

3 Ergebnisse

3.1 Soziodemographische Daten der interviewten Frauen und Männer

3.1.1 Alter der Frauen

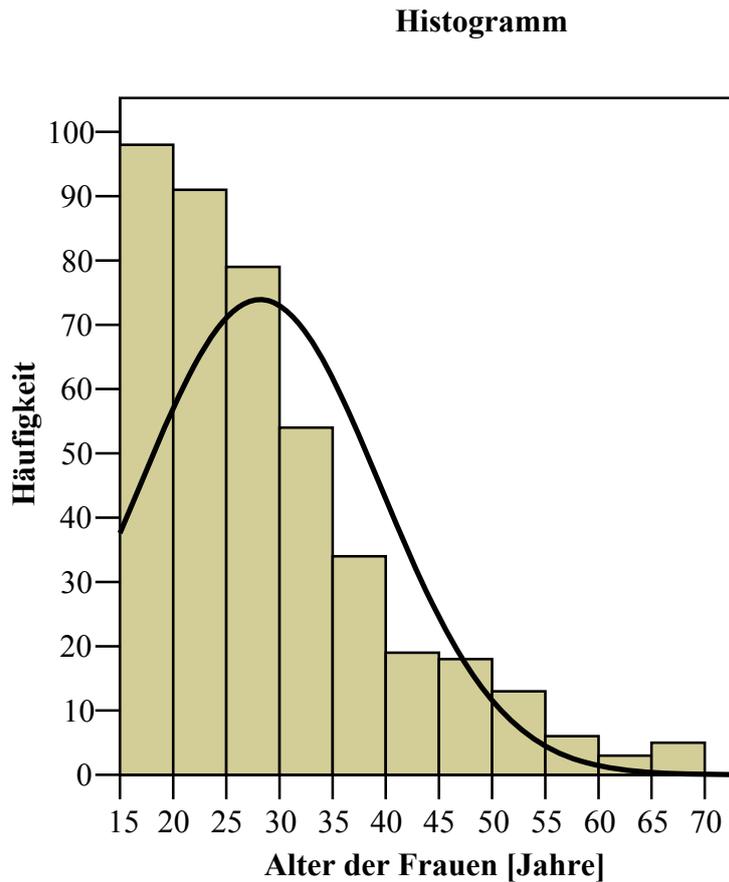


Abbildung 2 Altersverteilung der interviewten Frauen (N=420)

Die Häufigkeit entspricht der absoluten Anzahl. Die Balkenbreite entspricht 5 Jahren. Das Alter der Frauen liegt zwischen 15 und 70 Jahren. Der Median liegt bei 26 Jahren, die 25. bzw. 75. Percentile sind 20 und 33 Jahre. Mittelwert: 28,2 Jahre; Standardabweichung: 11,3 Jahre. Die Verteilung des Alters der Frauen ist rechtsschief mit einer Schiefe von 1,17.

3.1.2 Alter der Männer

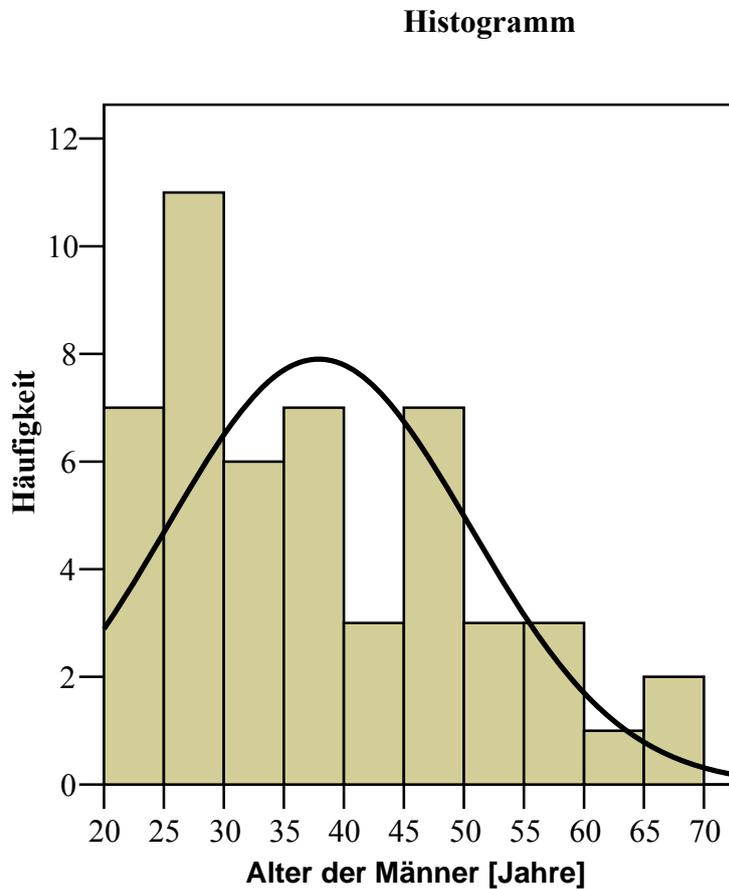


Abbildung 3 Altersverteilung der interviewten Männer (N = 50)

Die Häufigkeit entspricht der absoluten Anzahl. Die Balkenbreite entspricht 5 Jahren. Das Alter der Männer liegt zwischen 22 und 70 Jahren. Der Median liegt bei 35,5 Jahren, die 25. bzw. 75. Percentile sind 27,8 und 48 Jahre. Der Mittelwert beträgt 37,9 Jahre und die Standardabweichung: 12,6 Jahre. Die Verteilung des Alters der Männer ist rechtsschief mit einer Schiefe von 0,7.

3.1.3 Lebensraum der Frauen und Männer

Lebensraum		Frau		Mann	
		Städtisch	119	28,3%	23
	KR*	-2,6		2,6	
Ländlich		301	71,7%	27	54%
	KR	2,6		-2,6	
Gesamt		420		50	

$$\chi^2 = 6,61; p = 0,01$$

Tabelle 2 Geburtsort / Wohnort der Interviewten

Merke: Zur Vereinfachung werden die korrigierten Residuen mit *KR abgekürzt. = Im Falle der Signifikanz geben die korrigierten, standardisierten Residuen Aufschluss über Zellen, die Unterschiede enthalten. In Zellen mit Residuen $\leq -1,96$ liegen signifikant zu wenige Beobachtungen, bei Residuen $\geq 1,96$ signifikant zu viele vor.

Die Mehrheit der Interviewten lebt in ländlichen Gegenden, jedoch ist die Wohnortverteilung von Männern und Frauen unterschiedlich ($p = 0,01$). Der Anteil der Frauen auf dem Land ist signifikant größer ($KR = 2,6$) als der Anteil der Männer.

3.1.4 Familienstand der Frauen und Männer

Familienstand		Frauen		Männer	
Ledig		102	24,3%	8	16%
	KR	1,3		-1,3	
Verheiratet monogam		254	60,5%	25	50%
	KR	1,4		-1,4	
Verheiratet polygam		32	7,6%	8	16%
	KR	-2		2	
Geschieden		16	3,8%	4	8%
	KR	-1,4		1,4	
Verwitwet		16	3,8%	5	10%
	KR	-2		2	
Gesamt		420		50	

$$\chi^2 = 11,5; p = 0,03$$

Tabelle 3 Familienstand der Interviewten

Der Familienstand der beiden Gruppen unterscheidet sich zum Befragungszeitpunkt signifikant voneinander ($p = 0,03$). Von Bedeutung ist hierbei, dass die interviewten Männer häufiger polygam verheiratet ($KR = 2$) und verwitwet ($KR = 2$) sind als Frauen.

3.1.5 Heiratsalter der Männer und Frauen

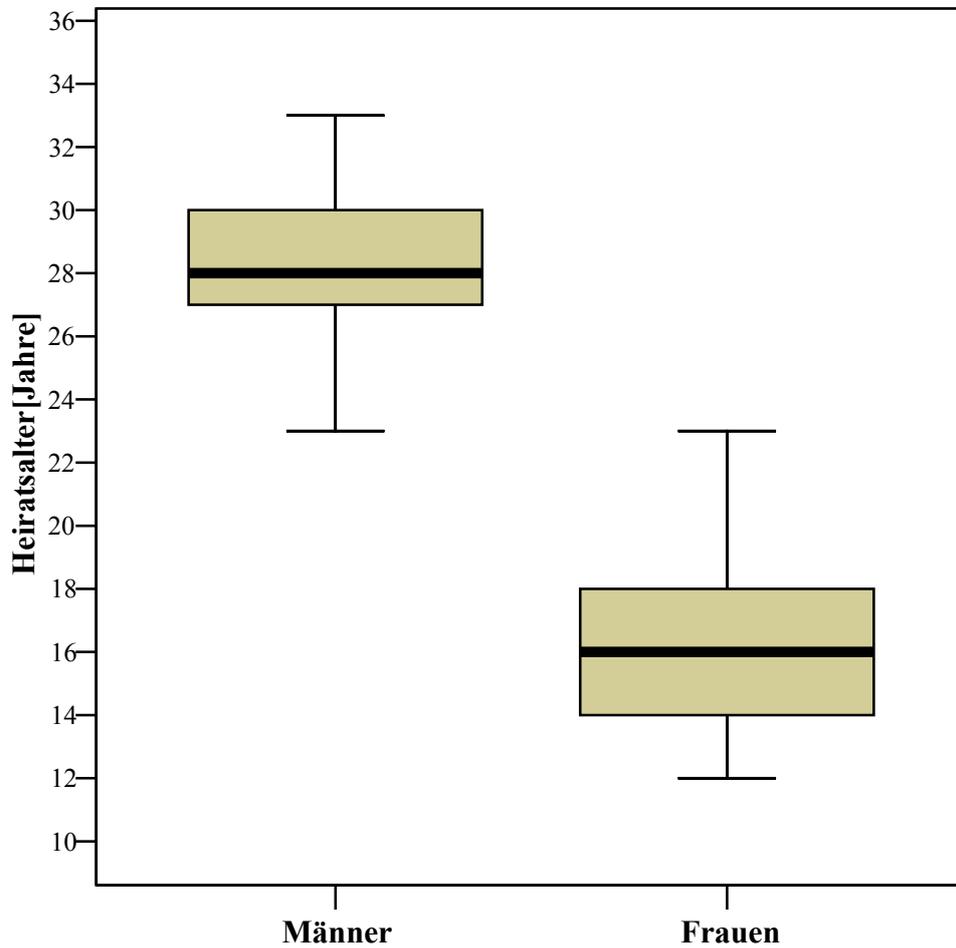


Abbildung 4 Heiratsalter der Interviewten

Die interviewten Männer sind bei der Heirat deutlich älter als die Frauen ($p < 0,0005$). Das mediane Alter der der Männer beträgt 28 Jahre, das der Frauen 16 Jahre. Die zugehörigen Quartile betragen für Männer (26,8; 30) und für Frauen (14; 18).

3.1.6 Volksgruppenzugehörigkeit der Frauen und Männer

Ethnie		Frauen		Männer	
		Saho	12	2,9%	3
	KR	-1,2		1,2	
<u>Tigre</u>		124	29,5%	9	18%
	KR	1,7		-1,7	
Bilen		23	5,5%	6	12%
	KR	-1,8		1,8	
Hedareb		12	2,9%	4	8%
	KR	-1,9		1,9	
Nara		14	3,3%	4	8%
	KR	-1,6		1,6	
Afar		15	3,6%	4	8%
	KR	-1,5		1,5	
<u>Tigrinja</u>		201	47,9%	15	30%
	KR	2,4		-2,4	
Raschaida		9	2,1%	3	6%
	KR	-1,6		1,6	
Kunama		10	2,4%	2	4%
	KR	-0,7		0,7	
Gesamt		420		50	

$$\chi^2 = 20,9; p = 0,01$$

Tabelle 4 Volksgruppenzugehörigkeit der Interviewten

Bei der Verteilung der Volksgruppenzugehörigkeit der interviewten Männer und Frauen ist eine proportionale Verteilung erkennbar. Die Tigrinja sind die größte Volksgruppe, hier zeigt sich auch der einzige signifikante Unterschied (KR = 2,4 bei Frauen), die zugehörigen Prozente liegen bei Männern bei 30% (15 / 50) und bei Frauen 47,9% (201 / 420). Die zweitgrösste Volksgruppe stellen die Tigre dar. Alle anderen Volksgruppen zeigen einen deutlich geringeren Bevölkerungsanteil. Die Verteilung der Volksgruppenzugehörigkeit

in der vorliegenden Studie entspricht in etwa der Gesamtverteilung in Eritrea (siehe Kapitel Erweiterte Methodik Abschnitt 2.7).

3.1.7 Religionszugehörigkeit der Frauen und Männer

Religion	Frauen		Männer	
Muslime	210	50%	23	46 %
Christen	210	50%	27	54%
Gesamt	420		50	

$$\chi^2 = 0,29; p = 0,59$$

Tabelle 5 Religionszugehörigkeit der Interviewten

In beiden Gruppen zeigt sich eine relativ gleichmäßige Verteilung der Religionszugehörigkeit. Hinsichtlich dieses Merkmals zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen ($p = 0,59$).

3.1.8 Schulbildung der Frauen und Männer

Schulbildung	Frauen		Männer	
Analphabetentum	204	48,6%	5	10%
KR	5,2		-5,2	
Grundschule	104	24,8%	10	20%
KR	0,7		-0,7	
Oberschule	91	21,7%	23	46%
KR	-3,8		3,8	
Hochschule	21	5%	12	24%
KR	-5		5	
Gesamt	420		50	

$$\chi^2 = 49,25; p < 0,0005$$

Tabelle 6 Schulbildung der Interviewten

Die Frauen weisen eine hochsignifikant geringere Schulbildung auf als Männer ($p < 0,0005$). Fast 50% der interviewten Frauen sind Analphabetinnen. Nur wenige Frauen haben eine höhere Schulbildung absolviert.

3.1.9 Befragungsort der Frauen und Männer

Befragungsort	Frauen		Männer	
Im Krankenhaus	74	17,6%	7	14%
Zu Hause	216	51,4%	25	50%
Auf öffentlichen Plätzen	130	31%	18	36%
Gesamt	420		50	

$\chi^2 = 0,72$; $p = 0,7$

Tabelle 7 Befragungsorte der Interviewten

Am häufigsten wurden die interviewten Männer und Frauen zu Hause befragt, gefolgt von öffentlichen Plätzen und Kliniken.

3.2 Demographische Indikatoren⁶⁰: Vergleich dreier FGC-ausführender Länder (Eritrea / Äthiopien/ Tansania) mit Deutschland

	Eritrea		Äthiopien		Tansania		Deutschland	
Bevölkerungswachstumsrate %	2,6		2,4		2,3		-0,2	
Lebenserwartung in Jahren	♀57	♂53	♀46,9	♂44,7	♀46	♂43,5	♀81,1	♂75,1
Anteil der unter 15-Jährigen an der Bevölkerung %	44,7		43,8		44,5		15	
Alphabetisierungsrate (15 Jahre und älter) %	♀45,6	♂68,2	♀33,8	♂49,2	♀69,2	♂85,2	♀95	♂95
Teilnahmerate am Grundschulunterricht in %	♀39	♂45	♀41	♂52	♀54	♂54	♀84	♂82
Anteil der HIV-Infizierten (15-bis 49-Jährige) %	2,4		4,4		6,5		0,1	
Müttersterblichkeit je 100 000 Lebendgeburten	630		850		1500		8	
Säuglingssterblichkeit je 1000 Lebendgeburten	61		104,5		105,2		4,1	
Kindersterblichkeit je 1000 Lebendgeburten	89		171		165		5	
Kinderzahl pro Frau	5,7		5,9		5,3		1,3	
Nutzung von modernen Verhütungsmitteln in %	5		6,3		16,9		71,8	
Geburten pro 1000 Frauen im Alter von 15-19 J. Kind bekommen	91		82		98		1	

Tabelle 8 Demographische Indikatoren dreier FGC-Ausführenden Länder (Eritrea/ Äthiopien/ Tansania) und Deutschland

⁶⁰Deutsche Stiftung Weltbevölkerung. 2005. (5.7.2005, In: <http://www.dsw-online.de/info-service/land.php>.) (vgl. Kröger I, Olst van N, Klingholz R. Wie Bevölkerung, Entwicklung und Familienplanung miteinander zusammenhängen. In: Das Ende der Aufklärung. Der internationale Widerstand gegen das Recht auf Familienplanung, (Hg.): Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, Berlin, 2004.70-73.

Materielle Armut ist kennzeichnend für die FGC- ausführenden Länder, wie aus dieser Tabelle am Beispiel von Eritrea, Äthiopien und Tansania deutlich wird. Diese Länder zeigen eine große Diskrepanz hinsichtlich ihrer soziodemographischen Daten im Vergleich zu Deutschland auf.

3.3 FGC-Klassifizierung nach der Fédération Internationale de Gynécologie et Obstétrique (FIGO)⁶¹

Typ I: Kleine Sunna: Entfernung der Klitorisvorhaut

Typ II: Klitoridektomie: Entfernung der Klitoris (vollständig oder nur teilweise)

Typ III: Exzision: Entfernung der kleinen Schamlippen +/- Klitoridektomie

Typ IV: Infibulation: alle die Vulva verschließenden Typ-Formen, einschließlich der Entfernung der kleinen Schamlippen +/- Klitoridektomie

In der vorliegenden Studie werden jedoch die zwei Formen Typ I und Typ II (nach FIGO) zusammengefasst dargestellt, weil die meisten Interviewten hinsichtlich der beiden Formen keine genaue Unterscheidung machen konnten.

3.3.1 Schema von FGC⁶²

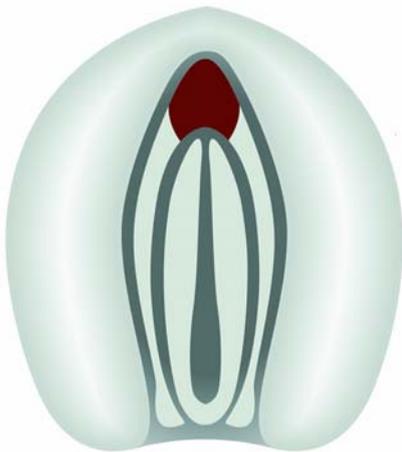


Abbildung 5 Klitoridektomie

Entfernung der Klitoris (vollständig oder nur teilweise)

⁶¹The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) founded in 1954 is a worldwide NGO organisation representing obstetricians and gynecologists in over one hundred territories. 2001. (12.5.2001, In: [http://en.wikipedia.org/wiki/International_Federation_of_Gynecology_and_Obstetrics.](http://en.wikipedia.org/wiki/International_Federation_of_Gynecology_and_Obstetrics))

⁶²Christine Lüdke, Berlin. www.malzwei.de

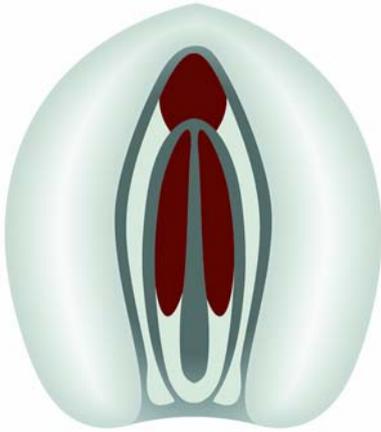


Abbildung 6 Exzision

Entfernung der kleinen Schamlippen +/- Klitoridektomie

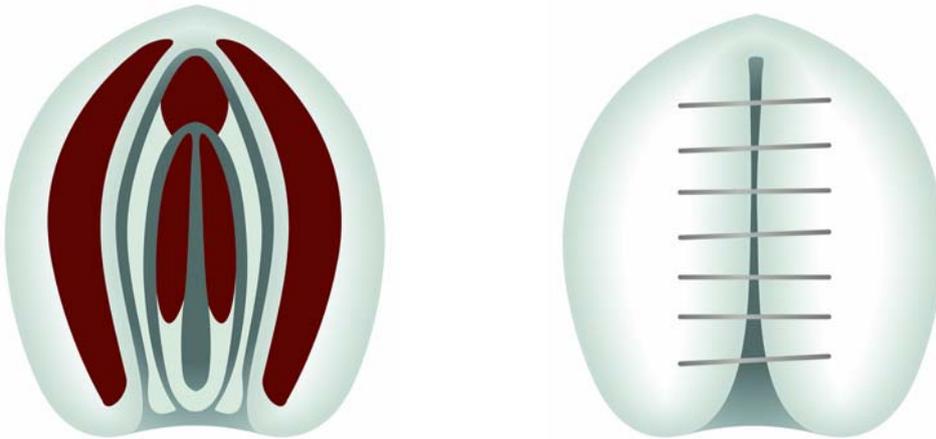


Abbildung 7 Infibulation

Bezeichnet alle die Vulva verschließenden Formen sowie Mischformen, einschließlich der Entfernung der kleinen Schamlippen +/- Klitoridektomie

3.3.2 FGC-Prävalenz in drei Studien

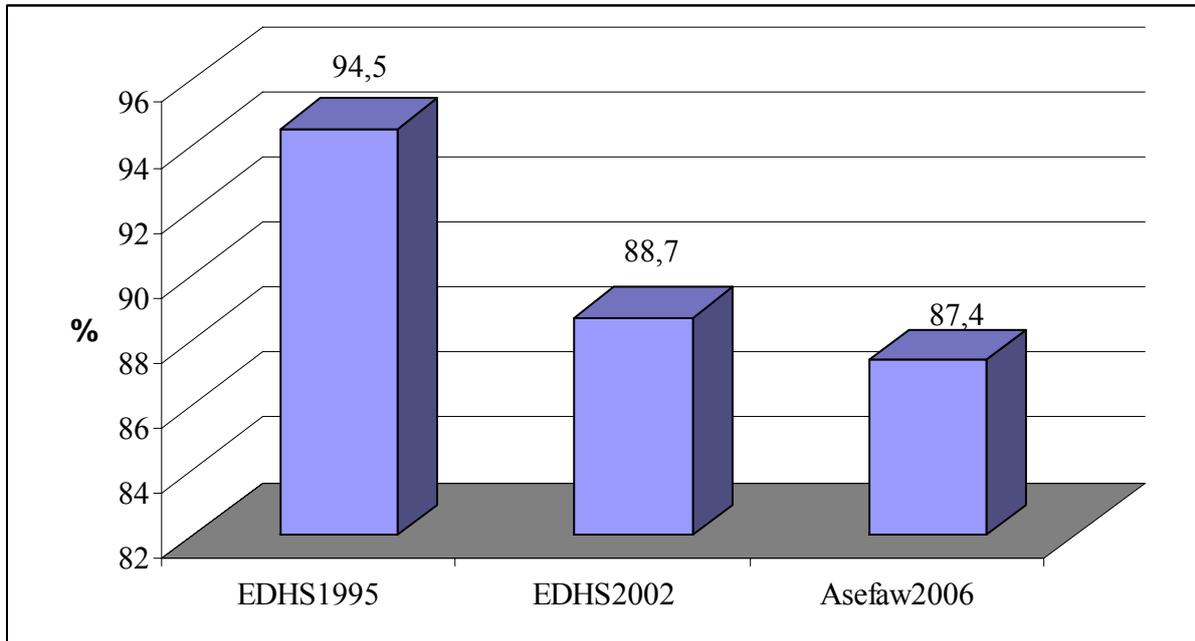


Abbildung 8 FGC-Prävalenz in drei Studien

Die prozentuale Verteilung der FGC-Rate innerhalb der drei Studien zeigt eine Differenz auf. In der EDHS 1995 sind ca. 95% der interviewten Frauen beschnitten, während die FGC-Rate der beiden anderen Studien unter 89% liegt.

Drei Studien	KR	Beschnittene Frauen	Gesamt
EDHS 1995	11,5	4775	5054
EDHS 2002	-10,5	7765	8754
Asefaw 2006	-2,4	367	420
	Gesamt	12907	14228

$\chi^2 = 132,69; p < 0,0005$

Tabelle 9 FGC-Rate in drei Studien

Die drei Studien unterscheiden sich hinsichtlich der FGC-Rate signifikant voneinander ($p < 0,0005$). Die Studie Asefaw 2006 und die Studie EDHS 2002⁶³ weisen im Vergleich zu der Studie von 1995⁶⁴ deutlich weniger beschnittene Frauen auf.

($p < 0,0005$). Die Studie Asefaw 2006 und die Studie EDHS 2002⁶⁵ weisen im Vergleich zu der Studie von 1995⁶⁶ deutlich weniger beschnittene Frauen auf.

3.3.3 FGC-Formen in drei Studien

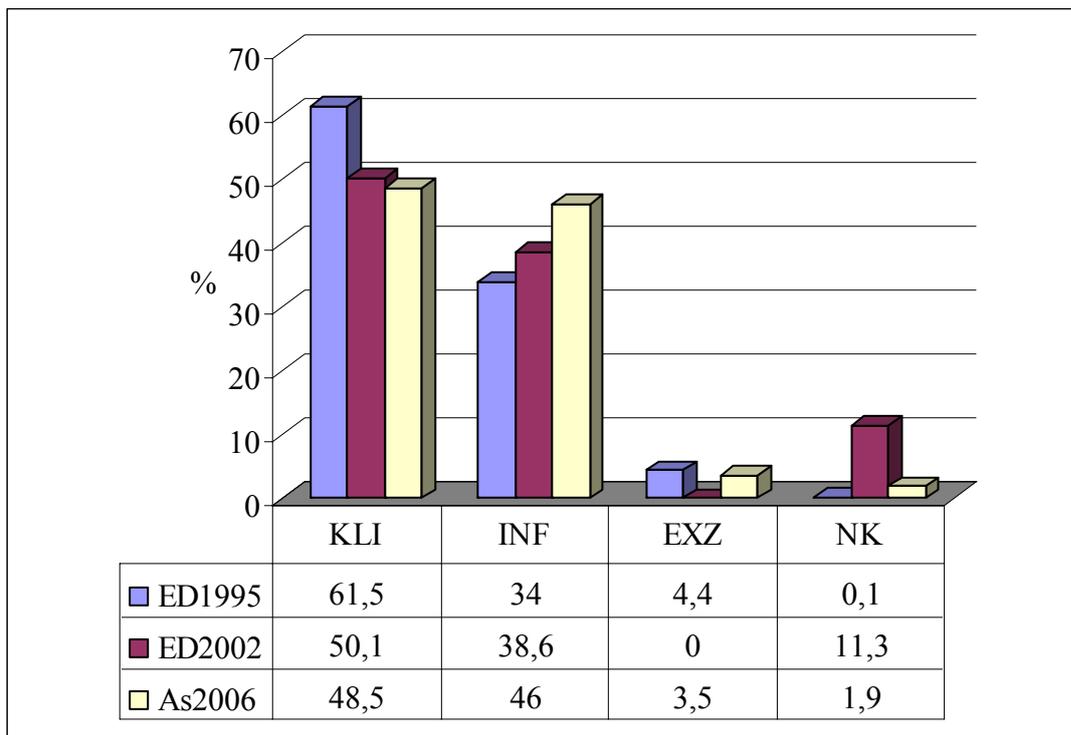


Abbildung 9 FGC-Formen in drei Studien

Merke: Im Verlauf werden zur Vereinfachung diese Abkürzungen verwendet:

[KF = Kein-FGC; KLI = Klitoridektomie; EXZ = Exzision; INF = Infibulation]

⁶³Eritrea Demographic and Health Survey 2002, Asmara: National Statistics and Evaluation Office (NSEO) [Eritrea] and ORC Marco, 2003:198-199.

⁶⁴Eritrea Demographic and Health Survey 2002, Asmara: National Statistics and Evaluation Office (NSEO) [Eritrea] and ORC Marco, 2003:165-170.

⁶⁵Eritrea Demographic and Health Survey 2002, Asmara: National Statistics and Evaluation Office (NSEO) [Eritrea] and ORC Marco, 2003:198-199.

⁶⁶Eritrea Demographic and Health Survey 2002, Asmara: National Statistics and Evaluation Office (NSEO) [Eritrea] and ORC Marco, 2003:165-170.

In allen drei Studien ist die Klitoridektomie prozentual am häufigsten vertreten, gefolgt von der Infibulation. Die Exzision und die nicht-klassifizierbaren Fälle sind dagegen in geringer Anzahl vertreten. Die nicht-klassifizierbaren Fälle finden in der vorliegenden Studie keine weiteren Beachtung.

Studien		INF	KLI	EXZ	NK	Gesamt
EDHS 1995	N	1623	2936	210	5	4774
	KR	-5,6	12,6	17,8	-23,3	
EDHS 2002	N	2997	3890	-	877	7764
	KR	4,3	-11,7	-18,5	24,3	
Asefaw 2006	N	169	178	13	7	367
	KR	3,6	-2,3	2,7	-3,8	
	Gesamt	4789	7004	223	889	12905

$\chi^2 = ; p < 0,0005$

Tabelle 10 FGC-Formen von drei Studien

Hinsichtlich der FGC-Formen unterscheiden sich die drei Studien signifikant voneinander. Infibulierte Frauen sind in der Asefaw 2006-Studie sowie in der EDHS 2002-Studie signifikant häufiger vertreten, während klitoridektomierte Frauen im Vergleich zu der EDHS-Studie 1995 signifikant seltener vertreten sind.

In der EDHS 2002-Studie sind exzidierte Frauen signifikant weniger vertreten als bei den beiden anderen Studien. Die nicht-klassifizierbaren Fälle von FGC sind in der vorliegenden Studie und in der Studie EDHS 1995 in signifikant geringerer Anzahl vertreten als bei der Studie EDHS 2002.

3.4 Vergleich der beschnittenen und unbeschnittenen Frauen hinsichtlich ihrer soziodemographischen Daten

3.4.1 Alter der beschnittenen und unbeschnittenen Frauen

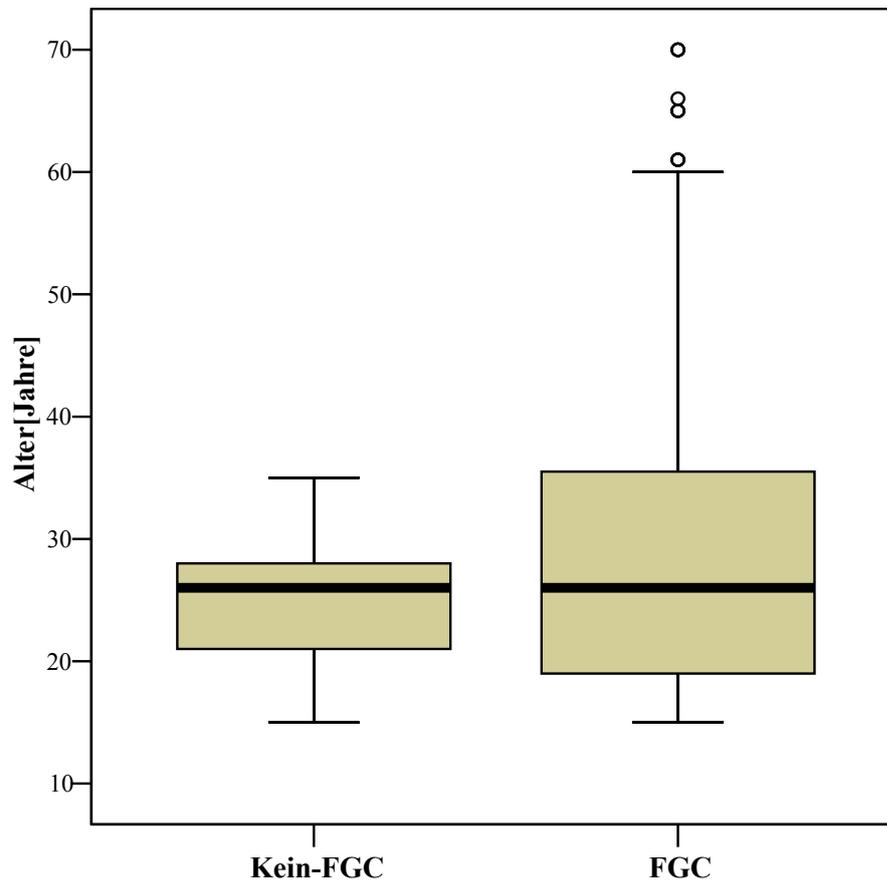


Abbildung 10 Alter der unbeschnittenen und beschnittenen Frauen

Wenn man das Alter zum Befragungszeitpunkt der drei auf unterschiedlichen Weisen beschnittenen Frauen als eine Gruppe (FGC) sieht und mit den unbeschnittenen Frauen (Kein-FGC) vergleicht, so ist kein signifikanter Unterschied erkennbar ($p = 0,5$). Das mediane Alter der beschnittenen Frauen beträgt 30 Jahre, das der unbeschnittenen Frauen 26 Jahre. Die zugehörigen Quartile sind: bei den Frauen mit FGC: (26; 32) und ohne FGC (21; 28,5).

3.4.1.1 Alter der beschnittenen Frauen

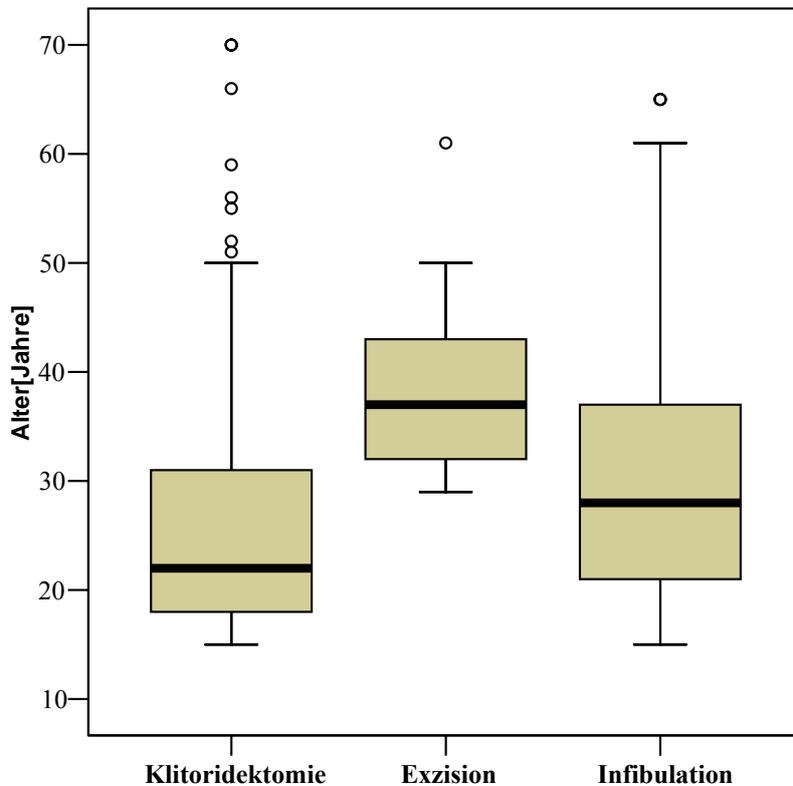


Abbildung 11 Alter der beschnittenen Frauen

Die Paarvergleiche, mittels Kruskal-Wallis-Test, der drei auf unterschiedlichen Weisen beschnittenen Frauen untereinander hinsichtlich des Lebensalters zeigen hochsignifikante Unterschiede ($p < 0,0005$). Auch der Vergleich von jeweils zwei dieser Gruppen mittels Mann-Whitney-Test weist ebenfalls einen signifikanten Unterschied auf, wie die folgende Tabelle verdeutlicht.

Paarvergleich der beschnittenen Frauen	Statistischer Test	
Klitoridektomie vs. Infibulation	Mann-Whitney-Test	$p < 0,0005$
Exzision vs. Infibulation		$p = 0,006$
Exzision vs. Klitoridektomie		$p < 0,0005$

Tabelle 11 Paarvergleiche beschnittener Frauen in Bezug auf das Alter mittels statistischer Tests

Beschnittene Frauen	Medianes Alter	(Qu; Qo)
Infibulation	28	(21, 38)
Exzision	37	(32;44,5)
Klitoridektomie	22	(18;31)

Tabelle 12 Das mediane Alter der beschnittenen Frauen

Das mediane Alter der klitoridektomierten Frauen ist am kleinsten und das der exzidierten Frauen am höchsten.

3.4.2 Geburtsort / Lebensraum

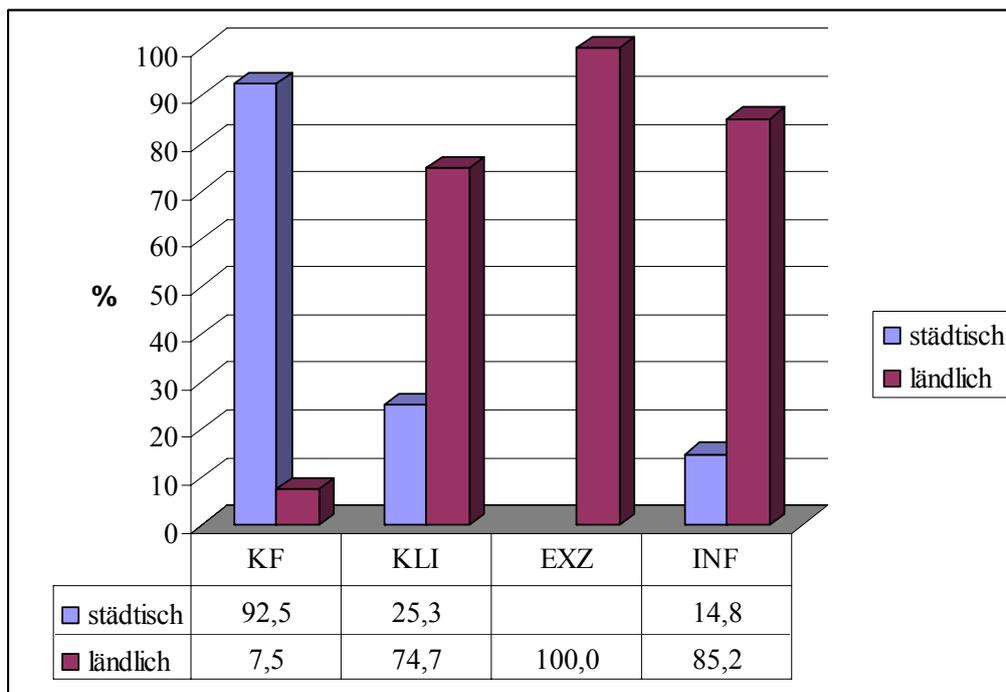


Abbildung 12 Geburtsort / Lebensraum und FGC

Bei allen Befragten war der Geburtsort mit dem späteren Lebensraum identisch. In der vorliegenden Studie gab es keine Stadt-Land- und keine Land-Stadt-Migration. Von 413 interviewten Frauen lebten 119 in Städten, während 294 in ländlichen Gegenden wohnten. Das Stadt-Land-Gefälle der beschnittenen und unbeschnittenen Frauen, in Bezug auf ihren Wohnort, ist hochsignifikant unterschiedlich ($p < 0,0005$).

Wie die folgende Tabelle illustriert, sind beschnittene Frauen signifikant häufiger im ländlichen Raum anzutreffen als unbeschnittene Frauen, die meist in den Städten leben. Die infibulierten und die exzidierten Frauen leben signifikant häufiger in ländlichen Gebieten im Vergleich zu den Unbeschnittenen.

		Aktueller Wohnort		Gesamt
		städtisch	ländlich	
Kein-FGC	n	49	4	53
	KR	11	-11	
Klitoridektomie	n	45	133	178
	KR	-1,4	1,4	
Exzision	n	-	13	13
	KR	-2,3	2,3	
Infibulation	n	25	144	169
	KR	-5,2	5,2	
Gesamt		119	294	413

$$\chi^2 = 127,19 \text{ p} < 0,0005$$

Tabelle 13 **Wohnort der vier Frauengruppen**

3.4.3 Volksgruppenzugehörigkeit

Ethnie		KF	KLI	EXZ	INF	Gesamt
Saho	N	0	0	0	11	11
	%	,0	,0	,0	100	
	KR	-1,3	-2,9	-,6	4	
Tigre	N	18	18	4	83	123
	%	14,6	14,6	3,3	67,5	
	KR	,7	-7,6	,1	7,1	
Bilen	N	1	3	1	17	22
	%	4,5	13,6	4,5	77,3	
	KR	-1,2	-2,9	,4	3,6	
Hedareb	N	0	0	0	12	12
	%	,0	,0	,0	100	
	KR	-1,3	-3,1	-,6	4,2	
Nara	N	0	0	0	14	14
	%	,0	,0	,0	100	
	KR	-1,5	-3,3	-,7	4,6	
Afar	N	0	0	0	15	15
	%	,0	,0	,0	100	
	KR	-1,5	-3,4	-,7	4,7	
Tigrinja	N	31	145	8	13	197
	%	15,7	73,6	4,1	6,6	
	KR	1,7	12	1	-13,5	
Raschaida	N	0	9	0	0	9
	%	,0	100	,0	,0	
	KR	-1,2	3,5	-,5	-2,5	
Kunama	N	3	3	0	4	10
	%	30	30	,0	40	
	KR	1,6	-,8	-,6	-,1	
Gesamt		53	178	13	169	413

$$\chi^2 = 248,52 \quad p < 0,0005$$

Tabelle 14 Volksgruppenzugehörigkeit und FGC-Form

Die Gruppe der exzidierten Frauen ist aufgrund der geringeren Anzahl von untergeordneter Bedeutung.

Die neun Volksgruppen unterscheiden sich hochsignifikant hinsichtlich der FGC-Form. Die ersten Volksgruppen von Saho bis Afar verhalten sich ähnlich: sie zeigen signifikant häufiger

Infibulation als die restlichen Volksgruppen. Die beiden Volksgruppen Tigrinja und Raschaida führen hauptsächlich Klitoridektomien durch.

Die Gruppe der 53 unbeschnittenen Frauen (KF) teilten sich auf die Volksgruppen Tigrinja, Tigre und Kunama auf.

3.4.4 Konfession

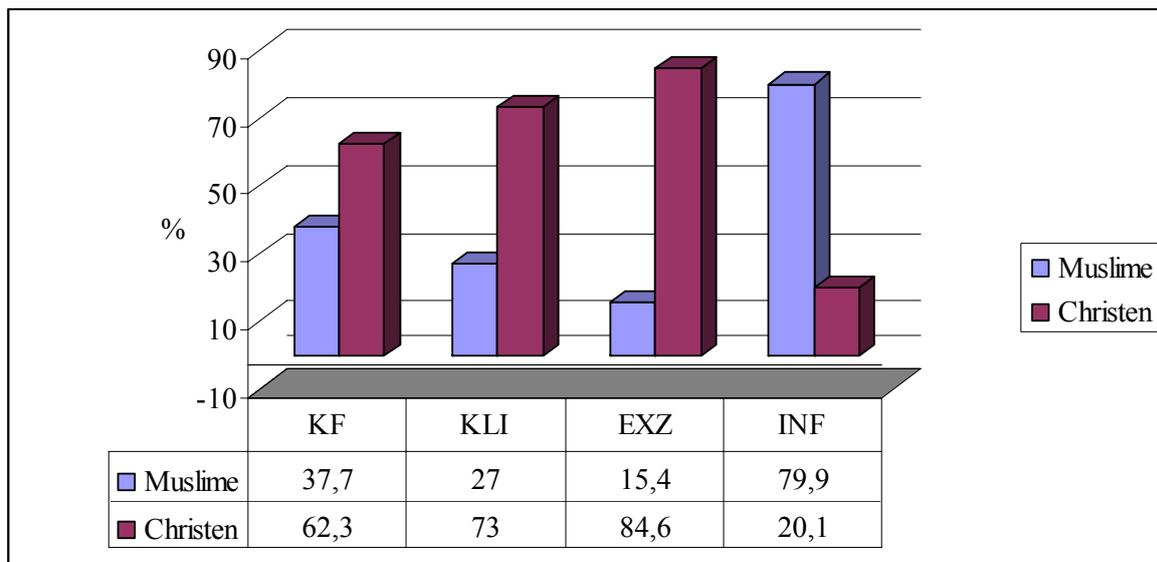


Abbildung 13 Religionszugehörigkeit und FGC

Bei den Christen und Muslimen sind alle FGC-Formen vertreten, jedoch in unterschiedlicher prozentualer Verteilung.

		Konfession		Gesamt
		Muslime	Christen	
Kein-FGC	N	20	23	53
	KR	-1,9	1,9	
Klitoridektomie	N	48	130	178
	KR	-8	8	
Exzision	N	2	11	13
	KR	-2,5	2,5	
Infibulation	N	135	34	169
	KR	10,2	-10,2	
Gesamt		205	208	413

$$\chi^2 = 196,25; p < 0,0005$$

Tabelle 15 Religionszugehörigkeit der beschnittenen und unbeschnittenen Frauen

Von insgesamt 413 interviewten Frauen gehören 205 dem muslimischen Glauben an und 208 dem christlichen, davon sind 127 orthodox, 70 katholisch und 11 evangelisch.

Die infibulierten Frauen sind signifikant häufiger bei Muslimen vertreten, während die klitoridektomierten, die exzidierten und die unbeschnittenen Frauen vermehrt bei Christen anzutreffen sind.

3.4.5 Schulbildung

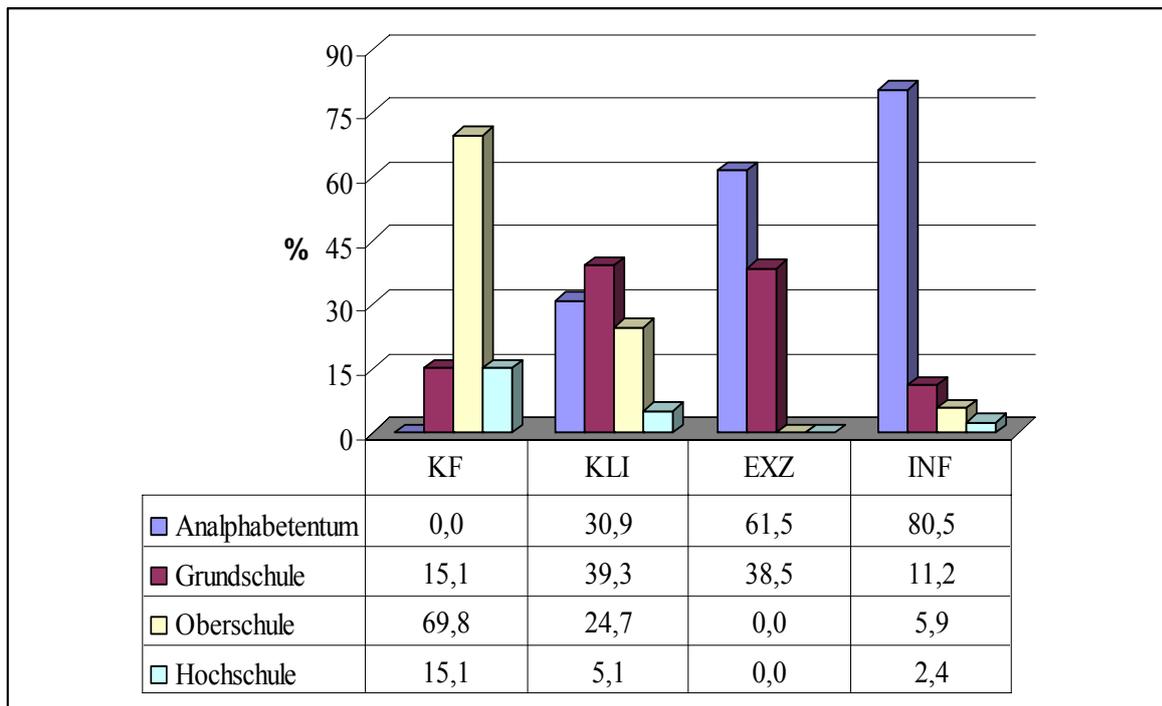


Abbildung 14 Schulbildung der beschnittenen und unbeschnittenen Frauen

Von den interviewten Frauen haben insgesamt 21 einen Hochschulabschluss, während fast 199 Analphabetinnen sind.

		Schulbildung der Frauen				Gesamt
		Analphabeten- tum	Grund- schule	Ober- schule	Hoch- schule	
KF	n	0	8	37	8	53
	KR	-7,5	-1,7	9	3,6	
KLI	n	55	70	44	9	178
	KR	-6,1	6,0	1,1	,0	
EXZ	n	8	5			13
	KR	1,0	1,2	-1,9	-,8	
INF	n	136	19	10	4	169
	KR	10,9	-5,3	-6,6	-2,1	
Gesamt		199	102	91	21	413

$\chi^2 = 107,54,$ $p < 0,0005$

Tabelle 16 Schulbildung und FGC

Die unbeschnittenen Frauen sind in der Hoch- und Oberschule hochsignifikant vermehrt vertreten. Die klitoridektomierten Frauen sind auffallend häufig Grundschulabgängerinnen. Die exzidierten Frauen sind in der Oberschule selten vertreten, sie zeigen hauptsächlich eine niedere Schulbildung. Die infibulierten Frauen sind am häufigsten von Analphabetismus vertreten.

3.4.6 Heiratsalter der beschnittenen Frauen im Vergleich zu den unbeschnittenen

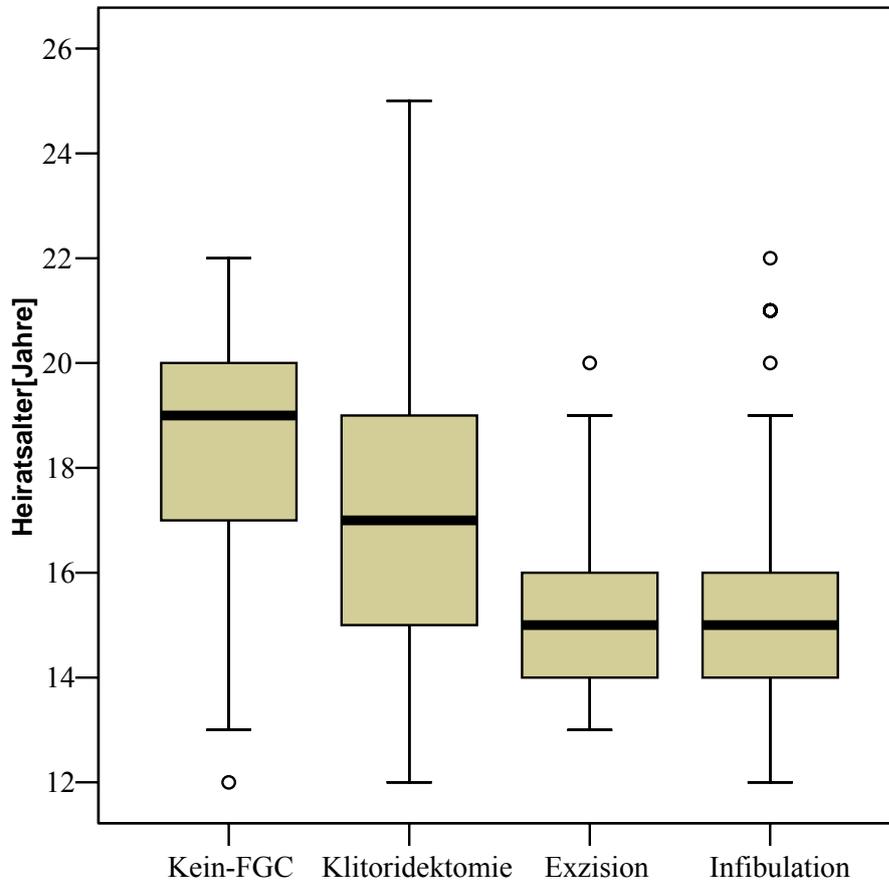


Abbildung 15 Heiratsalter der vier Frauengruppen

Diese Abbildung verdeutlicht das unterschiedliche Heiratsalter der vier Gruppen. Die Zahlen unterscheiden sich hochsignifikant voneinander ($p < 0,0005$).

	Medianes Heiratsalter [Jahre]	(Qu, Qo)
Kein-FGC	19	(17; 20)
Klitoridektomie	17	(15; 19)
Exzision	15	(13,5; 17)
Infibulation	15	(14; 16)

Tabelle 17 Das mediane Heiratsalter der vier Gruppen

Das mediane Heiratsalter und die zugehörigen Quartile der unbeschnittenen Frauen sind am höchsten (siehe Tabelle 17); gefolgt von dem medianen Alter der klitoridektomierten Frauen mit den entsprechenden Quartilen. Das jüngste mediane Alter weisen die exzidierten und die infibulierten Frauen auf. Die zugehörigen Quartile zeigen jedoch geringe Differenzen.

	Statistischer Test	
Klitoridektomie, Exzision, Infibulation	Kruskal-Wallis-Test	$p < 0,0005$
Klitoridektomie, Exzision	Mann-Whitney-Test	$p = 0,05$
Infibulation, Klitoridektomie		$p < 0,0005$
Infibulation, Exzision		$p = 0,9$

Tabelle 18 Vergleich des Heiratsalters beschnittener Frauen mittels statistischer Tests

Die beschnittenen Frauen unterscheiden sich hinsichtlich des Heiratsalters hochsignifikant voneinander. Dies ist auch bei allen Zweipaar-Vergleichen innerhalb dieser Gruppe zutreffend. Nur der Vergleich von exzidierten vs. infibulierte Frauen weist keinen signifikanten Unterschied auf.

3.4.7 Vergleich demographischer Daten von beschnittenen und unbeschnittenen Frauen anhand logistischer Regressionsmodells

Beobachtet	Vorhergesagt		
	Prozentsatz der Richtigen		
unbeschnitten	41	12	77,4
beschnitten	10	350	97,2
Gesamtprozentsatz			94,7

Tabelle 19 Demographische Daten und Regressionsmodell

Bei dieser Tabelle ist im rückwärts-logistischen Regressionsmodell erkennbar, dass die beschnittenen Frauen zu 97,2 als beschnitten vorausgesagt werden, während dies bei den unbeschnittenen Frauen 77,4% entspricht.

Variable	Log-Likelihood des Modells	Änderung der -2 Log-Likelihood	Signifikanz der Änderung
Wohnort	-110,247	93,883	,000
Bildung	-97,944	69,278	,000
Beruf	-65,106	3,602	,058

Tabelle 20 Demographische Daten und Rückwärts-logistisches Regressionsmodell

Im ersten Schritt des rückwärts-logistischen Regressionsmodells wurden die Merkmale Religion, Wohnort, Bildung und Berufsgruppe hinsichtlich ihrer Signifikanz analysiert. Hierbei wurden Religion und Berufsgruppe als nicht signifikante Faktoren heraus gefiltert. Im Endschrift bleiben damit die Faktoren Wohnort und Bildung als hochsignifikant und der Faktor Berufsgruppe als tendenziell übrig ($p = 0,058$).

Im Vergleich hierzu zeigt das vorwärts-logistische Regressionsmodell, dass der Faktor Berufsgruppe nicht mehr als hochsignifikante Einflussgrößen auftaucht, sondern nur noch die beiden Merkmale Wohnort und Bildung, wie aus der folgenden Tabelle hervorgeht.

Variable	Log-Likelihood des Modells	Änderung der -2 Log-Likelihood	Signifikanz der Änderung
Wohnort	-112,372	94,532	,000
Bildung	-101,784	73,356	,000

Tabelle 21 Demographische Daten und Vorwärts-logistischen Regressionsmodell

3.4.8 Vergleich soziodemographischer Daten infibulierter und klitoridektomierter Frauen anhand des logistischen Regressionsmodells

Beobachtet	Vorhergesagt		
			Prozentsatz der Richtigen
Klitoridektomie	144	34	80,9
Infibulation	41	128	75,7
Gesamtprozentsatz			78,4

Tabelle 22 Demographische Daten der klitoridektomierten und infibulierten Frauen mittels des Rückwerts logistischen Regressionsmodells

Mit dem logistischen Regressionsmodell wurden 80,9% der klitoridektomierten Frauen richtig vorhergesagt, die infibulierten Frauen zu 75,7%.

Variable	Log-Likelihood des Modells	Änderung der -2 Log-Likelihood	Signifikanz der Änderung
Religion	-224,560	112,295	,000
Bildung	-185,586	34,348	,000
Sozialer Status	-170,924	5,023	,025
Berufsgruppe	-172,193	7,561	,006

Tabelle 23 Rückwärts-logistisches Regressionsmodell: Vergleich der klitoridektomierten und infibulierten Frauen

Betrachtet wurden hierbei mögliche Einflussfaktoren wie Religion, Wohnort, sozialer Status, Bildung und Beruf. Hierbei zeigten sich Religion und Bildung als hochsignifikante Faktoren ($p < 0,0005$). Während der Faktor Berufsgruppe auch noch signifikant ist ($p = 0,007$), kristallisiert sich der Wohnort als nicht signifikant heraus ($p = 0,9$). Beim Vorwärts-logistischen Regressionsmodell sind die Ergebnisse identisch.

3.5 Hintergründe und Kontext von FGC

Hintergründe für FGC	Frauen		Männer	
	Anzahl (N = 420)	%	Anzahl (N = 50)	%
Tradition	377	89,8	43	86
Kulturelle Identität	365	86,9	38	76
Soziale Identität und Akzeptanz	351	83,6	39	78
Zur Sicherung der Jungfräulichkeit	301	71,7	37	74
Kontrolle der weiblichen sexuellen Lust	313	74,5	43	86
Religiöse Gründe	34	8,1	13	26
Hygienische Gründe	31	7,4	4	8
Mythische Gründe	23	5,5	4	8
Initiationsritus	21	5	3	6
Zur Steigerung der männlichen sexuellen Lust	113	26,9	8	16
Schutz vor sexueller Gewalt	133	31,7	12	24

Tabelle 24 Hintergründe für FGC

Mehrfachnennungen möglich.

Innerhalb der neun Ethnien sind keine wesentlichen Unterschiede hinsichtlich der Begründung der weiblichen Beschneidung erkennbar. Einfluss auf die Gründe haben tendenziell folgende Einflussgrößen: Bildungsstatus, Wohnort (ländlich oder städtisch), Religiosität sowie traditionelle Denkweise. (Diese Einflussgrößen werden im Kapitel 4.3.1, näher erläutert).

Allen neun Ethnien ist gemeinsam, dass die Beschneidung symbolisch für Werte steht, die in der jeweiligen Volksgruppe oder Familie eine positive Zuschreibung erfährt. Obwohl die Gründe für FGC sehr heterogen sind, werden von den Interviewten in der Mehrheit Gründe genannt, die im

soziokulturellen Kontext liegen. Am häufigsten werden Tradition, kulturelle und soziale Identität sowie Kontrolle der weiblichen Sexualität genannt. Mit anderen Worten: im Kontext der eritreischen Gesellschaft meinen die Betroffenen:

„Der Brauch FGC wurde bereits von unseren Vorfahren und Ahnen durchgeführt; es gibt uns ein Gefühl der Zugehörigkeit zu unseren Familien und Volksgruppen, die uns nur akzeptieren, wenn wir beschnitten sind; es ist normal für uns, weil alle in unserer Umgebung das Gleiche erleiden, es wäre abnorm, nicht beschnitten zu sein.“(vgl. Tabelle 86).

Ferner besteht die Annahme, dass eine beschnittene Frau sexuell weniger aktiv ist, was von der Gesellschaft als positiv bewertet wird und die gesellschaftliche Erwartung erfüllt, dass eine Frau nur heiratswürdig ist, wenn sie sexuell keusch und unerfahren ist, also „jungfräulich“. In diesem Zusammenhang steht FGC symbolisch für die Ehre der Frau und den Respekt gegenüber gesellschaftlichen Normen und Erwartungen. Die beschnittene Frau erfährt damit eine positive Zuschreibung. Für FGC weniger bedeutsam sind dagegen religiöse, mythische und hygienische Gründe sowie Initiationsrituale.

Die Interviewten gaben an, bei den Christen sei es üblich, ihre Kinder erst genital zu beschneiden (männlich und weiblich) und danach die Taufe anzustreben, damit die beschnittenen Kinder „rein“ sind. Ferner besteht die Annahme der Doppelgeschlechtlichkeit: die Klitoris stehe für das männliche und die Vorhaut für das weibliche, somit würde das eindeutige Geschlecht erst nach der Beschneidung zum Tragen kommen. Auch besteht die Befürchtung, dass die Klitoris bei der Geburt das Kind gefährden könnte, für den Fall, dass der Kopf des Kindes in Berührung mit der Klitoris komme.

3.6 Frühkomplikationen und Erinnerungsvermögen an die Beschneidung

3.6.1 Erinnerungsvermögen an die Beschneidung in Abhängigkeit vom Beschneidungsalter

Erinnerung	Anzahl	%
Ja	18	5
Nein	342	95
Gesamt	360	100

Tabelle 25 Anzahl der Frauen, die sich an ihre Beschneidung erinnern

Das traditionelle Beschneidungsalter für Mädchen liegt zwischen dem siebten Lebensjahr und dem ersten Geburtstag. Die Frauen, die sich an die Beschneidung erinnern können, unterscheiden sich deutlich von denen, die sich nicht erinnern können ($p < 0,0005$). Dies entspricht nur 5% der beschnittenen Frauen. Der überwiegende Teil, 95%, konnte sich nicht an den Eingriff erinnern (vgl. Abbildung 16).

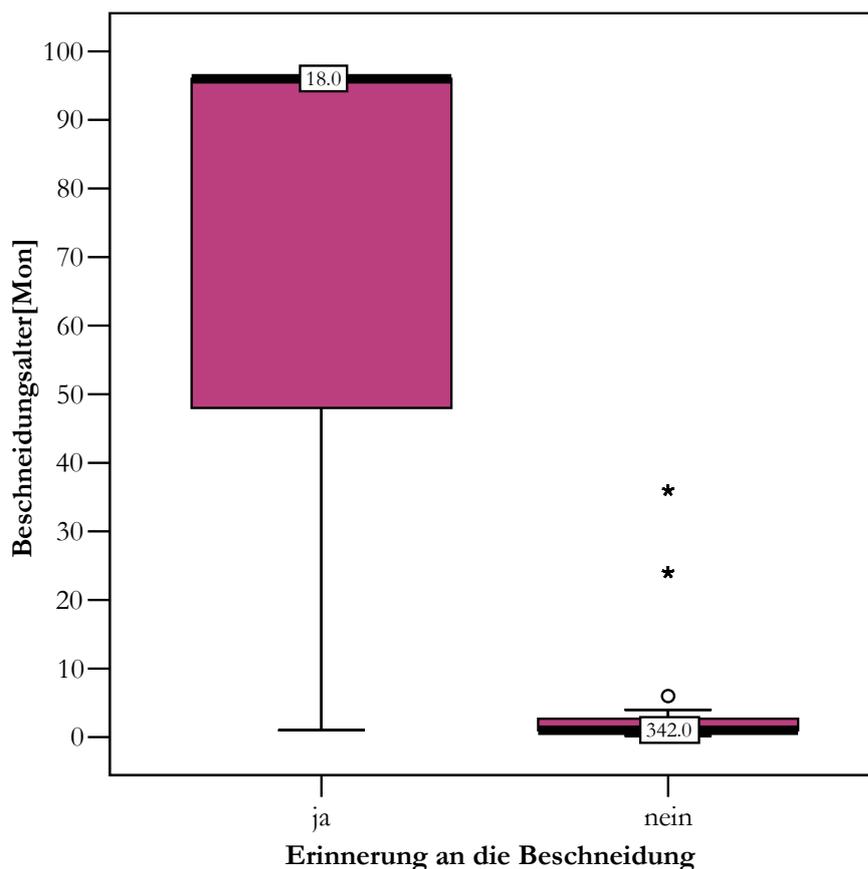


Abbildung 16 Erinnerung an die eigene Beschneidung

Die quer über die Box gelegte schwarze Linie gibt die Lage des Medians an. Bei Frauen, die sich an die Beschneidung erinnern können, entspricht der obere Quartil dem Median. Betreffend der Frauen, die keine Erinnerung an das Ereignis haben, entspricht dem Median der untere Quartil.

Erinnerung an die Beschneidung	Medianes Alter in Monaten	(Qu,Qo)	Schiefe
Ja	96	(48,96)	-1,1
Nein	2,7	(1,2,7)	5,8

Tabelle 26 Das mediane Beschneidungsalter der interviewten Frauen

Das mediane Beschneidungsalter der Frauen, die sich retrospektiv einnern konnten, lag bei acht Jahren [96 Monaten], die zugehörigen Quartile (48; 96). Dagegen liegt das mediane

Beschneidungsalter der Frauen, die keine Erinnerung daran haben, bei 2,7 Monaten [(Qu=1);(Qo= 2,7)].

3.6.1.1 Zusammenhang zwischen FGC-Formen und Frühkomplikationen

Die Anzahl der Frühkomplikationen unterscheidet sich in Abhängigkeit von der FGC-Form. Bei der Infibulation ist tendenziell eine erhöhte Anzahl der Frühkomplikationen nachweisbar, während bei der Klitoridektomie die Anzahl der Komplikationen deutlich geringer ausfällt. Bei der Exzision kann keine Aussage gemacht werden, da alle exzidierten Frauen (N = 13) sich nicht an die Beschneidung erinnern konnten.

3.6.1.2 Frühkomplikationen von klitoridektomierten und infibulierten Frauen

Frühkomp-Likationen	INF		KLI		χ^2	
	N = 7	100	N = 11			
	ja	%	ja	%		
Dysurie	6	85,7	3	27,2	5,8	P = *0,016
Urinretention	6	85,7	1	9,1	10,6	P = *0,001
Hämorrhagie	7	100	9	81,8	1,4	P= 0,231 n.s.
Entzündung	7	100	7	63,6	7,9	P = *0,005
Organverletzungen	4	57,1	1	9,1	4,9	P = *0,026
Wundinfekt	6	85,7	2	18,1	7,9	P = *0,005
Bewusstseinsverlust	5	71,4	1	9,1	7,5	P = *0,006
Bewegungshindernis ⁶⁷	7	100	-	-	18	P < **0,0005
Starke Schmerzen	6	85,7	9	81,8	0,1	P = 0,829 n.s
Vertrauensbruch zur Mutter	0	-	0	-	-	-----
Schlafstörung	0	-	0	-	-	-----
Angst / Furcht	0	-	0	-	-	-----

Tabelle 27 Verschiedene Arten von Frühkomplikationen der klitoridektomierten (KLI) und infibulierten (INF) Frauen

⁶⁷Bewegungshindernis oder Immobilität meint in dieser Arbeit: Nach der Infibulation wurden die Beine und Füße festgebunden, damit die Person sich die frische Wunde nicht durch Mobilität aufreißt.

Mehrfachnennungen möglich.

Bei dieser Tabelle handelt es sich um die Zusammenfassung von zwölf Kreuztabellen, die jeweils eine Art von Frühkomplikation in Verbindung mit der FGC-Form darstellen. Jede Zeile entspricht dem Ergebnis einer Kreuztabelle. Hierbei handelt es sich um 18 Frauen, die Erinnerung an die Beschneidung hatten, darunter waren infibulierte (N = 7) und klitoridektomierte Frauen (N = 11). Bei der Infibulation traten am häufigsten Frühkomplikationen auf. Alle Frauen mit dieser FGC-Form erlitten eine Hämorrhagie, ein Bewegungshindernis und eine Entzündung. Bei der Klitoridektomie kamen diese Komplikationen ebenfalls vor, jedoch im Vergleich in geringerer Anzahl.

Alle interviewten Frauen konnten sich nicht an Gefühle der Angst, Furcht oder an Schlafstörungen erinnern. Auch gaben sie an, der Mutter gegenüber keinen Vertrauensbruch empfunden zu haben. Somit konnten keine Vergleiche hinsichtlich dieser Merkmale erzielt werden.

3.6.2 FGC und Ausführende

FGC-Ausführende	FGC-Form				Gesamt
	KLI		INF		
TBAs	5	71,4%	2	28,6%	7
Beschneiderin	6	54,5%	5	45,5%	11
Gesamt	11		7		18

$$\chi^2 = 0,513, p = 0,6$$

Tabelle 28 FGC-Ausführende und Frühkomplikationen

Hinsichtlich der zusammengefassten Frühkomplikationen ist zwischen beiden Gruppen der Ausführenden, TBAs und Beschneiderinnen, kein signifikanter Unterschied zu erkennen, obwohl von TBAs (Traditional health assistants) deutlich häufiger die Klitoridektomien durchgeführt wurden und die Infibulationen eher von den Beschneiderinnen.

3.6.3 Anwendung traditioneller Heilmittel vor und nach FGC

In allen 18 Fällen, in denen sich die Frauen an die Genitalbeschneidung erinnern, kamen zur Vermeidung und Eindämmung von Komplikationen wie Hämorrhagie, Infektionen und Entzündungen traditionelle Heilmittel zur Anwendung. Allopathische Medizin wurde nicht verwendet, auch erfolgte keine medizinische Intervention im Krankenhaus. Von der Autorin wurden jedoch fünf Fälle beobachtet, bei denen die Betroffenen nach der Beschneidung aufgrund von Frühkomplikationen wie Fieber und Infektionen in Kliniken eingeliefert wurden. Hier erfolgten medizinische Interventionen wie eine Antibiotika-Therapie, Gabe von Schmerzmitteln und Desinfektion der Wunde. In einem Fall war eine Bluttransfusion notwendig. Im Krankenhaus erfolgte eine adäquate Aufklärung über die gesundheitlichen Folgen der Beschneidung.

3.6.3.1 Methodische Anwendung traditioneller Mittel

3.6.3.1.1 Zuckersirup

In einem Behälter werden Zucker und heißes Wasser vermischt, bis eine zähe Flüssigkeit entsteht. In einigen Fällen wurde dieser Zuckersirup nach der Beschneidungszeremonie von der Beschneiderin mit den Händen direkt auf die Wunde im Genitalbereich aufgetragen. Es wird angenommen, dass diese Methode die Wundheilung unterstützt und der Desinfektion dient.

3.6.3.1.2 Salzwasser und sauberes Tuch

Ein sauberes Tuch wird in einem Behälter mit heißem Salzwasser eingelegt. Unmittelbar nach der Beschneidung wird das getränkte, heiße Tuch über die Wunde im Genitalbereich gelegt. Dieser Methode wird eine desinfizierende und blutstillende Wirkung zugeschrieben.

3.6.3.1.3 Weihrauch

Es wird ein Loch in sandigem Boden ausgehoben, in welchem ein Feuer entfacht wird, dem Blätter sowie Baumrinde und traditionelle Gewürze hinzugegeben werden. Nach dem Löschen des Feuers kommt es zur erwünschten Rauchentwicklung. Das beschnittene Mädchen setzt sich nun mit gespreizten Beinen über das Loch, so dass der Weihrauch an der Wunde entlangströmt.

Diese Methode wird eher in dörflichen Gegenden nicht unmittelbar nach dem Eingriff, sondern in den meisten Fällen am Tag danach angewendet. Dem Weihrauch werden desinfizierende und die Wundheilung beschleunigende Eigenschaften zugesprochen.

3.6.3.1.4 Trockenes, heißes Tuch

Ein sauberes Tuch wird über brennendem Holz- oder Kohlefeuer erhitzt. Nachdem es etwas abgekühlt ist, wird es der Beschnittenen auf ihre Genitalwunde gelegt. Diese Methode soll blutstillend und desinfizierend wirken.

3.6.3.1.5 Butterpaste

Aus Ziegenmilch wird Butter gewonnen und direkt auf die Genitalwunde der Beschnittenen gelegt. Dieser Methode wird eine antientzündliche, kühlende und die Wundheilung beschleunigende Wirkung zugeschrieben.

3.7 Übersicht der Spätkomplikationen

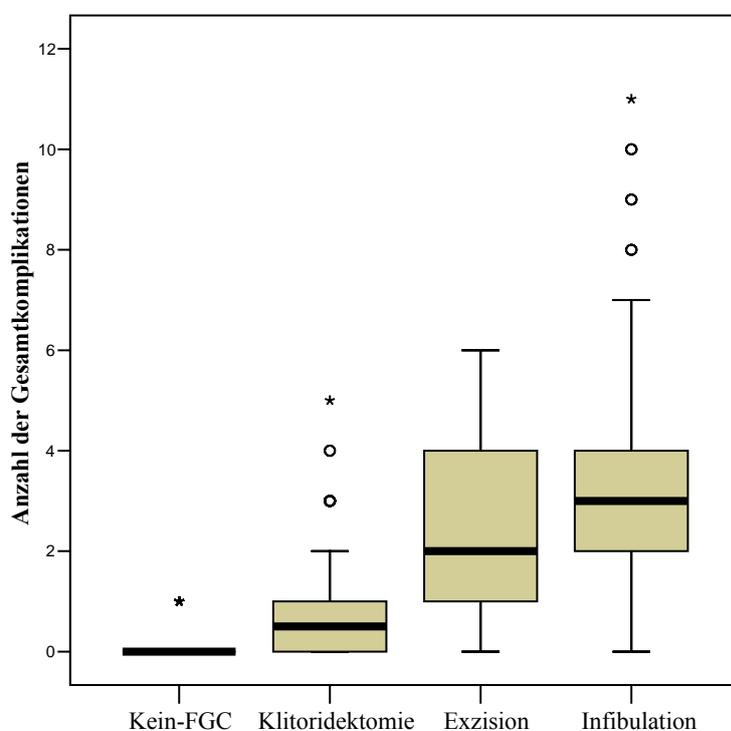


Abbildung 17 Spätkomplikationen der vier Frauengruppen

Die infibulierten Frauen tendieren am häufigsten zu Spät komplikationen, gefolgt von den exzidierten Frauen. Bei den klitoridektomierten und den unbeschnittenen Frauen zeigt sich ein genau umgekehrtes Bild. Somit unterscheiden sich die vier Gruppen hinsichtlich der Zahl der Gesamtspät komplikationen hochsignifikant ($p < 0,0005$).

	Statistischer Test	
Kein-FGC, Klitoridektomie, Infibulation, Exzision	Kruskal-Wallis-Test	$p < 0,0005$
Klitoridektomie, Infibulation, Exzision		$p < 0,0005$
Exzision, Klitoridektomie	Mann-Whitney-Test	$p = 0,001$
Infibulation, Klitoridektomie		$p < 0,0005$
Exzision, Infibulation		$p = 0,3n.s^*$

Tabelle 29 Spät komplikationen und statistische Tests innerhalb der vier Gruppen

Mittels Kruskal-Wallis-Test sowie Mann-Whitney-Tests zeigt sich bezüglich der Gesamtspät komplikationen, ausser bei den infibulierten vs. exzidierten Frauen ($p = 0,3$), bei allen Paarvergleichen ein signifikanter Unterschied.

FGC	Median	(Qu,Qo)
Kein-FGC	0	(0;0)
Klitoridektomie	0,5	(0;1)
Exzision	2	(0,5;4)
Infibulation	3	(2;4)

Tabelle 30 Die mittlere Gesamtspät komplikationenanzahl

Die Anzahl der durchschnittlichen (Median) Gesamtkomplikationen ist bei den unbeschnittenen Frauen am geringsten mit 0, welcher auch die zugehörigen Quartile entsprechen. Gefolgt von den klitoridektomierten Frauen die bei 0,5 liegen; mit den zugehörigen Quartilen (0; 1). Dagegen liegt der Median der exzidierten Frauen bei 2 und dementsprechend sind auch die zugehörigen

Quartile (0,5; 4). Am höchsten liegt der Median bei den infibulierten Frauen mit 3, die zugehörigen Quartile sind entsprechend hoch (Qu ; 4).

3.7.1 Einzelne Spätkomplikationen beschnittener und unbeschnittener Frauen

3.7.1.1 Primäre Sterilität

Definition: Sterilität der Frau: Laut WHO liegt eine Sterilität (*Impotentia generandi*) vor, wenn nach zwei Jahren, in denen ein Paar regelmäßig ungeschützten Geschlechtsverkehr hatte, keine Schwangerschaft eingetreten ist. Hierbei wird von *primärer* Sterilität gesprochen, wenn noch nie eine Schwangerschaft vorgelegen hat. Bei *sekundärer* Sterilität hat bereits mindestens eine Schwangerschaft bestanden, trotz regelmäßiger Kohabitation bleibt eine erneute Schwangerschaft jedoch aus

(Lübke, 2004⁶⁸).

	KR	Sterilität		Gesamt
		n	%	
Kein-FGC	-1,5	0	,0	42
Klitoridektomie	-2,1	1	0,9	106
Exzision	0,6	1	7,7	13
Infibulation	2,8	11	7,9	139
Gesamt		13		300

$\chi^2 = 9,493$; $p = 0,03$

Tabelle 31 Primäre Sterilität der beschnittenen und unbeschnittenen Frauen

Bei den exzidierten Frauen ist die geringe Gesamtanzahl (N = 13) im Vergleich zu den anderen drei Gruppen zu berücksichtigen. Die infibulierten Frauen sind signifikant häufiger (KR = 2,8) von primärer Sterilität betroffen als die klitoridektomierten Frauen (KR = 2,1). Unbeschnittene Frauen dagegen waren davon nicht betroffen.

⁶⁸Lübke M. Sterilität und Infertilität. In: Intensivkurs Gynäkologie und Geburtshilfe. Bühling K J, Friedmann W. München: Urban & Fischer, 2004:38.

3.7.1.2 Sekundäre Sterilität

	KR	Sekundäre Sterilität		Gesamt
		n	%	
Kein-FGC	-1,9	0,	,0	42
Klitoridektomie	-3	1	0,9	106
Exzision	0,1	1	7,7	13
Infibulation	4,2	19	13,7	139
Gesamt		21		300

$\chi^2 = 18,64$; $p = 0,001$

Tabelle 32 Sekundäre Sterilität der beschnittenen und unbeschnittenen Frauen

Die infibulierten Frauen neigen am signifikant häufigsten zu sekundärer Sterilität (KR = 4,2), während die klitoridektomierten (KR = -3) und die unbeschnittenen Frauen (KR = -1,9) eine deutlich geringere Tendenz dazu aufweisen.

3.7.1.3 Zystenbildung an der Vulva

Definition: Zystenbildung an der Vulva

Unterschiedliche Formen und Pathogenese:

- Bartholinsche Zysten können sich beispielsweise entwickeln, wenn die Bartholinschen Drüsen oder deren Ausführungsgänge bei der FGC-Durchführung nicht vollständig entfernt wurden oder eine Schädigung erfahren haben. Insbesondere nach Infibulation sowie nach Exzision kann es dazu kommen, dass die Drüsenabsonderungen nicht abfließen können. Dies kann sich auch bei unbeschnittenen Frauen entwickeln.

- Epitheleinschlusszysten (Dermoidzyste) können durch Versprengung von Epithelzellen unter die Haut beziehungsweise durch die Einsprengung von Fremdkörpern, wie Dornen oder Fäden, entstehen (vgl. hierzu Abbildung 18).



Abbildung 18 Dermoidzyste⁶⁹

- Retentionszysten (z.B. sog. Smegmazysten) entstehen, wenn die Klitoris nicht oder nur unvollständig entfernt ist und sich unter der Hautbrücke Smegma staut (siehe Abbildung 19).



Abbildung 19 Smegmazyste⁷⁰

⁶⁹Pok. J. Universitätsspital Zürich. Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, 2004.

⁷⁰Selbst photographierte Zyste bei einer Migrantin, kurz vor der operativen Entfernung. Berlin, 2005.

Die Größe der Zysten kann erhebliche Ausmaße annehmen und es bedarf in diesen Fällen einer operativen Entfernung (siehe Abbildung 20).



Abbildung 20 sog. große Postzirkumzisionszyste⁷¹

	KR	Zysten an der Vulva		Gesamt
		n	%	
Kein-FGC	-3,5	0	,0	53
Klitoridektomie	0,3	31	17,4	178
Exzision	-0,1	2	15,4	13
Infibulation	2,1	36	21,3	169
Gesamt		69		413

$\chi^2 = 13,27$; $p = 0,004$

Tabelle 33 Zysten an der Vulva bei den beschnittenen und unbeschnittenen Frauen

Die prozentuale Verteilung der Zystenbildung an der Vulva scheint bei den beschnittenen Frauen ähnlich verteilt. Aus den korrigierten Residuen geht hervor, dass die infibulierten Frauen signifikant häufiger (KR = 2,1) von einer Zystenbildung an der Vulva betroffen sind als die unbeschnittenen Frauen (KR = -3,5).

⁷¹Postzirkumzisionszyste. Dr. Tiblez. Mekane-Hiwet-Hospital. Abteilung für Gynäkologie- und Geburtshilfe. Asmara. Eritrea.

3.7.1.4 Adnexitis

Definition: Unter einer Adnexitis versteht man die *Entzündung der Tuben, der Ovarien* einschließlich der *umgebenden Gewebe*. Man unterscheidet die *akute und die chronische Adnexitis* (Trennhardt, 2004⁷²).

	KR	Entzündung der Eierstöcke / Eileiter		Gesamt
		n	%	
Kein-FGC	-3,2	0	,0	53
Klitoridektomie	-5,6	6	3,4	178
Exzision	0,9	3	23,1	13
Infibulation	7,5	51	30,2	169
Gesamt		60		413

$\chi^2 = 60,95; p < 0,0005$

Tabelle 34 Entzündung der Eierstöcke und Eileiter bei den beschnittenen und unbeschnittenen Frauen

Zu Adnexitiden neigen die infibulierten Frauen im Verlauf ihres Lebens signifikant gehäuft (KR = 7,5), im Gegensatz zu den klitoridektomierten (KR = -5,6) und den unbeschnittenen Frauen (KR = -3,2).

3.7.1.5 Vaginale Infektionen (Kolpitis)

Definition: Tritt eine Störung der normalen Scheidenflora auf, so entsteht eine *Kolpitis*.

Definitionsgemäß wird eine primäre Kolpitis von einer sekundären Kolpitis abgegrenzt:

- **Primäre Kolpitis:** Eine große Anzahl pathogener Keime dringen in die Vagina ein, zerstören dort das physiologische Gleichgewicht und führen zu einer Infektion.
- **Sekundäre Kolpitis:** Pathogene Keime entwickeln sich auf dem Boden einer gestörten Scheidenflora (Trennhardt, 2004⁷³).

⁷²Trennhardt C. Adnexitis. In: Intensivkurs Gynäkologie und Geburtshilfe. Bühling K J, Friedmann W. München: Urban & Fischer, 2004:343.

	KR	Entzündung in der Vagina		Gesamt
		n	%	
Kein-FGC	-4,7	0	,0	53
Klitoridektomie	-1,1	42	23,6	178
Exzision	0,4	4	30,8	13
Infibulation	4,2	63	37,3	169
Gesamt		109		413

$\chi^2 = 30,157$; $p < 0,0005$

Tabelle 35 Entzündung in der Vagina bei den beschnittenen und unbeschnittenen Frauen

Die Entzündungen in der Vagina sind bei den beschnittenen Frauen prozentual betrachtet ähnlich hoch. Bei den unbeschnittenen Frauen zeigt sich eine signifikant geringere Neigung zu (KR = -4,7) dieser Symptomatik, während die infibulierten Frauen eine signifikant hohe Neigung (KR = 4,2) aufweisen.

3.7.1.6 Infektionen an der Vulva

Definition: Unter der Vulvitis versteht man eine Dermatitis im Bereich des äußeren Genitales (Bühling et al., 2004⁷⁴).

	KR	Vulvitis		Gesamt
		n	%	
Kein-FGC	-4,8	0	,0	53
Klitoridektomie	0,6	51	28,7	178
Exzision	0,3	4	30,8	13
Infibulation	2,5	57	33,7	169
Gesamt		112		413

$\chi^2 = 23,755$; $p < 0,0005$

Tabelle 36 Entzündung der Vulva bei beschnittenen und unbeschnittenen Frauen

⁷³Trennhardt C. Vaginalflora. In: Intensivkurs Gynäkologie und Geburtshilfe. Bühling K J, Friedmann W. München: Urban & Fischer, 2004:334.

⁷⁴Trennhardt C. Vulvitis. In: Intensivkurs Gynäkologie und Geburtshilfe. Bühling K J, Friedmann W. München: Urban & Fischer, 2004:329.

Bei den beschnittenen Frauen ist eine prozentual ähnliche Verteilung der Entzündungen an der Vulva ersichtlich. Bei den unbeschnittenen Frauen zeigt sich eine signifikant geringere Tendenz (KR = -4,8) zu dieser Symptomatik als den beschnittenen Frauen, dagegen neigen die infibulierten Frauen am auffallend häufigsten zu Vulvitis (KR = 2,5).

3.7.1.7 Infektionen der Nieren und/oder der ableitenden Harnwege

Definition: Unter einer Harnwegsinfektion versteht man alle Zustände, bei denen sich pathogene Keime oberhalb des Blasenschließmuskels nachweisen lassen (Stein et al., 1995⁷⁵).

	KR	Nieren und / oder ableitende Harnwege		Gesamt
		n	%	
Kein-FGC	-2,0	0	,0	53
Klitoridektomie	-3,2	3	1,7	178
Exzision	2,6	3	23,1	13
Infibulation	3,7	19	11,2	169
Gesamt		25		413

$\chi^2 = 24,014$; $p < 0,0005$

Tabelle 37 Entzündung der Nieren bei den beschnittenen und unbeschnittenen Frauen

Die infibulierten Frauen leiden signifikant häufiger (KR = 3,7) an Infektionen der ableitenden Harnwege und der Nieren als die unbeschnittenen (KR = -2) und die klitoridektomierten Frauen (KR = -3,2), die deutlich seltener eine Risikogruppe zur Entwicklung dieser Symptomatik darstellen.

⁷⁵Stein G, Ritz E. Diagnostik und Differentialdiagnostik der Nierenerkrankungen für die medizinische Praxis. Jena: Gustav Fischer, 1995:275.

3.7.1.8 Neurinom an der Vulva

	KR	Neurinom an der Vulva		Gesamt
		n	%	
Kein-FGC	-3,4	0	,0	53
Klitoridektomie	1,1	32	18	178
Exzision	0,7	3	23,1	13
Infibulation	0,9	30	17,8	169
Gesamt		65		413

$\chi^2 = 11,62$; $p = 0,009$

Tabelle 38 **Neurinom an der Vulva bei den beschnittenen und unbeschnittenen Frauen**

Bei allen drei Gruppen der beschnittenen Frauen ist ein prozentual betrachtet in etwa gleiches Auftreten des Neurinoms an der Vulva zu beobachten. Die unbeschnittenen Frauen dagegen zeigen erneut eine signifikant geringere Tendenz (KR = -3,4) zu dieser Tumorbildung.

3.7.1.9 Keloide an der Vulva

	KR	Keloide an der Vulva		Gesamt
		n	%	
Kein-FGC	-3,9	0	,0	53
Klitoridektomie	-6,8	8	4,5	178
Exzision	1,0	4	30,8	13
Infibulation	9,1	70	41,4	169
Gesamt		82		413

$\chi^2 = 89,89$; $p < 0,0005$

Tabelle 39 **Keloide an der Vulva bei den beschnittenen und unbeschnittenen Frauen**

Die Keloidbildung an der Vulva wird bei den infibulierten Frauen am signifikant häufigsten (KR = 9,1) beobachtet, im Vergleich zu den klitoridektomierten (KR = -6,8) und unbeschnittenen Frauen (KR = -3,9).

3.7.2 Miktionszeit in Abhängigkeit von der FGC-Form

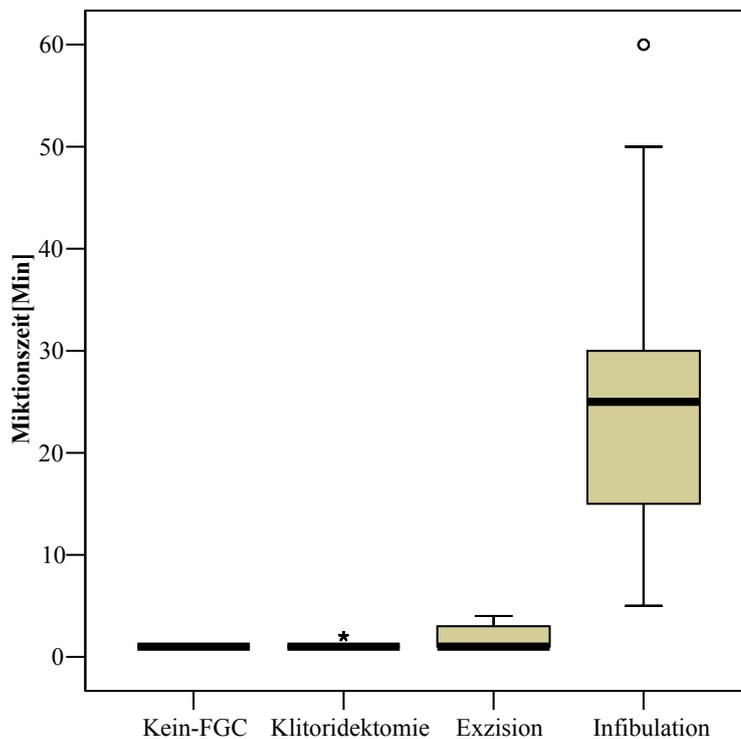


Abbildung 21 Miktionszeit in Minuten in Abhängigkeit von der FGC-Form

Die infibulierten Frauen unterscheiden sich hochsignifikant ($p < 0,0005$) von den anderen Gruppen, da sie deutlich mehr Zeit benötigen, um die Blase vollständig zu entleeren.

	Statistischer Test	
Kein-FGC, Klitoridektomie, Exzision	Kruskal-Wallis-Test	$p < 0,0005$
Exzision, Klitoridektomie	Mann-Whitney-Test	$p < 0,0005$
Kein-FGC, Klitoridektomie		$p = 0,27$
Exzision, Kein-FGC		$p < 0,0005$

Tabelle 40 Vergleich der Miktionszeit der drei Frauengruppen mittels statistischer Tests

Der Vergleich zwischen klitoridektomierten und unbeschnittenen Frauen zeigt hinsichtlich der Miktionszeit keinen signifikanten Unterschied ($p = 0,27$), während alle anderen Paarvergleiche einen signifikanten Unterschied aufweisen.

	Mediane Miktionszeit [Minuten]	(Qu, Qo)
Kein-FGC	1	(1;1)
Klitoridektomie	1	(1;1)
Exzision	1	(1;3,5
Infibulation	25	15;30)

Tabelle 41 **Mediane Miktionszeit in Minuten der vier Gruppen**

Die mediane Miktionszeit der unbeschnittenen und der klitoridektomierten Frauen beträgt eine Minute, dem entsprechen auch die zugehörigen Quartile. Bei den exzidierten Frauen beträgt die mediane Miktionszeit ebenfalls eine Minute, dem entsprechen auch die unteren Quartile, wobei die oberen Quartile dreieinhalb Minuten betragen. Dagegen beläuft sich die mediane Miktionszeit bei den infibulierten Frauen auf 25 Minuten; die zugehörigen Quartile: (Qu = 15; Qo = 30).

3.7.3 **Tight Circumcision**

Definition: Eine zu enge Infibulation, so dass der Introitus fast vollständig verschlossen ist. Verursacht entweder durch inadäquate Infibulationstechnik, durch unmittelbare postoperative Wundschwellung oder durch spätere Narbenstenosierung⁷⁶.

Von Tight Circumcision sind 18 von 169 der interviewten, infibulierten Frauen betroffen. Bei allen diesen Frauen musste eine Teil-Deinfibulation erfolgen, weil es infolge der Tight Circumcision zu einer vollständigen Miktionsbehinderung oder zu einer stark erschwerten Miktion mit verlängerter Miktionszeit, ascendierenden Urogenitalinfekten sowie zu unterschiedlich schweren Formen von Menstruationsbeschwerden kam.

⁷⁶Aussagen des medizinischen Personals in Eritrea, Asmara. Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe in Mekanehiwet-Hospital.

3.7.3.1 Fallbeispiel 1: Miktionshindernis aufgrund von Tigt Circumscicion

Im August 1999 wurde eine dreijährige Patientin nach der Infibulation, die fünf Tage zuvor durchgeführt worden war, von der Mutter in die Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe des Hospitals in Keren gebracht. Das kleine Mädchen schrie ohne Unterlass, wirkte sehr schlapp, hatte hohes Fieber (39,5 °C) sowie ein aufgeblähtes Abdomen, welches druckdolent war. Eine gynäkologische, digitale Untersuchung war unmöglich, da der Introitus vollständig zugenäht war.

Wir erfuhren von der Mutter, dass das Mädchen seit seiner Infibulation keinen Tropfen Urin mehr lassen konnte. Man hatte der Tochter schon einen Abend vor dem Eingriff nichts mehr zu Trinken gegeben, damit ihr das schmerzhaft Miktionieren nach der Genitalbeschneidung erspart blieb. Inzwischen zeigte sich die Mutter jedoch sehr beunruhigt über den Zustand ihrer Tochter.

Eine erfahrene Hebamme stellte bei dem dreijährigen Mädchen die Diagnose Tigt Circumscicion und klärte die Mutter über die dringende Notwendigkeit einer Deinfibulation auf. Die Mutter willigte in die Operation ein. Das Kind wurde deinfibuliert.

Die Mutter des betroffenen Mädchens gab an, dass sie sich nicht über die möglichen Folgen einer Infibulation informiert hatte. Die Familie sei erst vor einem Jahr nach Keren gezogen, wo Infibulation als FGC-Form mehrheitlich üblich ist. Den Eltern wurde von einigen Frauen der Nachbarschaft nahegelegt, die Tochter infibulieren zu lassen. Die Mutter gab an, sie hätte ihre Tochter lieber klitoridektomieren lassen, so wie es bei ihrer Volkgruppe, den Tigrinja, üblich ist. Diese FGC-Form wurde jedoch von den Nachbarinnen nicht befürwortet. Es wurde eindringlich auf die Mutter eingeredet, dass die Infibulation das Beste für das Wohl und die Zukunft des Mädchens sei. So vertraute die verunsicherte Mutter darauf, dass die Familie durch die Infibulation der Tochter schneller in das soziale Netz integriert und akzeptiert werden würde.

Die Mutter betonte, dass sie ihrer Tochter diese schmerzhaft Prozedur erspart hätte, wenn sie nur annähernd über die möglichen Komplikationen und drohenden Spätfolgen informiert worden wäre. Sie nahm sich vor, falls sie weitere Töchter gebären würde, bei diesen keinesfalls eine Genitalbeschneidung durchführen zu lassen.

3.7.4 Menstruationsbeschwerden

3.7.4.1 Menarchealter der beschnittenen und unbeschnittenen Frauen

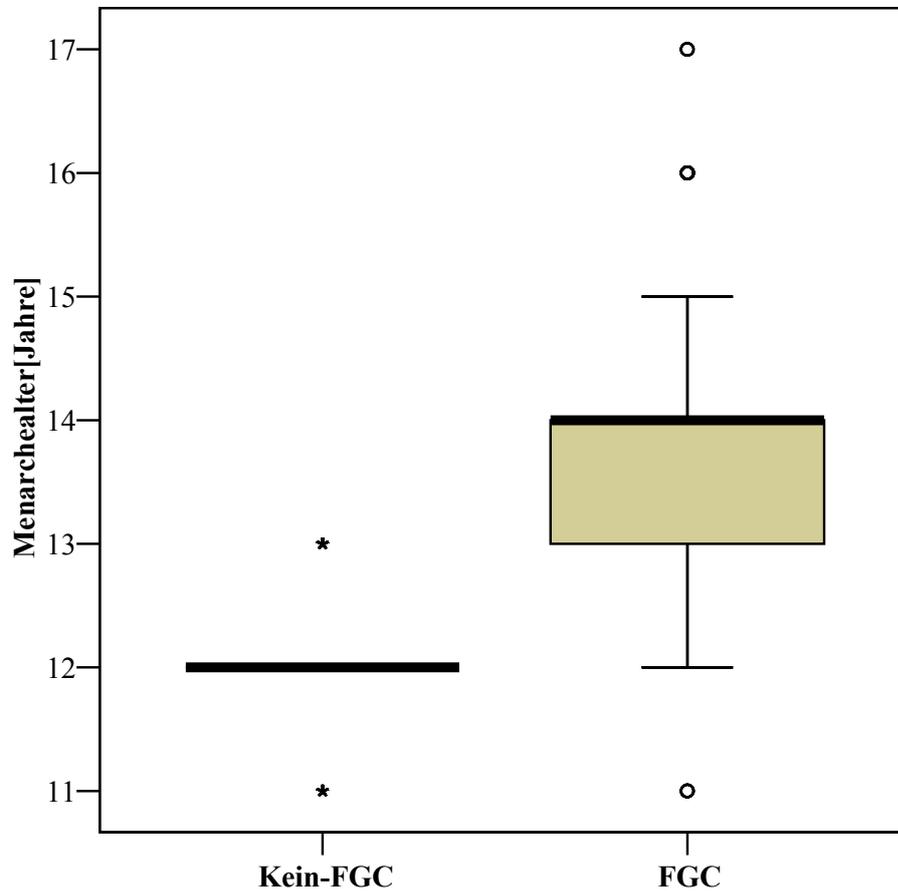


Abbildung 22 Menarchealter der unbeschnittenen und beschnittenen Frauen

Die unbeschnittenen und beschnittenen Frauen unterscheiden sich hinsichtlich ihres Menarchealters hochsignifikant ($p < 0,0005$).

3.7.4.1.1 Menarchealter der beschnittenen Frauen

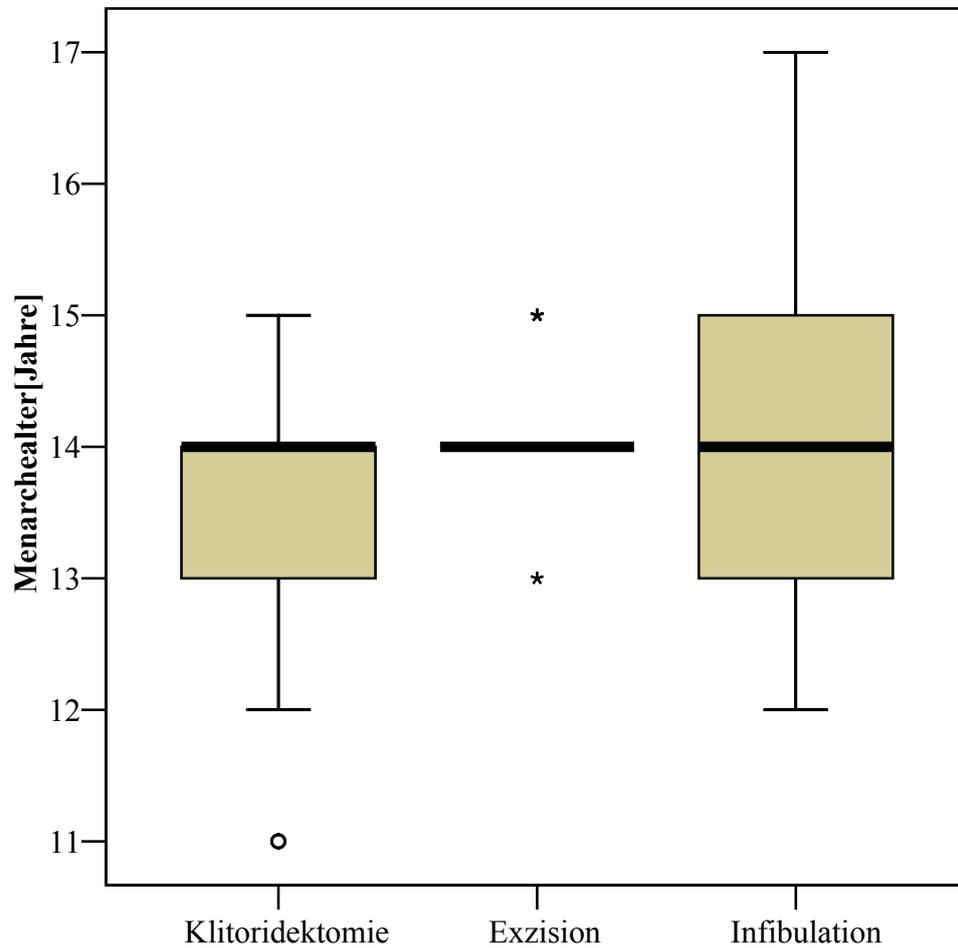


Abbildung 23 Menarchealter der beschnittenen Frauen

Das Menarchealter der beschnittenen Frauen unterscheidet sich hochsignifikant voneinander ($p < 0,0005$); jedoch zeigt der Vergleich von exzidierten vs. infibulierten Frauen keinen signifikanten Unterschied ($p = 0,4$).

	Medianes Menarchealter [Jahre]	(Qu,Qo)
Kein-FGC	12	(12;12,5)
Klitoridektomie	14	(13;14)
Exzision	14	(14;14)
Infibulation	14	14;15)

Tabelle 42 Medianes Menarchealter der vier Gruppen

Das mediane Menarchealter der unbeschnittenen Frauen liegt bei 12 Jahren; die zugehörigen Quartile liegen ebenfalls in diesem Bereich. Das mediane Menarchealter der beschnittenen Frauen beträgt dagegen 14 Jahre. Entsprechend hoch sind die Quartile.

3.7.4.2 Menstruationsdauer in Tagen

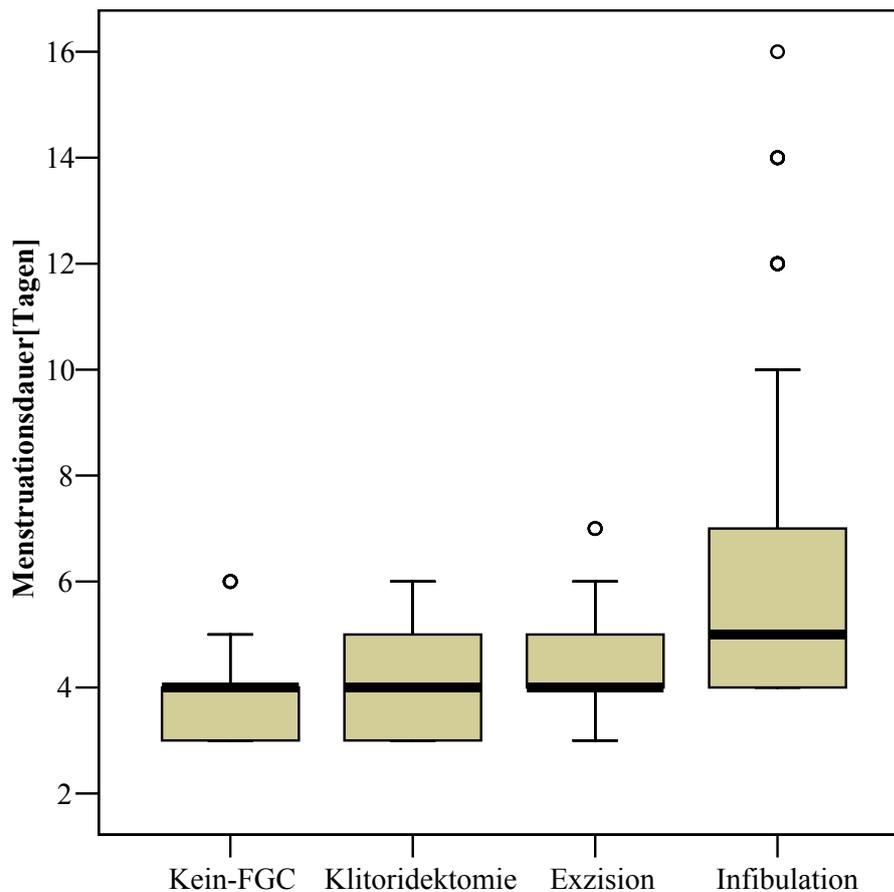


Abbildung 24 Menstruationsdauer der vier Frauengruppen in Tagen

Die Menstruationsdauer innerhalb der vier Gruppen ist hochsignifikant unterschiedlich ($p < 0,0005$).

	Statistischer Test	
Kein-FGC, Klitoridektomie, Exzision, Infibulation	Kruskal-Wallis-Test	$p < 0,0005$
Kein-FGC, Klitoridektomie, Exzision		$p = 0,16$
Klitoridektomie, Kein-FGC	Mann-Whitney-Test	$p < 0,0005$
Exzision, Klitoridektomie		$p = 0,009$
Exzision, Kein-FGC		$p < 0,0005$
Infibulation, Exzision		$p = 0,006$
Infibulation, Klitoridektomie		$p < 0,0005$
Infibulation, Kein-FGC		$p < 0,0005$

Tabelle 43 Vergleich Menstruationsdauer der vier Gruppen mittels statistischer Tests

Die Paarvergleiche innerhalb der vier Frauengruppen hinsichtlich der Menstruationsdauer zeigen einen signifikanten Unterschied. Bis auf dieses Paar: unbeschnittene vs. klitoridektomierte Frauen, die keinen signifikanten Unterschied ($p = 0,163$) aufweisen.

	Mediane Menstruationsdauer [Tage]	(Qu,Qo)
Kein-FGC	4	(3;4)
Klitoridektomie	4	(3;5)
Exzision	4	(3,5;5,5)
Infibulation	5	(4;7)

Tabelle 44 Mediane Menstruationsdauer der vier Gruppen

Die mediane Menstruationsdauer in Tagen liegt bei den ersten drei Gruppen bei 4 Tagen; jedoch weisen die zugehörigen Quartile geringe Differenzen auf (siehe Tabelle 44). Dagegen liegt die

mediane Menstruationsdauer der infibulierten Frauen bei 5 Tagen und die zugehörigen Quartile liegen ebenfalls höher.

3.7.4.3 Dysmenorrhoe

Definition: Starke, krampfartige oder ziehende Unterbauchschmerzen während der Menstruation (Siemann, 2004⁷⁷).

	KR	Dysmenorrhoe		Gesamt
		n	%	
Kein-FGC	-2,7	4	7,5	53
Klitoridektomie	-6,0	14	7,9	178
Exzision	0,1	3	23,1	13
Infibulation	7,8	69	40,8	169
Gesamt		90		413

$\chi^2 = 62,52$; $p < 0,0005$

Tabelle 45 **Dysmenorrhoe der vier Gruppen**

Die infibulierten Frauen neigen hochsignifikant häufiger (KR = 7,8) zu Dysmenorrhoe als die unbeschnittenen (KR = -2,7) und klitoridektomierten Frauen (KR = -6), die deutlich seltener zu dieser Symptomatik neigen.

3.7.4.4 Hämatokolpos, Hämatometra, Hämatosalpinx

Definition: Das Blut staut sich zunächst in der Scheide, wodurch diese zu einem sackartigen Tumor, den man besonders gut vom Rectum aus fühlen kann, ausgedehnt wird = *Hämatokolpos* (...). Ohne ärztliche Hilfe führt der weitere Zufluss menstruellen Blutes zunächst zu einer Rückstauung in den Uterus = *Hämatometra* (...) und schließlich zu einer sackartigen Auftreibung einer oder beider Tuben = *Hämatosalpinx* (Strauss, 1991⁷⁸).

⁷⁷Siemann A. Dysmenorrhoe (= Algomenorrhoe). In: Intensivkurs Gynäkologie und Geburtshilfe. Bühling K J, Friedmann W. München: Urban & Fischer, 2004:37.

⁷⁸Strauss PS. Praktische Gynäkologie für Studium Klinik und Praxis. München: Urban & Fischer, 1991:515-517.

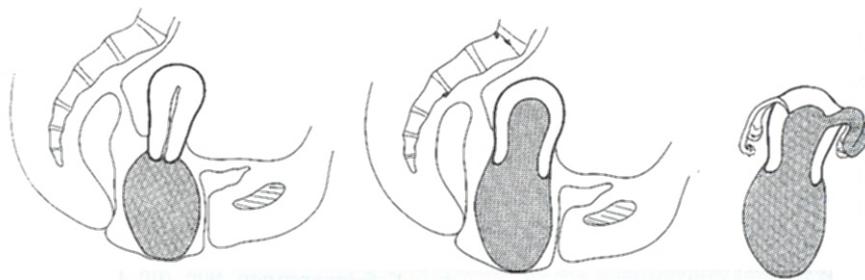


Abbildung 25 Hämatokolpos Hämatometra Hämatosalpinx

Die vorliegende Arbeit zeigt den direkten Zusammenhang zwischen der Infibulation und der Abflussbehinderung des Menstruationsblutes, mit konsekutiver Stauung des Blutes in der Vagina oder im Uterus beziehungsweise in den Eileitern. Bei 22 von 169 der interviewten infibulierten Frauen wurde in Kliniken aufgrund eines zu engen Introitus eine Ansammlung von Menstruationsblut und eine Abflussbehinderung diagnostiziert.

9 von 22 der betroffenen Frauen konnten ihre Zustimmung für eine Teil-Deinfibulation geben; somit erfolgte der Eingriff in der medizinischen Klinik. Hierbei handelte es sich nicht um Hymenalatresien, sondern um Tight Circumcision.

Bei 13 von 22 der Frauen, bei denen sich eine Ansammlung von Blut im kleinen Becken gebildet hatte, erfolgte keine chirurgische Intervention, der Introitus wurde außerhalb der Klinik mit traditionellen Mitteln wie Federn und Dornen erweitert. Bei der Personengruppe, die den Eingriff in Kliniken unter hygienischen Bedingungen vornehmen ließ, traten im Verlauf bei 4 von 9 Spätkomplikationen auf, so kam es beispielsweise bei zwei Frauen zu einer rezidivierenden Kolpitis und Vulvitis, in einem Fall zu einer chronischen Harnwegsinfektion und bei einer Frau zu einer sekundären Sterilität.

Bei der Gruppe, die den Eingriff außerhalb einer medizinischen Einrichtung vornehmen ließ, traten bei 10 von 13 Spätkomplikationen auf. Hierbei erlitten drei Frauen eine primäre Sterilität nach rezidivierenden Eierstock- und Eileiterentzündungen. Sieben Frauen waren von sekundärer Sterilität betroffen.

3.7.5 Anzahl der Spätkomplikationen bei den klitoridektomierten und infibulierten Frauen

FGC		Anzahl der Spätkomplikationen						Gesamt
		0	1	2	3	4	≤5	
								178
KLI	n	114	48	14	1	1	0	
	%	64	27	7,9	0,6	0,6	,0	
	KR	10,6	0,3	-4,2	-6,3	-4,8	-3,5	
INF	n	15	43	41	36	23	11	169
	%	8,9	25,4	24,3	21,3	13,6	6,5	
	KR	-10,6	-0,3	4,2	6,3	4,8	3,5	
Gesamt		129	91	55	37	24	11	347

$\chi^2 = 153,65; p < 0,0005$

Tabelle 46 Gesamtspätkomplikationen bei klitoridektomierten und infibulierten Frauen

In dieser Tabelle wird die Anzahl der Spätkomplikationen bei klitoridektomierten und infibulierten Frauen verglichen. Hierbei wurde nur die Anzahl der Spätkomplikationen ausgewählt, die mit χ^2 und einer Kreuztabelle berechnet werden kann. Aus dieser Gruppe wurden nur Beispiele ausgewählt, die Signifikanz aufweisen, damit diese mit dem logistischen Regressionsmodell weiterberechnet werden können.

Ein Vergleich zwischen klitoridektomierten und infibulierten Frauen zeigt folgende Tendenz: Die klitoridektomierten Frauen weisen signifikant seltener mehr als eine Komplikation auf, wie aus den korrigierten Residuen hervorgeht. Bei den infibulierten Frauen zeigt sich dagegen ein umgekehrtes Bild: Über 60% der klitoridektomierten Frauen sind ohne Spätkomplikationen, während die infibulierten Frauen nur zu 9% keine Komplikationen aufweisen.

3.7.5.1 Vergleich von infibulierten und klitoridektomierten Frauen in Bezug auf die Gesamtpätkomplikation und mögliche Einflussgrößen mittels logistische Regressionsmodell

FGC	Regressions- koeffizientB	Standardfehler	Sig.	Exp(B)	95,0% Konfidenz- intervall für EXP(B)	
					Unterer Wert	Oberer Wert
INF/KLI	2,765	,316	,000	15,884	8,550	29,508
Bildung	,950	,338	,005	2,585	1,333	5,015
Konstante	-1,275	,305	,000	,279		

Tabelle 47 Spätkomplikationen und Einflussgrößen von infibulierten und klitoridektomierten Frauen mittels Rückwärts-logistischem Regressionsmodelles

Mit Hilfe des rückwärts-logistischem Regressionsmodelles wurden im ersten Schritt folgende Aspekte untersucht: Klitoridektomie vs. Infibulation, Alter der Frauen zum Befragungszeitpunkt, Bildung, Wohnort, sozialer Status und Religion. Dabei kristallisierten sich FGC-Form und Bildung als die einzigen signifikanten Variablen heraus. Beim vorwärts-logistischen Regressionsmodell zeigt sich ein identisches Bild.

3.8 Allgemeine Informationen zu Gebärsituationen der Frauen

3.8.1 Geburtsort des erstgeborenen Kindes

Nach Aussagen der eritreischen Ärzte gebären in Eritrea 90% aller Frauen zu Hause, nur 10% der Geburten finden in Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen statt.

		zu Hause	im Krankenhaus	
Kein-FGC	n	27,0	19,0	46
	%	58,7	41,3	
	KR	-5,4	5,4	
Klitoridektomie	n	93,0	12,0	105
	%	88,6	11,4	
	KR	1,3	-1,3	
Exzision	n	9,0	3,0	12
	%	75,0	25,0	
	KR	-1,0	1,0	
Infibulation	n	124,0	11,0	135
	%	91,9	8,1	
	KR	3,1	-3,1	
Gesamt		253,0	45,0	298

$$\chi^2 = 31,75; p < 0,0005$$

Tabelle 48 Geburtsort des erstgeborenen Kindes

Der Vergleich zwischen den beschnittenen und unbeschnittenen Frauen hinsichtlich des Erstgeburtsortes zeigt einen hochsignifikanten Unterschied, und zwar dahingehend, dass die unbeschnittenen Frauen deutlich häufiger mit Krankenhausgeburten vertreten sind, während die beschnittenen Frauen hauptsächlich zu Hausgeburten tendieren. Zieht man den Vergleich nur innerhalb der Gruppe der beschnittenen Frauen hinsichtlich des Geburtsortes zeigt sich kein signifikanter Unterschied ($p = 0,16$).

3.8.1.1 Erstgeburtsalter der interviewten Frauen

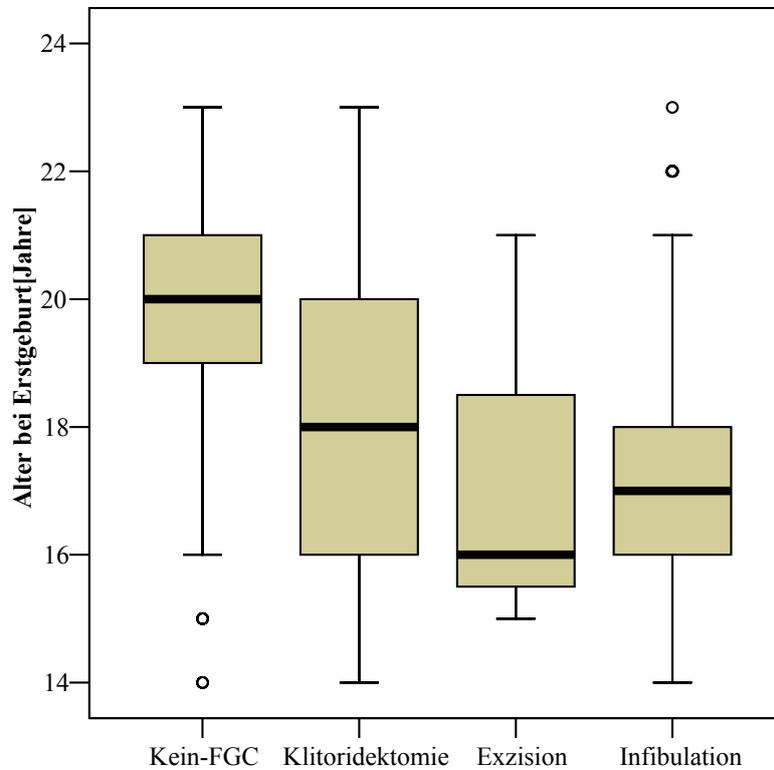


Abbildung 26 Alter der vier Frauengruppen bei der Erstgeburt

Das Erstgeburtsalter der vier Gruppen zeigt einen hochsignifikanten Unterschied ($p < 0,0005$).

	Statistische Tests	
Klitoridektomie, Exzision, Infibulation	Kruskal-Wallis-Test	$p = 0,002$
Klitoridektomie, Infibulation	Mann-Whitney-Test	$p = 0,001$
Klitoridektomie, Exzision		$p = 0,09$
Exzision; Infibulation		$p = 0,6$

Tabelle 49 Erstgeburtsalter der beschnittenen Frauen mittels statistischer Tests

Auch die beschnittenen Frauen unterscheiden sich hinsichtlich des Erstgeburtsalters signifikant voneinander. Nur die Gruppe der infibulierten vs. exzidierte Frauen zeigt keinen signifikanten Unterschied ($p = 0,6$).

	Medianes Erstgeburtsalter [Jahre]	(Qu,Qo)
Kein-FGC	20	(18,8;21)
Klitoridektomie	18	(16;20)
Exzision	16	(15,3;18,8)
Infibulation	17	(16;18)

Tabelle 50 **Medianes Erstgeburtsalter der vier Gruppen**

Das mediane Erstgeburtsalter der unbeschnittenen Frauen ist am höchsten, entsprechend sind auch die zugehörigen Quartile (siehe Tabelle); gefolgt von den klitoridektomierten Frauen. Es schließen sich die infibulierten Frauen an, die das drittjüngste mediane Alter aufweisen mit den entsprechenden Quartilen. Das jüngste mediane Alter zeigen die exzidierten Frauen.

3.8.1.2 Anzahl Kinder der unbeschnittenen und beschnittenen Frauen

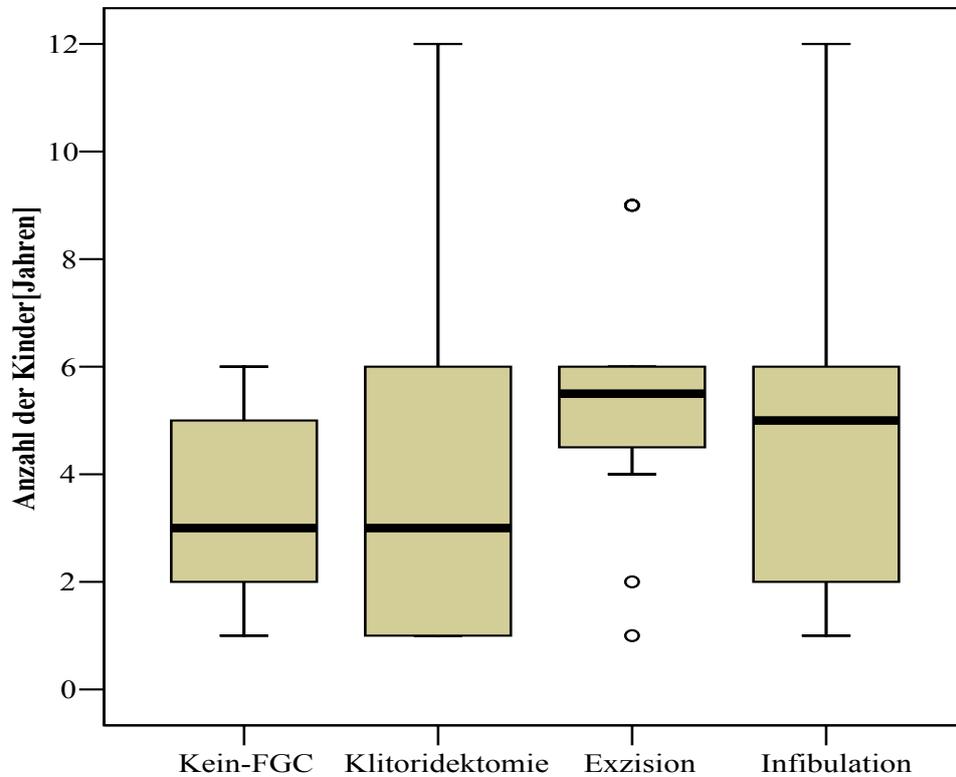


Abbildung 27 Anzahl der Kinder innerhalb der vier Frauengruppen

Innerhalb der vier Frauengruppen ist hinsichtlich der Anzahl der Lebendgeburten kein signifikanter Unterschied ($p = 0,17$) ersichtlich.

	Mediane Kinderanzahl	(Qu, Qo)
Kein-FGC	3	(2;6)
Klitoridektomie	3	(1;6)
Exzision	5,5	(4,3;6)
Infibulation	5	(2;6)

Tabelle 51 Mediane Kinderanzahl der vier Gruppen

Die mediane Erstgeburtsanzahl der unbeschnittenen Frauen und klitoridektomierten Frauen ist am geringsten (siehe Tabelle 51), während die exzidierten und infibulierten Frauen eine deutlich höhere mediane Erstgeburtsanzahl aufweisen.

3.9 Geburtskomplikationen

3.9.1 Anzahl der Gesamtgeburtskomplikationen bei Erstgeburt innerhalb der vier Frauengruppen

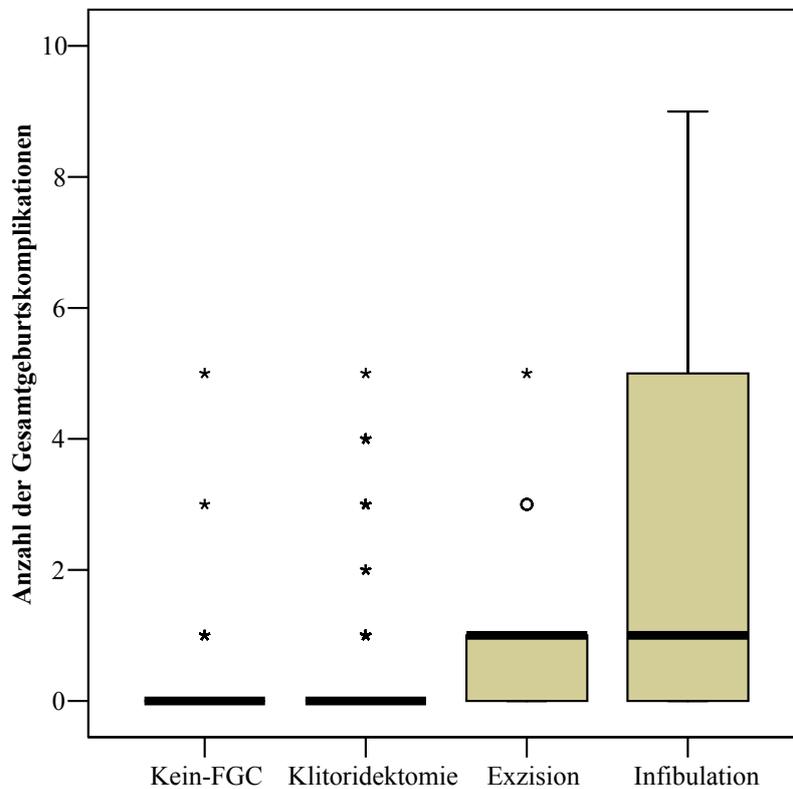


Abbildung 28 Geburtskomplikationen der vier Gruppen bei der Erstgeburt

Die vier Frauengruppen zeigen hinsichtlich der Anzahl der Gesamtgeburtskomplikationen bei Erstgeburt einen hochsignifikanten Unterschied ($p < 0,0005$).

Paarvergleiche	Statistische Tests	
Kein-FGC , Exzision Klitoridektomie	Kruskal-Wallis-Test	p = 0,008
Kein-FGC, Klitoridektomie	Mann-Whitney-Test	p = 0,3
Klitoridektomie, Exzision		p = 0,006
Exzision, Infibulation		p = 0,1
Exzision, Kein-FGC		p = 0,002
Infibulation, Kein-FGC		p < 0,0005

Tabelle 52 Paarvergleiche mittels statistischer Tests hinsichtlich der Gesamtpätkomplika-tionen

Die Anzahl der Geburtskomplika-tionen bei der Erstgeburt zeigen beim Vergleich zwischen unbeschnittenen und klitoridektomierten Frauen sowie zwischen exzidierten und infibulierten Frauen keinen signifikanten Unterschied, während alle anderen Paarvergleiche einen deutlich signifikanten Unterschied zeigen.

3.9.2 Differenzierung der einzelnen Geburtskomplika-tionen

3.9.2.1 Die regelhafte Geburt

Definition: Man spricht von einer regelhaften oder normalen Geburt, wenn ein reifes, normalgewichtiges Kind (2500-4000g) zwischen der vollendeten 37. und 42. SSW aus dorsoanteriorer Hinterhauptslage geboren wird (Sidor et al., 2004⁷⁹).

Eröffnungsperiode (EP): Die Eröffnungsperiode ist definiert als der Zeitraum vom Einsetzen regelmäßiger muttermundwirksamer Wehen bis zur vollständigen Eröffnung des Muttermundes (10 cm).

Bei **Erstgebärenden** dauert die Eröffnungsperiode ca. **6-9 Stunden**: Der äußere Muttermund öffnet sich erst, wenn die Zervix ganz verstrichen ist.

⁷⁹Sidor J, Bühling J K. Die regelhafte Geburt. In: Intensivkurs Gynäkologie und Geburtshilfe. Bühling K J, Friedmann W. München: Urban & Fischer, 2004:229.

Bei **Mehrgebärenden** dauert die Eröffnungsperiode ca. **3-7 Stunden**: Die Verkürzung der Zervix und die Eröffnung des äußeren Muttermundes finden gleichzeitig statt.

Austreibungsperiode (AP): Die AP umfasst den Zeitraum von der vollständigen Eröffnung des Muttermundes bis zur Geburt des Kindes. Bei Erstgebärenden dauert diese Phase ca. eine Stunde, bei Mehrgebärenden häufig nur Minuten (5-20 Minuten) (Sidor et al., 2004⁸⁰).

3.9.2.1.1 Verlängerte Austreibungsperiode und FGC

	KR	Verlängerte Geburt		Gesamt
		n	%	
Kein-FGC	-3,2	2	4,3	46
Klitoridektomie	-2,3	16	15,2	105
Exzision	-1,2	1	8,3	12
Infibulation	5	49	36	136
Gesamt		68		299

$\chi^2 = 27,31; p < 0,0005$

Tabelle 53 **Verlängerte Geburt der beschnittenen und unbeschnittenen Frauen**

Die infibulierten Frauen erleiden signifikant häufiger eine verlängerte Austreibungsperiode während der Geburt als die unbeschnittenen und die klitoridektomierten Frauen.

⁸⁰Sidor J, Bühling J K. Geburtsverlauf. In: Intensivkurs Gynäkologie und Geburtshilfe. Bühling K J, Friedmann W. München: Urban & Fischer, 2004:239.

3.9.2.1.2 Verlängerte Austreibungsperiode und Erstgeburtsalter

Erstgeburtsalter [Jahre]	KR	Verlängerte Geburt		Gesamt
		n	%	
14	6,8	14	93,3	15
15	4,8	21	51,2	41
16	2,4	16	36,4	44
17	-0,4	11	20	55
18	-1,9	3	9,1	33
19	-1,9	3	9,1	33
20	-2,8	0	,0	25
21	-2,2	0	,0	32
22	-1,9	0	,0	16
23		0	,0	12
Gesamt		68		306

$\chi^2 = 99,95; p < 0,0005$

Tabelle 54 **Verlängerte Austreibungsperiode und Erstgeburtsalter**

Je jünger die Gebärende, desto signifikant höher ist das Risiko für eine verlängerte Austreibungsperiode.

3.9.2.2 Blutung während der Geburt

Definition: Eritreische Ärzte sprechen von Hämorrhagie (starke Blutung), wenn der geschätzte Blutverlust während der Geburt 500 ml oder mehr beträgt.

	KR	Starker Blutverlust		Gesamt
		n	%	
Kein-FGC	-4,5	8.7	42	46
Klitoridektomie	-6,2	15	14.3	105
Exzision	-1,0	3	25	12
Infibulation	9,6	92	67.6	136
Gesamt		114		299

$\chi^2 = 93,31$; $p < 0,0005$

Tabelle 55 Blutung während der Geburt bei den beschnittenen und unbeschnittenen Frauen

Die unbeschnittenen und die klitoridektomierten Frauen tendieren signifikant seltener zu Hämorrhagie während der Geburt als die infibulierten Frauen.

3.9.2.3 Urogenitale Fistelbildung und FGC

	KR	Urogenitale Fisteln		Gesamt
		n	%	
Kein-FGC	-1,8	2	4,3	46
Klitoridektomie	-1,8	8	7,6	105
Exzision	0,5	2	16,7	12
Infibulation	2,9	25	18,4	136
Gesamt		37		299

$\chi^2 = 9,65$; $p = 0,02$

Tabelle 56 Fistelentstehung und FGC

Die infibulierten Frauen entwickeln im postpartalen Verlauf am signifikant häufigsten Urogenitalfisteln, im Vergleich zu den anderen Frauengruppen.



Abbildung 29 Vesicovaginale Fistel postpartum⁸¹

3.9.2.3.1 Fistelbildung und Erstgeburtsalter

Alter bei Erstgeburt [Jahre]	KR	Urogenitalfistel		Gesamt
		n	%	
14	9,9	14	93,3	15
15	5,7	16	39	41
16	-0,7	4	9,1	44
17	-1,7	3	5,5	55
18	-2,3	0	,0	33
19≥	-5,1	0	,0	118
Gesamt		37		306

$\chi^2 = 144,54; p < 0,0005$

Tabelle 57 Fistelentstehung in Bezug auf das Erstgeburtsalter

Je jünger die Gebärende, desto signifikant höher ist das Risiko für die Entwicklung der urogenitalen Fistelbildung im postpartalen Verlauf.

⁸¹ Wacke. J. Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Heidelberg, 2004.

3.9.2.4 Harninkontinenz und FGC

	KR	Harninkontinenz		Gesamt
		n	%	
Kein-FGC	-1,9	2	4,3	46
Klitoridektomie	-1,6	9	8,6	105
Exzision	0,4	2	16,7	12
Infibulation	2,7	25	18,4	136
Gesamt		38		299

$$\chi^2 = 8,63; p = 0,035$$

Tabelle 58 Harninkontinenz und FGC

Die infibulierten Frauen tendieren signifikant häufiger als die unbeschnittenen Frauen zur Entwicklung von Harninkontinenz im postpartalen Verlauf.

3.9.2.4.1 Harninkontinenz und Erstgeburtsalter

Alter bei Erstgeburt [Jahre]	KR	Harninkontinenz		Gesamt
		n	%	
14	9,7	14	93,3	15
15	5,6	16	39	41
16	-0,2	5	11,4	44
17	-1,7	3	5,5	55
18	-2,3	0	,0	33
19	-5,2	0	,0	118
Gesamt		38		306

$$\chi^2 = 140,89; p < 0,0005$$

Tabelle 59 Harninkontinenz und Erstgeburtsalter

Je jünger die Gebärende, desto signifikant höher ist das Risiko für die Entwicklung von Harninkontinenz im postpartalen Verlauf.

3.9.2.4.2 Fallbeispiel 2: Harninkontinenz

Frau, 15 Jahre, Muslimin, verheiratet, infibuliert, Nullipara, I-Gravida , 39. SSW, Ethnie: Bilen.

Die junge Frau lebte mit ihrem Ehemann in einer dörflichen Gegend im Norden Eritreas. Zu Hause bekam sie erst leichte und kurz darauf stark schmerzhaft Wehen. Als der Ehemann nach Hause kam, dauerten die Wehen bereits neun Stunden an. In dieser Zeit hatte die Frau bereits Fruchtwasser verloren. Weil der Ehemann keine erfahrene Geburtshelferin finden konnte, begab er sich schließlich mit seiner Frau – in Ermangelung einer anderen Transportmöglichkeit auf einem Esel nach Feledareb, einem kleinen Städtchen, wo die beiden sechs Stunden später eintrafen. In dem Ort befindet sich ein kleines Krankenhaus, in dem zwei Mal pro Woche ein Arzt praktiziert; in der restlichen Zeit wird das Haus von kompetenten Krankenschwestern geführt.

Inzwischen war der Muttermund vollständig eröffnet. Es kam jedoch zu keiner Spontangeburt. Es gab weder technische Hilfsmittel noch einen Arzt für operative Maßnahmen. Der Frau ging es zunehmend schlechter. Da es weder Krankenwagen noch andere Fahrzeuge gab, legte der Ehemann seine hochschwangere Frau auf eine Trage und machte sich mit ihr auf den Weg nach Keren, einer Stadt mit einer Klinik für Geburtsmedizin und Gynäkologie. Bis die beiden ankamen, waren weitere vier Stunden vergangen.

Es erfolgte eine Schnittentbindung. Das Kind war bereits tot. Nach einigen Tagen entwickelte die Frau septische Temperaturen. Im weiteren stationären Verlauf kam eine Harninkontinenz aufgrund einer Vesikovaginalfistel hinzu.

Als die Patientin neun Wochen später zur Kontrolle in die Klinik kam, berichtete sie uns, inzwischen geschieden und stigmatisiert zu sein – wegen ihrer Inkontinenz, der Totgeburt und der Ungewissheit, ob sie jemals wieder ein Kind austragen kann. Sie gilt als verflucht und verhext und lebt deshalb wieder bei ihrer Ursprungsfamilie.

3.9.2.5 Stuhlinkontinenz und FGC

	Stuhlinkontinenz		Gesamt
	n	%	
Kein-FGC	1	2,2	46
Klitoridektomie	1	1	105
Exzision	0	,0	12
Infibulation	8	5,9	136
Gesamt	10		299

$$\chi^2 = 5,179; p = 0,2$$

Tabelle 60 Stuhlinkontinenz und FGC

Obwohl infibulierte Frauen erwartungsgemäß das höchste Risiko für die Entwicklung von Stuhlinkontinenz im postpartalen Verlauf aufweisen, ist die Differenz im Vergleich zu den anderen Gruppen nicht signifikant ($p = 0,2$).

3.9.2.5.1 Stuhlinkontinenz und Erstgeburtsalter

Alter bei Erstgeburt [Jahre]	KR	Stuhlinkontinenz		Gesamt
		n	%	
14	3,7	3	20	15
15	0,6	2	4,9	41
16	0,5	2	4,5	44
17	0,2	2	3,6	55
18	-0,1	1	3	33
19 \geq	-2,5	0	,0	118
Gesamt		10		306

$$\chi^2 = 17,864; p = 0,04$$

Tabelle 61 Stuhlinkontinenz und Erstgeburtsalter

Je jünger die Gebärende, desto signifikant höher ist das Risiko für die Entwicklung von Stuhlinkontinenz im postpartalen Verlauf.

3.9.2.6 Postpartaler Wundinfekt und Wundheilungsstörung des Dammes

	KR	Wundinfekt		Gesamt
		n	%	
Kein-FGC	-3,3	0	,0	46
Klitoridektomie	-4,8	3	2,9	105
Excizion	-0,8	1	8,3	12
Infibulation	7,3	47	34,6	136
Gesamt		51		299

$\chi^2 = 54,52; p < 0,0005$

Tabelle 62 Postpartaler Wundinfekt und Wundheilungsstörung

Die infibulierten Frauen tendieren im postpartalen Verlauf im Vergleich zu den unbeschnittenen und klitoridektomierten Frauen am signifikant häufigsten zu Wundinfekten und Wundheilungsstörungen an der Vulva.

3.9.2.7 Totgeburt und FGC

	KR	Totgeburten		Gesamt
		N	%	
Kein-FGC	-2,8	2	4,3	46
Klitoridektomie	-4,0	7	6,7	105
Exzision	-1,0	1	8,3	12
Infibulation	6,2	47	34,6	136
Gesamt		57		299

$\chi^2 = 38,97; p < 0,0005$

Tabelle 63 Totgeburt bei beschnittenen und unbeschnittenen Frauen

Bei der Erstgeburt erleiden die infibulierten Frauen am signifikant häufigsten eine Totgeburt, im Vergleich zu den klitoridektomierten und unbeschnittenen Frauen.

3.9.2.8 Perianalriss und FGC

	KR	Perianalriss		Gesamt
		n	%	
Kein-FGC	-3,4	0	,0	46
Klitoridektomie	-5,6	1	1	105
Exzision	0,7	3	25	12
Infibulation	7,5	49	35,8	137
Gesamt		53	247	300

$\chi^2 = 61,34; p < 0,0005$

Tabelle 64 Perianalriss und FGC

Die infibulierten Frauen neigen am signifikant häufigsten zu einem Spontanriss an der Vulva — während oder vor der Geburt —, dagegen tendieren die unbeschnittenen und klitoridektomierten Frauen deutlich weniger dazu.

3.9.2.9 Deszensus, Prolaps uteri und vaginae

Definition: Deszensus (Senkung): Hat sich die vordere Scheidenwand, die in enger anatomischer Beziehung zur Urethra und der Blase steht, gesenkt, spricht man von einem *Descensus vaginae anterior*. Durch die bindegewebige Verbindung zum Blasenboden kommt es zugleich zu dessen Absenkung, so dass man zusätzlich von einer *Zystozele* spricht.

Hat sich die hintere Scheidenwand gesenkt, handelt es sich um einen *Descensus vaginae posterior*, der analog zu einer *Rektozele* führt.

Prolaps: Kommt es zum Tiefertreten von Uterus und/oder Vagina bis in bzw. vor dem Introitus vaginae, spricht man vom *Descensus uteri* bzw. (Partial-) *Prolaps uteri/vaginae* (Medenbach, 2004⁸²).

⁸²Medenbach S. Deszensus und Prolaps uteri und vaginae. In: Intensivkurs Gynäkologie und Geburtshilfe. Bühlring K J, Friedmann W. München: Urban & Fischer, 2004:456.

3.9.2.9.1 Uterusprolaps und FGC

	KR	Uterusprolaps		Gesamt
		n	%	
Kein-FGC	-2,9	1	2,2	46
Klitoridektomie	-0,2	17	16,2	105
Exzision	,0	2	16,7	12
Infibulation	2,3	30	22,1	136
Gesamt		50		299

$$\chi^2 = 9,79; p < 0,02$$

Tabelle 65 Uterusprolaps und FGC

Die infibulierten Frauen sind von Uterusprolaps im postpartalem Verlauf signifikant vielfach betroffen, während sich bei den unbeschnittenen Frauen ein umgekehrtes Bild zeigt.

3.9.2.9.2 Uterusprolaps und Erstgeburtsalter

Alter bei Erstgeburt [Jahre]	KR	Uterusprolaps		Gesamt
		n	%	
14	3,3	7	46,7	15
15	3,3	14	34,1	41
16	0,4	8	18,2	44
17	0,8	11	20	55
18	-0,2	5	15,2	33
19 \geq	-7,2	5	34,6	33
Gesamt		10		306

$$\chi^2 = 34,12; p < 0,0005$$

Tabelle 66 Uterusprolaps und Erstgeburtsalter

Je jünger die Gebärende, desto signifikant höher ist das Risiko für die Entwicklung eines Uterusprolaps im postpartalen Verlauf.

3.9.2.10 Kopfverletzung des Kindes unter der Geburt durch operative Eingriffe (Episiotomie, Deinfibulation)

	KR	Verletzung des kindlichen Kopfes durch operative Eingriffe		Gesamt
		n	%	
Kein-FGC	-2,7	1	2,2	46
Klitoridektomie	-4,1	4	3,8	105
Exzision	0,1	2	16,7	12
Infibulation	5,8	39	28,7	136
Gesamt		46		299

$\chi^2 = 35,45; p < 0,0005$

Tabelle 67 Verletzung des kindlichen Kopfes durch instrumentelle Eingriffe während der Geburt

Bei infibulierten Frauen kommt es signifikant gehäuft zur Verletzung des kindlichen Kopfes durch instrumentelle Eingriffe (Deinfibulation) während operative Eingriffe (Episiotomien) bei unbeschnittenen und klitoridektomierten Frauen deutlich seltener zur Verletzung des kindlichen Kopfes führen.

3.9.2.11 Vergleich der infibulierten und klitoridektomierten Frauen mittels des logistischen Regressionsmodells in Bezug auf verschiedene Einflussgrößen

	RegressionskoeffizientB	Standardfehler	Sig.	Exp(B)	95,0% Konfidenzintervall für EXP(B)	
					Unterer Wert	Oberer Wert
FGC						
KLI/ INF	1,835	,314	,000	6,265	3,387	11,589
Wohnort	-,871	,412	,034	,418	,187	,938
Geburtsalter	-,284	,071	,000	,753	,655	,865
Konstante	5,290	1,352	,000	198,410		

Tabelle 68 Rückwärts-logistisches Regressionsmodell: Vergleich der infibulierten und klitoridektomierten Frauen in Bezug auf verschiedene Einflussgrößen

Mit Hilfe des rückwärts-logistischen Regressionsmodells wurden im ersten Schritt folgende Aspekte untersucht: Klitoridektomie vs. Infibulation, Erstgeburtsalter, Bildung, Wohnort, sozialer Status und Religion. Dabei kristallisierten sich die FGC-Form, der Wohnort und das Erstgeburtsalter als die einzigen signifikanten Variablen heraus. Das vorwärts-logistische Regressionsmodell zeigt identische Ergebnisse.

3.10 Deinfibulation und Teil-Deinfibulation bei infibulierten Frauen

Deinfibulation: Vollständige Eröffnung der Infibulationsnarbe, beispielsweise um eine Geburt zu ermöglichen.

Teil-Deinfibulation bedeutet, dass keine vollständige Eröffnung der Infibulationsnarbe angestrebt wird. Mit einem scharfen Gegenstand wird eine kleine Erweiterung der künstlich verengten Infibulationsnarbe durchgeführt, damit die Penetration erleichtert wird.

Es gibt verschiedene Methoden, eine Deinfibulation durchzuführen. In den Frauenkliniken Eritreas ist die Deinfibulation bei der Geburt eines Kindes mit einer groben medizinischen Schere üblich. Bei einer Hausgeburt wird zur Deinfibulation häufiger eine Rasierklinge verwendet. Einige Frauen berichten vom Gebrauch eines Messers.

3.10.1 Häufigkeit der Deinfibulationen und Teil-Deinfibulationen

Bei 153 von 169 der infibulierten Frauen fanden Deinfibulationen statt.

3.10.2 Anzahl der Deinfibulationen und Teil-Deinfibulationen bei einzelnen infibulierten Frauen

Anzahl der Deinfibulationen und/oder Teil-Deinfibulationen	Infibulierte Frauen N = 169	%
0	16	9,5
1	5	3
2	12	7,1
3	15	8,9
4	30	17,8
5	25	14,8
6	18	10,7
7	7	4,1
8	6	3,6
9	4	2,4
10	2	1,2
11	2	1,2
12	4	2,4
13	4	2,4
14	4	2,4
15	3	1,8
16	3	1,8
17	4	2,4
18	4	2,4
19	1	0,6
Gesamt	169	100

Tabelle 69 Anzahl der Deinfibulationen

Mehrfachnennungen möglich.

Zum Zeitpunkt des Interviews waren 16 von 169 der jungen infibulierten Frauen im Alter von 15 bis 17 Jahren noch nicht deinfibuliert. Die infibulierten Frauen werden während ihrer reproduktiven Phase im Mittel ± 6 Mal, jedoch im Maximum bis zu 19 Mal vollständig oder teilweise deinfibuliert. Frauen in der Menopause oder Witwen werden gewöhnlich nicht mehr deinfibuliert.

3.10.3 Gründe für die *erste* vollständige oder die Teil-Deinfibulation

Gründe für <i>erste</i> Deinfibulation	Infibulierte Frauen
Erste Geburt	73
Folgende Geburten	-
Unmöglichkeit von Penetration	50
Tight Circumcision	18
Hämatokolpos	9
Medizinische Untersuchung	3
Gesamt	153

Tabelle 70 Gründe für die *erste* Deinfibulation

Die Gründe für vollständige oder Teil-Deinfibulationen sind vielfältig. Der häufigste Grund war die erste Geburt, gefolgt von der Penetrationsunmöglichkeit in der Hochzeitsnacht. Die Tight-Circumcision, Hämatokolpos und die medizinische Untersuchung wurden dagegen deutlich seltener genannt.

3.11 Reinfibulation

Definition: Wiederherstellung der ursprünglichen Infibulation nach einer Teil- oder vollständigen Deinfibulation.

Das medizinische Personal in den Kliniken führt keine Reinfibulationen durch. Deshalb lassen sich viele Frauen zu Hause von traditionellen Hebammen oder Beschneiderinnen reinfibulieren. Einige Frauen entscheiden sich dafür, die klaffende Wunde an der Vulva von selbst zuwachsen zu lassen. Dazu bleiben sie für einige Tage immobil und schränken ihre Trinkmenge stark ein.

3.11.1 Anzahl der Reinfibulationen zum Zeitpunkt der Befragung

Anzahl der Reinfibulationen	Infibulierte Frauen
1	5
2	12
3	20
4	30
5	29
6	13
7	5
8	5
9	4
10	5
11	4
12	10
13	2
14	2
15	2
16	4
17	1
Gesamt	153

Tabelle 71 Anzahl der Gesamtreinfibulationen

Mehrfachnennungen möglich.

Die infibulierten Frauen werden während ihrer reproduktiven Phase im Mittel $\pm 5,5$, jedoch im Maximum bis zu 17 Mal reinfibuliert. Frauen in der Menopause oder Witwen werden gewöhnlich nicht mehr reinfibuliert.

3.11.2 Gründe für Reinfibulation

Gründe für Reinfibulation	Anzahl
Es ist unsere Tradition	153
Es gibt mir das Gefühl, dass ich zu meiner Volksgruppe und Familie gehöre	146
Damit ich mich nicht nackt fühle	53
Es ist ein Muss, weil jede Frau in meiner Umgebung sich wieder zunähen lässt	145
Ich fühle mich rein und geschützt	45
Es ist normal, ich fühle mich damit wohl	136
Damit mein Mann nicht zu einer anderen geht	34
Mein Ehemann verlangt es, er empfindet mich damit als Jungfrau	17
Damit die Gebärmutter nicht herauskommt	21
Gesamt	750

Tabelle 72 Gründe für Reinfibulationen

Mehrfachnennungen möglich.

Die Gründe für Reinfibulationen sind vielfältig finden sich aber am häufigsten im soziokulturellen Kontext. In diesem Zusammenhang fallen Aussagen wie:

„Es ist unsere Tradition“, „Es gibt mir das Gefühl, dass ich zu meiner Volksgruppe und Familie gehöre“, „Es ist ein Muss, weil jede Frau in meiner Umgebung sich wieder zunähen lässt.“

Hygienische oder andere Gründe sind dagegen weniger bedeutsam.

3.12 Störungen in sexuellen Beziehungen bei verheirateten Frauen

3.12.1 Sexuelle Störungen bei Frauen

3.12.1.1 Sexuelle Lustlosigkeit

	KR	Sexuelle Lustlosigkeit		Gesamt
		n	%	
Kein-FGC	-2,3	2	4,7	43
Klitoridektomie	-2,3	11	10,3	107
Exzision	-0,1	2	15,4	13
Infibulation	3,8	37	25,5	145
Gesamt		52		308

$\chi^2 = 15,63$; $p = 0,001$

Tabelle 73 Sexuelle Lustlosigkeit im Vergleich der vier Gruppen

Die infibulierten Frauen sind von Lustlosigkeit beim sexuellen Kontakt im Vergleich zu den unbeschnittenen und klitoridektomierten Frauen am häufigsten betroffen.

3.12.1.2 Dyspareunie

Definition: Nach DSM-IV wiederkehrende oder anhaltende genitale Schmerzen, die mit dem Geschlechtsverkehr einhergehen (nicht aufgrund einer körperlichen Erkrankung) (Beier, 2005⁸³).

⁸³Beier M K. Grundlagen und Praxis der Sexualmedizin. München. Urban & Fischer, 2005:223-226.

	KR	Dyspareunie		Gesamt
		n	%	
Kein-FGC	-3,8	1	2,3	43
Klitoridektomie	-4,7	11	10,3	107
Exzision	1,0	5	38,5	13
Infibulation	6,7	64	44,1	145
Gesamt		81		308

$\chi^2 = 51,71$; $p = <0,0005$

Tabelle 74 Dyspareunie und FGC

Die infibulierten Frauen neigen signifikant häufiger zu Dyspareunie, als die klitoridektomierten und unbeschnittenen Frauen.

3.12.1.3 Vaginismus

Definition nach ICD-10: Ein Spasmus der die Vagina umgebenden Beckenbodenmuskulatur, wodurch der Introitus vaginae verschlossen wird. Die Immissio sei unmöglich oder schmerzhaft (Beier, 2005⁸⁴).

	KR	Vaginismus		Gesamt
		n	%	
Kein-FGC	-1,8	0	,0	43
Klitoridektomie	-1,7	3	2,8	107
Exzision	,3	1	7,7	13
Infibulation	2,7	14	9,7	145
Gesamt		18		308

$\chi^2 = 8,37$; $p = 0,04$

Tabelle 75 Vaginismus und FGC

Die infibulierten Frauen neigen signifikant vielfach zu Vaginismus.

⁸⁴Beier M K. Grundlagen und Praxis der Sexualmedizin. München. Urban & Fischer, 2005:226:230.

3.12.1.4 Gehemmter Orgasmus

Definition: Nach DSM-III-R: anhaltende oder wiederkehrende Verzögerung oder Fehlen des Orgasmus bei der Frau nach einer normalen sexuellen Erregungsphase (Beier, 2005⁸⁵).

	KR	Gehemmter Orgasmus		Gesamt
		n	%	
Kein-FGC	-2,7	0	,0	43
Klitoridektomie	-2,5	7	6,51	107
Exzision	0,3	2	15,4	13
Infibulation	4,1	31	21,4	145
Gesamt		40		308

$\chi^2 = 19,45; p < 0,0005$

Tabelle 76 Gehemmter Orgasmus und FGC

Die infibulierten Frauen leiden hochsignifikant häufiger an gehemmtem Orgasmus als die unbeschnittenen und die klitoridektomierten Frauen.

⁸⁵Beier M K. Grundlagen und Praxis der Sexualmedizin. München. Urban & Fischer, 2005:212-222.

3.12.2 Sexuelle Störungen bei Männern in Abhängigkeit von der FGC-Form der Ehefrauen

Männer N= 35	INF		KLI		KF	
	n	%	n	%	N	%
Potenz-störungen	5	36	1	7	1	25
Libidoverlust	9	64	1	7	-	-
Schmerzhafter Koitus	6	43	-	-	-	-
Vorzeitige Ejakulation	3	21	-	-	-	-
Gesamt	14		15		4	

Tabelle 77 Sexuelle Störungen bei Männern in Abhängigkeit von der FGC-Form der Ehefrauen [INF: Infibulation; KLI: Klitoridektomie; KF: Kein-FGC]

Mehrfachnennungen möglich.

Hinsichtlich sexueller Störungen zeigen tendenziell diejenigen Männer die meisten Probleme, die mit infibulierten Frauen liiert sind. Hinsichtlich der exzidierten Frauen kann keine Aussage getroffen werden, da die Ehemänner nur die Infibulation („zugenäht“) oder den klitoridektomierten Zustand der Ehefrauen unterscheiden konnten, jedoch nicht zwischen klitoridektomiert und exzidiert.

3.12.2.1 Störungen in sexuellen Beziehungen bei den Männern mit infibulierten Frauen

Von den interviewten Männern, die mit infibulierten Frauen liiert sind, leiden die meisten an Libidoverlust, gefolgt von schmerzhaftem Koitus. Etwa ein Drittel ist von Potenzstörungen betroffen und einige wenige litten an vorzeitiger Ejakulation.

3.12.2.2 Störungen in sexuellen Beziehungen bei den Männern mit klitoridektomierten Frauen

Diese Männer sind im Vergleich zu den Männern, die mit infibulierten Frauen liiert sind, durch eine deutlich geringere Störung der Sexualität gekennzeichnet. Jeweils ein Mann gab an, unter

Potenzstörungen und Libidoverlust zu leiden, jedoch waren diese Männer nicht von schmerzhaftem Koitus oder vorzeitiger Ejakulation betroffen.

3.12.2.3 Störungen in sexuellen Beziehungen bei Männern mit unbeschnittenen Frauen

Die geringste Störung in sexuellen Beziehungen weisen die Männer auf, die mit unbeschnittenen Frauen verheiratet sind. Von dieser Gruppe gab nur ein Mann an, Potenzstörungen zu haben.

3.12.3 Probleme beim Erstkontakt in der Hochzeitsnacht der vier Frauengruppen

	INF		EXZ		KLI		K_F		χ^2	
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Starker Penetrationsschmerz	141	99,3	3	23,1	3	2,8	-	-	266,7	p < 0,0005
Kohabitationsverletzungen	142	100	-	-	-	-	-	-	253,2	p < 0,0005
Gesamt	142		107		13		42			

Tabelle 78 Probleme beim Erstkontakt in Abhängigkeit von der FGC-Form

[INF: Infibulation; KLI: Klitoridektomie; KF: Kein-FGC]

Infibulierte Frauen haben eindeutig mehr Probleme beim Erstkontakt als die exzidierten und klitoridektomierten Frauen ($p < 0,0005$). Die infibulierten Frauen waren beim ersten Geschlechtsverkehr fast alle von starkem Penetrationsschmerz betroffen, der mehrere Tage, teils sogar Wochen anhielt. Dagegen hatten die Frauen der anderen Gruppen beim Erstkontakt nur geringe Probleme. Die unterschiedlichen Grade an Kohabitationsverletzungen traten ausschließlich bei infibulierten Frauen auf.

3.12.3.1 Fallbeispiel 3: Hochzeitsnacht einer 17-jährigen infibulierten Frau

Eine 17-Jährige, die der Ethnie Saho angehört, berichtete, dass die Heirat von ihrer Großmutter mütterlicherseits arrangiert worden sei, und dass sie dies bereits mit 13 Jahren gewusst habe. In ihrer Kultur ist Sexualität ein Tabu-Thema. Sie hatte zwar eine Vorstellung von der Hochzeitsnacht durch die detaillierten Erzählungen ihrer besten Freundin, doch ihre eigene Erfahrung sei unbeschreiblich schmerzhaft gewesen.

Die Angst vor der Hochzeitsnacht begann schon bei der Hochzeitszeremonie: „Ich hatte nur Angst, konnte von all den reichlichen Mahlzeiten nichts wirklich genießen, ich bekam kaum einen Bissen runter. Obwohl meine beste Freundin nicht von mir wich, verspürte ich den Drang, wegzulaufen. Der Abend rückte immer näher. Mein Ehemann schien sich zu amüsieren. Ich hatte nicht den Eindruck, dass er ein Gespür für meine Ängste und die Situation, die ich durchlitt, aufbringen konnte.

In der Hochzeitsnacht blieben sein bester Freund und meine beste Freundin im Nebenzimmer. Es ist bei uns üblich, dass wir unsere erste sexuelle Erfahrung so durchleiden müssen: durch Weinen und Schreien und nicht durch Stöhnen und sexuelle Lustgefühle. Dadurch wird meine Jungfräulichkeit und Keuschheit den anderen kundgetan. Ich war vor lauter Angst so versteinert, dass ich fast das Bewusstsein verlor.

Mein Mann und ich gingen zur Bett. Ich fing schon vorher an zu weinen. Mein Mann war sehr einfühlsam, versuchte sein Bestes, um mir die schmerzliche Prozedur zu erleichtern.

Es tat mir so weh, bei jeder Annäherung erlitt ich zerreißende Schmerzen. Die Versuche blieben ohne Erfolg. Es war uns aber beiden klar, dass wir noch in dieser Nacht meine Ehre und die meiner ganzen Familie retten müssen, indem wir einen Blutfleck herzeigen.

Mit der Ehre ist hierbei gemeint, dass ein Blutfleck als Beweis der Jungfräulichkeit den engsten Familienmitgliedern gezeigt werden muss. Sonst verliert das Mädchen an Ansehen, da sie verdächtigt wird, voreheliche sexuelle Erfahrungen gehabt zu haben. Nach Aussagen der Interviewten ist eine Jungfrau ohne blutendes Hymenhäutchen gleichzusetzen mit einer Frau, die voreheliche sexuelle Erfahrungen hat.

3.12.3.2 Fallbeispiel 3.1: Hochzeitsnacht eines 25-jährigen Mannes mit einer infibulierten Ehefrau

Dieser Mann lebt in einer dörflichen Gegend im Norden Eritreas. Er berichtet:

„Vor zwei Jahren habe ich geheiratet. Ich verfügte bereits über sexuelle Erfahrungen mit einer nicht zugenähten Frau. Meine Braut jedoch war zugenäht, so wie es sich bei unserer Volksgruppe, den Tigre, gehört. Sie war zum Zeitpunkt der Heirat 16 Jahre alt. Die Hochzeit war von unseren Eltern und Verwandten arrangiert worden. Die Hochzeitsnacht war eine schreckliche Angelegenheit für uns beide, aber unbeschreiblich schmerzhaft für meine Frau. Ich hatte sehr viel Angst, ihr wehzutun. Sie quälte sich sehr. Die Annäherungsversuche blieben ohne Erfolg. Sie schrie vor Schmerzen. Irgendwann ging es auch bei mir nicht mehr. Auch bei mir war alles wundgerieben. Es war uns beiden klar, dass wir die Ehre meiner Frau und die ihrer ganzen Familie retten müssen. Deshalb zeigten wir am nächsten Morgen unseren Verwandten einen Blutfleck, der aber von den Verletzungen meiner Frau herrührte und keineswegs ein Beweis für die Entjungferung war. In den nächsten Wochen quälten wir uns beide sehr. Ich wäre am liebsten mit meiner Frau ins Krankenhaus gegangen, um sie teilöffnen zu lassen, hatte aber Angst, dass es jemand erfahren und meine Männlichkeit in Frage stellen könnte. Nach vier Wochen schwersten Kampfes hatten wir das Hindernis überwunden. Die Annäherungsversuche waren erfolgreich. An Freude oder Lust kann ich mich in diesem Zusammenhang nicht erinnern. Ich litt mit meiner Frau, für die es eine Qual war. Irgendwie hat uns diese schwere Zeit miteinander verbunden und vertraut gemacht.“

3.12.4 Penetrationsmethoden und FGC

	Penetrationsmethode				Gesamt
	Spontane Penetration		Assistierte Penetration		
	n	%	n	%	145
Infibulation	5	3	140	96,6	12
Exzision	12		-		
Klitoridektomie	105		-		105

$$\chi^2 = 240,01; p < 0,0005$$

Tabelle 79 Penetrationsmethode in Abhängigkeit von der FGC-Form

Bei den infibulierten Frauen ist die spontane Penetration deutlich erschwert ($p < 0,0005$). Bei über 95% musste in den folgenden Nächten instrumentell eröffnet werden. Nur bei einem geringen Teil dieser Gruppe gelang es.

3.13 Seelische Störungsbilder bei den beschnittenen und unbeschnittenen Frauen

Eine Differenzierung der psychischen Störungen, die beobachtet wurden, ist nach ICD-10⁸⁶ oder klassifiziert.

3.13.1 Depressive Episoden (F 32)

Definition: Die betreffende Person leidet gewöhnlich unter gedrückter Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit und einer Verminderung des Antriebs (ICD-10 WHO⁸⁷).

	Depressive Erkrankungen		Gesamt
	n	%	
Kein-FGC	5	9,4	53
Klitoridektomie	14	7,9	178
Exzision	3	23,1	13
Infibulation	22	13	169
Gesamt	44		413

$\chi^2 = 4,637$; $p = 0,2$

Tabelle 80 Depressive Erkrankungen der beschnittenen und unbeschnittenen Frauen

Bei allen vier Frauengruppen ist ein etwa gleiches Auftreten depressiver Erkrankungen zu beobachten; sie unterscheiden sich hinsichtlich dieser Symptomatik nicht signifikant voneinander.

⁸⁶Internationale Klassifikation psychischer Störungen. WHO. Bern: Hans Huber, 2005.

⁸⁷Dilling H, Mombour W, Schmidt M H. F32 depressive Episode. Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Hans Huber, 2005:139

3.13.2 Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)

Definition: Diese entstehen als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation von außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes (kurz oder lang anhaltend), die bei fast jedem Menschen eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde (ICD-10 WHO⁸⁸).

	Posttraumatische Belastungsstörungen		Gesamt
	n	%	
Kein-FGC	1	1,9	53
Klitoridektomie	3	1,7	178
Exzision	1	7,7	13
Infibulation	2	2,4	169
Gesamt	69		413

$\chi^2 = 2,11; p = 0,5$

Tabelle 81 Posttraumatische Belastungsstörungen der beschnittenen und unbeschnittenen Frauen

Die posttraumatische Belastungsstörung verteilt sich unter den beschnittenen Frauen etwa gleich, dagegen zeigen die unbeschnittenen Frauen eine deutlich geringere Inzidenz. Dieser Unterschied ist jedoch nicht signifikant ($p = 0,5$).

⁸⁸Dilling H, Mombour W, Schmidt M H. F43.1 posttraumatische Belastungsstörungen. Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Hans Huber, 2005:169.

3.13.3 Wahnhafte Störung (F 22)

Definition: Diese Gruppe von Störungen ist charakterisiert durch die Entwicklung einer einzelnen Wahnidee oder mehrer aufeinander bezogene Wahnhalte, die im allgemeinen lange andauern und manchmal lebenslang bestehen. Die Wahnhalte sind sehr variabel (ICD-10 WHO⁸⁹).

	Wahnhafte Störung		Gesamt
	n	%	
Kein-FGC	3	5,7	53
Klitoridektomie	6	3,4	178
Exzision	2	15,4	13
Infibulation	9	5,3	169
Gesamt	20		413

$\chi^2 = 4,13$; $p = 0,3$

Tabelle 82 **Wahnhafte Störungen der beschnittenen und unbeschnittenen Frauen**

Zwischen dem Symptom wahnhafte Störung und FGC ist kein signifikanter Zusammenhang ersichtlich ($p = 0,3$).

⁸⁹Dilling H, Mombour W, Schmidt M H. F22 wahnhafte Störungen. Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Hans Huber, 2005:114.

3.13.4 Anpassungsstörung (F43.2)

Definition: Hier handelt es sich um Zustände von subjektivem Leiden und emotionaler Beeinträchtigung, die soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung, nach einem belastenden Lebensereignis oder auch nach schwerer körperlicher Krankheit auftreten. Die Belastung kann die Unversehrtheit des sozialen Netzes betroffen haben, das weitere Umfeld sozialer Unterstützung oder soziale Werte (ICD-10 WHO⁹⁰).

	Anpassungsstörung		Gesamt
	n	%	
Kein-FGC	5	9,4	53
Klitoridektomie	6	3,4	178
Exzision	1	7,7	13
Infibulation	9	5,3	169
Gesamt	21		413

$\chi^2 = 3,36$; $p = 0,3$

Tabelle 83 Anpassungsstörung der beschnittenen und unbeschnittenen Frauen

Im Vergleich zu den beschnittenen Frauen sind die unbeschnittenen Frauen prozentual gesehen vielfach von der Anpassungsstörung betroffen, jedoch ist der Unterschied nicht signifikant ($p = 0,3$).

⁹⁰Dilling H, Mombour W, Schmidt M H. F43.2 Anpassungsstörungen. Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Hans Huber, 2005:170-171.

3.13.5 Generalisierte Angststörung (F 41.1)

Definition: Das wesentliche Symptom ist eine generalisierte und anhaltende Angst, die aber nicht auf bestimmte Situationen in der Umgebung beschränkt oder darin nur besonders betont ist, d.h. sie ist frei flottierend. Wie bei anderen Angststörungen sind die wesentlichen Symptome sehr unterschiedlich, hauptsächlich zählen Beschwerden wie ständige Nervosität, Zittern, Muskelspannung, Schwitzen, Benommenheit, Herzklopfen, Schwindelgefühle oder Oberbauchbeschwerden zu diesem Bild (ICD-10 WHO⁹¹).

	Angsterkrankungen		Gesamt
	n	%	
Kein-FGC	2	3,8	53
Klitoridektomie	4	2,2	178
Exzision	1	7,7	13
Infibulation	4	2,4	169
Gesamt	11		413

$\chi^2 = 1,7$; $p = 0,6$

Tabelle 84 Angsterkrankungen der beschnittenen und unbeschnittenen Frauen

Es zeigt sich überraschenderweise, dass die unbeschnittenen Frauen prozentual betrachtet von generalisierten Angsterkrankungen häufiger betroffen sind als die beschnittenen Frauen. Die Differenz ist jedoch nicht signifikant.

⁹¹Dilling H, Mombour W, Schmidt M H. F41.1 Angststörung. Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Hans Huber, 2005:161.

3.13.6 Andere psychische Störungen

Darunter ist zu verstehen, dass eine Person glaubt, von bösen Geistern besessen zu sein, vom bösen Blick verhext oder von ihren Vorfahren verdammt worden zu sein.

Andere psychische Auffälligkeiten sind es beispielsweise, wenn Menschen in emotional sehr belastenden Situationen in eine Art Trance-Zustand verfallen oder in Erregungszustände geraten, die hysterische Ausmaße annehmen können, jedoch nicht mit den westlichen Hysterie-Formen vergleichbar sind.

	Andere psychische Störungen		Gesamt
	N	%	
Kein-FGC	6	11,3	53
Klitoridektomie	4	17,2	178
Exzision	26	14,6	13
Infibulation	29	16	169
Gesamt			413

$\chi^2 = 3,42; p = 0,3$

Tabelle 85 Andere psychische Erkrankungen der beschnittenen und unbeschnittenen Frauen

Auffällig ist, dass die beschnittenen Frauen von dieser Symptomatik öfter betroffen sind als die unbeschnittenen Frauen, jedoch ist der Unterschied nicht signifikant ($p = 0,3$).

Die beschnittenen Frauen in Eritrea haben mehrere Gründe genannt, warum sie keinen Zusammenhang zwischen der erlittenen Genitalbeschneidung und der Entwicklung von psychischen Problemen sehen. Diese werden als deskriptive Darstellung offener Fragen und Antworten in der folgenden Tabelle dargestellt. Als Vergleich dienen Schilderungen der eritreischen Migrantinnen in Deutschland.

3.13.7 Deskriptive offene Fragen und Antworten beschnittener Frauen in Eritrea (N=360)

Inter- viewte	Alter	Wie stehen Sie zu Ihrer Beschneidung?	Denken Sie, dass ein Zusammenhang zwischen Ihrer Beschneidung und gesundheitlichen Komplikationen besteht? Und hatten Sie persönlich welche?	Fühlen Sie sich aufgrund ihrer Beschneidung nicht intakt oder schämen Sie sich dafür?	Welche Erfahrungen machen Sie im Gesundheitswesen aufgrund Ihrer Beschneidung (machen Sie negative Erfahrungen)?	Auf welche Weise wird in Eritrea über FGC aufgeklärt? Welche Gefühle löst dies bei Ihnen aus?
A	34	Ich bin stolz, dass ich beschnitten bin. Für mich ist das normal. Alle Frauen in meiner Familie und Umgebung sind beschnitten. Ich kenne keine, die nicht beschnitten ist.	Abhängig von der Form ist es möglich, aber es ist nicht zwingend. Da ich zugenäht bin und meine Erstgeburt eine Hausgeburt war, hatte ich eine komplizierte Geburt, habe sehr viel Blut verloren und fürchterlich gelitten. Die	Nein, ich fühle mich als eine vollständige Frau. Ich schäme mich nicht. Ich würde mich abnorm fühlen, wenn ich nicht beschnitten wäre, auch wenn ich immer wieder gesundheitliche Probleme habe wegen meiner Beschneidung. Der Respekt und die	Gute Erfahrungen. Obwohl das medizinische Personal gegen FGC ist, gehen sie behutsam mit uns um. Sie verurteilen uns nicht, sondern klären uns auf eine sensible Art und Weise auf. Sie machen uns keine	Über Radio, Fernsehen und Zeitung, in Form von Theater. Sie thematisieren die Hintergründe und die gesundheitlichen Folgen. Auf eine sensible Art brechen sie das Tabu.

			Nachgeburtszeit war auch sehr schmerzhaft, denn die aufgeschnittene Narbe wollte nicht so recht heilen und ich hatte einige Monate Schmerzen. Ich konnte dadurch nicht richtig urinieren und nicht mit meinem Mann verkehren...	Achtung, die mir von meiner Umgebung erwiesen werden, kompensiert all mein Leiden.	Vorwürfe, da sie wissen, dass die Beschneidung unsere Tradition ist. Sie überzeugen uns, dass wir uns nicht wieder zunähen lassen sollen nach der Geburt.	
B	59	Positiv. Ich finde es gut, beschnitten zu sein. Es ist normal hier bei uns. Wir fühlen uns deshalb nicht weniger weiblich.	Ich persönlich hatte keine gesundheitliche Beeinträchtigung, da ich nicht zugenäht bin, aber bei Freundinnen von mir war dies der Fall.	Ich fühle mich als normale Frau. Genau wie alle anderen hier. Warum sollte ich mich für das Normale schämen?	Positive Erfahrungen, ich habe zwei Mal im Krankenhaus geboren, sie waren sehr sensibel. Haben mich aufgeklärt, dass ich meine Töchter nicht beschneiden soll, weil es verschiedene	Sie (die Frauenorganisation NUEW ⁹²) initiiert die Aufklärungsarbeit gegen Beschneidung von Mädchen. Sie machen das so, dass unseren Eltern und unserer

⁹²National Union of Eritrean Women

					gesundheitliche Komplikationen mit sich bringt. Fühlte mich respektvoll behandelt.	Kultur gegenüber Respekt entgegen gebracht wird. Sie kennen die Hintergründe und deshalb betrachten sie das Thema FGC in seiner Komplexität und damit sind wir einverstanden.
C	23	Ich stehe zu meiner Beschneidung. Ich kann mich an das Ereignis nicht erinnern, da ich noch ein Baby war, aber es hat mir nicht geschadet.	Wir haben von verschiedenen gesundheitlichen Komplikationen gehört, aber damals, als ich beschnitten wurde, wussten meine Eltern es nicht. Sie haben es in guter Absicht gemacht. Ich hatte bisher keine Komplikationen,	Ich denke, ich bin eine ganz normale Frau, genau wie alle anderen Frauen. In meiner Kultur ist die Beschneidung normal und gewünscht. Ich fühle mich gut. Ich schäme mich nicht.	Sie kennen die medizinischen Komplikationen, die mit den verschiedenen FGC-Formen in Zusammenhang stehen. Und das ist sehr hilfreich. Sie klären uns über die Zusammenhänge auf, aber sie verurteilen uns	Sie machen die Aufklärung auf eine gute Art. Sie nehmen uns ernst mit all unseren anderen Problemen, die wir hier haben. Sie wissen, dass wir nichts dafür können, dass es aufgrund unserer Tradition passiert. Sie verurteilen uns nicht,

			obwohl ich zugenäht bin.		nicht. Sie nähren uns auch nicht wieder zu, da FGC in Eritrea verboten ist und sie auch gegen FGC sind. Aber sie gehen respektvoll mit uns um. Sie stellen uns auch nicht zur Schau.	sondern wollen uns helfen. Sie diskutieren mit uns, respektieren uns und sie sind sich bewusst, dass es nicht von heute auf morgen aufhören wird.
D	42	Ich habe ein gesundes Verhältnis zu mir und zu meinem Körper. Ich bin eine ganz normale beschnittene Frau.	Man kann körperliche Probleme bekommen, während der Schwangerschaft und Geburt, aber das gilt nur für die Zugenähten und nicht für uns alle. Bei mir wurde nur die Klitoris entfernt. Ich habe keine Probleme. Ich habe ein zufriedenstellendes Sexualleben.	Bei uns ist es normal. Jedes Mädchen ist so beschnitten wie es in ihrer Ethnie üblich ist. Warum sollte sie sich dafür schämen? Oder sich als unvollständig empfinden?	Wir hatten noch nie schlechte Erfahrungen gemacht, weil wir beschnitten sind. Sie gehen mit uns ganz normal um. Sie klären uns zwar auf, und sagen jedes Mal, beschneidet eure Töchter nicht, aber wir fühlen uns respektiert.	Diese Art der Aufklärung, bei der die nationalen Organisationen auf unsere jeweilige Ethnie und Religion Rücksicht nehmen und dementsprechend die richtige Methode wählen, finde ich gut. Beispielsweise klären sie uns Frauen und

			Ich bin o.k.			unsere Ehemänner separat auf. Sie zeigen auch keine Photos von den Genitalorganen, was uns sehr beschämen würde, wie es angeblich in Deutschland üblich ist, nach Aussagen meiner Schwester.
E	51	Ich kenne es nicht anders. Ich habe ein ganz normales Gefühl wie alle anderen. Ich bin beschnitten und fühle mich o.k.	Ich kenne einige Frauen mit körperlichen Leiden aufgrund der Beschneidung, ich jedoch habe keine Probleme gehabt. Wir bekommen durch die Beschneidung eine soziale Identität, unsere Ehemänner respektieren uns.	Mir fehlt ja nicht ein Arm oder ein Bein. Man hat mir mit der Beschneidung nicht geschadet. Ich sehe genauso aus wie alle anderen Frauen in meiner Umgebung. Weil wir Beschnittene sind, fühlen wir uns wertvoll und sind stolz.	Auch das medizinische Personal weiß, wie kompliziert unsere Kultur ist. Sie haben Verständnis für uns. Sie sind kompetent, wissen über die Komplikationen, die mit FGC zusammenhängen, Bescheid.	Die Aufklärungsmethode in Eritrea ist an unsere Kultur angepasst. Beispielweise hat die nationale Frauenorganisation in Dörfern die Ältesten und Weisen versammelt, Männer und Frauen getrennt, und hat erfolgreich auf eine

						sensible und neutrale Art aufgeklärt, seitdem wird in unserem Dorf (in der Nähe von Dekemhare) darüber diskutiert.
F	41	Ich habe kein Problem damit, beschnitten zu sein. Wir leben in einer Gesellschaft, in der dieser Brauch normal ist. Es wäre eher abnormal, nicht beschnitten zu sein.	Ich hatte verschiedene gesundheitliche Probleme, da ich zugenäht bin. Ich konnte nicht richtig urinieren, die ersten Kontakte mit meinem Mann waren unerträglich. Aber trotzdem wäre es unvorstellbar, nicht zugenäht zu sein, wie es in unserer Familie schon seit Generationen üblich ist.	Nein, ich schäme mich nicht. Ich fühle mich intakt und bin ganz normal.	Gute Erfahrungen. Unsere Beschneidung ist nicht das Hauptthema, wenn wir zum Frauenarzt gehen. Wenn wir Probleme haben, die damit zusammenhängen, dann wird dies auf eine sensible Art thematisiert.	Die Aufklärung gegen Beschneidung passiert hier zu Lande auf eine sensible Art. Unsere Ältesten und Eltern werden respektiert, auch sind den Aufklärern die Hintergründe und der Kontext vertraut, deshalb propagieren sie in ihren Kampagnen Bildung und Ausbildung für Frauen.
G	35	Ich habe eine positive	Ich hatte eine	Ich bin o. k. Ich schäme	Sehr gute Erfahrungen!	Die Aufklärung gegen

		<p>Haltung zu meiner Beschneidung. Hier ist es normal. Ich kenne keine Frau, die unbeschnitten ist.</p>	<p>schwierige erste Geburt, da ich zugenäht bin. Zum Glück kannte sich das medizinische Personal gut aus.</p>	<p>mich nicht und fühle mich sehr weiblich. Ich bin normal, wie alle anderen Frauen in meiner Umgebung.</p>	<p>Ich habe alle meine drei Kinder im Krankenhaus geboren. Sie waren sehr respektvoll. Sie haben mich aufgeklärt, dass ich meine Tochter nicht beschneiden lassen soll und haben mir die Gründe ganz plausibel erklärt. Auch haben sie mir eine schmerzhafteste Zyste entfernt, die von der Beschneidung herrührte. Sie kennen den Zusammenhang. Wir fühlen uns sehr verstanden und respektiert.</p>	<p>Beschneidung ist hier so konzipiert, dass sie uns nicht verurteilen, nicht zur Schau stellen. In einer respektvollen Art brechen sie das Tabu. Ferner sind sie bemüht, die Ungleichheit der Geschlechter zu verändern, indem sie Mädchen und Frauen Zukunftsperspektiven ermöglichen.</p>
--	--	---	---	---	--	--

Tabelle 86

Deskriptive Tabelle: FGC und psychische Befindlichkeit der eritreischen Frauen in Eritrea

3.13.8 Im Vergleich: Die beschnittenen eritreischen Frauen in Deutschland (N=31)

Inter- viewte	Alter	Wie stehen Sie zu ihrer Beschneidung?	Denken Sie, dass zwischen der Beschneidung und gesundheitlichen Komplikationen ein Zusammenhang bestehen könnte? Und hatten Sie persönlich welche?	Fühlen Sie sich aufgrund ihrer Beschneidung nicht intakt oder schämen Sie sich dafür?	Welche Erfahrungen machen Sie im Gesundheitswesen? Insbesondere in der Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe?	Auf welche Weise wird in Deutschland Aufklärung betrieben? Und welche Gefühle werden bei Ihnen ausgelöst?
H	36	Ich frage mich, wozu das nötig war? Inzwischen habe ich eine ambivalente Haltung zu meiner Beschneidung entwickelt, da ich hier erfahren habe, dass es eine Menschenrechtsverletzung ist. Aber deshalb	Ja, das denke ich schon, aber das ist abhängig von der Beschneidungsart. Persönlich hatte ich auch Probleme damit. Obwohl ich nur die Klitoris entfernt bekam, hatte ich große Probleme, mit meinem Mann die Sexualität zu	In Eritrea habe ich mich intakt gefühlt, aber hier nicht. Jedes Mal, wenn ich etwas in den Medien höre oder zum Frauenarzt gehe, erlebe ich mich als Verstümmelte, weil sie mich so behandeln.	Negative Erfahrungen. Ich leide sehr darunter, zum Frauenarzt zu gehen. Der Umgang ist sehr verletzend, sie staunen über uns, wundern sich, sind respektlos und wollen uns vorführen.	Auf eine plakative und sensationslüsterne Art. Sie fokussieren immer auf die Genitalien und auf die Praxis, ohne dass die Hintergründe erläutert werden. Bei mir löst das Wut und Hilflosigkeit aus.

		hasse ich meine Mutter nicht. Sie wollte mir eine gute Zukunft ermöglichen.	genießen, da ich ein Neurinom hatte.			
I	29	In Eritrea fand ich es normal, beschnitten zu sein. Dagegen komme ich mir in der deutschen Gesellschaft zunehmend wie eine Verstümmelte vor.	Es gibt schon einen Zusammenhang, aber ich hatte keine Komplikationen. Hier reden sie uns ein, wir müssten Probleme haben. Sie machen uns zum Problem, mit der Art wie sie mit uns umgehen.	Ich schäme mich zutiefst, zum Frauenarzt zu gehen, aber erst seit ich hier bin. Weil es hier so undifferenziert betrachtet wird und ich mich schäme, hier zur Schau gestellt zu werden.	Mehr negative Erfahrungen. Sie hatten keine Ahnung von den Komplikationen, die ich aufgrund meiner Infibulation hatte und zusätzlich fand ich den Umgang unsensibel. Bei meiner ersten Geburt waren Medizinstudenten dabei, die mich als Sensation behandelt haben. Das hat mich sehr belastet.	Auf eine unsensible und voyeuristische Art. Einseitige Darstellung mit negativer Besetzung von uns und unserer Kultur.
J	35	Ich bin stolz, dass ich beschnitten bin, aber hier redet man mir ein,	Ja, es gibt einen gewissen Zusammenhang. Meine	Ich fühle mich nicht ganz als intakte Frau, seit ich hier bin. Ich	Negative Erfahrungen und Vorurteile. Ich habe schon drei Mal den	Aufgrund dessen, wie man hier mit uns und mit dem Thema umgeht,

		dass ich verstümmelt sei. Dadurch habe ich seit einigen Jahren psychische Probleme entwickelt, wie Schlafstörungen und Essprobleme.	erste Geburt war eine Totgeburt in Eritrea, weil es in der dörflichen Gegend, in der ich meine Geburt hatte, kein Transportmöglichkeit gab und ich infibuliert bin. Aber psychisch ging es mir nicht schlecht in Eritrea. Erst hier habe ich psychische Probleme entwickelt, weil die Art wie hier mit uns umgegangen wird, mir wehtut. Und weil sie uns als Verstümmelte darstellen.	schäme mich sehr.	Frauenarzt gewechselt und hatte viele Fehldiagnosen. Es hat mich psychisch so belastet, dass ich eine Psychotherapie begonnen habe, aber auch die Therapeutin wollte mir einreden, dass ich durch die Beschneidung eine Traumatisierung erlitten habe und deshalb jetzt depressiv sei. Ich hätte mir gewünscht, sie würde begreifen, dass ich aufgrund der Diskriminierung leide und wegen des westlichen Umgangs mit dem Thema.	fühle ich mich stigmatisiert. Die Art und Weise, wie die Organisationen und Medien mit dem Thema FGC umgehen, ist so plakativ, voyeuristisch. Das macht mich krank. Warum werden die Gründe und der Kontext nicht thematisiert?
--	--	---	---	-------------------	--	---

K	32	<p>Ich fühle mich als vollwertige Frau, aber ich habe aufgrund der hier vorherrschenden Betrachtungsweise inzwischen eine sehr ambivalente Haltung entwickelt. Ich kann das Thema nicht mehr hören. In Eritrea hatte ich eine positive Haltung dazu, aber in Deutschland entwickelte ich eine negative Haltung.</p>	<p>Ja, das ist mir bewusst, in Abhängigkeit von der Form. Ich habe komischerweise erst hier psychische und physische Probleme entwickelt. Wahrscheinlich, weil ich hier eine so negative Haltung im öffentlichen Diskurs darüber wahrnehme. Aber das hilft uns in keiner Weise. Ich halte es sogar für sehr gefährlich. Da ich selber Psychologin bin, muss ich feststellen, dass der einseitige und aus westlichem Blickwinkel betrachtete Umgang mit</p>	<p>Ich schäme mich, wenn ich zum Frauenarzt muss. Ich schäme mich, wenn ich auf meine Genitalverstümmelung angesprochen werde oder die Frauenärzte mich erstaunt anschauen und ein nonverbales Mitleid geäußert wird.</p>	<p>Aktuell habe ich eine sehr gute und nette Frauenärztin, aber davor habe ich schlechte Erfahrungen gemacht. Was ich als verletzend und verunsichernd erlebte, waren die nonverbalen Reaktionen, die Staunen, Ekel und Verurteilung widerspiegeln. Meine Bekannten und Freundinnen meiden den Umgang mit dem Frauenarzt, weil sie Angst haben, stigmatisiert und bemitleidet zu werden. Meine Freundin wurde</p>	<p>Es gibt eine undifferenzierte Aufklärung und Verdummung der Gesellschaft. Uns muss man nicht aufklären, eher müssten wir die westlichen Aktivisten über die Hintergründe aufklären. Ich gehe jetzt immer in die Defensive und habe keine Lust mehr, mit westlichen Menschen über dieses Thema zu sprechen.</p>
---	----	---	--	---	---	---

			dem Thema bei vielen FGC-betroffenen Migrantinnen dazu führen kann, dass eine mögliche Traumatisierung einem bewusst gemacht wird, aber danach ist keiner da, der einem diese Traumatisierung verarbeiten hilft.		nach ihrer Geburt die Reinfibulation verweigert. Sie wurde offen gelassen. Kein Arzt hatte dafür Verständnis, dass es für sie Identität bedeutet. Sie wurde depressiv.	
L	39	Ich habe eine geteilte Meinung dazu. Wenn ich so wie mit Ihnen, einer Afrikanerin, darüber rede, dann bin ich dafür, dass FGC aufhört, aber wenn mich westliche Personengruppen darauf ansprechen, dann gehe	Ich hatte sehr große gesundheitliche Probleme, da ich infibuliert bin. War hier sehr lange im Krankenhaus. Obwohl meine Fistel erfolgreich behandelt wurde, geht es mir hier psychisch schlechter als in Eritrea.	Ich fange an, mich zu schämen, wenn ich überall auf meine verstümmelten Genitalien angesprochen werde. Sogar meine Töchter, die hier geboren sind, werden in der Schule damit konfrontiert.	Leider bisher nur negative Erfahrungen. Ich habe alle meine drei Kinder hier geboren. Es war grauenhaft. Sie wollten einen Kaiserschnitt machen, obwohl meiner Meinung nach keine medizinische Indikation	Sie zeigen gerne unsere Genitalien und die Zeremonie, wie eine infibulierte Frau geöffnet wird. Das ist keine Aufklärung, sondern Stigmatisierung, falsche Information. Schließlich gibt es mehrere

		ich in die Defensive und sage: Ich bin stolz darauf, beschnitten zu sein!	Das hängt damit zusammen.	Auf eine unsensible Weise fokussieren alle auf die Genitalien. Und dies beschämt und macht uns gleichzeitig hilflos.	dafür bestand. Sie waren verunsichert, da ich infibuliert bin, haben sich aber nicht getraut, mich darauf anzusprechen. Ferner war der Umgang unsensibel. Ich fühle mich sehr unwohl, zum Frauenarzt zu gehen.	Beschneidungsformen und alle schauen auf die Infibulation. Meine Tochter hat sogar in der Schule, im Sozialkundeunterricht über Genitalverstümmelung Entsetzliches gehört. In diesem Buch für die 8. Klasse vom Cornelsen Verlag wird im Detail die Hochzeitsnacht einer infibulierten Frau plastisch geschildert. Was hat das mit Aufklärung zu tun? Es ist eine negative Darstellung und Verfremdung!
M	42	Inzwischen habe ich	Ich habe keine nennens-	Ich fühle mich weniger	Negative Erfahrung. Ich	Durch die Art und

	<p>eine geteilte Meinung dazu. Ich finde es nicht gut, dass Frauen beschnitten werden. Aber es wurde bei mir gemacht, als ich ein Baby war. Ich finde es trotzdem nicht gut, wie undifferenziert uns hier eingeredet wird, wir seien Verstümmelte und Opfer.</p>	<p>werten gesundheitlichen Probleme wegen meiner Beschneidung. Seelisch geht es mir hier in Bezug auf meine Beschneidung schlechter.</p>	<p>als Frau, seit ich in Deutschland bin. Darüber hinaus schäme ich mich, zum Frauenarzt zu gehen und habe Befürchtungen, zur Schau gestellt zu werden.</p>	<p>musste die Kosten für eine Operation, die aufgrund der Infibulation notwendig war, selbst übernehmen. Bedauerlich finde ich, dass das medizinische Personal hier über wenig Kenntnisse verfügt, und dass die Krankenkassen die Komplikationen, die mit der Beschneidung in Zusammenhang stehen, nicht übernehmen, obwohl wir versichert sind. Darüber hinaus wurde ich zur Schau gestellt.</p>	<p>Weise, wie hier zu Lande aktuell mit dem Thema FGC umgegangen wird, schafft man nur noch mehr Diskrepanz zwischen den Betroffenen und den westlichen Akteuren. Aus ihren westlichen Kategorien heraus machen sie uns zu Exoten. Es ist ein stigmatisierender und rassistischer Umgang und keine vernünftige Aufklärung. Das ist diskriminierend. Oder liegt der Grund dafür, dass diese Tendenz der negativen</p>
--	--	--	---	---	--

						Kategorisierung und Stereotypen zu beobachten ist, darin, dass die westlichen Menschen sonst nicht genügend spenden würden?
N	36	Ich finde es nicht gut, dass ich beschnitten bin, habe aufgrund dessen auch diverse gesundheitliche Probleme gehabt, aber psychische Probleme habe ich erst hier bekommen.	Ich hatte große gesundheitliche Probleme. In Deutschland geht es mir schlechter mit meiner Beschneidung, da wir große Benachteiligung erfahren und diskriminiert werden. Auch die Frauenärzte wissen nicht viel über FGC und den richtigen Umgang mit uns.	Ich fühle mich nicht vollständig als Frau. Schäme mich beim Kontakt mit dem Frauenarzt und wenn ich sehe wie die Medien, damit umgehen.	In Eritrea lebte ich bis zu meinem 30. Lebensjahr und hatte 5 gesunde Kinder zur Welt gebracht, obwohl ich zugenäht bin. Hier wurde ich noch einmal schwanger und es war ein schreckliches Erlebnis. Im Gegensatz zu dem medizinischen Personal in Eritrea, kannte sich das medizinische Personal	Man redet über uns und unsere Kultur, ohne den Hintergrund verstanden zu haben. Wir sind keine Opfer und wir sind auch keine verstümmelten Frauen. Ich meide westliche Aufklärer, um mich nicht aufzuregen.

					<p>hier nicht mit der Beschneidung aus. Die ganzen Schwangerschafts-Vorsorgeuntersuchungen waren eine Qual. Die Ärzte wollten mich öffnen, um mich besser untersuchen zu können. Ich lehnte es ab. In Eritrea wurde ich auch nur zur Geburt geöffnet. Daraufhin behandelten sie mich mit völligem Unverständnis.</p>	
O	43	<p>Ich habe eine negative Haltung zu FGC, aber kann es nicht mehr ertragen, wie wir hier dargestellt werden.</p>	<p>Ich hatte keine gesundheitlichen Probleme. Nur die Klitoris ist weg. Hier geht es mir, in Bezug auf meine</p>	<p>Ich fühle mich als normale Frau, aber reagiere empfindlich, wenn mich westliche Personengruppen darauf ansprechen und gehe</p>	<p>In den gesundheitlichen Einrichtungen habe ich negative Erfahrungen gemacht, weil die Frauenärzte mit meiner Beschneidung nicht</p>	<p>Es ist eine aus westlicher Sicht dargestellte und einseitige Kategorisierung. Es geht lediglich um</p>

			<p>Beschneidung schlechter, wegen der Art und Weise, wie sie hier betrachtet wird. Sie wird mit Barbarei gleichgesetzt und unsere Männer werden als Täter betrachtet und wir Frauen sind die Opfer.</p>	<p>dann in die Defensive. Ich geniere mich, zum Frauenarzt zu gehen.</p>	<p>umgehen konnten.</p>	<p>Lippenbekenntnisse. Ich ärgere mich und fühle mich nicht mehr wohl. Wir möchten mehr Respekt und Dialog mit den westlichen Akteuren. Wir leiden hier immens unter der einseitigen und eurozentrischen Darstellung des Themas. Es ist viel komplexer</p>
--	--	--	---	--	-------------------------	--

Tabelle 87

Deskriptive Tabelle: FGC und psychische Befindlichkeit der eritreischen Frauen in Deutschland