM, and a lot of times even when they attend the different health facilities they are not informed.

About 15 years ago at the national referral hospital in Kenya there were 5 young female patients from the Somali community in Kenya, with the diagnosis vesico-

---

<sup>1</sup> Female Genital Mutilation: Actions for its elimination. WHO - Female Genital Mutilation facts sheets; World Health Organisation, August 1996.

vaginal fistula after prolonged and obstructed labour.<sup>2</sup> They were told about poorly developed pelvises but nobody told them that FGM could have contributed to their condition. Nobody talked about it at all, it was as if the fact that all these women had been infibulated did not exist. This was the characteristic wall of silence around FGM at the time I was a medical student. The health consequences of FGM were treated but the causes were not addressed. These patients underwent a lot of prolonged suffering.

A fact to think about in relation to these women is; considering all the odds against them if after leaving the hospital they did give birth to live baby girls, there is a very high chance that they have had them mutilated and infibulated by now. Who knows how long it will be before their daughters occupy the beds the mothers vacated.

Things have probably changed by now at the university teaching hospital, May be they talk about it now, but it is interesting to note that, Hanny Lightfoot-Klein, reports being confronted with a wall of silence from the Kenyan medical sector<sup>3</sup>

I believe it is very important to inform the women and teach them about the possible consequences of FGM. They can then make the decision whether they want to put their daughters through the same agony they went through or spare them.

WHO states that the age at which FGM is carried out is dropping. A fact that seems to indicate that the sense of FGM as an initiation ritual into adulthood has lost it's significance in certain cultures, leaving only an external meaningless symbol.

Among the Akamba people of Kitui district in Kenya, the age of circumcision for boys and girls has considerably dropped to between ages 2 and 4. A number of children were treated after FGM in shock or with acute urinary tract infection. When the mothers were questioned as to why they let this happen to their children the only reason they had to give was, that the grandmothers wanted it. The incidence of FGM in this community has indeed gone down. Sometimes I got the impression from these mothers that although they were not exactly supporting FGM they had no facts against it and could therefore not make a strong stand against the grandmothers.

Women need facts in order to have a strong tool to defend themselves against husbands, relatives, friends and other members of the community when they decide not to mutilate their daughters.

Several aspects of FGM can only be countered with providing the communities with simple straight forward information in a language they understand presented in a way they understand.

The organisation Maendeleo ya Wanawake (MYWO) in Kenya is trying to reach marginalised women in FGM practising communities and do this.

MYWO, a national women's organisation which is almost as old as independent Kenya, was established to cater for the progress of Kenyan women and has local branches country wide. Since 1993 MYWO has taken up the campaign against FGM in Kenya.

MYWO uses the approach that communities which practise FGM have the power to decide their own fate.

They believe that their role is not to dictate behaviour or propose solutions but to provide information which individuals and communities can work on.

To disseminate information MYWO uses among other means a plastic model of a woman's genitalia to illustrate FGM. This has been found to be a necessary tool in other parts of Africa as well, because the knowledge of the female reproductive

<sup>2</sup> see paper by same author; FGM-a Threat to the Health of the African Woman and Girl Child; Physical effects of FGM.

<sup>3</sup> Lightfoot-Klein-Klein: Das grausame Ritual, 1992, 29-42.

anatomy is often very limited and the village women do not understand complicated medical terminology (among the Samburus for example where MYWO has a project, the illiteracy rate is 90%).<sup>4</sup>

### Target groups

Although efforts should be made to increase the awareness of and sensitise all members of the community against FGM, the main target groups are Women and girls. FGM is a procedure carried out by women on other women and girls. In most communities women are the main supporters of FGM and in several others there are taboos against the direct involvement of men or their presence at initiation ceremonies. Women together have the power to eradicate FGM.

### Why didn't you tell us sooner? A MYWO project.

*"Women in Meru, Kenya, were shocked to see the effects of female genital mutilation, as demonstrated on an anatomical model.*

*In the countryside of Kenya, a community leader was showing a women's group an anatomical model of the various forms of female circumcision and explaining some of the health effects of this practice.*

*At first, the women giggled at the graphic presentation and chatted nervously among themselves. Then, there was a stunned silence and many of the women wandered away from the group and sat in silence under a tree.*

*After some time, the leader was able to encourage the women to talk about their feelings. **"Why didn't you tell us this sooner?"** one woman asked angrily. Another wondered, "How could you know this and not tell us?" An older woman in the group stated that, while it is too late for her and her daughters, she would make sure that this would not happen to her granddaughters. Several other women nodded their heads emphatically".<sup>5</sup>*

Women gather together in Africa and form groups for various reasons. While a few are formal and registered the majority are informal, and have no chairpersons or secretaries. Some are long term and some are short term. Some are obvious and some are very difficult to identify from the outside. The purposes range from dancing groups, religious and church groups, harvesting or planting groups, burial groups, wedding groups, groups for water projects, groups to assist in the construction of houses, small informal banking groups etc., the list is endless.

Although as target one should first seek groups already dedicated to the eradication of FGM and find out what their aims and objectives are and in what way they can be supported, all these other groups present a unified group of women who, could be targeted and involved in a campaign against FGM.

Working in a rural psychiatry clinic, and making efforts to go out into the community and increase awareness on psychiatric health, we realised how useful these groups are, and how the word spread from one to the other so that we got more and more invitations.

It was with such a group that I was able for the first time to approach the subject of FGM, and include it in the framework of general information on physical and psychological health.

<sup>4</sup> Boyd S: Group opens Female circumcision debate to the victims, East-African, April 3-9 1975.

<sup>5</sup> Why didn't you tell us sooner? Harmful Traditional Practices; PATH Web site.

In a similar group organised around church activities, I had two generations of women, where the older generation related how they had saved the younger from FGM, in that they as a group had come together and made the decision not to circumcise their daughters. As a group they were able to stand strong together against the opposing forces in the community, and not only had they set a new trend in the community they had shaped a new future for their daughters, by offering them a chance to go to school. They were now grandmothers.

This experience made me aware how powerful and useful groups are when trying to induce change in a society.

A woman alone who decides not to circumcise her daughters risks rejection from the community for herself and even more for her daughters. Such a woman has to be particularly strong to keep to her resolution. A group of women who however make the decision together have each other and their daughters have each other.

Another important target group is school girls. School girls represent the next victims or the last victims of FGM depending on the community and the time when contact is made. They are also the potential mothers of the next generation of victims.

If they are the next victims they may suffer the anxiety referred to in the paper FGM-a Threat to the Health of the African Woman and Girl Child, and the need to attain the social benefits depending on the community in question.<sup>6</sup>

They are plagued by many questions which nobody is willing to answer openly. In my opinion girls have the right to know exactly what will happen to them before they are circumcised, they need to know about the possible dangers and the possible health consequences. This way they may be in a position to make the decision for themselves for or against FGM and maybe influence their parents or seek the assistance and support of other persons. Of course this is not easy, most girls have absolutely no say in the matter, and it is exactly for this reason that some mothers decide to have their daughters circumcised early, before they can offer resistance, or be influenced against FGM.

The other group of girls is those, who have already undergone FGM. Some are angry, feel betrayed and humiliated and some may have suffered or are still suffering from the health complications of FGM.

These girls ( older women included) need special attention, they need counselling, they need to share their experience, they need to know what has happened to them, and how to come to terms with it, and they need to know the facts so that when in future they become the mothers of daughters they can break the chain.

*“Fifty-two standard 8 girls between the ages of 12-15 at St Mary’s mission school in Samburu district chanted a resounding “No” when asked whether they would circumcise their daughters. Although most of the 52 are already circumcised, the model and MYWO information has apparently had its effect”<sup>7</sup>*

Although a few schools in Kenya have been known to oppose having their pupils involved in discussions that could be related to sexuality such as FGM, most schools are very willing to accommodate well organised and well informed informers. The girls are usually very receptive especially if there are no boys present,

<sup>6</sup> see paper by same author; FGM-a Threat to the Health of the African Woman and Girl Child; Psychological effects of FGM.

<sup>7</sup> Boyd S: Group opens female circumcision debate to the victims, East-African. April 3-9 1975

and most are willing to ask questions especially when the possibility of anonymity is offered.

Also to be targeted are certain key figures in the community, community leaders, tribal elders, and religious leaders.

There was an anecdotal story of a highly educated man from an FGM community who wanted to enter into politics and represent the community at the national level. He had married a wife who was not initiated and circumcised. The elders of the tribe refused to give him their sanction, without which the community would never vote for him to represent them. Only a mature man with a wife could represent the community. The mans marriage was not acknowledged because his wife was not fully integrated into the community as a woman. As the story goes he had the wife circumcised. Whether this story did indeed happen or not is not important the point is, that in certain patriarchal communities where FGM is practised, a man without a wife is not fully integrated into adult life, and a man married to a woman who is not circumcised falls into this category because his wife is not considered a woman. Another way of looking at it is, a man who is not in full control of his private life cannot represent his people in the public, and a man whose wife is not circumcised is not considered to have full control of his private life, because he cannot claim to have total control over his wife, he does not have total control over her sexuality after all.

The point of the story is, apart from the women, there are the tribal elders and leaders, most often men and these play an important role in further maintenance of tribal customs and norms. I think it would be a mistake to forget this.

The same goes for key figures in the family. these may be men, or as in a lot of cases in relation to FGM older women, grandmothers, mother in-laws etc.

The role of traditional midwives is undoubtedly significant, they are in most communities the main performers of FGM. And most possibly the strongest supporters of the custom. After all they derive their economic livelihood from FGM, not to mention social recognition. In communities where infibulation is practised, they are also in demand to perform deinfibulation when penetration during intercourse requires instrumental intervention. They also perform reinfibulation after delivery.<sup>8</sup> An important question to be addressed, is how to get these women to support initiatives in the campaign against FGM and how to assist them and other groups who gain economically from the practice to find other ways as compensation for economic gains they stand to loose in a campaign against FGM.

### **Who should deliver the information?**

It is accepted that FGM is a highly sensitive subject. It touches on the area of human sexuality, often considered a private and sensitive area even in the western world. In most cultures where FGM is practised human sexuality and FGM are often taboo subjects.

So the question often reads; who are the appropriate persons who can go out into the community at the grassroots and deliver the necessary facts about FGM to promote its eradication?

FGM draws a line not only between the members of a community where it is practised and outsiders, but also between circumcised and uncircumcised members of the same community.

In their projects MYWO uses as field workers women from the community itself. Women who understand the language, are known, accepted and trusted by the villagers.

<sup>8</sup> Lightfoot-Klein-Klein: Das grusame Ritual,1992.

### **Integrating strategies with other health and development efforts**

FGM is only one of many harmful and oppressive customs threatening the health and lives of women in Africa, and women may see their priority problems as being in other social and health areas other than in FGM. The incorporation FGM in to broader efforts to improve the social status and health of women such as reproductive and family health, family planning, adolescent health, safer motherhood and child health, may not only facilitate the entry into a sensitive subject, but would be to treat the woman as a whole and may have a wider appeal and further reaching consequences.<sup>9</sup>

A lot of women who circumcise their daughters and have them infibulated to ensure for them the chances of marriage and a husband, are not unaware of the pain and agony they cause them. For them it is a matter of survival for their daughters. In patriarchal communities where women have no political rights no right of property and no education which would ensure them of an independent life in the modern world market, the social-economical survival of a woman is totally in the hands of men. first the father and later the husband.

### **The role of medical professionals and the Formation of alliances between modern and traditional healers**

Medicalization of FGM (the performance of FGM by health workers) is a new development in the history of FGM.

WHO has condemned all forms of the practise of FGM by medical personnel as being inconsistent with medical ethics, and called for its abolition in hospitals and other health establishments.

To put the emphasis of the health consequences of FGM only on the physical and immediate consequences, and neglect the psychological, sexual and the long term consequences is to send the message to the parents; if you have your daughter, under general or local anaesthesia circumcised, performed by a qualified doctor, covered with antibiotics, and pain killers in the recovery period, then it is proper to perform FGM. This attitude should however not be condoned. This is the message doctors and other health workers transmit to the community by performing FGM.

It fails to take into account the psychological, sexual and the long term effects of FGM the formation of scar tissue, difficulties during delivery, sexual dysfunction etc. These are all problems that do not go away because the procedure is performed under sterile conditions.

Doctors, midwives and other medical personnel have indeed a very important and influential role in the community and should be at the forefront of the campaign against FGM.

Health workers are probably among the few professionals who not being members of a community can go to the grassroots and talk to the people about FGM in the framework of there duties of promoting primary health care in the community and be listened to.

Medical personnel have a ready made target group at the mother-child health clinics and family planning clinics. There they have good opportunity to teach women about the hazards of FGM and even hang up posters like they do for other health problems without it being considered offensive.

WHO recommends the formation of alliances between modern and traditional healers in the campaign against FGM. In view of the relationship between FGM

<sup>9</sup> Female Genital Mutilation: Actions for it's elimination. WHO - Female Genital Mutilation facts sheets; World Health Organisation, August 1996.

and traditional customs, the role of traditional healers should not be underestimated. In fact in a few communities male traditional healers do perform FGM.<sup>10</sup>

### **Avoiding a cultural vacuum - alternative rituals**

Among the several tribes who practise FGM in Kenya are the Kikuyu.

My mother was circumcised, my grandmother was circumcised and all the women before. I belong to the first generation of Kikuyu women who were spared from FGM.

Before the colonial era, all Kikuyu girls were circumcised at or around the onset of puberty.

Female genital mutilation and male circumcision among the Kikuyu was an integral part of the lives of the Kikuyu people. It was an important organiser of the structure of the society. It was a part of a 'Rite de Passage'. An initiation from childhood to Adulthood. It determined not only the roles of the different generations, it also determined the female/masculine roles.

FGM which involved clitoridectomy and excision of all or part of the labia minora, was the highlight of an initiation ritual extending over weeks, which incorporated various social and religious ceremonies. It was accompanied by a lot of rejoicing and involved not only the families whose children would be initiated but the whole clan. It was also a time of education about sexual matters and the role of the initiates in the society.

As Jomo Kenyatta the first president of independent Kenya put it in his book about the traditional life of the Kikuyu, to abolish FGM would be to destroy the very structure of the Kikuyu society.<sup>11</sup>

There has been a lot of changes among the Kikuyu people since Jomo Kenyatta wrote his book. The practice of FGM among the Kikuyu people has gone down considerably. In several parts of Kikuyu land FGM is indeed rare, and in such areas families who still practise FGM tend to be looked upon by the society as illiterate and backward.

Although one cannot say that the structure of the tribe has been destroyed, a sort of cultural vacuum exists. It is the absence of a modified type of initiation rites to replace the rituals which were associated with FGM and a forum in which the sexual education and the wisdom of the tribe could be passed on to the younger people.

WHO recommends the development of alternative rituals to avoid cultural vacuums.<sup>12</sup>

### **Modern Rites of Passage**

*"Since 1993, Maendeleo Ya Wanawake Organisation (MYWO) and PATH have been implementing an innovative communication project in four districts of Kenya.*

*Staff have used various methods to reach this goal, including peer-to-peer outreach (girls, women, boys, and men), family life education through the schools, and media.*

<sup>10</sup> Female Genital Mutilation: Actions for its elimination. WHO - Female Genital Mutilation facts sheets; World Health Organisation, August 1996

<sup>11</sup> see Jomo Kenyatta on the initiation rites of the Kikuyu in: Kenyatta: Facing Mount Kenya, 1989, 130-154.

<sup>12</sup> Female Genital Mutilation: Actions for its elimination. WHO - Female Genital Mutilation facts sheets; World Health Organisation, August 1996

*Over time, it became clear that alternative ways to usher girls to maturity without circumcision were needed. Project staff developed a framework for an alternative ritual activity and investigated the feasibility of alternative rituals in the community.*

*The first alternative ceremony took place in Tharaka Nithi in Meru District in August 1996. Thirty girls were secluded and participated in a week-long training on reproductive health issues including pregnancy and HIV/AIDS prevention, the harmful effects of FGM, and personal hygiene. A community celebration and "gift-giving" by family, friends, and godmothers followed the training. Girls were also given a booklet that contained the community's traditional wisdom and expected code of conduct — information that is typically provided to girls during the traditional ceremonies. Since the Tharaka Nithi experience, 49 other girls have graduated to adulthood in Meru without circumcision.*

*A second district has also developed an alternative ritual approach. Single families organised ceremonies for their own daughters. The home of each initiate was decorated with wild flowers, girls were dressed in their best clothes, food was prepared, and family and friends visited and brought gifts for both the girl and her family.*

*These recent successful experiences have encouraged other communities to request assistance in conducting alternative ceremonies for their daughters. By being flexible and building on each community's traditional practices, the project has been successful in providing a way for families to welcome their daughters into adulthood without circumcision".<sup>13</sup>*

### **Seeking solutions from within countries complemented by international solidarity**

Although it is generally accepted that the process of eliminating FGM must be undertaken by governments concerned and women themselves, their activities benefit enormously from international technical support, advocacy and finance.<sup>14</sup>

### **Conclusion**

There are conflicting reports about the prospects for the future in the campaign against FGM. While some authors see very little decline in the prevalence of FGM, others are more optimistic. What seems unquestionable is that the silence around FGM is breaking. People are talking about it, and people are listening. Cultures are dynamic and cultures can be influenced.

For the faceless girl who died at the hands of her grandmother,<sup>15</sup> and thousands of girls who have died and are dying now (who knows how many), it is too late. We cannot do anything about them, but maybe if we stop there sisters from being mutilated we will have done something for them.

### **References**

BOYD, Stephanie: East-African. Group opens female circumcision debate to the victims. April; 3-9 1975

<sup>13</sup> Modern Rites of Passage, Harmful Traditional Practices; PATH Web site

<sup>14</sup> Female Genital Mutilation: Actions for it's elimination. WHO - Female Genital Mutilation facts sheets; World Health Organisation, August 1996

<sup>15</sup> Referred to in paper by same author; FGM-a Threat to the Health of the African Woman and Girl Child; Physical effects of FGM.

- KENYATTA, Jomo: Facing Mount Kenya; The Traditional Life of the Gikuyu. Kenaway publications: East African Educational Publishers Ltd., 1978. Original edition by: Martin Secker and Warburg Ltd., 1938
- LIGHTFOOT-KLEIN, Hanny: Das grausame Ritual; Sexuelle Verstümmelung afrikanischer Frauen. Fischer Taschenbuch-Verlag: Frankfurt, 1992. Original under title; Prisoners of Ritual. An Odyssey into Female Genital Mutilation in Africa. Harrington Park Press, Inc. 1989
- PATH: Modern Rites of Passage. Harmful traditional practices: PATH Web Pages, WWW.PATH.ORG
- PATH: Why didn't you tell us sooner? Harmful traditional practices: PATH Web Pages, WWW.PATH.ORG
- WHO: Female genital mutilation facts sheets. World Health Organisation, August 1996.
- WHO: Female genital mutilation; an overview. World Health Organisation, 1998.

## 6.5 Widerstand gegen weibliche Genitalverstümmelung in Ägypten

*Amal Shafik*

Erscheint in: Petra Schnüll / Terre des Femmes (Hrsg.) Weibliche Genitalverstümmelung, eine fundamentale Menschenrechtsverletzung.

Anlässlich der Anhörung von Bündnis 90/Die Grünen im April 1997 zur Problematik der weiblichen Genitalverstümmelung („Ein Schmerz, der die Seele trifft“)<sup>16</sup> hielt Frau Dr. Amal Shafik aus Ägypten einen Redebeitrag, der im folgenden in leicht gekürzter Form und in deutscher Übersetzung wiedergegeben wird. Vielen Dank für Ihre Einladung zu dieser Anhörung. Ich hoffe, daß diese sich für beide Seiten als fruchtbar erweisen wird.

Ich möchte darauf aufmerksam machen, daß der Ursprung von FGM<sup>17</sup> in Ägypten nicht wirklich bekannt ist. Einigung besteht jedoch darüber, daß diese Praxis seit sehr langer Zeit existiert und seitdem beharrlich weiter ausgeführt wird. Trotzdem begann die aktive Arbeit dagegen in Ägypten erst in den späten 70er Jahren, und der eigentliche Sprung nach vorne tat sich erst in den 90er Jahren. Obschon die Anstrengungen angesichts der ernsten Situation noch bescheiden sind und in sehr kleinen Schritten erfolgen, hoffen wir, daß diese Praxis in Ägypten eines Tages völlig beseitigt sein wird. Alles was wir wissen ist, daß eine lange Reise von 1000 Meilen mit einem einzigen Schritt beginnen muß.

Ziel meiner Präsentation<sup>18</sup> ist es, Sie mit den Basisdaten der gegenwärtigen Situation in Ägypten vertraut zu machen, bedeutende Aktionsansätze zu untersuchen und mögliche zukünftige Richtungen für Maßnahmen in Ägypten darzustellen. Wir können diese Ergebnisse ebenso als Modell für andere Länder verwenden.

Die früheste Anstrengung zur Bekämpfung von FGM, auf die ich bei meiner Literaturrecherche stieß, datiert auf das Jahr 1963, als Dr. Mahmoud Karim, Gynäkologe und Mitglied der *Cairo Family Planning Association (CFPA)*<sup>19</sup>, anregte, FGM als Thema in das Programm der CFPA aufzunehmen. Sein Vorschlag wurde mit offener Ablehnung quittiert. Der CFPA war das Thema Familienplanung bereits heikel genug, und man war nicht bereit, ein weiteres explosives Thema wie FGM aufzunehmen. 1975, im „Internationalen Jahr der Frau“, begannen internationale Organisationen, ägyptische NGOs<sup>20</sup> über FGM zu befragen. Dieses erneute Interesse zwang die NGOs, etwas zu unternehmen, das Thema konnte nicht länger ignoriert werden. Daher beauftragte die CFPA 1979 Mary Assad, eine Studie über die Praxis von FGM in Ägypten durchzuführen. Das Ergebnis dieser Studie war für alle ein Schock: sie ergab, daß 80 Prozent der interviewten Frauen beschnitten waren. Die CFPA organisierte ein „Seminar über die körperliche Verstümmelung junger Frauen“ und lud das Ministerium für Soziale Angelegenheiten, die WHO, UNICEF und andere NGOs ein, um über mit FGM zusammenhängende Themen zu debattieren. Das Seminar erwies sich als sehr fruchtbar, vierzehn spezifische Empfehlungen wurden formuliert, die bis heute von der CFPA verwendet werden.

<sup>16</sup> A.d.R.: Siehe hierzu auch Artikel von Maria Brosch.

<sup>17</sup> FGM: Female Genital Mutilation (weibliche Genitalverstümmelung)

<sup>18</sup> A.d.R.: Diese Präsentation basierte auf der Vorführung verschiedener Dias.

<sup>19</sup> CFPA: *Cairo Family Planning Organisation* (Organisation für Familienplanung in Kairo)

<sup>20</sup> NGO: Non-Governmental Organization (Nichtregierungsorganisation, NRO)

1984 wurde die CFPa Mitglied im *Inter-African Committee (IAC)*<sup>21</sup>. Dieses Netzwerk erwies sich für den Erfahrungsaustausch als genauso nützlich, wie zum Erwerb von Informationen über die Bekämpfung dieser Praxis in anderen Ländern. Aus der CFPa entstand das *National Committee for the Education of Female Circumcision*. 1992 wurde das *National Committee* schließlich eine eigenständige Organisation, die sich *The Society For The Prevention Of Traditional Practices Harmful To Women And Children* nannte.

Gleichzeitig spielten auch andere Faktoren auf internationaler Ebene eine Rolle. Mit der Ratifizierung der *Convention for Elimination of all Forms of Discrimination against Women (CEDAW)*<sup>22</sup> und der *Convention on the Rights of the Child (CRC)*<sup>23</sup> verpflichtete sich Ägypten innerhalb seines kulturellen Kontextes dem Wort und Geist beider Konventionen. Ich möchte darauf hinweisen, daß die CRC einen guten Ausgangspunkt für die Anstrengungen zur FGM-Bekämpfung darstellt, weil die Argumente gegen FGM eine höhere Akzeptanz genießen, sobald sie sich auf das Wohlergehen der Kinder beziehen. Daran können die Rechte der reproduktiven Gesundheit und hieran wiederum die Menschen- und Frauenrechte angeknüpft werden.

Die *Vienna Declaration*<sup>24</sup> verband FGM dann endlich mit den Menschenrechten. Dies erwies sich insofern als nützlich, als daß in der Folge alle Menschenrechtsorganisationen begannen, mit Frauengesundheitsorganisationen gegen FGM in Ägypten zusammenzuarbeiten. Hier begründete sich ein neuer Ansatz zur Bekämpfung von FGM.

Die *International Conference on Population and Development in Egypt (ICPD)*<sup>25</sup> stellte einen weiteren großen Schritt nach vorne dar, weil die verschiedenen NGOs auf dieser Konferenz mit der Zusammenarbeit begannen. Die NGOs wurden sich zweier wichtiger Aspekte bewußt: der eigenen Macht und der Chance zur Zusammenarbeit. Gleichzeitig fanden sie heraus, in welcher Weise eine Kooperation miteinander möglich wäre.

Alle diese Entwicklungen leiteten eine neue Ära im Kampf gegen FGM ein. Ich werde hier fünf Zugänge vorstellen.

Zunächst gehe ich auf den Informationsstand über FGM in Ägypten ein. Obwohl FGM in Ägypten schon lange existiert, wurde das gesamte Ausmaß der Verbreitung nie registriert. Es gab lediglich einige kleinere Studien, von denen keine national repräsentativ war. Die *Egypt Demographic Health Survey* von 1995 (EDHS)<sup>26</sup> war die erste Übersicht mit einem national repräsentativen Ergebnis, die den Informationsstand nachhaltig verbesserte. Die Resultate machten angesichts des unerwartet hohen Verbreitungsgrades geradezu sprachlos. Die Ergebnisse wurden durch eine Studie der *Egyptian Fertility Care Society (EFCS)*<sup>27</sup> verifiziert. Daß die Verbreitung von FGM in Ägypten bei 97 Prozent liegt, war ein großer Schock für alle, und bis heute bestreiten viele den Wahrheitsgehalt dieser

<sup>21</sup> A.d.R.: Siehe hierzu auch Artikel von T. Levin und U. Brown

<sup>22</sup> CEDAW: *Convention for Elimination of all forms of Discrimination against Women* (Konvention für die Abschaffung aller Formen von Diskriminierung gegen Frauen)

<sup>23</sup> CRC: *Convention on the Rights of the Child* (Konvention für die Rechte der Kinder)

<sup>24</sup> *Vienna Declaration* (Wiener Erklärung)

<sup>25</sup> ICPD: *International Conference on Population and Development in Egypt* (Internationale Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung in Ägypten)

<sup>26</sup> EDHS: *Egypt Demographic Health Survey* (Demographische Gesundheitsstudie Ägyptens)

<sup>27</sup> EFCS: *Egyptian Fertility Care Society* (Ägyptische Gesellschaft für Fortpflanzungsvorsorge)

Zahl. Die Kontrollstudie ergab einen Prozentsatz von 94 Prozent und bestätigte somit das sehr hohe Vorkommen von FGM.

Die EDHS gab Informationen zur Verbreitung von FGM heraus, zu den Begründungen dafür, den Einstellungen dazu und den Personen, die FGM durchführen. Die Kontrollstudie der EFCS basierte auf Ergebnissen von Kliniken. Jede Frau wurde klinisch untersucht, so daß die Ergebnisse nicht mehr angezweifelt werden konnten. In dieser Studie wurde die Genauigkeit der eigenen Aussage untersucht: Wenn die per Fragebogen befragten Frauen antworteten: „Ja, ich bin beschnitten“, ergab die klinische Untersuchung, daß viele nicht genau wußten, ob sie beschnitten waren oder nicht. [...] Als die drei Hauptgründe für FGM wurden Tradition, Hygiene und Religion genannt. Religion befand sich an dritter Stelle, nicht an erster, wie viele erwartet hatten. Es ist wichtig zu wissen, daß es sich bei diesen um die am häufigsten genannten Gründe handelte, und daß es weiterer Untersuchungen zu den kulturellen Wurzeln dieser Gründe bedarf (so wie sie die Bevölkerung selbst definiert). Für die Errichtung von Strategien zur Bekämpfung von FGM sind solche Nachforschungen grundlegend. Die Kontrollstudie der EFCS erbrachte ergänzende Informationen zu den verschiedenen Formen von FGM, die in Ägypten praktiziert werden.

Die EDHS basierte auf Fragebögen und war somit abhängig von den Aussagen der Frauen. Sie konnte keine Informationen zu den Arten von FGM zur Verfügung stellen, da die Frauen nicht zuverlässig beantworten konnten, welcher Art der Beschneidung sie unterzogen worden waren. Dieser EDHS-Studie zufolge war das Durchschnittsalter der Mädchen zum Zeitpunkt der Beschneidung 9,8 Jahre, aber mehr als 60 Prozent der Mädchen werden im Alter von 7 bis 10 Jahren genital verstümmelt. Das Ergebnis der Studie ist von besonderer Relevanz, da es der Theorie von Altersgrenzen Gewicht verleiht, die einige NGOs in ihren Projekten anwenden. Diese NGOs sind der Ansicht, daß sich ein Mädchen in Sicherheit befindet und vermutlich nie beschnitten wird, wenn es im Alter von 13 Jahren noch unbeschnitten ist. [...] Der wichtige Tatbestand, daß die Pharaonische Beschneidung (Infibulation) in Ägypten nicht existiert, sollte NGOs davor warnen, die medizinischen Komplikationen zu einem Hauptargument gegen FGM zu machen, wie ich meine. Tatsächlich ermittelte die EDHS bei der Befragung der Frauen, daß nur ein Anteil von 7 Prozent von Komplikationen berichtete. Demzufolge erscheint es übertrieben, medizinische Probleme als Hauptargument gegen diese Praxis anzuführen. Es gibt andere Argumente, die genauso wichtig sind. Eine weitere wichtige Feststellung der EDHS war, daß in der Generation der Mütter überwiegend die Dayas [traditionelle Beschneiderinnen, A.d.R.] und die Barbieri diese Operation durchführten. In der Generation der Töchter wurde die Mehrheit der FGM von Ärzten und Krankenschwestern vollzogen. Dies zeigt, daß FGM in Ägypten zunehmend medikalisiert wird, ihre Durchführung durch Mediziner bedeutet eine Art gesellschaftliche Legitimation der Praxis.

Die zweite sehr wichtige Aktionsform der 90er Jahre ist die Mobilisierung der Zivilgesellschaft. Hier ist besonders auf die *Task Force*<sup>28</sup> gegen FGM hinzuweisen. Die *Task Force* begann ihre Arbeit nach der ICPD. Gegründet wurde sie von leitenden Mitarbeitern von NGOs, Vertretern der Regierung, Sozialwissenschaftlern und Akademikern. Diese treffen sich monatlich, organisieren Seminare und viele andere Veranstaltungen. Die in Ägypten aktiven NGOs werden auf zwei Ebenen mobilisiert. Zum einen auf nationaler Ebene, der die *Task Force* angehört, und

---

<sup>28</sup> *Task Force* (Sonderkommission)

zum anderen an der Basis, auf dem Grassroot-Level, auf der zum Beispiel die *Catholic Evangelical Society for Social Services* (CEOSS)<sup>29</sup> arbeitet.

Ein weiterer Schritt waren Aktionen der Regierung, die sich durch die zahlreichen Aktivitäten gezwungen sah, ebenfalls Veränderungen in die Wege zu leiten. Dazu erwies sich die Aufmerksamkeit der Medien als sehr nützlich.

Darüber hinaus folgten Anstrengungen internationaler Organisationen wie der WHO und UNICEF, letztere ist in Ägypten besonders aktiv in der Bekämpfung von FGM.

Seit ihrer Gründung beweist die *Task Force* ihre Effektivität. Die MitarbeiterInnen organisierten einen Workshop, in welchem sich acht Gruppen trafen, zusammengesetzt aus Anwälten, Soziologen, NGOs, Jugendlichen, Ärzten, Schriftstellern, Medienmitarbeitern, Lehrern, Universitätsprofessoren und Entscheidungsträgern. In diesem sehr fruchtbaren Seminar wurde begonnen, gemeinsam eine Strategie zu formulieren, um herauszufinden, wo genau das Problem liegt und wie es überwunden werden kann.

Eine weitere Gruppe ist die Forschungs- und Studiengruppe, die gegenwärtig an drei Studien arbeitet. Die erste Studie beschäftigt sich mit der Einstellung von Ärzten zu FGM. Die zweite Studie unter Universitätsprofessoren ergab, daß diese sich entschieden, FGM nicht mehr zu praktizieren, die Rate sank von 100 Prozent auf 0 Prozent. Die letzte der drei Studien beschäftigt sich mit der Arbeit und den Erfolgen ägyptischer NGOs, die FGM bekämpfen.

Die *Task Force* mobilisiert andere NGOs und stärkt deren Arbeit, indem sie Workshops organisiert, ausbildet, und entweder finanzielle Unterstützung gewährt oder bei Finanzierungsanträgen berät. Die Hauptziele der *Task Force* sind das öffentliche Eintreten für ihre Ziele und die Verbreitung von Informationen. Außerdem soll ein Netzwerk anderer NGOs aufgebaut werden, um Forschungen durchzuführen, auszubilden und ein allgemeines Forschungsangebot zu gewährleisten. Zur Zeit unterhält die Organisation ein Informations- und Forschungszentrum, das allen offensteht. Es soll über die FGM-Thematik hinaus zu einem Zentrum gegen Gewalt an Frauen im allgemeinen erweitert werden.

Es gibt noch ein weiteres Beispiel der Basis, eine Erfahrung, die überaus interessant ist in Ägypten, nämlich die oben erwähnte *Catholic Evangelical Organization for Social Service* (CEOSS). Diese Organisation nahm 1980 die Arbeit auf, ohne anfänglich ein spezielles Projekt gegen FGM geplant zu haben. Sie ging das Problem zunächst über ihre ursprünglichen Projekte an, wie z. B. Sozialdienste. Die Ergebnisse ihrer Arbeit sind deutlich sichtbar. Die CEOSS-Projekte folgen einer Langzeitstrategie, die unter der Bezeichnung „Gesamtgemeinschaftliche Entwicklungsstrategie“ läuft. Die Organisation vertritt die Auffassung, mindestens fünf Jahre arbeiten zu müssen, um die Überzeugung der Gemeinschaft von der Beschneidung zu verändern. Denn selbst wenn die Eltern im Erfolgsfall das Mädchen nicht mit sieben Jahren beschneiden lassen, können sie ihre Meinung noch ändern, bis es 13 Jahre alt ist. Um den Erfolg sicherzustellen, muß die Organisation also mehr Zeit in ihre Arbeit investieren. Die Anwendung der Entwicklungsstrategie bedeutet, daß Veranstaltungen nicht als Anti-FGM-Projekte deklariert, sondern über andere Aktionen präsentiert werden: Alphabetisierungsprojekte und Freizeitprojekte. Erst im Rahmen dieser Veranstaltungen wird die FGM-Problematik aufgegriffen. Neben dieser indirekten Methode geht CEOSS auch den direkten Weg in Form von Seminaren und Meetings. Eine weitere Zielgruppe sind einflußreiche Mitglieder der Gemeinschaft. Diese sind sehr wichtig, insbe-

<sup>29</sup> CEOSS: *Catholic Evangelical Society for Social Services* (Katholisch-Missionarische (oder -Protestantische) Gesellschaft für Soziale Dienste)

sondere in kleinen Gemeinden, wo sie entscheidenden Einfluß besitzen. CEOSS sponsert darüber hinaus das *Women's Committee*<sup>30</sup>, das von Eltern gegründet wurde, die ihre Töchter nicht beschneiden ließen, und die andere Eltern in ihrer Entscheidungsfindung unterstützen wollen. Das Committee verbreitet Aufklärungsmaterial und bedient sich einer sehr interessanten Evaluations- und Bewertungsmethode, beispielsweise für den Fall, daß Eltern zwar ihre Meinung geändert haben, aber dennoch nicht restlos überzeugt sind. Innerhalb eines Bewertungssystems werden sie danach eingeteilt, welchen Grad der Überzeugung sie zugesagen erreicht haben. Daraus läßt sich für jeden Einzelfall ableiten, ob die Eltern noch mehr Unterstützung benötigen oder ob die Aufklärung bereits erfolgreich war. Es ist sehr beeindruckend, daß sie in vier Gemeinden die Quote von 100 Prozent auf 0 Prozent reduziert haben, der Erfolg ist offensichtlich.

Der dritte Akteur ist die Regierung. Es gab drei Dekrete des Gesundheitsministeriums, wobei das letzte festlegte, daß Beschneidung weder in öffentlichen noch in privaten Krankenhäusern ausgeführt werden darf. Dies war ein großer Schritt nach vorne. Ein anderer wichtiger Aspekt ist die Tatsache, daß der Große Scheich von Al Azhar, der die höchste moralische und religiöse Autorität in Ägypten darstellt, bekannt gab, daß weibliche Beschneidung nicht vom Islam verlangt wird. Diese Aussage war ausgesprochen hilfreich im Kampf gegen FGM, denn religiöse oder medizinische Begründungen sind die häufigsten. Daneben wurden zwei Gesetze gegen FGM vorgeschlagen, über die im Parlament noch abgestimmt werden muß.<sup>31</sup> Und schließlich hat das Bildungsministerium Fakten gegen FGM in die Lehrpläne integriert. Ich muß allerdings einräumen, daß einige Eltern damit nicht einverstanden waren und gegen das Ministerium klagten.

Ein interessanter Punkt, den ich hervorheben möchte, ist die Tatsache, daß nicht die Regierung, sondern die NGOs die Medien mobilisierten, kürzlich zum Beispiel die *Task Force* und das *National Committee in Egypt*<sup>32</sup>. Und ebenfalls vor kurzem haben sich internationale Organisationen, die gegen FGM agieren (zum Beispiel UNICEF), einer Medienkampagne angeschlossen. Gegenwärtig diskutieren UNICEF und *Task Force* eine Gesamtstrategie gegen FGM. Die Medien zu mobilisieren, war nicht einfach. 1992 hat das *National Committee for the Eradication of Harmful Practices*<sup>33</sup> 400 Radio- und Fernsehmitarbeiter geschult. Daraus ging ein Drei-Phasen-Programm - ähnlich einem Pilotprojekt - der *Egyptian Radio and Television Union (ERTU)*<sup>34</sup> hervor. Zuerst wurden die Produzenten geschult und dann Informationen zu FGM in laufende Radio- und Fernsehprogramme integriert. Die anschließende Evaluation ergab sehr positive Resultate. Nach dieser Aktion wurde ein Kreis von Journalistinnen gegen FGM gebildet, die an verschiedenen Seminaren und Medienereignissen teilnahmen, um als Pressevertreterinnen die Mobilisierung der Medien gegen FGM zu unterstützen.

Die *Task Force* achtet ebenfalls darauf, ob in den Medien über Fälle von FGM berichtet wird, die zu schweren Komplikationen oder gar zum Tod geführt haben. Die Organisation verfügt über ein Archiv von Publikationen (FGM-

<sup>30</sup> *Women's Committee* (Frauenkomitee)

<sup>31</sup> A.d.R.: Nach Rücksprache mit der Autorin im April 1999 sollen diese Gesetze, über die bislang noch nicht abgestimmt wurde, 1999 erneut im Parlament diskutiert werden.

<sup>32</sup> *National Committee in Egypt* (Nationales Komitee Ägyptens)

<sup>33</sup> *National Committee for the Eradication of Harmful Practices* (Nationales Komitee für die Abschaffung gefährlicher Praktiken)

<sup>34</sup> ERTU: *Egyptian Radio and Television Union* (Ägyptische Radio- und Fernsehgemeinschaft)

Aufklärungsmaterial, zum Beispiel Broschüren und Poster)<sup>35</sup> [...] unterhält ein Forschungs- und Informationszentrum und ist mit internationalen Organisationen vernetzt (zum Beispiel mit *Rainb\_* oder dem *John Hopkins Center for Communication Programs*). Internationale Organisationen sind noch nicht allzu lange in Ägypten involviert. Wir können beobachten, daß das UNICEF *Population Council* und die *Ford Foundation* bei der Forschung behilflich sind und die Arbeit der Medien und der NGOs unterstützen.

Mein Anliegen war es, die Situation in Ägypten und die jüngsten Aktionen dort vorzustellen, und ich hoffe, ihr Wissen etwas bereichert zu haben. Abschließend möchte ich noch den Appell an Sie richten, FGM immer im Kontext des kulturellen Hintergrundes zu betrachten, weil - wie Nahid Toubia es in ihrem „Call for Global Action“<sup>36</sup> ausdrückt - „... die Menschen jener Länder, in denen FGM praktiziert wird, es übelnehmen, wenn man sich auf barbarische Praktiken, die den Frauen von männlich dominierten, primitiven Gesellschaften aufgebürdet werden, bezieht. Besonders dann, wenn sie die westliche Welt betrachten und Frauen sehen, die sich eigenen Feminisierungs-Ritualen unterziehen.“

Beides, die Botschaft und die Fakten über FGM gehen verloren, sobald die GegnerInnen die Sprache der Kolonisatoren oder die Sprache der Sklavenhalter benutzen. Ich hoffe, daß wir einfühlsam sind, wenn wir ein so heikles Thema wie FGM angehen. Und ich wünsche allen Erfolg. Vielen Dank.

Übersetzung aus dem Englischen von Daniela Günther, Ulrike Wesch, Petra Schnüll

---

<sup>35</sup> A.d.R.: Die Autorin präsentierte während ihres Vortrages unter anderem ein Poster der CARITAS (siehe Foto).

<sup>36</sup> Call for Global Action: Aufruf zu globaler Aktion

## **6.6: The REACH Project in Uganda** *Francois Farah*

Der Artikel von Francois Farah „A Promising Success in Discarding Female Genital Mutilation: The REACH Project in Uganda“ ist erschienen in: Innovations. Vol. 6 (1999).

### **A Promising Success in Discarding Female Genital Mutilation**

#### **FGM in Uganda**

In Uganda FGM is practised by the Sabiny community in the Kapchorwa district in eastern Uganda. The district is fairly underdeveloped. The mountainous nature of the district makes transport and communications with other districts very difficult and contributes to its isolation. This has sustained the perpetuation of some harmful practices including FGM. Kapchorwa has an estimated population of 135,000 (estimates for 1996). The majority lives in the rural areas. Ethnically, the people of Kapchorwa belong to the Kalenjin sub-groups of the Hilo-Hamites. They are separated from their kin the Sabour (Elgon Masai) who live in Mt. Elgon and Trans Nzoia districts of Kenya by the Kenyan Ugandan border.

The practice commonly takes place in December of even years. It is of type two according to the WHO classification and involves cutting the clitoris and labia minora of girls and women falling in the 15-25 age group. Some girls, however, undertake the practice before 15 if they are "brave" and psychologically ready to face the knife. Some delay the ritual as a strategy of evasion, but eventually submit to it due to taboos, social pressure and intimidation (Bananura, 1994).

The district is divided into three counties and eleven sub-counties. Until late 1995, research showed that up to 46%, 45% and 29% of girls aged 11-18 wanted to undertake the practice in the three counties of Kween, Kongasis and Tingey respectively, whereas 22%, 19% and 6.5% were already circumcised in the same counties. A large section of the community supported the practice (63%) because it is part of their culture and 36% because they fear mockery and harassment by the community. To some Sabiny, an uncircumcised full-grown girl or woman is regarded as deviant (Chekweko, 1994). According to Chekweko, a majority of Sabiny youth support the practice due to peer and parental influence, social pressure, cultural identity and ignorance of its short- and long-term complications.

The Sabiny have made national and regional headlines over the years for their strict adherence to the tradition of FGM as a rite of passage into womanhood. In the late 1980s, attempts by government and other NGOs to enforce compliance with international health and human rights norms and instruments nearly provoked cultural indignation and resistance. Other attempts to ban or eradicate the practice in the early 1990s had serious negative effects and caused the number of circumcised girls and women to rise sharply (Elyah, 1996).

#### **Typical Case of Kapchorwa's FGM**

FGM in Kapchorwa is construed as an initiation ritual that aims at sanctioning the passage of adolescents from girlhood to womanhood. While the initiation goal and the accompanying rituals (such as singing, dancing, feasting) raise no con-

troversy, the cutting itself is a serious health hazard and should be singled out as the component to be addressed. The novelty of the REACH programme is to operate a distinction between perpetuating culture through the initiation rituals (even reassuring the community about protecting and promoting the positive aspects of their culture) and discarding the cutting practice itself or perhaps replacing it with symbolic methods or rituals.

The practice in Kapchorwa is wrapped up with much sacredness and taboos. Over the years, male-dominated communities have developed three complementary strategies to perpetuate and maintain the practice (Farah, 1996):

1. Casting a sense of sacredness on the practice in terms of rituals, taboos, witchcraft and others. The practice should be undertaken at dawn, facing east, in December of even years, after mysterious and superstitious rituals, by socially sanctioned circumcisors and guardians, etc;
2. Devising a range of institutional, social and economic regulators and "agencies" such as the circumcisors, the guardians, the tutors, the singing, dancing, feasting, etc.; and
3. Marginalising those who decide not to be part of the group by exerting social pressure and sanctions such as denying recognition to or stigmatising uncircumcised women, showing disrespect for men whose wives are not circumcised, not allowing uncircumcised women to milk a cow, fetch water, pick food from the granary, serve in public, etc.<sup>37</sup>

In addition, FGM is also practised in a broader context of very poor reproductive health conditions in the district. Health units are generally limited and poorly equipped. Health service providers are very few with limited skills and low salaries. Communication and referral services are non-existent. There is only one hospital for the whole district and one dispensary in each sub-county. However, owing to the poor transport and communication infrastructure most rural areas are inaccessible, making maternity visits almost impossible. The traditional birth attendants (TBAs) are the backbone of obstetric services in the district, in spite of their limited numbers and poor qualifications.

### **The REACH Concept**

The United Nations Population Fund (UNFPA) Kampala Office, spearheaded in 1995-1996 an innovative, culturally sensitive programme aimed at supporting the efforts of the community to discard the practice. The Project is called Reproductive, Educative And Community Health (REACH). The REACH concept is based on a number of premises which combine to suggest that cultural values are immutable and that they reflect the identity of the group. Therefore, any attempt to temper with culture from this perspective is bound to be rejected by the community. The community cannot question itself or its identity. Values, however, are often expressed through practices which very much depend on the stage of knowledge, technology and exposure of the community. The rationale is that if separated from values, traditional harmful practices can be questioned by the

<sup>37</sup> In a number of communities, uncircumcised women/girls are not allowed among others to address gatherings, collect cow dung from the kraal and grind millet in front of circumcised women (Kiirya, 1997).

community without causing any collective identity crisis<sup>38</sup>. Hence, in order for a socially acceptable change to take place and to sustain itself, emphasis should be put on cultural practices as opposed to cultural values, while creating a conducive environment for indigenous groups to spearhead the change (Farah, 1996).

Another assumption is that for any programme intervention to succeed, communities should be allowed to determine and steer the change at their own pace and through their own dynamics. Such interventions should encourage societies to operate within codes and rules that are acceptable to, and reproduced by their own key value-reproducing institutions such as the family, the school, the peers, the market place, clan structures, political, religious and cultural institutions. A corollary of this assumption is that such interventions should be non-prescriptive, non-incriminative and non-judgmental (Farah, 1996). In fact, REACH suggested the use of the concept of Female Genital Cutting (FGC) to describe excision/clitoridectomy in Kapchorwa. FGC singles out the actual practice or act that should be eventually abandoned. While female genital mutilation was thought to be judgmental and insensitive towards the women who have undergone the practice, female circumcision was thought to imply acceptance of excision or condoning the practice and was, therefore, rejected.

A third assumption is that a minimum bottom-up social legitimacy is required before any top-down legality or legislation is possible to ban or to enforce the ban on the practice. This involves a process of breaking the taboo on the practice, encouraging a public and open debate on its harmful aspects, digesting those harmful aspects by key change agents and eventually shifting the social norm from support for the practice to discarding it.

It is in this above context that the REACH programme attempted to detach the practice of cutting the genitals of girls and women from the cultural value of initiation. It did so through a consultative and persuasive process with key change agents in the community (such as political, clan and religious leaders, elders, women's and youth representatives). The aim was to persuade them to recognise and appreciate the serious health risks associated with the practice for women and the community at present and in the future, while reassuring them of the support of the Programme for enhancing and promoting the community's distinct culture. In addition, REACH invested heavily in sensitising school-going and out-of-school adolescents on the harmful aspects of the practice using peer educators among the youth. It also situated FGC in the broader problems of reproductive health in the community so that it can be tackled at the same time as other reproductive health concerns are being addressed. REACH also provided training for health workers (such as TBAs and nursing aides) in maternal and sexual health and family planning and equipped them with appropriate skills. The following is an illustration of the REACH concept.

---

<sup>38</sup> It is an established fact that through knowledge and technology development, human groups exploit gains to be made out of human investment and overcome social and material constraints. They act in ways they could not act previously (Dietz and Burns, 1992).



## Operationalisation of the REACH Concept

A number of activities were implemented before the Programme started. They consisted of:

- a) Carrying out a state-of-the-art review on the practice in general, and in Kapchorwa in particular, and documenting the failure of previous attempts (May 1995);
- b) Bringing together clan and community leaders, elders and women's and youth groups in a preliminary workshop to initiate an open debate on the practice (July 1995);
- c) Identifying potential programme managers and consultants in the community and writing the draft project document and sharing the project document with the Ministry of Health and the Population Secretariat (August-November, 1995);
- d) Securing a consensus in the community by discussing the draft project document at a second workshop with the same participants and endorsing the proposed objectives and strategies (January 1996); and
- e) Launching the programme activities (January 1996).

The first workshop targeted the most conservative groups in the community i.e., the clan leaders, the elders and the Sabyin Elders' Association. It was also attended by other political, religious and district leaders, local councillors, district heads of departments (medical, education and population officers), representatives of the Ministry of Health and the Population Secretariat. It attracted 110 participants, 31 females and 79 males. The workshop highlighted the purpose of the UNFPA initiative. It insisted that the aim was just to share with the participants information on reproductive health and the harmful aspects of the practice. The objective was to let the participants discuss and devise the next steps. No suggestion to discard or abandon the practice was made. Indeed, emphasis was placed on identifying those positive aspects of the culture that would ensure safer and improved reproductive health conditions in the district. The non-prescriptive nature of the workshop appealed to the elders and clan leaders and created a conducive environment for accepting the principle of discussing the practice publicly in the first place. It also paved the way for the second workshop, this time with the full blessing of the elders and clan leaders.<sup>39</sup>

The workshop involved presentation of papers on the harmful practices affecting maternal and child health and the historical background and available research findings on FGC in Kapchorwa. It recognised the poor reproductive health conditions in the district, discussed their causes and implications and made the following recommendations:

- Adopt the FGC concept for being less judgmental of the community;
- Sensitise the community and, in particular, the elders, women's and youth groups on the harmful aspects of FGC;
- Promote girls' education in the district and add a component on harmful aspects of FGC in the school health education curriculum (SHEP) of upper primary and secondary schools;
- Resolve that even symbolic initiation of girls should not be done below the age of 18 years and without their informed consent;

---

<sup>39</sup> Clan leaders and elders are very influential in this hierarchical social set-up. They are the custodian of culture and command respect in their communities. Their support is very important for the success of the programme.

- Discourage licensing of circumcisors and encourage them to engage in other income-generating activities;
- Involve religious institutions, district's heads of departments and the Elders' Association in the sensitisation programme through seminars and workshops to be held at the district and village levels;
- Carry out more research on the views of parents, elders, youth and surgeons and use the results to develop IEC messages to discourage families from resorting to the practice; and
- Improve and expand reproductive health services in the community.

The July 1995 workshop's materials and recommendations were used to operationalise the REACH programme and write the draft project document.

The second workshop brought together the same participants. They discussed the draft project document, and debated the proposed objectives and strategies. They also discussed and devised feasible advocacy strategies to keep the debate on the practice open in the community. The idea again was to avoid any confrontational approach but rather to cultivate and resort to persuasive methods.

The Programme was launched in January 1996 to run for one year on a pilot basis. An independent evaluation of REACH was carried out in March 1997 to ascertain the progress made and the effect of the Programme. The breakthrough could not have been more obvious.

### **Objectives of the Project**

The long-term objective of REACH is to improve the reproductive health conditions in the district and to discard the harmful practice of FGC while promoting the cultural values of the community.

The specific or short-term objectives to be achieved by the end of 1996 include:

1. To have actively sensitised at least 30% of the target groups about the harmful aspects of FGC in the district;
2. To have sensitised at least 50% of the TBAs in the district on the harmful aspects of FGC, while enhancing their basic delivery skills and performance;
3. To have improved the quality reproductive health care and FP services in four sub-county health units (delivery points) and in the maternity wing of the district hospital; and
4. To have established a district population structure in Kapchorwa to ensure coordination and planning of population and reproductive health activities.

### **The REACH Strategies and Intervention Model**

REACH devised six complementary strategies to achieve the proposed objectives:

1. Organising awareness creation seminars and carrying out advocacy activities aimed at conservative groups such as Elders and Clan Leaders, and potential change agents such as peer educators, health workers and women's groups. This involved developing FGC-specific IEC materials<sup>40</sup> and using existing ones; building coalitions between project management and the

---

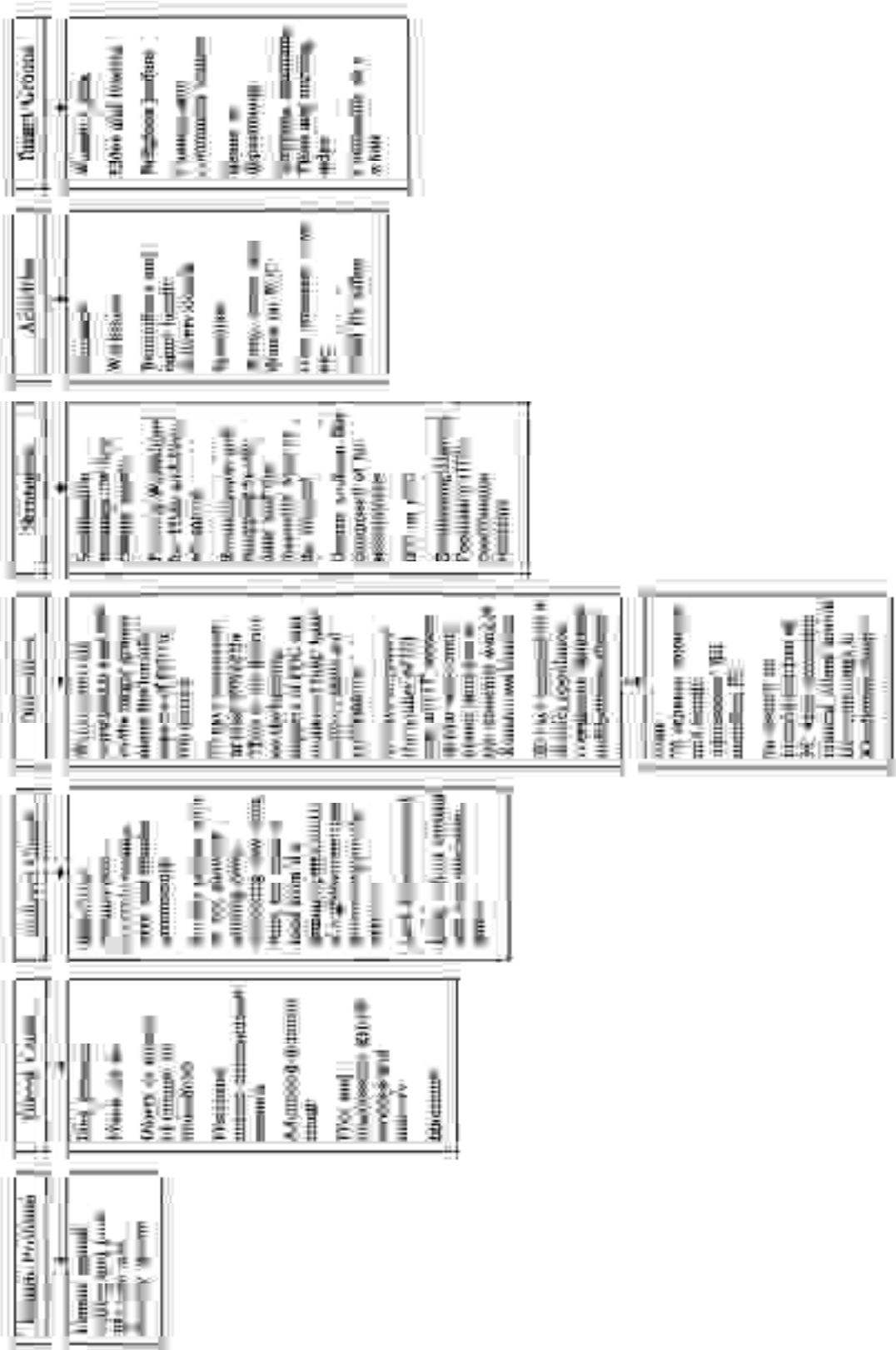
<sup>40</sup> IEC materials consisted of brochures and drawings (some of them in the local language) showing the short and long-term harmful and side effects of FGC on the girl and the woman.

Sabiny Elders' Association; and, networking among education institutions, religious groups, politicians, health institutions and community leaders. This was meant to build partnership with key groups in the community to rally their support, legitimise the purpose of the programme and create a conducive environment for change;

2. Targeting and mobilising the young people in particular (age bracket 12-24, in schools and within the community), equipping them with information and facts about the harmful aspects of FGC, and supporting them in questioning and challenging the practice. Two groups of youth mobilisers were called upon: community-based agents (CBAs) and sub-county contact persons (SCPs) at the community level and peer educators (PEs) to reach out to school-going adolescents and youth;
3. Training of health workers and TBAs to enhance their reproductive health technical skills and to increase their awareness about the associated risks of the practice;
4. Renovating four health units and the maternity wing of the district hospital and equipping them with basic MCH/FP kits. This contribution was meant to strengthen the RH services given the poor conditions of the maternity wing and the lack of basic MCH/FP kits;
5. Proposing and supporting the organization of a Cultural Day for the district. The Cultural Day was meant as a) a reassurance the community about their cultural values; b) as an advocacy strategy to strengthen the sense within the community that positive cultural values can be promoted while negative cultural practices can be changed or replaced; and c) as a socially sanctioned demonstration event that would convince the community to discard genital cutting per se and to replace it with more symbolic rituals - such as giving the girl a cow, goats or bracelets after the rituals of feasting and dancing - to mark the passage from girlhood to womanhood. The date was proposed to be November 30 of each year with the aim of eventually replacing the formal opening of the circumcision season which takes place on December 1.
6. Supporting the district in setting up a population coordination structure to ensure integration of population issues in the district's development planning and to ensure sustainability of the programme in the medium to the long run.

Figure 2 illustrates the REACH Intervention Model.

**Figure 2: The REACD Intervention Model**



## Institutional Framework and Project Management

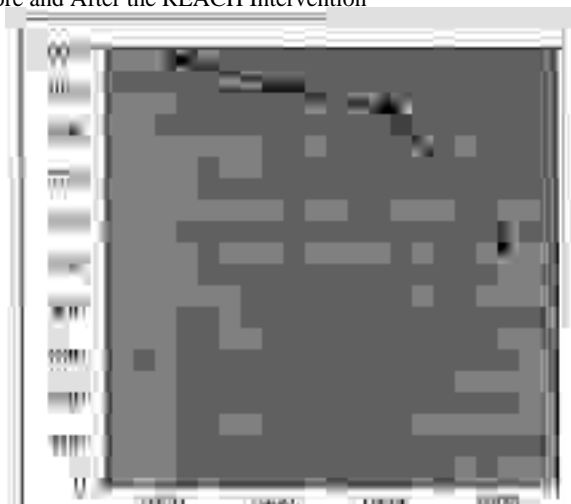
A Steering Committee was established to oversee the overall implementation of the programme. The rationale was to be as inclusive as possible, to impart a strong sense of ownership and to enable members of the community to identify with the purpose of the programme. The Committee included 15 members and was chaired by the Chairman of the Sabinu Elders' Association. Members included two Elders' Representatives, two women's representatives, a youth representative, four District officers (medical, education, population and community development), the medical superintendent of the district hospital, and one representative each from the Ministry of Health, the Population Secretariat and UNFPA. A lean and functional management was put in place with a project manager, one Assistant, a provision for one consultant, and one secretary. The project manager was also secretary to the Steering Committee. The Committee meets quarterly to ascertain progress and advise on implementation.

## Independent Evaluation and Impact

REACH was implemented on a pilot basis from January to December 1996, concentrating its activities in the most accessible sub-counties of the district. Knowing that December was the "circumcision season," efforts were made to ensure that the project would reach as many target groups as possible during the pilot phase. It is a practice in the district that girls who undergo circumcision register with the District Local Council. The project had devised a simple one-page questionnaire to be filled by girls who were due for circumcision in 1996. After each youth sensitisation seminar, participants were requested to fill in the questionnaires and indicate whether they were still interested in undertaking the practice. Up to the end of November, just before the season was formally opened, more than 350 girls who were due for circumcision that year had indicated their wish and decision to skip the practice. In January 1997, REACH collected information on the number of girls and women who were circumcised in December 1996. It compared the figure with those of the previous years. The difference was already quite telling. Across the district, female genital mutilation dropped by 36% in 1996 from the 1994 figure. (For more details about the FGC incidence in Kapchorwa and about the REACH impact in 1996, please see Appendix n from the REACH evaluation report, Kiirya, 1997).

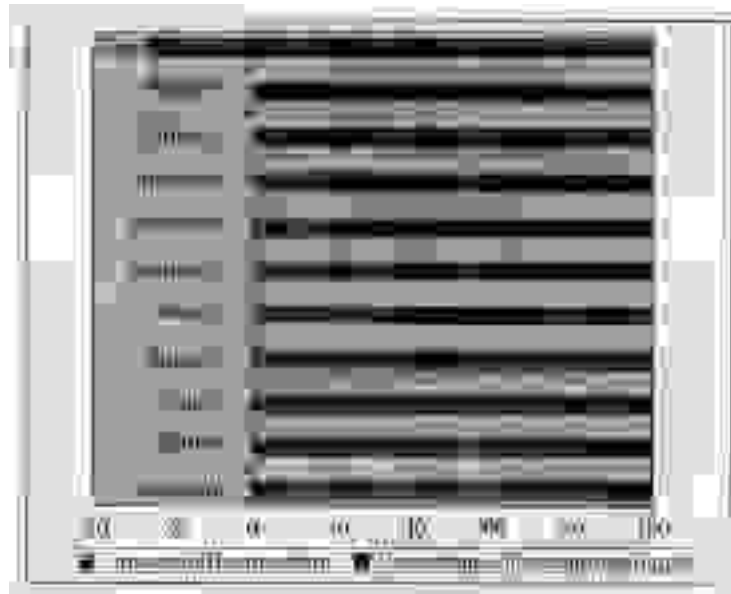
An independent evaluation was commissioned in February 1997 to assess the programme's performance, evaluate the impact and assess the relevance, suitability and replicability of the REACH concept as a model (see Terms of Reference of the Evaluation in Appendix I).

Figure 3 FGM Incidence Before and After the REACH Intervention  
(Source: Kiirya, 1997)



The evaluation used qualitative and quantitative methods to ascertain the performance and the impact of the programme. It concluded that the project had made a significant impact and brought about a positive change in FGC perceptions. Project impact, the evaluation concluded, was considerable in the sub-counties of Kaserem, Kabai, Sipi, Swam and Binyiny where the programme was intensively operating (see Figure 4 below).

Figure 4 FGC Drop Rate Between 1994 and 1996 by Sub-Counties



Note: The drop rate of 25% for Kapchorwa Town Council area (shown in Figure 4 above) represents an increase in incidence from four cases in 1994 to 5 cases in 1996 (Source: Kiirya, 1997).

The evaluation documented the effect of project interventions during 1996. The project attracted the active participation and support of important partners including political, government, traditional and community leaders in the district. Their efforts have yielded considerable gains in terms of mobilising the community against the practice. FGC, which used to be a taboo question in Kapchorwa (community members were particularly suspicious and enraged if the issue was taken by non-Sabiny or "outsiders" and even worse by "a white person or a foreigner"), was now being discussed openly and had become an issue of public debate involving elders, clan leaders and a range of community members. This made it possible for parents, adolescents, health workers, even circumcisors themselves to digest the harmful aspects of the practice, question its relevance to the culture and, in the process, change their perception and attitude as to whether it was not time for them to abandon it.

Members of Parliament in the district have set up an advisory board on reproductive health and other development issues to enhance the process of change. For "politicians and other opinion leaders in the district, to have begun associating with the project and claimed credit for its success demonstrates a positive impact on their perceptions about the practice and the social change" (Kiirya, 1997). Members of the conservative Sabiny Elders' Association had been won over and were at the forefront of those who were campaigning against the practice. In an interview with the British Television Trust for the Environment in August 1996, the

Chairman of the Elders' Association clearly stated that "at the beginning I was one of the strong supporters of the practice..., now I have changed." The involvement of elders and clan leaders in the sensitisation activities has also increased their knowledge about the health risks associated with the practice and the need to discard it. "For elders to have dramatically turned around to work towards discarding the practice which they have cherished and legitimised for long means that the programme has made a difference" (Kiirya, 1997). The achievement of the Elder's Association has earned it the 1998 United Nations Population Award, of the highest accolades that UNFPA bestows.

As for the surgeons who used to move from village to village cutting female genitals, their perception and behaviour have significantly changed too. A 65-year old circumcisor, who attended the programme seminars, when asked about her experience during the last circumcision season responded "I did not go out to look for women/girls to circumcise this time. I was like a doctor... I was requested for assistance so I had to circumcise them... but they were few this time" (Kiirya, 1997).

On the other hand, the project has increased the knowledge among adolescents (particularly secondary school-going girls and boys) about the risks pertaining to the practice and has brought about a significant change in their perceptions. The evaluation compared the findings with those discussed in previous studies (Chekweko, 1994 ; Kakuba and Kanesathasan, 1995) and concluded that the project "had certainly caused a positive change" among school adolescents and teenagers. In addition, parents seemed to have appreciated the role of peer educators as change agents and supported them in their sensitisation efforts. The evaluation concluded that both men's and women's attitude and perception towards the practice have changed significantly and "it is the view of the evaluation that the project interventions are responsible for that change" (Kurya, 1997). In addition, the training of TBAs and equipping them with TBA kits have improved their service delivery skills and performance. Their improved performance was recorded by the evaluation team as well as attested by a significant increase in overall awareness about the need to improve reproductive health conditions in the district.

The impact, however, was less obvious on out-of-school adolescents and drop-outs, mainly because they were not directly targeted during the pilot phase. In fact, in those geographic areas and sub-counties where the project was not actively operational, a number of married women had given in and had undergone the practice due to heavy social pressure from their in-laws, relatives and close members of their communities. The evaluation also suggested areas of consolidation of the REACH Project and strongly recommended its extension.

### **Replicability of the REACH Model**

The independent evaluation also looked into the replicability of the REACH model. It suggested that the concept and the approach were based on universal assumptions that were common to many communities and valid in many social and cultural contexts. Replicating the REACH model is therefore, not only possible and feasible, but is also likely to produce a positive outcome in a reasonably short period of time on such a sensitive issue. Devising a similar programme in other countries, however, should first and foremost reassure the community of the integrity of their cultural identity, and separate the practice from the culture per se so that the practice can be singled out for questioning. Again, questioning

any harmful practice that is deeply rooted in tradition, should originate from within the community, through their institutions that are considered having authority on values and should not be perceived as a prescription or a recipe "handed-down" to them from a "better culture." In fact, one of the premises of the REACH concept is that there is no such thing as better cultures. Cultures vary depending on the state of knowledge, development and technology. Yet they are all equally valuable to their members (Farah, 1997).

Disseminating the REACH model and the process of project initiation and development would also help other countries and communities replicate this successful experience of structurally discarding FGM and other practices harmful to reproductive health.

Three films have so far been produced to document REACH's innovative approach and concrete impact. The Television Trust for the Environment (TVE, England) produced in August 1996 (four months before "the season") an 11-minute film as part of a six-film series on *Not the Numbers Game*. The film was broadcast on the BBC World TV on October 2, 3, 5 and 6, 1996. In turn, the BBC World TV produced a film in early December to document the real context in which FGM is practised. The film was broadcast several times on the BBC World TV between March 13 and 17, 1997.

In addition, a South African TV producer made a film in April 1997, four months after the FGM season. The film was broadcast on June 8, 1997 on M-NET TV Cable in a programme called *Carte Blanche* (M-NET covers 28 African countries). Later, a crew was again in Kapchorwa to document the success of the programme for the CNN World Report.<sup>41</sup>

### **Extension of the Project**

REACH has been extended for another year and will be supported for the next four years by the new Government of Uganda/UNFPA Fourth Country Programme 1997-2000. The extension incorporated the recommendations of the evaluation, and actively expanded implementation of REACH to all the sub-counties in the district. It increased the number of peer educators and TBAs to be trained between now and the year 2000 from 30 to 138 and from 56 to 508, respectively. It also strengthened the community based component of reaching to out-of-school adolescents and teenagers, and expanded the sensitisation seminars from the sub-county level to the village level.

It is the strong view of the author that Uganda is now one of very few countries that are in a position to set up a realistic and achievable time table for a full eradication of FGC by the year 2000 or 2002. REACH is committed to achieving this objective with support from UNFPA.

---

<sup>41</sup> All tapes can be requested from the UNFPA Kampala Office.

## Appendix I

### Terms of Reference for Consultant

Project: UGA/96/P01 - Reproductive Educative and Community Health (REACH) Programme.

Station: Kapchorwa

Duration: Four weeks (January 28 - February 26, 1997)

The 3<sup>rd</sup> GOU/UNFPA Country Programme was implemented from 1993 through 1996, at a time when the International Conference on Population and Development (ICPD) also convened in Cairo in 1994. The ICPD came up with very significant recommendations that made an impact on the thinking and the way population and development issues were to be addressed in the future. The GOU/UNFPA country programme reoriented the programme strategy in consideration of the ICPD recommendations, and one of the outcomes was the REACH programme which recognises the significance of socio-cultural values in implementing RH programmes.

The REACH programme addresses Female Genital Cutting which is practised in Kapchorwa, and attempts, through various strategies, to discourage the harmful practice while enhancing the accompanying social/ cultural values. The above project was implemented for 10 months from February to December 1996. Since the project was implemented in the 3<sup>rd</sup> cycle, and now that the 4<sup>th</sup> cycle is expected to commence in 1997, a consultant will be hired to evaluate the project in order to assess its performance and impact. In addition, the evaluation report will be used as input into the formulation of a successor project to be implemented in the 4<sup>th</sup> cycle of the GOU/UNFPA country programme. This project is being evaluated for the first time. The work plan for the evaluation will be drawn with the identified consultant, who will be expected to meet with and brief the UNFPA country office at least once during the evaluation, and once more at the end of the evaluation.

Specifically the consultant will:

1. Assess programme performance by reviewing the management process, institutional framework including the relevance and role of the Steering Committee, technical input from various sources, and the monitoring mechanisms. Identify weaknesses and strengths with the view to make recommendations on how best the weaknesses can be eliminated/minimised in the second phase.
2. Assess project impact by examining the process of social change of attitudes vis-a-vis FGC, among the different target groups of the project.
3. Assess the relevance, suitability, and replicability of the REACH process as a model with the view to piloting the same initiative in countries and communities where the practice continues to be prevalent.
4. Submit a satisfactory report within four weeks after commencement of the evaluation. The report will be prepared in two parts: a) a general summary report of findings and conclusions in a commonly comprehensible form, and b) a more detailed technical report.

The consultant will work in collaboration with Kapchorwa District Administration and report to the UNFPA country office which will certify the timely delivery and quality of the report. The consultant will be provided with relevant documents on the project including base line surveys, needs assessment reports, project documents, progress reports etc.

### Qualifications

A degree at masters level in any of the following fields: population studies, demography, public health, social sciences, psychology. Several years' experience in the evaluation of population pro-

grammes, analytical skills, good command of English language. An understanding of the local language in Kapchorwa is desirable.

## Appendix 2

## The Incidence of Female Genital Cutting in Kapchorwa District (1990-1996)

<i>Sub-country</i> <b>Kongasi county</b>	1990	1992	<i>Reduction</i> <i>(1990</i> <i>1992)</i>	<i>Drop</i> <i>Rate</i> <i>(%)</i>	1994	<i>Reduction</i> <i>(1992</i> <i>1994)</i>	<i>Drop</i> <i>rate</i> <i>(%)</i>	1996	<i>Reduction</i> <i>(1994,</i> <i>1996)</i>	<i>Drop</i> <i>rate</i> <i>(%)</i>
Suam	78	89	-11	-14.0	84	5	5.6	53	31	36.9
Bukwa	106	97	9	8.5	79	18	18.6	77	2	2.5
Kaber	100	90	10	10	98	-8	-8.9	39	59	60.2
Chesower	63	58	5	7.9	52	6	10.3	42	10	19.2
Total	284	334	-50	-17.6	313	21	6.3	211	102	32.6
<b>Kween -county</b>										
Kaproron	156	144	12	7.7	135	9	6.3	98	37	27.4
Binyiny	167	153	14	8.4	134	19	12.4	85	49	36.6
Ngenge	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-
Total	323	297	26	8.1	269	28	9.4	186	83	30.8
<b>Tinget county</b>										
Kaptanya	124	130	-6	-4.8	130	0	0	90	40	30.8
Town Council	3	4	-1	-33.3	4	0	0	5	-1	-25
Sipi	95	80	15	15.8	80	0	0	46	34	42.4
Kaserem	79	58	21	26.6	58	0	0	6	52	89.7
Total	301	222	79	26.2	272	-50	22.5	147	125	46
Overall Total	908	853	68	7.0	854	49	5.4	544	310	36.3

Source: REACH project management

Table 2 above shows data on FGC since 1990, compiled by the REACH project management. It was collected by the project's community-based agents and local leaders stationed in various circumcision centres in the district.

Data shows a slight decline in the FGC incidence over the years. However, the reduction by 310 cases was highest in 1994-1996, followed by the 1990-1992 and 1992-1994 periods, which recorded a reduction of 68 and 49 cases respectively. The large reduction in 1996 is mostly attributed to the REACH's increased sensitisation and mobilisation of community members against the practice.

Data also shows particular areas in Kapchorwa district where the REACH impact was considerable. The drop was highest in Tingey county (45.9%) compared to Kongasis (32.6%) and Kween (30.8%) counties while Keserem sub-county recorded the highest reduction (87.9%) in incidence and Kapchorwa Town Council recorded an increase by 25 percent. Of the 544 females circumcised in 1996, 90% of them were married, had very low education status and resided in remote areas of the district. This category of population tends to undergo circumcision due to social pressure, particularly from mothers-in-law (for those who are married), and to lack of employment as a means of independent survival, particularly when they drop out of school and usually resort to circumcision in order to demonstrate their readiness for marriage.

With the sharp downward trend in FGM incidence due to REACH, and given the increased sensitisation and mobilisation of community members at the grassroots, it is hoped that the practice of cutting female genitals in the district can be phased out. Nevertheless, the situation still calls for intensive grassroots community sensitisation through seminars; for promotion of formal education, particularly of girls in the remote areas of the district; and continued involvement of and collective support from the key change agents at community and national levels.

## References

- African Population Newsletter (1995). Female Genital Mutilation in Kenya and Sudan. January-June; (67): 6-7.
- Aslam, A. (1996). "Female Genital Mutilation: Political Token." In: *Populi*, March; 23(1):5.
- Bananura, F. (1994). "Circumcise all Men." *The New Vision*, July 7, p. 8.
- Bayouhd, F; Barrak, S; Ben Fredj N; Allani R; Hamdi M. (1995). "Study of a Custom in Somalia: Female Circumcision" ["Etude d'une coutume en Somalie: la circoncision des filles"]. *Médecine Tropicale*, 55(3):238-42.
- Black, J. A. & DeBelle, G. D. (1995). "Female Genital Mutilation in Britain." In: *BMJ*. June 17; 310(6994):1590-2.
- (1996). Female Genital Mutilation (letter), In: *BMJ*, February 10; 312(7027):377-8.
- Chekweko, J. (1994). "Students' Attitudes and Practices Towards Female Circumcision: A Case Study of Secondary School Female Students in Tingey County." Unpublished B.Sc. dissertation. Makerere University, Kampala.
- Dietz, T. and Burns, T. (1992). "Cultural Evolution: Social Rule Systems, Selection and Human Agency." In: *International Sociology*, September; 3(3):259-283.
- Elijah, E. (1996). "Kapchorwa: A New Look at an Old Practice." In: *Populi*, March; 23(1):12-5.
- El-Zanaty, F., Hussein, E., Shawky, G. A., Way, A. A. and Kishor, S. (1996). *Egypt Demographic and Health Survey, 1995*. National Population Council, Cairo, and Macro International, Inc. Calverton, MD., USA.
- Farah, F. (1996). "Cultural Barriers and Harmful Practices: A Concept Paper for a Culturally Sensitive Intervention Strategy Aimed at Eradicating Female Genital Cutting." UNFPA, Kampala.
- Gallard, C. (1995). "Female Genital Mutilation in France." In: *BMJ*, June 17; 310(6994): 1592-3.
- Gilbert, D. (1993). "For the Sake of Purity and Control: Female Genital Mutilation." In: *Links, Health and Development Report*. Winter 1993; 9(5):6-8, 30.
- Howson, C.P., Harrison, P. F., Hotra, D. and Law, M., eds. (1996). *In Her Lifetime: Female Morbidity and Mortality in Sub-Saharan Africa*. Institute of Medicine. Washington, D.C., National Academy Press.
- Kakuba, T. (1995). *Female Circumcision: A Review of the State-of-the-Art*. UNFPA, Kampala.
- Kakuba, T. & Kanesathasan, N. (1995). *An Assessment of Female Circumcision in Kapchorwa District*. UNFPA, Kampala.
- Kasirye, B. (1997). "The Sabinu Choose to Change." In: *Leadership*, 359, pp.6-8, Kisubi: Marianum. Kampala.
- Khalifa, N.K. (1994). "Reasons Behind Practicing Recircumcision Among Educated Sudanese Women." In: *AHFAD Journal: Women and Change*. December; 11(2):16-32.
- Kiirya, S. K. (1997). *Final Evaluation Report of the REACH Programme*. UNFPA, Kampala.
- Kiragu, K. (1995). "Female Genital Mutilation: A Reproductive Health Concern." In: *Population Reports Series J: Family Planning Programmes*, October; (41 supplementary): 1-4.
- Kirberger, E., Randolph, K., Toubia, N. (1995). "Intersections Between Health and Human Rights: the Case of Female Genital Mutilation" In: *Research, Action and Information Network for Bodily Integrity of Women (RAINBOW)*: 2-3.
- (1995). "Approaches in Promoting and Achieving Human Rights." *RAINBOW*:3-8.
- (1995). "FGM in Egypt: Historical Overview." *RAINBOW*: 8-10
- (1995). "The Role of International Actors in Advocacy for FGM Abolition." *RAINBOW*: 22-4.
- Lane, S. D. & Rubenstein, R. A. (1996). "Judging the Other: Responding to Traditional Female Genital Surgeries." *Hastings Centre Report*. May-June, 26(3):31-40.
- Leonard, L. (1996). "Female Circumcision in Southern Chad: Origins, Meaning, and Current Practice." In: *Social Science and Medicine*, July; 43 (2): 255-63.
- Metcalf, C. (1996). "At the Cutting Edge of Change: Female Genital Cutting in Uganda." In: *Human Rights Tribune*.
- Muigana, M. (1994). "Kenya: Female Circumcision." In: *Conveying Concerns: Women Write on Reproductive Health*, [compiled by] Population Reference Bureau [PRB]. Washington, D.C., PRB, July: 11.
- Ndamossi, R., Mboup, G. and Nguélebe, E. (1995). "L'Excision." In: *Enquête Démographique et de santé. République Centrafricaine, 1994-95*. Bangui, Direction des statistiques démographiques et sociales, Bangui, et Macro International, December; 201-206.

- Reproductive Freedom News, (1996). "Egyptian FGM Policy Fails to Prevent Girl's Death." September 6; 5 (14): 8.
- (1996). "U.S. Grants Political Asylum to Woman Who Fled Female Genital Mutilation." June 28;5(11):8.
- Robison, L. M. (1994). "Female Circumcision: Cultural Tradition or Cultural Oppression?" (Unpublished), p. 51
- Toskin, B. J. (1997). "Towards Social Economic Development of Kongasis County: A Concept Paper." Kapchorwa, Uganda.
- Toubia, N. (1994). "Female Genital Mutilation and the Responsibility of Reproductive Health Professionals." In: *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. August; 46(2):127-35.
- Van der Kwaak, A. (1992). "Female Circumcision and Gender Identity: A Questionable Alliance?" In: *Social Science and Medicine*, 35 (6): 777-787.
- UNFPA (1996). *Report on the Technical Consultation on Female Genital Mutilation*, 27-29 March, 1996, Addis Ababa, Ethiopia.
- Webb, E and Hartley, B. (1994). "Female Genital Mutilation: A Dilemma in Child Protection." In: *Archives of Disease in Childhood*. May; 70(5);441-3.
- Webb, E. (1995). "Female Genital Mutilation. Cultural Knowledge is the Key to Understanding" (letter). In: *BMJ*. October 21; 311(7012): 1088.

## **6.7 Unsere Töchter sollen nie mehr schreien** *Daniela Hensel*

Der Artikel von Daniela Hansen „Unsere Töchter sollen nie mehr schreien. Zum ersten Mal kämpfen Afrikas Töchter gegen die Beschneidung“ ist erschienen in: Journal für die Frau 1/99, 58-63.

### **Zum ersten Mal kämpfen Afrikas Töchter gegen die Beschneidung**

Die Sonne brennt unbarmherzig. Selbst jetzt, am späten Nachmittag. Ziegen suchen mühsam nach Grashalmen. Zwei Frauen in roten und blauen Boubous balancieren Wasserkrüge auf dem Kopf. Sie setzen die Tongefäße ab, wickeln ihre Babys auf den Rücken und gehen zum Versammlungsplatz. Dort hat sich die Dorfgemeinschaft unter dem schattigen Baobab zusammengefunden. Ourèye Sall (53), die Sprecherin der Frauengruppe von Nguerigne Bambara, einem kleinen Dorf südlich von Senegals Hauptstadt Dakar, hat zur Zusammenkunft gerufen. 50 Männer und Frauen sind ihrer Einladung gefolgt. "Früher kamen nur die Frauen. Dann haben wir über Probleme mit den Kindern, über die Hitze und die Ernte gesprochen. Heute kommen auch die Männer, um etwas zu lernen." Junge Mädchen in bunten Kleidern stecken die Köpfe zusammen, tuscheln, kichern. Die Männer, auf der anderen Seite der Diskussionsrunde warten geduldig. Einige kommen aus der Moschee. In der Mitte des Kreises liegen Zeichnungen auf dem Tisch. Große Holztrommeln warten auf ihren Einsatz. Menschenrechts-Unterricht in Nguerigne: "Alle Menschen sind gleich", erläutert Ourèye Sall eine Illustration. "Es ist egal, ob jemand schwarz, weiß, eine Frau, ein Kind oder ein Mann ist. Alle Menschen haben die gleichen Rechte. Auch das Recht zur Selbstbestimmung über ihren eigenen Körper", erklärt die alte Frau weiter. "So hat es bei uns auch angefangen", erinnert sich Tene Cissoko (31). Tene kommt aus Malicounda Bambara. In diesem Dorf, 40 Kilometer von Dakar entfernt, haben die Frauen etwas Einzigartiges geschafft: "Am 13. Juni 1997 haben wir die Beschneidung der Mädchen in Malicounda Bambara abgeschafft."

Diesem Durchbruch, der die Tradition und Kultur der Afrikaner in Frage stellt, ging ein langer Lernprozeß voraus: Malicounda war eines der ersten Dörfer, das eine "Menschenrechts-Klasse" besuchte. Auf dem Lehrplan dieses Ausbildungs-Experimentes stehen neben den klassischen Fächern Lesen, Schreiben und Rechnen auch Gesundheitswesen, Konfliktlösung und Menschenrechte in der Landessprache wolof. "Wir haben gelernt, daß Männer ihre Frauen nicht schlagen dürfen, daß Kinder ein Recht auf Ernährung, Bildung und Spielen haben, daß Frauen einen Mann wählen, lernen, zum Arzt gehen dürfen." Und - sie hörten vom Recht auf körperliche Unversehrtheit. "Wir sprachen zum erstenmal über unsere Probleme, Krankheiten, Schmerzen. Und erkannten, daß die Beschneidung die Ursache für viele Infektionen und den Tod junger Frauen war. Diese Erkenntnis war erschreckend und befreiend zugleich: In unserer Kultur werden Schmerzen, Krankheiten und Tod als Schicksal hingenommen. Jetzt hatten wir Erklärungen, die aber unsere Traditionen in Frage stellten", erinnert sich Tene Cissoko. "Trotzdem war die Entwicklung nicht mehr aufzuhalten. Wir hatten jetzt Wissen, Argumente, Selbstbewußtsein und eine Stimme. Und wir sagen nein zur Beschneidung. Nie wieder sollen unsere Töchter, die Töchter Afrikas, schreien!" Die Nachricht über diese revolutionäre Entscheidung sprach sich wie ein Lauffeuer herum. Auch in Nguerigne Bambara hörten die Menschen davon. "Plötzlich sollte all das falsch sein, was unsere Ahnen getan und uns hinterlassen hatten. Das war wie ein Verrat an unserer Kultur. Ich selbst war Beschneiderin, bin seit

meinem fünfzehnten Lebensjahr von Dorf zu Dorf gegangen", sagt Ourèye Sall. Sie bricht eine Rasierklinge in zwei Teile, kniet sich auf eine Bastmatte: "So habe ich die Mädchen beschnitten. Auch meine eigene Tochter habe ich so verstümmelt."

Es ist still geworden. Die Männer sehen betreten zu Boden, keines der jungen Mädchen kichert mehr. Sie erinnern sich an ihre eigene Beschneidung, an den Schock, an die Schmerzen, an die Infektionen danach. "Die Frauen von Malicounda haben uns die Augen geöffnet. Ihre Argumente und Erklärungen waren überzeugend. Am 6. November 1997 haben wir uns ihrer Entscheidung angeschlossen."

Ein hoffnungsvoller Schritt, ein Anfang. Denn in 28 afrikanischen Ländern wird die weibliche Beschneidung noch praktiziert. Jedes Jahr werden zwei Millionen Mädchen im Alter von wenigen Tagen bis zur Pubertät die Genitalien verstümmelt. Mehr als 130 Millionen Frauen sind weltweit betroffen. Beschneiderinnen und Hebammen entfernen ohne Betäubung die äußeren Geschlechtsteile mit Glasscherben, Messern oder Rasierklingen. Meist wird die Klitoris abgeschnitten, in einigen Regionen sogar die Vaginalöffnung zugenäht, nachdem die Schamlippen abgetrennt wurden. Nur ein maisgroßes Loch bleibt zum Abfließen von Urin und Menstruationsblut. Manche Mädchen verbluten während des Eingriffs, viele sterben an Infektionen, stecken sich durch benutzte Instrumente mit Aids an, leiden unter Schmerzen und Entzündungen. Erst in der Hochzeitsnacht schneidet der Ehemann die Vulva wieder auf, um den ersten Geschlechtsverkehr zu vollziehen. Ein brutales, ein unmenschliches Ritual.

Menschenrechtsorganisationen wie Terre des Femmes, WHO und Unicef haben das Tabu-Thema schon seit Jahren zum Programm gemacht. Jetzt endlich mit Erfolg. Aufgeklärt wird mit Zeichnungen, Rollenspielen, Modellen und Theaterstücken. Wie zum Beispiel diese Marktszene in Nguerigne Bambara: *Drei Frauen knien in der Mitte der Versammlungsrunde. Ein vierte kommt dazu, will Erdnüsse verkaufen. "Du bist nicht beschnitten. Du bist unrein. Du kannst nicht auf dem Markt verkaufen", verscheuchen die Laienschauspielerinnen das Mädchen. Traurig geht es nach Hause. "Ich will auf dem Markt verkaufen. Ich will dazugehören. Ich will mich auch beschneiden lassen", fleht sie ihre Mutter an.*

Die Szene beeindruckt. Eine junge Frau, die ihr Baby stillt, erinnert sich: "Immer hieß es, eine unbeschnittene Frau bekäme keinen Mann. Sie dürfe kein Essen servieren oder verkaufen. Man fürchtete, aus der Klitoris könne ein Penis wachsen. Ein Mädchen würde erst zur Frau, wenn sie diese Schmerzen ertragen könne."

Die Gründe für das Ritual, das wahrscheinlich vor 4000 Jahren in Ägypten und dem heutigen Nahen Osten entstand, sind patriarchalisch: Frauen sollen unberührt in die Ehe gehen und treu bleiben. Die Schmerzen beim Sex garantieren das.

*Das Stück geht weiter: Das Mädchen will sich von der Hebamme beschneiden lassen. Doch diese weigert sich: "Heute weiß ich, daß Beschneidung krank macht, daß Mädchen daran gestorben sind. Es gibt gute und schlechte Traditionen. Die Beschneidung ist schlecht für unsere Kinder", erklärt die Schauspielerin.* Die Zuschauer klatschen. Die Botschaft ist angekommen.

**Gesetze und Verbote bewirken - nichts!**

Aber die Entwicklungshelfer stehen noch am Anfang der Aufklärungsarbeit. Noch immer fliehen Mädchen ins Ausland, um der Prozedur zu entgehen. Denn in den USA ist Beschneidung ein Asylgrund. In Deutschland stehen die bedrohten Frauen seit August dieses Jahres unter Schutz.

Dennoch machen diese Praktiken nicht vor Europa halt. "Wir wissen, daß in Frankreich und England jährlich 10 000 bis 20 000 Mädchen beschnitten werden. In Deutschland gibt es keine offiziellen Zahlen. Aber hier leben bestimmt 20 000 Frauen, die beschnitten oder davon bedroht sind", sagt Ines Laufer von Terre des Femmes. "Kinder werden in den Ferien in ihr Heimatland gebracht, professionelle Beschneiderinnen nach Europa eingeflogen." Dabei werden Genitalverstümmelungen in Deutschland, Frankreich, England und Norwegen als Körperverletzung geahndet, mit bis zu 15 Jahren Freiheitsentzug bestraft.

"Gesetze, Verbote und Drohungen ändern überhaupt nichts", weiß Ourèye Sall. "Die meisten Staaten haben dieses Ritual schon vor Jahren offiziell untersagt. Dennoch werden täglich Mädchen verstümmelt. Afrikanische Traditionen, die auf gesellschaftlichen Tabus und jahrtausendealten Ritualen beruhen, lassen sich nicht einfach so verbieten. Nur der Unterricht in unserer Sprache, mit Lehrern aus unseren Dörfern, mit unseren Ausdrucksmitteln hat die Menschen sensibilisiert."

An einer Feuerstelle werden die Felle der Trommeln gewärmt, Stühle zur Seite gerückt. "Musik und Tanz gehören zu unserer Kultur und zum Unterricht." Heiße Trommelschläge durchbrechen die Abenddämmerung. Die Frauen rafften ihre Röcke, springen in die Mitte, wirbeln und winden sich im Takt der Trommeln. Sie singen, klatschen, trillern mit den Zungen.

Mittendrin eine große, weiße Frau, in senegalesischer Tracht. Molly Melching, Leiterin des senegalesischen Entwicklungshilfeprojekts "Tostan" (wolof: Durchbruch), ist ein Teil der Gemeinschaft. Die Amerikanerin kam vor 24 Jahren in den Senegal, um Afrikanistik zu studieren. Sie lebte in den Dörfern, lernte wolof, kleidete sich afrikanisch. "So konnte ich herausfinden, welche Probleme es tatsächlich gibt und warum konventionelle Entwicklungshilfe in vielen Punkten scheitert. Wir können nicht in die Dörfer gehen und sagen: ‚Eure Traditionen sind falsch.‘ Die Afrikaner haben genug von kolonialer Bevormundung."

Das "Tostan"-Konzept hat den Durchbruch geschafft: Am 15. Februar dieses Jahres beendeten 13 000 Einwohner aus 14 Dörfern die Beschneidung von Mädchen.

Den Frauen von Malicounda Bambara ist das nicht genug: "Wir reisen von Dorf zu Dorf und von Land zu Land, um die Frauen von unserer Entscheidung zu überzeugen. So lange, bis keine Tochter Afrikas mehr schreien muß."

Ihr Konzept schaffte den Durchbruch

1974 kam Molly Melching in den Senegal, um Afrikanistik zu studieren. Die Amerikanerin lebte in verschiedenen Dörfern, lernte die Landessprache wolof, gründete 1988 "Tostan". Das Entwicklungshilfeprojekt baut auf afrikanischen Traditionen auf, wird von Unicef mitfinanziert. 20 000 Erwachsene und 2500 Jugendliche, meist Frauen, haben die Klassen bisher absolviert. Lehrplan: klassische Schulfächer, Problemanalyse und Lösungen, Gesundheit, Finanzverwaltung, Menschenführung, Demokratie und Menschenrechte.



## 6.8 Bear it, until the pain wears off

*Binta Sidibe*<sup>42</sup>

Erschienen in: Ein Schmerz, der die Seele trifft. Dokumentation der Anhörung gegen Verstümmelung von Mädchen und Frauen am 28. April 1997, S. 13-17. Hrsg: Bundestagsfraktion, Bündnis 90, die Grünen, Bonn, Dezember 1998.

Thank you very much Mrs Irmgard Schewe-Gerigk, MP for women's affairs of the Green Parliamentary Group, good morning ladies and gentlemen. I am very happy to be here on the invitation of the Green Parliamentary Group for the hearing on Female Genital Mutilation. I am extremely happy that it has come to the level where Parliament is listening to the voices of women.

I have heard the former speaker talk about the problem, it was taboo and formally women in Africa never spoke about it. And the reasons why we didn't speak about it, it was a cultural practise and we were told that we shouldn't talk about it, that's why I know even in Europe when African women are approached on it or when people want to talk about it, they say no, we should not come to Europe to talk about such a practise, which is normally in our own African environment. But as we know, as research has been going on, we have discovered that this problem is a problem for the whole world. It is a problem for women and it is a problem for men as well. Recently, we remember in Beijing we had the fourth women's world conference in 1995. Female Genital Mutilation was declared as a violation of human rights and a violation really leaves nobody around. It indicates that everybody should work together on this.

Starting with the home environment, we started this fight and campaign way back in 1984 and it was not as if it was the West who was dictating to us or people from Europe telling that this is harmful.

It was through research way back to African doctors themselves with their contacts with women having complications on the practise, have come together and put it up on the level of the WHO. And since then in 1984, 20 different African countries, and I was one of the representatives, met in Dakar and see how best we could tackle on that issue and we were asked on our arrivals in our own countries, we should form national committees and we have had a national committee in the Gambia since then. We started with so many problems, because it was something like I said it was taboo.

Families would never talk about it, our own mothers would never talk to us about it, because it was something we had to swear during the circumcision shed not to talk about it and our operators who performed this practise told us that once we talk about it we would die, so it was never talked about. So one should understand why African women earlier on did not talk about it.

But as social changes came about things started changing, we discovered that it was time for us to talk about it.

---

<sup>42</sup> Sociologist from Gambis and President of Association for Promoting Girl`s and Women`s Advancement in the Gambia

My own humble self, why I joined this movement, and I decided to be on the forefront to fight this kind of campaign, was a personal experience of mine and that was the first time I really heard about the health consequences of FGM. Before then it was made very, very interesting for us and if one didn't practise it, one was an outcast in the society. I happened to be a member of an ethnic group in the Gambia, the Mandinka, we are the majority in the Gambia and that is why the percentage of people who practise it is very high - UNICEF has it as 89 percent: what is the most recent, and I would say it is between 90 - 92 percent of the female population in the Gambia which normally practise the ceremony. And we were told that it is very interesting and we have a lot of presents out of it, but the pain that one goes through is never explained and this is where the problem lies.

So coming back to the experience, I was told it was very interesting for me to do it, because I belonged to the society, but then, after going through all this sharp pain which was not explained to me earlier, one could guess that it could normally create emotional and psychological problems. But as it is in Africa, we are supposed to endure pain, which is to bear pain, which gives on African women healthy children and an African woman children to be blessed so we had to endure this pain.

Like I said my own experience:

I had a health complication when I had my first child who happened to be a girl, she is now seventeen years old and I've decided not to circumcise her and I have the support of the family and everybody included.

This is one of the health consequences, prolonged labour to FGM. Since then we have been fighting against this health menace; we have formed an association since 1992 called *Association For Promoting Girls' And Women's Advancement* in the Gambia and through that we have been collaborating with agencies such as NGO's in Germany to help us financially and also to share the views and information about the practise.

It is a very difficult practise. It is deep - rooted like the former speaker said it was based on religions, cultural issues, but we have discovered that these issues are not true, because we have discovered that it is not written in the holy Qur'an.

But like I said it is something that cuts across to all religions. In a country like the Gambia, both Muslims and Christians do perform this practise, which is very harmful and the health problems are very severe. I mentioned one, it is childbirth, complications at childbirth, infertility, urinary tract infections, and so and so on ....

And it is high time we should all cooperate together with people here in Europe and elsewhere. African women themselves have started speaking against it. You can see here on my left I have a lady working with an institution called FORWARD, based in London, but they have their programmes mainly in Africa and in England as well. And we have the Egyptian doctor. They are all Africans and it is still happening in 28 African countries and we should work together, it is a global issue, it is an issue where both women and men, wherever they are from, should come together and work on it.

And secondly we have to tackle this issue on two levels: One, we are working on the two levels in the Gambia, that is the women at the grassroots, we conduct information - education campaigns for the women to be informed, because we

are trying to deal with two different situations here. It is a deep-rooted practise and all along we were told that it is a good practise for the reasons mentioned earlier: for cleanliness, for preservation of virginity and surprisingly it was also believed that female circumcision facilitates childbirth instead of creating complications, our ancestors were told, it facilitates childbirth and it also facilitates fertility of a woman. So dealing with these two aspects now research has indicated that it is harmful to the health of women and children and we have to have the right approach we have to develop strategies within our systems, in order to be able to fight it. And one approach is information like I said earlier: Inform the women!

Because this is a deep-rooted practise and it has been handed down from generation to generation. And one has to have the right approach in order to tackle it. And what we do at APGWA, we go down to the women at the grass-roots, and we also include the male authorities, tell them about the harmful affect.

But we know the women who perform this practise, this is like a job to them, they earn an income out of it. And the women also have a high social status. And we don't want to eliminate that from them. So we developed income - generating activities for them and we have been funded by foundation of the Green Party and another organization, Terre des Hommes, in order to be able to assist these women with income - generating activities. And at the level of the government we have been able to involve government officers and government agencies to assist us. And that is where the collaboration would come with the Parliamentarians here so that it becomes a government to government collaboration with the women at the grassroots. We are hopeful that like I said in the next 10 years we are going to eradicate this harmful practise. It is a difficult task we have a long road ahead of us, but with determination and conviction and now that we have the support and people listening to it, we are sure to achieve some success.

One good thing and I am happy to report it is, that for something that is taboo and it was never talked about now there's no village in the Gambia where this aspect is not known, people have heard about it even though we have not held workshops in all the villages, but you wouldn't come across somebody who wouldn't tell you: "Oh, I've heard that some women are working against FGM, it is harmful." That alone is a big success. Something that was never talked about, something you would even never talk about with your own mother, not to your own sister, to nobody of your own family. And now it is in the open. You discuss it with men.

In African societies and I'm sure it obtained here before, the Genitalia was something that one would not also discuss.

But these things are discussed in the open and like I said earlier, the African women themselves were trying to fight against it and it is not that we are being dictated to or that somebody is asking us to do it. We have our own personal experiences and we feel that it is harmful, the practise itself.

But getting together the women, initiating them and teaching them skills which we are also doing, we feel it is an important cultural practise that should be continued.

So our strategy is to stop the practise itself which creates a lot of health hazards and it creates psychological and emotional problems to women, but at the same time the cultural aspect of it, teaching our young initiates how to behave in soci-

ety, how to be responsible and to be good mothers, good citizens and also giving them information on their legal rights.

These are some of our activities that we have undertaken.

And the collaboration we have with the Green Party at the level of APGWA, it is also assisting us a lot and creating awareness and when I go back to our Gambia, it is an example we may also wish to do.

So we learn from each other. The cooperation is important and that is one of the reasons why I am here and it is important that we collaborate.

We share information not only the financial assistance, but the information that would allow people from Africa to sit together and discuss and develop strategies.

I thank you very much for your attention.

## 6.9: Aktiv gegen weibliche Genitalverstümmelung

### Gritt Richter

#### TERRE DES FEMMES

Die gemeinnützige Organisation TERRE DES FEMMES e. V. - Menschenrechte für die Frau - wurde 1981 mit dem Ziel gegründet, Menschenrechtsverletzungen an Frauen und Mädchen auf der ganzen Welt anzuprangern und in das Bewußtsein der Öffentlichkeit zu rücken. Obwohl 1998 die *Allgemeine Erklärung der Menschenrechte* 50 Jahre alt wurde, stehen Verletzungen der Rechte und der Würde der Frau nach wie vor auf der gesellschaftlichen, politischen und sozialen Tagesordnung.

Eine eklatante Verletzung der Menschenrechte der Frau stellt nach unserer Auffassung die Praktik der weiblichen Genitalverstümmelung dar. Eine grausame und gewalttätige Tradition, die die Unterdrückung der Frau sicherstellt und ihre Gesundheit, ihr Leben und Empfinden in nachhaltiger Weise beeinträchtigt. Aus diesem Grund ist sie bereits seit Anbeginn der Arbeit von TERRE DES FEMMES ein Schwerpunkt, den es immer wieder zu thematisieren gilt, damit Genitalverstümmelung nicht als Problem fremder Kulturen bagatellisiert und abgetan wird.

Die intensivere Arbeit zur weiblichen Genitalverstümmelung begann bereits 1983, als engagierte und interessierte Frauen des Vereins die senegalesische Frauenrechtlerin und Gründerin der *Section Sénégalaise* der CAMS (*Commission pour l'Abolition des Mutilations sexuelles*, Paris)<sup>43</sup>, Awa Thiam, zur Jahreshauptversammlung einluden, um zum Thema Genitalverstümmelung zu sprechen. Die Ausführungen machten betroffen, und es wurde beschlossen, Aktionen der Organisation zu unterstützen und finanziell zu fördern. Ein Anfang war getan.

In den folgenden Jahren beschäftigte das Thema immer mehr Vereinsfrauen. Ab 1992 erschienen regelmäßig Artikel über Genitalverstümmelung in unserer Zeitschrift „Menschenrechte für die Frau“. Schließlich wurde 1995 von der Regionalgruppe Wetteraukreis in Zusammenarbeit mit Comfort Ottah, Mitglied der englischen Organisation FORWARD<sup>44</sup> (*Foundation for Women's Health, Research and Development*), ein Wochenendseminar zum Thema organisiert, in dessen Verlauf sich die TERRE DES FEMMES-Arbeitsgemeinschaft Genitalverstümmelung (AG Genitalverstümmelung) unter Leitung von Frau Ines Laufer gründete.

Schon bald trat die AG in Verbindung zu internationalen Organisationen, die ebenfalls gegen die genitale Verstümmelung an Frauen und Mädchen kämpfen, zum Beispiel zu FORWARD in Großbritannien oder dem IAC (*Inter-African Committee on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children*)<sup>45</sup> in Addis Abeba und Genf.

Derzeit besteht die AG aus 37 ehrenamtlich arbeitenden Frauen und Mitfrauen, die über das ganze Bundesgebiet verstreut leben und sich mehrmals im Jahr treffen. Viele von ihnen arbeiten gleichzeitig in einer der TERRE DES FEMMES-Städtegruppen mit, die sich den Kampf gegen die Verstümmelung zum Thema

<sup>43</sup> A.d.R.: Siehe hierzu auch Artikel von T. Levin und U. Brown

<sup>44</sup> A.d.R.: Siehe hierzu auch Artikel von T. Levin und U. Brown

<sup>45</sup> A.d.R.: Siehe hierzu auch Artikel von T. Levin und U. Brown

gewählt haben (gegenwärtig handelt es sich hier um die Städtegruppen Bochum, Bonn, Dortmund, Göttingen, Höxter, Karlsruhe und München).

Die AG sieht in ihrer Arbeit zwei Schwerpunkte. Zum einen handelt es sich hierbei um die themenbezogene Öffentlichkeits- und Informationsarbeit in Deutschland, die möglichst breite Teile der Bevölkerung erreichen soll. In diesem Rahmen werden von den Frauen der AG unter anderem Vorträge gehalten, Filme und Ausstellungen gezeigt oder Seminare veranstaltet, nicht zuletzt zu sprechen von der Herausgabe der Ihnen vorliegenden Publikation.

Darüber hinaus tritt TERRE DES FEMMES auch in anderen Bereichen und Formen in Aktion, von denen im folgenden beispielhaft einige genannt werden:

Viele Frauen und Männer aus ganz Deutschland folgten unserem Aufruf zu einer bundesweiten Protest- und Unterschriftenaktion gegen das ägyptische Gerichtsurteil vom Juli 1997, das Genitalverstümmelungen in öffentlichen Krankenhäusern wieder zuließ. Im Bundesbüro in Tübingen gingen über 1200 Unterschriften ein, die an die *Vereinten Nationen* in New York weitergeleitet werden konnten. Als Ergebnis der inländischen Initiative und des internationalen Drucks wurde das Urteil noch im Dezember desselben Jahres wieder aufgehoben.

Am 25. November 1997, dem *Internationalen Tag NEIN zur Gewalt an Frauen*<sup>46</sup>, startete TERRE DES FEMMES eine bundesweite Plakatkampagne zum Thema „Stoppt Genitalverstümmelung“, um eine noch breitere Öffentlichkeit zu erreichen. Die Kampagne, die ein Jahr lief, wurde unter anderem von Vorträgen und intensiver Medienarbeit begleitet. An den Aktionstagen von TERRE DES FEMMES, dem 25. November und dem 8. März (Internationaler Frauentag), fanden in ganz Deutschland zahlreiche Veranstaltungen statt. Die Kampagne stieß bei Medien und Öffentlichkeit auf große Resonanz. Viele Organisationen, Frauenbeauftragte usw. bestellten Plakate und Handzettel sowie die von der Städtegruppe Höxter erstellte Aktionsmappe zum Thema. Die Kampagne war ein voller Erfolg, sie hat die Präsenz des Themas in der öffentlichen Diskussion untermauert und TERRE DES FEMMES in ihrer Arbeit bestärkt.

Besonderes Interesse in der Öffentlichkeitsarbeit gilt Personenkreisen in Deutschland, die mit genitalverstümmelten Mädchen in Kontakt kommen. In diesem Rahmen wurde auf Initiative der AG zu Beginn des Jahres 1997 eine schriftliche Erhebung per Fragebogen unter MedizinerInnen in Deutschland zum Thema Genitalverstümmelung durchgeführt. Der Rücklauf reichte zwar nicht aus, um von einer repräsentativen Umfrage sprechen zu können, jedoch konnten wichtige Erkenntnisse über den Informationsstand bei medizinischem Personal in Deutschland gewonnen werden.<sup>47</sup> Darüber hinaus wurde eine Liste von ÄrztInnen erstellt, die bereits über Erfahrungen im Umgang mit genitalverstümmelten Patientinnen verfügen (auf Anfrage sind wir bei der Suche nach qualifizierten ÄrztInnen gerne behilflich).

---

<sup>46</sup> Am 25. November 1960 starben drei Frauen in der Dominikanischen Republik eines gewaltsamen Todes. Sie wurden vom militärischen Geheimdienst aufgrund ihrer politischen Aktivitäten gefoltert, vergewaltigt und ermordet. Auf einem Treffen lateinamerikanischer und karibischer Feministinnen 1981 im kolumbianischen Bogotá riefen die Teilnehmerinnen den 25. November zum internationalen Gedenktag an die Opfer von Gewalt an Frauen und Mädchen aus.

<sup>47</sup> Bereits 35,5 Prozent der RücksenderInnen des Fragebogens sind beruflich mit genitalverstümmelten Patientinnen in Deutschland in Berührung gekommen.

1998 wurden große Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit darauf angesprochen, inwieweit die weibliche Genitalverstümmelung in ihren Projekten berücksichtigt wird. Diejenigen, die Projekte in Ländern unterstützen, in denen die weibliche Genitalverstümmelung vorkommt, gaben an, zunehmend Initiativen gegen diese Praktik zu unterstützen. Allerdings geschieht dies erst seit etwa zwei bis vier Jahren. Hier besteht also noch ein erheblicher Handlungsbedarf. Auch klingt im Rahmen der Prävention gegen AIDS die weibliche Genitalverstümmelung nicht an. Eine äußerst kurzsichtige und gefährliche Lücke!<sup>48</sup> Parallel zur Umfrage bei den Organisationen führte die AG eine weitere unter ehemaligen EntwicklungshelferInnen durch, die im medizinischen Bereich tätig gewesen waren. Es sollten Erkenntnisse darüber erlangt werden, ob und wie die Problematik der Genitalverstümmelung Eingang in die Vorbereitung auf eine Auslandstätigkeit findet und welche Erfahrungen im Laufe des Einsatzes gemacht wurden. Das Ergebnis war erschütternd: Mehr als die Hälfte der EntwicklungshelferInnen, die den Fragebogen zurücksandten, war in Länder vermittelt worden, in denen die weibliche Genitalverstümmelung stattfindet, jedoch im Vorfeld nicht auf dieses Problem beziehungsweise den Umgang damit vorbereitet worden (diese traurige Tatsache bestätigen auch direkte Gespräche mit den jeweiligen Entwicklungsdiensten). Ein erheblicher Teil der EntwicklungshelferInnen wurde vor Ort mit dieser Problematik konfrontiert und fühlte sich ratlos und überfordert. Für die nahe Zukunft planen wir, weitere Personenkreise, die mit Betroffenen in Kontakt kommen, anzusprechen und für diese Problematik zu sensibilisieren.

Der zweite Schwerpunkt der Arbeit der AG besteht in der materiellen und ideellen Unterstützung von Frauen, die in ihren Heimatländern für die Abschaffung der genitalen Verstümmelung kämpfen. In diesem Zusammenhang unterstützt die AG sowohl durch Öffentlichkeitsarbeit als auch durch Spendensammlungen seit 1996 ein Projekt in Burkina Faso und eines in Tanzania. Beide Projekte wurden von burkinischen beziehungsweise tanzanischen Frauen initiiert und stehen unter ihrer Leitung.<sup>49</sup> Sich nicht unmittelbar in die Grassroot-Arbeit einzumischen, ist Teil der Projekt-Philosophie von TERRE DES FEMMES.

Die vorangegangenen Ausführungen zeigen, welchen hohen Stellenwert der Kampf gegen die weibliche Genitalverstümmelung innerhalb der Arbeit von TERRE DES FEMMES einnimmt und immer eingenommen hat. Das kontinuierliche Handeln engagierter Frauen von Anbeginn und die seit 1995 zielgerichtete ehrenamtliche Arbeit der Mitfrauen der AG führten zu einem immer stärker werdenden Interesse in der Öffentlichkeit. Anfragen von Privatpersonen, Medien, Organisationen und öffentlichen Stellen wurden sowohl an die AG als auch an die seit 1990 bestehende TERRE DES FEMMES-Bundesgeschäftsstelle in Tübingen verstärkt herangetragen. In Deutschland ist TERRE DES FEMMES sicherlich die Ansprechpartnerin zum Thema Genitalverstümmelung. Um das kontinuierlich steigende Aufkommen im Tübinger Bundesbüro bewältigen zu können und die ehrenamtlichen Aktivitäten der AG besser zu unterstützen und zu koordinieren, ist seit Herbst 1997 eine hauptamtliche Koordinatorin im Bundesbüro angestellt.

<sup>48</sup> Einerseits besteht während der Verstümmelung eine erhöhte Gefahr der Infizierung, da mit einem Instrument zumeist mehrere Mädchen verstümmelt werden. Andererseits ist das Risiko auch während des Geschlechtsverkehrs erhöht, eine verkleinerte Vaginalöffnung beispielsweise birgt ein Verletzungsrisiko.

<sup>49</sup> A.d.R.: Siehe hierzu auch Artikel von R. Bouédibéla-Amangoua und A. Hütt sowie C. Choumaini und N. Klingels

Auch in der Zukunft wird TERRE DES FEMMES ihre Anstrengungen auf dem Gebiet einer breiten Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit zum Thema genitaler Verstümmelung an Mädchen und Frauen fortsetzen, um die immer noch bestehenden Informationsdefizite abzubauen zu helfen. Gleichzeitig gilt es auf politischer Ebene verstärkt Druck auszuüben. In diesem Zusammenhang kämpft TERRE DES FEMMES für die Verwirklichung folgender Ziele:

- die Anerkennung der Flucht vor Genitalverstümmelung als Asylgrund
- eine klare gesetzliche Regelung und ein explizites Verbot jeglicher Form von weiblicher Genitalverstümmelung in Deutschland
- die Einrichtung einer Beratungsstelle in Deutschland für betroffene und interessierte Menschen
- die Bereitstellung von Entwicklungshilfegeldern für entsprechende Aufklärungsprojekte in den betreffenden Ländern
- die Einschränkung der Entwicklungshilfe für Regierungen, die nichts gegen Genitalverstümmelung unternehmen beziehungsweise sie sogar unterstützen

Die Befürwortung und die Unterstützung unserer Arbeit durch afrikanische AktivistInnen, die uns immer wieder entgegengebracht wird, sind uns Ermutigung und Verpflichtung zugleich. Daß in den vergangenen Jahren von TERRE DES FEMMES so vieles geleistet wurde, wäre ohne die Mitarbeit und das große Engagement all der ehrenamtlichen Mitstreiterinnen nicht möglich gewesen. Auf diesem Wege unser Dank!

## **6.10 Kurzbeschreibung des überregionalen GTZ-Sektorprojekts „Bekämpfung der weiblichen Genitalverstümmelung“**

Das überregionale Sektorprojekt fördert Initiativen zur Überwindung der weiblichen Genitalverstümmelung mit dem Ziel, daß die Bevölkerung um die Folgen weiblicher Genitalverstümmelung weiß und einer Aufgabe schädlicher Praktiken offen gegenübersteht.

### **Situationsanalyse**

Weltweit gibt es schätzungsweise 130 Millionen Mädchen und Frauen, deren Genitalien verstümmelt worden sind und jährlich müssen weitere zwei Mio. Mädchen und Frauen diesen folgenschweren Eingriff erleben. Die weibliche Genitalverstümmelung – auch als Beschneidung, female genital cutting und excision bezeichnet - wird heute vor allem in Afrika praktiziert, hier sind 28 Länder betroffen. Allerdings variieren Praktiken und kulturelle Bedeutung zwischen einzelnen ethnischen Gruppen z.T. erheblich. Die Formen der Genitalverstümmelung reichen von der Beschneidung der Klitoris-Vorhaut (die wenigsten Fälle), der ganzen oder teilweisen Entfernung der Klitoris und der kleinen Schamlippen (ca. 80% aller Eingriffe) bis zur totalen Amputation aller äußerlichen weiblichen Genitalien verbunden mit einer Einengung der Vaginalöffnung durch Infibulation (Zunähen) (ca. 15%). Dazu kommen weitere unterschiedliche Praktiken, die die äußeren und inneren Genitalien verletzen oder verändern.

Ungeachtet des Typs sind alle Verstümmelungen irreversibel. Schock, hoher Blutverlust und Infektionen mit möglicher Todesfolge gehören zu den Sofortfolgen. Langfristig kann es zu lebenslänglichen Beeinträchtigungen der physischen und psychischen Gesundheit kommen, deren Zusammenhang mit der "Beschneidung" den Betroffenen oft nicht bewußt ist. Hierzu gehören Schädigungen wie Zysten, Abszesse und Vernarbungen, Verletzungen der Harnröhre die zu anhaltender Inkontinenz führen können, sexuelle Dysfunktionen und Schmerzen beim Geschlechtsverkehr. Insbesondere nach einer Infibulation sind innere und äußere Geschwulstbildungen häufig. Geburtskomplikationen können ebenso wie vermehrte Totgeburten in Zusammenhang mit der weiblichen Genitalverstümmelung stehen.

Die psychischen Langzeit-Folgen der Genitalverstümmelung (FGM) zu ermes-sen, ist besonders schwierig, da das traumatische Erlebnis gleichzeitig ein wichtiges gesellschaftliches Ereignis darstellt, und daher kaum offen aufgearbeitet werden kann. So können Vertrauensverluste gegenüber Bezugspersonen und allgemein geringes Selbstvertrauen sich langfristig in Depressionen, Frigidität und Angst ausdrücken. Einige der physischen Folgen von FGM, wie vesikovaginale Fisteln - führen auch zur sozialen Ausgrenzung der Frau.

Eine Reihe internationaler Konventionen und Aktionspläne, denen sich die Bundesrepublik Deutschland wie auch viele Entwicklungsländer verpflichtet haben, stufen Genitalverstümmelung als Menschenrechtsverletzung ein und sehen konkrete Maßnahmen zur Bekämpfung vor. Dazu gehören in den letzten zehn Jahren die Konvention zu den Rechten des Kindes (1990), die internationale Menschenrechtskonferenz (1993), die Weltkonferenz zu Bevölkerung und Entwicklung (1994) sowie die Weltfrauenkonferenz (1995). In vielen der 28 betroffenen Länder des subsaharischen Afrika existieren lokale Initiativen, die für eine Been-

digung der verschiedenen FGM-Praktiken kämpfen. In einer zunehmenden Zahl dieser Länder wurde die Genitalverstümmelung bereits verboten.

Lokale Organisationen und Regierungsstellen, die gegen die weibliche Genitalverstümmelung aktiv sind, begrüßen und fordern eine breite internationale Unterstützung ihrer Arbeit. Über die Form einer solchen internationalen Unterstützung bestehen jedoch unterschiedliche Ansichten und Erfahrungen und es bestehen keine erprobten einheitlichen Konzepte. Neben positiven Beispielen der Unterstützung lokaler Programme gibt es auch eine Reihe als unangemessen und kontraproduktiv empfundener Erfahrungen von Einmischung. Mit dem Aufkommen der Gender-Debatte wurde das Thema Genitalverstümmelung in den breiteren Kontext der Gesundheit und Rechte von Frauen und Mädchen gestellt. Dieser Fokus wurde auf den internationalen Konferenzen wie Wien (Menschenrechte), Kairo (Bevölkerung) und Peking (Frauen) beibehalten und vertieft.

### **Das überregionale Sektorprojekt**

Die Erkenntnis, daß Kultur nicht statisch ist, sondern einem ständigen Wandel unterliegt, und daß nicht alle traditionellen Praktiken per se positiv zu bewerten sind, ist inzwischen sowohl in den von FGM betroffenen Ländern als auch in der internationalen Diskussion verbreitet. Gesetzliche Verbote können jedoch oft nur lückenhaft oder gar nicht durchgesetzt werden. Solche gesetzlichen Regelungen sind als Rahmen zur Unterstützung und Legitimation lokaler Initiativen zur Überwindung von FGM-Praktiken wichtig. Ihre volle Wirkung können sie nur erreichen, wenn die Entwicklung rechtlicher Aspekte mit kulturell sensiblen und gezielt angelegten Informations- und Bildungskampagnen sowie der Mobilisierung von Frauen und Gemeinden einhergehen bzw. auf diese folgen. Denn letztlich kann die weibliche Genitalverstümmelung nur überwunden werden, wenn die sie praktizierenden Gruppen selbst nicht mehr an den entsprechenden Praktiken festhalten wollen.

Zielgruppen des Projektes sind die Bevölkerungsgruppen, die tatsächlich oder potentiell Opfer weiblicher Genitalverstümmelung sind, d.h. Mädchen und Frauen in den betroffenen Regionen. Diese Zielgruppe wird erreicht durch Mittler, d.h. Personengruppen, die

- einen Einfluß auf die Entscheidung pro oder kontra FGM haben oder nehmen können: Eltern, junge Männer, Familienverbände, kommunale Führungskräfte, religiöse und kirchliche Führer, Frauengruppen und Nichtregierungsorganisationen, Lehrer/Innen und deren Berufsverbände
- den Eingriff vornehmen: Beschneider und Beschneiderinnen, traditionelle Heiler und traditionelle Hebammen, sowie in einigen Regionen auch Gesundheitspersonal und deren Berufsverbände.

Das überregionale Projekt hat zur Aufgabe, Informationen zu bestehenden Ansätzen zur Überwindung der Genitalverstümmelung zu sammeln, aufzuarbeiten, kultursensibel weiterzuentwickeln und die Ergebnisse in regionalen Netzwerken sowie im Rahmen der deutschen Entwicklungszusammenarbeit zu verbreiten.

Das Projekt wird Maßnahmen in enger Zusammenarbeit mit Partnerorganisationen sowie mit laufenden Vorhaben der Technischen Zusammenarbeit in West- und Ostafrika durchführen und mit unterschiedlichen internationalen und deutschen Organisationen zusammenarbeiten. Informationen und Konzeptionen internationaler Organisationen wie der Weltgesundheitsorganisation (WHO), des Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA), UNICEF und UNIFEM

werden in die Arbeit einbezogen. Träger und Durchführungsorganisationen der einzelnen Maßnahmen, wie beispielsweise staatliche Verwaltungen für Gesundheit, Frauen und Bildung, nichtstaatliche Organisationen sowie überregionale Netzwerk-Organisationen, die an der Überwindung weiblicher Genitalverstümmelung arbeiten, werden im Verlauf des Vorhabens identifiziert.

Um der komplexen soziokulturellen und gesundheitlichen Problematik sowie den engen Verflechtung von gesundheitlichen, rechtlichen sowie bildungs- und frauenpolitischen Aspekten im Rahmen der unterschiedlichen Aktivitäten zur Unterstützung lokaler FGM-Aktivitäten gerecht zu werden, strebt das Vorhaben eine enge Kooperation mit Initiativen aus den Bereichen Gesundheit, Bildung, Frauenförderung und Menschenrechte an.

Folgende Ergebnisse sollen im Rahmen des überregionalen Projekts erreicht werden:

**Lokale und regionale Erfahrungen und Ansätze zur Bekämpfung der Genitalverstümmelung werden ausgewertet.** Es sollen Informationen und Erfahrungen gesammelt und aufgearbeitet werden, um erfolgreiche Ansätze bzw. „best practices“ zu identifizieren, und diese interessierten Partnern zur Verfügung stellen zu können. Hierzu werden Informationen über Regierungspolitiken und gegen FGM gerichtete Strategien und Aktivitäten in afrikanischen Ländern gesammelt, erfolgreiche Ansätze zusammengestellt ("best practices"), die Wirkungen verschiedener gegen FGM gerichteter Interventionen ausgewertet (z.B. mittels Aktionsforschung), sowie Leitlinien und Handlungsanleitungen entwickelt z.B. zur Erstellung von Aufklärungsmaterialien. Um einen breiten Austausch von Ideen und Erfahrungen sowie eine Vernetzung der verschiedenen Akteure zu ermöglichen, soll dies auf überregionaler Ebene geschehen.

**Initiativen zur Überwindung weiblicher Genitalverstümmelung werden gefördert:**

Im Rahmen des Sektorprojektes sollen in mehreren west- und ostafrikanischen Ländern lokale Organisationen und Institutionen in ihren Maßnahmen zur Überwindung der Genitalverstümmelung fachlich beraten und finanziell unterstützt werden, z.B. in den Bereichen: Öffentlichkeitsarbeit, Materialentwicklung für Multiplikatoren, Fortbildung von traditionellen Heiler/innen, Integration von Unterrichtseinheiten zu FGM in Programme der Sexualaufklärung oder der Entwicklung und Unterstützung alternativer Initiationsriten für Mädchen und der Sensibilisierung von Entscheidungsträgern.

Kooperation wird angestrebt mit Organisationen, die im Bereich der reproduktiven Gesundheit, der Bildung, der Frauenförderung sowie der Förderung von Menschenrechten tätig sind und Genitalverstümmelung in diesen Zusammenhängen bekämpfen. In Abstimmung mit den Regionalverantwortlichen in GTZ und BMZ werden die Länder ausgewählt, in denen innovative Maßnahmen lokaler oder regionaler Initiativen gefördert werden. Wichtige Gesichtspunkte für die Auswahl der Partner sind die Kooperationsbereitschaft der jeweiligen Regierung, lokales Engagement von NROen, Verbreitung und Typ der jeweils praktizierten Verstümmelung und bereits existierende Aktivitäten anderer Geber. Ziel aller Unterstützungsmaßnahmen ist die Weiterentwicklung bzw. Initiierung erfolgversprechender Ansätze (best practices) und die Aufnahme dieser in Vorhaben der bilateralen EZ.

Weiterhin soll der **lokale und regionale Austausch in den bestehenden Netzwerken unterstützt** werden, und **Gesundheitspersonal soll dazu befähigt werden, mit aus der Genitalverstümmelung resultierenden Komplikationen umzugehen.**

**Projekte der Technischen Zusammenarbeit werden beraten**, um als Mittler aktiv zu werden und die Problematik der Genitalverstümmelung in ihre Aktivitäten einzubeziehen. Hierzu werden verschiedene Angebote gemacht, wie beispielsweise die Übermittlung aufgearbeiteter Informationen, Beratungseinssätze vor Ort und Informationsaustausch zwischen Projekten. Weiterhin sollen Institutionen und Mitarbeiter/-innen der deutschen Entwicklungszusammenarbeit Sensibilisierungs- und Informationsangebote zugänglich gemacht werden, um dazu beizutragen das Thema FGM auf breiter Basis in die EZ zu integrieren.

**Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an:**

*Cordula Schümer*, Teamleiterin Sektorprojekt Reproduktive Gesundheit

*Annette Gabriel*, Mitarbeiterin Sektorprojekt Reproduktive Gesundheit

*Dr. Fred Merkle*, Seniorfachplaner Arbeitsfeld Gesundheit

Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), Postfach 5180, 65726 Eschborn

Fax: +49-(0)6196-79-7411

Mail: [Cordula.Schuemer@gtz.de](mailto:Cordula.Schuemer@gtz.de)

[Annette.Gabriel@gtz.de](mailto:Annette.Gabriel@gtz.de)

[Fred.Merkle@gtz.de](mailto:Fred.Merkle@gtz.de)