

Weibliche Genitalbeschneidung in Somaliland

Bruchhaus, Eva-Maria

2014

<https://doi.org/10.25595/3406>

Veröffentlichungsversion / published version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Bruchhaus, Eva-Maria: *Weibliche Genitalbeschneidung in Somaliland*, in: *Femina politica* : Zeitschrift für feministische Politik-Wissenschaft, Jg. 23 (2014) Nr. 2, 133–137. DOI: <https://doi.org/10.25595/3406>.

Erstmalig hier erschienen / Initial publication here: <https://doi.org/10.3224/feminapolitica.v23i2.17622>

Weibliche Genitalbeschneidung in Somaliland

EVA-MARIA BRUCHHAUS

Weibliche Genitalbeschneidung weltweit und in der somalischen Gesellschaft

Nach Schätzungen der World Health Organization (WHO) sind weltweit zwischen 100 und 140 Millionen Frauen beschnitten, und jedes Jahr werden weiterhin zwei Millionen Mädchen Opfer von FGM/C¹. In Afrika sind Frauen und Mädchen in 28 Ländern betroffen, überwiegend in Ost- und Westafrika. Darüber hinaus wird weibliche Genitalbeschneidung² in einigen arabischen und asiatischen Ländern praktiziert. Der Ursprung dieser Praxis ist unbekannt, es ist jedoch erwiesen, dass sie nicht im Islam begründet ist.

In der Somaligesellschaft³ ist hauptsächlich die als Typ 3 definierte Form der Genitalbeschneidung üblich, die auch von verschiedenen anderen Volksgruppen in den Ländern am Horn von Afrika praktiziert und in Somali als „fircooni“ – pharaonisch – bezeichnet wird. Damit wird deutlich, dass es sich um eine sehr alte und auf jeden Fall vorislamische Tradition handelt. Alle bisher durchgeführten Untersuchungen gehen davon aus, dass 97 bis 99,2 Prozent der somalischen Frauen und Mädchen beschnitten sind. Im Unterschied zu den meisten anderen afrikanischen Gesellschaften, in denen die Beschneidung einen Initiationsritus darstellt, kollektiv vollzogen und von Festlichkeiten begleitet wird, ist die Beschneidung bei den Somali ein individueller Akt, der in der Regel im Alter von sieben oder acht Jahren im Haus der Familie von einer dafür engagierten Beschneiderin durchgeführt wird.⁴ Die Beschneiderinnen gehören in der Regel einer generell diskriminierten Kaste an, deren Angehörige bestimmte Arbeiten und Dienstleistungen verrichten. Allerdings sind heutzutage auch Frauen von anderen Clans als traditionelle Geburtshelferin/Beschneiderin tätig. Die Entscheidung wird in der Regel von den Müttern getroffen, Väter sind daran kaum beteiligt. Wie in einer kürzlich durchgeführten Untersuchung festgestellt wurde, entscheiden zunehmend beide Eltern gemeinsam darüber.⁵ Meist hat das Mädchen keine Ahnung von der bevorstehenden Prozedur: Sie wird überrascht, Verwandte oder Nachbarn halten sie fest, bis die Beschneiderin ihre Arbeit abgeschlossen hat. Dazu wird jede Art von scharfen Instrumenten benutzt: Messer, Glasscherben, Rasierklingen sowie Nadeln und irgendwelche Fäden zum Zunähen. In der Regel sind weder Material noch die Hände der Beschneiderin sterilisiert.

Um Schmerzen und Infektionen zu verhindern, werden die Eingriffe im städtischen Milieu zunehmend von medizinischem Personal in Krankenhäusern und Kliniken vorgenommen, ein als Medikalisierung (medicalization) bezeichneter Trend. Wenn das beschnittene Mädchen verheiratet wird, steht ihr eine weitere schmerzhafteste Operation bevor: Das Öffnen der Naht ist in der Regel Teil der Zeremonie. Falls dieser

Eingriff unterbleibt, wird der Ehemann sie gewaltsam penetrieren und die Narbe aufbrechen. Andere mehr oder weniger schwere Schäden entstehen – sowohl für die Mutter als auch für das Kind – während der Entbindungen, und manche dieser Komplikationen dauern ein Leben lang, wie vessico-vaginale und recto-vessicale Fisteln. Anscheinend leidet die Mehrheit der Frauen in Somaliland unter FGM/C-bedingten Problemen. In einer 2008 durchgeführten Studie antworteten 136 von insgesamt 157 Befragten mit „Ja“ auf die Frage, ob sie mit dieser Art von Problemen zu tun hätten, d.h. mit Menstruationsbeschwerden, Blutungen, Infektionen, Schmerzen bei der Infibulation und Öffnung sowie schwierige Geburten (Baruud 2008). Die Frauen sind es gewohnt, ihre diversen Beschwerden lange Zeit zu erdulden und zu verschweigen, weil es ihnen an Wissen und Geld fehlt und sie sich schämen und nicht trauen, darüber zu sprechen.

Der Kampf gegen weibliche Genitalbeschneidung international

Der Kampf gegen weibliche Genitalbeschneidung lässt sich bis Anfang des 20. Jahrhunderts zurückverfolgen, als ab 1906 protestantische Missionare in Kenia von der britischen Kolonialverwaltung forderten dagegen vorzugehen. Ende der 1920er-, Anfang der 1930er-Jahre wurde in den Mädchenschulen in Kenia dagegen agitiert, zur großen Empörung der einheimischen Elite. Der Anführer der antikolonialen Bewegung und spätere Präsident Jomo Kenyatta erklärte die weibliche Genitalbeschneidung zur „*conditio sine qua non of tribal law*“ (Beck 1966). Die erste nichtkoloniale Kampagne wurde in den 1920er-Jahren in Ägypten von der Egyptian Doctors' Society initiiert, der sich bald Journalisten und Schriftsteller anschlossen. Aber erst 1959 kam es zu einem Verbot von FGM/C, und auch nur in staatlichen Kliniken. Im Sudan und in Kenia hatte die Kolonialverwaltung ähnliche Verbote erlassen, und nach der Unabhängigkeit vieler afrikanischer Länder Anfang der 1960er-Jahre folgten Verbote in Guinea, Ghana, der Zentralafrikanischen Republik etc. In der Folge wurde das Thema auf zahlreichen regionalen und internationalen Konferenzen diskutiert, so wurde 1979 auf einer regionalen WHO-Konferenz in Khartoum die weltweite Abschaffung von FGM/C gefordert. In der Regel wurde die Debatte von amerikanischen und europäischen Aktivistinnen dominiert, was sich jedoch meist als kontraproduktiv erwies, da sich die afrikanischen Teilnehmerinnen verpflichtet fühlten, die Praxis als kulturelles Erbe gegen westliche Einmischung zu verteidigen.⁶ Dadurch wurde der Kampf gegen FGM/C in den betroffenen Ländern oft erheblich erschwert. Nach der ersten Weltfrauenkonferenz in Mexiko 1975 traten zunehmend afrikanische Aktivistinnen in den Vordergrund, und die Gründung des Inter-African Committee on Traditional Practices Affecting Health of Women and Children im Jahr 1984 in Dakar war vor allem ihr Erfolg. Inzwischen sind in mehreren afrikanischen Ländern FGM/C-Praktiken gesetzlich untersagt. 2013 war die Praxis der weiblichen Genitalbeschneidung in 22 Ländern verboten (darunter Burkina Faso, Dschibuti, Eritrea, Äthiopien, Togo, Uganda, Kenia), jedoch meist ohne nennenswerten Erfolg.

Bemühungen zur Abschaffung von weiblicher Genitalbeschneidung in Somaliland

In Somaliland ist FGM/C bisher gesetzlich nicht verboten. Allerdings ist ein diesbezügliches Gesetz in Vorbereitung, desgleichen ein „Nationaler Aktionsplan zur Verhinderung und Behandlung sexualisierter Gewalt“, mit dem Ziel FGM/C bis 2016 um 15 Prozent zu reduzieren. Der Kampf gegen FGM/C in Somalia begann bereits Ende der 1960er-Jahre. Auf Grund des Top-Down-Ansatzes und des vehementen Widerstands der religiösen und Clanführer blieben diese Bemühungen jedoch erfolglos. Einige der frühen Aktivistinnen spielen auch heute eine bedeutende Rolle im Kampf gegen FGM/C in Somaliland. So nutzte die Krankenschwester und Hebamme Edna Adan Ismail ihre Position als Ehefrau des somalischen Premierministers, um gegen FGM/C zu agitieren.⁷ Ab 1986 setzte sie ihre Aktivitäten als regionale WHO-Mitarbeiterin fort und eröffnete nach ihrer Pensionierung mit eigenen Mitteln und Spenden 2002 in Hargeisa eine auf die Behandlung gesundheitlicher Schäden von FGM/C spezialisierte Frauenklinik. Andere Frauen, wie die Soziologin Amina Milgo Warsame, die in den 1970er- und 1980er-Jahren an der Academy of Sciences and Arts in Mogadischu forschte und landesweit Aufklärung betrieb, sind jetzt in diversen Vereinen und Projekten aktiv, die sich dem Kampf gegen FGM/C verschrieben haben.

Zurzeit haben 30 Organisationen Maßnahmen gegen FGM/C in ihrem Programm. Eines der größten Probleme ist die Abneigung vor allem der ländlichen Bevölkerung, sich mit diesem Thema zu befassen, da die Meinung vorherrscht, es gäbe sehr viel wichtigere Probleme zu lösen, wie Mangel an Wasser, Nahrung und Weideland etc. Deshalb behandeln die Organisationen den Kampf gegen FGM/C als Querschnittsthema. Auf Grund der großen Unterschiede in den Lebensbedingungen auf dem Land und in den Städten müssen die Aktivitäten genau auf die jeweilige Zielgruppe zugeschnitten und „community based“ sein. Dabei kommen die unterschiedlichsten Instrumente zum Einsatz: spezielle Kampagnen zum internationalen Frauentag, Workshops und Seminare, Nachbarschaftsforen, regelmäßige Rundfunkprogramme, Gedichte und Dramen.⁸ Vor allem in den Mutter-und-Kind-Gesundheitszentren (MCHC) wird individuelle sowie kollektive sexuelle und gesundheitliche Aufklärung betrieben. Damit einher geht der Trend, die Beschneidung in Kliniken oder zumindest durch medizinisches Fachpersonal durchführen zu lassen und von Typ 3 zu Typ 2 zu wechseln, was jedoch von den AktivistInnen als Hindernis für eine komplette Abschaffung von FGM/C abgelehnt wird.

2006 gründeten 20 Organisationen das Netzwerk gegen FGM/C in Somaliland (Network against FGM/C in Somaliland, NAFIS). Die Mitglieder kommen aus Frauen- und Jugendorganisationen, Kliniken, Menschenrechtsorganisationen. Manche sind Dachverbände von Frauen- und Jugendvereinen, andere Graswurzelorganisationen (Community Based Organization, CBO) oder Filialen internationaler bzw. regionaler Nichtregierungsorganisationen (NRO).⁹ NAFIS spielt eine von allen Beteiligten an-

erkannte Führungsrolle bei Koordination, Vernetzung, Fürsprache und Lobbying. Regierungsdienste und NRO werden in ihren Bemühungen von UN-Organisationen wie UNFPA, UNICEF, UNDP und internationalen NRO unterstützt. Großer Wert wird auf die Mitarbeit der religiösen Führer gelegt, deren Mehrheit allerdings der Shafi'i-Rechtsschule anhängt, die FGM/C für eine religiöse Pflicht hält. Zur Förderung der Kooperation organisiert NAFIS unter der Schirmherrschaft des Ministeriums für religiöse Angelegenheiten regelmäßig Seminare mit den religiösen Führern. Geplant ist auch ein internationales Treffen mit religiösen Autoritäten aus anderen afrikanischen und arabischen Ländern, die sich für die Abschaffung von FGM/C ausgesprochen haben. Enge Kontakte bestehen zum Interafrican Committee on Traditional Practices affecting Health of Women and Children,¹⁰ und es gibt langjährige Kooperationen mit skandinavischen Universitäten. So ernüchternd die Ergebnisse der ersten landesweiten Studie zur Verbreitung von und der Einstellung zu FGM/C auch ausfielen, die Tatsache, dass es nicht mehr tabu ist, privat und öffentlich über dieses Thema zu diskutieren, und dass offensichtlich alle Segmente der Gesellschaft an dieser Diskussion teilnehmen, ist ein unbestreitbarer Erfolg der jahrzehntelangen Bemühungen.

Kurzinfo zu Somaliland

Zwischen dem Golf von Aden, Dschibuti, Äthiopien und Somalia am Horn von Afrika gelegen, ist Somaliland ungefähr doppelt so groß wie Bayern. Von den ca. 4 Millionen EinwohnerInnen lebt ungefähr die Hälfte als nomadische Viehzüchter. Mit einer Lebenserwartung von 49 Jahren und einem jährlichen Prokopfeinkommen von 347 US-Dollar ist der Lebensstandard einer der niedrigsten weltweit. 1960 entstand nach der Unabhängigkeit und dem Zusammenschluss der von Großbritannien im Norden und Italien im Süden kolonisierten Gebiete die Republik Somalia. Nach einem blutigen Bürgerkrieg und dem Staatskollaps machte sich die Republik Somaliland 1991 selbständig. Trotz der Existenz aller Attribute eines unabhängigen Staates, eines demokratischen Mehrparteiensystems, der Abwesenheit von politischen Gefangenen und einer lebendigen Zivilgesellschaft wurde das Land bislang international nicht anerkannt (vgl. Bradbury 2008).

Anmerkungen

- 1 International hat sich die englische Bezeichnung FGM/C, d.h. Female Genital Mutilation/Cutting, durchgesetzt. In diesem Beitrag wird FGM/C oder der Begriff „weibliche Genitalbeschneidung“ verwendet.
- 2 Nach einer von der WHO eingeführten Klassifizierung wird zwischen vier verschiedenen Formen unterschieden: Typ 1: Exzision der Vorhaut, mit oder ohne Beschneidung der Klitoris; Typ 2: Exzision der Klitoris, mit teilweiser oder totaler Exzision der kleinen Schamlippen; Typ 3: Exzision eines Teils oder aller (äußeren) Genitalien und Verschließen der Wundränder an den großen Schamlippen, mit einer kleinen Öffnung für Urin und Vaginalsekrete, die eventuell vor der Menarche und dem ersten Geschlechtsverkehr vergrößert werden muss. Typ 4: Andere Praktiken, die in afrikanischen Ländern unüblich sind.
- 3 Die Volksgruppe der Somali verteilt sich auf Somalia, Somaliland, Äthiopien (Ogaden), Dschibuti und Nordkenia.

- 4 Wie aus einer 2009 von der Weltbank und dem United Nations Population Fund (UNFPA) unter dem Titel „Female Genital Mutilation/Cutting in Somalia“ veröffentlichten Studie ersichtlich ist, gelten diese Angaben nicht nur für die Republik Somaliland, sondern ebenfalls für die Republik Somalia.
- 5 Wie aus den unveröffentlichten Studien „FGC – Transition from Infibulation to Smaller Cutting in Somaliland“ und „FGM/C in Somaliland – Prevalence, Perception and Attitudes“ hervorgeht, sind die meisten Väter, die mitbestimmen wollen, gegen die Beschneidung ihrer Töchter.
- 6 So verließen die afrikanischen Teilnehmerinnen empört eine Sitzung der Konferenz der internationalen Landfrauenvereinigung 1955 in Hamburg, als die US-amerikanischen und kanadischen Teilnehmerinnen das Thema in die Diskussion einbrachten (Beobachtung der Verfasserin).
- 7 Interviews der Autorin mit Edna Adan Ismail und Amina Milgo Warsame im August 2013 in Hargeisa.
- 8 Die Jugendorganisation Horn of Africa Voluntary Youth Committee (HAVAYOCO) hat dazu diverse Stücke entwickelt.
- 9 Zu den derzeitigen Mitgliedern gehören: NAGAAD (Dachverband von Frauenorganisationen), Somaliland Red Crescent Society (SRCS), Candle Light, the Voice of Somaliland Minority Women's Organisation (VOSOMWO), Somaliland Women and Children with Disability, Somaliland Women's Research and Action Group.
- 10 Edna Adan Ismail gehört zu den Gründerinnen der Organisation.

Literatur

Baruud, Mohamed, 2008: Somaliland Female Genital Mutilation Abandonment Survey – Assessment Study. October 2008 (unveröffentlicht).

Beck, Anne, 1966: Some Observations on Joma Kenyatta in Britain 1929/30. In: Cahier d' Études Africaines. 6 [22], 308-329.

Bradbury, Mark, 2008: Becoming Somaliland. Indiana.

Fried, Sarah/**Mahmoud** Warsame, Amina/**Berggren**, Vanja/Isman, Elisabeth, 2013: Outpatients' Perspectives on Problems and Needs related to FGM/C at Support Centre of Magan Maternity. In: Obstetrics and Gynecology International 2013. Internet: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/165893> [15.9.2014]

Ismail, Edna Adan, 2009: Female Genital Mutilation Survey in Somaliland at the Edna Adan Maternity and Teaching Hospital Hargeisa. Hargeisa.

Mahmoud Warsame, Amina (Milgo), 2011: The Transition from Infibulation to Smaller Cutting in Somaliland (unveröffentlicht).

NAFIS, 2014: FGM/C in Somaliland: Prevalence, Perception and Attitudes (unveröffentlicht).

The Hosken Report, 1982: Genital Sexual Mutilation of Females. Lexington, Massachusetts.

UNFPA and World Bank, 2009: Female Genital Mutilation/Cutting in Somalia. o.O.

World Health Organization, 2013: Global and Regional Estimates of Violence against Women. Internet: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/> [15.7.2014].