

4 Diskussion

Im Folgenden wird das Problem FGC auf Basis der zugänglichen englischen, französischen und deutschen Literatur in Verbindung mit den erarbeiteten Daten diskutiert.

4.1 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen

4.1.1 Was sind die Gemeinsamkeiten der FGC-ausführenden Gesellschaften?

Tabelle 8 zeigt das Soziogramm der drei FGC-ausführenden Gesellschaften Eritrea, Äthiopien und Tansania. Alle drei Länder weisen ein niedriges Wirtschaftswachstum auf, dem eine starke Bevölkerungszunahme gegenübersteht. In Deutschland ist die Situation genau umgekehrt: Die Bevölkerungspyramide verdeutlicht ein negatives Wachstum, das Bruttoinlandsprodukt (BIP) pro Kopf ist dagegen sehr hoch.

Gemäss Literatur-Recherchen wird postuliert: Wenn die Bevölkerung schneller wächst als die wirtschaftliche Leistung eines Landes, sinkt der Lebensstandard und die Armut nimmt zu: Eine Entwicklung, die Belastungen für die Gesellschaft mit sich bringt und die Stabilität des politischen Systems gefährdet. Eine Folge ist beispielsweise, dass natürliche Ressourcen wie Ackerland und Trinkwasser übermäßig beansprucht werden, weshalb die Länder mit hohen Geburtenraten häufig mit politischen, wirtschaftlichen und ökologischen Problemen zu kämpfen haben (Kröger et al., 2004⁹³).

„However, poverty is no longer recognized only in economic terms, as improving health, nutrition, and population outcomes is required to attain the Millennium Development Goals⁹⁴ (Wolfenson, 2005⁹⁵).

⁹³Kröger I, van Olst N, Klingholz R. Wie Bevölkerung, Entwicklung und Familienplanung miteinander zusammenhängen. In: Das Ende der Aufklärung; Der internationale Widerstand gegen das Recht auf Familienplanung. Berlin. (Hg.): Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, 2004:4-5.

⁹⁴Millennium Development Goals (MDGs): Damit wurden die Bekämpfung von Armut sowie Verbesserungen im Bereich Gesundheitsversorgung, Bildung und Umweltschutz beschlossen. Diese Ziele wurden von der Weltbank adaptiert, dem international monetary fund, den Mitgliedern des development assistance committee of OECD und vielen anderen Institutionen. Die Ziele wurden in der millennium declaration of the United Nations festgeschrieben und im Jahre 2000 adaptiert.

⁹⁵Wolfensohn JD. Why and how the World Bank should be involved. In: Voice for the world's poor. Selected speeches and writings of World Bank. Washington, DC. (Hg.): World Bank, 2005:27.

Kennzeichnend für die drei afrikanischen Gesellschaften ist ferner die fehlende Schulbildung, insbesondere bei Frauen und Mädchen, wie Tabelle 8 zeigt. Während in diesen Ländern nur wenige Mädchen und Jungen am Grundschulunterricht teilnehmen, besuchen in Deutschland fast alle Kinder die Grundschule.

In Tabelle 6 wird die Schulbildung der interviewten Frauen dargestellt. Fast die Hälfte der befragten Frauen waren Analphabetinnen. Die Frauen mit höherer Schulbildung machen dagegen nur etwa ein Drittel aus. Die gebildeteren Frauen sind jüngeren Alters und in städtischen Gegenden wohnhaft. Insbesondere in den ländlichen Gegenden ist der Zugang zu Bildung deutlich erschwert (vgl. EDHS, 2003⁹⁶).

Die in der Literatur angegebenen 28 FGC-ausführenden Gesellschaften liegen zum größten Teil in der Sub-Sahara-Region (UNICEF, 2003⁹⁷).

“While all other regions in the world are expecting improvements in health services and health outcomes over the next 20 years, Sub-Saharan Africa alone anticipates further deterioration in its health services and a stagnation or worsening of the health outcomes” (Wolfensohn, 2005⁹⁸).

Verglichen mit Deutschland haben die Menschen in diesen drei afrikanischen Ländern eine niedrige Lebenserwartung, wie Tabelle 8 deutlich macht. Vor dem Hintergrund von Armut und Kriegen werden die Frauen in Eritrea im Durchschnitt nur 55 Jahre alt und die Männer 52 Jahre. Im Vergleich dazu zeigt sich in Deutschland eine hohe Lebenserwartung: bei Frauen 81 Jahre und bei Männern 75 Jahre. Ein weiterer Unterschied zu Deutschland ist, dass es in diesen Ländern mehr jüngere als ältere Menschen gibt: ca. 44% der Bevölkerung sind nicht älter als 15 Jahre.

⁹⁶Women´s characteristics and status. In: Eritrea Demographic and Health Survey: National Statistics and Evaluation Office. (Eritrea) and ORC Macro. Calverton, Maryland, USA: National Statistics and Evaluation Office, 2003:32-38.

⁹⁷UNICEF. Areas of the world in which female genital mutilation has been reported to occur. In: Things change. Editing female genital cutting. A resource book for working with youth and communities. Nairobi. (Hg.): UNICEF, ESARO, 2003:13.

⁹⁸Wolfensohn JD. Improving, health, nutrition, and population outcomes in Sub-Saharan Africa. Why and how the World Bank should be involved. In: Voice for the world's poor. Selected speeches and writings of World Bank. Washington, DC. (Hg.): World Bank, 2005:31.

Wie die Abbildungen 10 und 11 deutlich zeigen, spiegelt das Alter der Interviewten das Alter der Gesamtbevölkerung Eritreas wider (vgl. Kapitel 2.7.3.1). Die interviewten Frauen waren im Mittel 28,2 Jahre alt. Die Zahl der interviewten Männer lag bei durchschnittlich 37 Jahren. Bei dem relativ hohen Durchschnittsalter der Männer ist zu berücksichtigen, dass auch in der Nachkriegszeit Männer jüngeren Alters bis ca. 35 Jahre zum Militär eingezogen wurden. Somit standen viele Männer dieser Altersgruppe für Interviews nicht zur Verfügung. Auch bei den Interviewten nimmt mit zunehmendem Alter die Anzahl der Personen ab.

Schlussfolgernd ist hervorzuheben, dass die sozialwirtschaftliche und politische Situation der eritreischen Gesellschaft mit anderen afrikanischen Gesellschaften vergleichbar ist, die heute noch FGC praktizieren. Armut, mangelnde Schulbildung und fehlende wirtschaftliche Sicherheit sind bezeichnend für diese Länder. Die fehlende medizinische Grundversorgung trägt mit dazu bei, dass diese Länder eine hohe Kinder- und Müttersterblichkeit aufweisen.

4.1.2 Trägt Armut zur Aufrechterhaltung von FGC bei?

Die ärmlichen Lebensbedingungen in den FGC-ausführenden Ländern tragen dazu bei, dass das Problem FGC aufgrund existenzieller Probleme in den Hintergrund tritt. Die vorliegende Untersuchung verdeutlicht, dass es in Eritrea seit den 70er Jahren nationale Bemühungen gab, FGC abzuschaffen (Wilson, 1991⁹⁹). Jedoch gerieten die FGC-Kampagnen und Beendigungsstrategien wegen existentieller Bedrohungen wie anhaltenden Kriegen, extremer Armut und fehlender wirtschaftlicher Sicherheit in den Hintergrund.

Auch die Situation der interviewten Frauen und Männer spiegelt dieses Bild wider: zum Befragungszeitpunkt war das Problem FGC für die Mehrheit weder moralisch noch wissenschaftlich von großem Interesse: Eritrea befand sich von 1961-1991 und von 1998-2000 im Krieg mit Äthiopien – zum Zeitpunkt der Befragung standen bei den Interviewten die Auswirkungen des Krieges und die daraus resultierende Perspektivlosigkeit eindeutig im Vordergrund (Volker-Saad, 2002¹⁰⁰)

⁹⁹Wilson A. Fighters. In: Women and the Eritrean revolution. The challenge road. Eritrea. Asmara: The Red Sea Press:Publihers & Distributors of Third World Books, 1991:87-110.

¹⁰⁰Volker-Saad K. Zivilistinnen und Kämpferinnen in Eritrea. Berliner Beiträge zur Ethnologie. Berlin: Weißensee Verlag, 2002:19-20.

Wie Firebrace beschreibt, hat der Krieg unmittelbare Folgen für die Menschen: Durch die Verminung der Felder sind diese für die Landwirtschaft unbrauchbar geworden. Zahlreiche Dörfer wurden zerstört, ländliche Ressourcen vernichtet – die Folge: die Armut breitet sich weiter aus (Volker-Saad, 2002¹⁰¹). Dies gilt besonders für Länder wie Eritrea, in denen ca. 85% der Menschen in ländlichen Gebieten angesiedelt sind und von der Landwirtschaft leben (vgl. Kapitel 2.7.3.1; Locher, 1991¹⁰²). Auch die Mehrheit der befragten Männer und Frauen leben in ländlichen Gegenden, wie Tabelle 2 illustriert: ihre Haupteinnahmequellen sind Landwirtschaft oder Viehzucht (vgl. Volker-Saad, 2002¹⁰³).

Dies ist auch für viele andere Länder, die heute noch FGC praktizieren – wie Äthiopien, Tansania und Somalia – kennzeichnend. Die Menschen in diesen Ländern sind vorwiegend damit beschäftigt, ihre Grundbedürfnisse zu decken, also ausreichend Nahrung, Trinkwasser, Elektrizität und medizinische Grundversorgung (vgl. Sachs, 2005¹⁰⁴) zu erhalten.

“Many indicators relate to challenges outside the health sector, such as availability of clean water, education for women and access to food and markets” (Wolfensohn, 2005¹⁰⁵)

..”one-third of African children suffer from malnutrition, yet malnutrition does appear as a major problem in many burden-of-disease studies(...)”(Howson, 1996¹⁰⁶).

“The main causes of morbidity and mortality in Eritrea are preventable diseases. Among the root problems that impact the health status of the population and women in particular, are limited access to potable and clean water; malnutrition, inadequacy of maternal and children healthcare services and inadequacy of reproductive health education and family planning etc.” (CEDAW¹⁰⁷, 2004¹⁰⁸).

¹⁰¹Volker-Saad K. Zivilistinnen und Kämpferinnen in Eritrea. Berliner Beiträge zur Ethnologie. Berlin: Weißensee Verlag, 2002:125.

¹⁰²Locher T. Geschichte und Gegenwart eines Konflikts Handbuch Eritrea. Furrer-Kreski E. Zürich: Rio Verlag, 1991:11-22.

¹⁰³Volker-Saad K. Zivilistinnen und Kämpferinnen in Eritrea. Berliner Beiträge zur Ethnologie. Berlin: Weißensee Verlag, 2002:67-68.

¹⁰⁴Sachs JD. Das Ende der Armut. Ein ökonomisches Programm für eine gerechte Welt. München: Siedler, 2005:33-38.

¹⁰⁵Wolfensohn JD. Communicable diseases remain the priority, especially among poor. In: Voice for the world's poor. Selected speeches and writings of World Bank. Washington, DC. (Hg.)World Bank, 2005:7.

¹⁰⁶Howson C P. In her lifetime, female morbidity and mortality in Sub-Saharan Africa / committee to study female morbidity and mortality in Sub-Saharan Africa. Board on international health, institute of medicine. Washington, DC: National Academy Press, 1996:25-26.

¹⁰⁷CEDAW: Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW), adopted in 1979 by the UN General Assembly, is often described as an international bill of rights for women. Consisting of a preamble and 30 articles, it defines what constitutes discrimination against women and sets up an agenda for

Die WHO definiert Gesundheit als einen Zustand des vollkommenen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens (Locher, 1991¹⁰⁹). In den meisten afrikanischen Gesellschaften ist dieser Zustand noch lange nicht erreicht. Dasselbe gilt für die Forderung, die im Rahmen der International Conference on Population and Development (ICPD) aufgestellt wurde, wonach reproduktive Gesundheit für alle Menschen auf der Welt möglich sein müsse (ICPD, 1994¹¹⁰).

„Significantly, female circumcision is usually associated with poverty, illiteracy, and the low status of women with communities in which people face hunger, ill health, overwork, lack of clean water” (Araya et al., 1997¹¹¹).

Zusammenfassend ist zu betonen, dass bezüglich der Problematik FGC (siehe Kapitel I Einleitung), die Grundrechte dieser Menschen zu sichern sind, indem effektivere Strategien zur Beendigung von FGC entwickelt werden, die an die ökonomischen und wirtschaftlichen Gegebenheiten der betroffenen Gesellschaften angepasst und somit realisierbar sind (vgl. Jones et al., 2004¹¹²). Somit stellt das Problem FGC nicht das Hauptproblem für die FGC-ausführenden Gesellschaften dar. Vor diesem Hintergrund wären internationale Beendigungsstrategien geboten, die zur Verbesserung der Lebensbedingungen der Menschen beitragen.

national action to end such discrimination(...). (In: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm>, 03.08.2005).

¹⁰⁸CEDAW. Draft. Initial Report. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. By the State of Eritrea. Under Article 18 of the Convention. (Hg.): United Nations, 2004.

¹⁰⁹Locher T. Das Gesundheitswesen-Eine Pyramide auf breiter Basis. Gesundheit für alle im Jahr 2000? In: Handbuch Eritrea: Geschichte und Gegenwart eines Konflikts. Furrer-Kreski E. Zürich:Rio Verlag, 1991:99-118.

¹¹⁰At the 1994 International Conference on Population and Development (ICPD) in Cairo, 179 countries agreed that population and development are inextricably linked, and that empowering women and meeting people's needs for education and health, including reproductive health, are necessary for both individual advancement and balanced development. The conference adopted a 20-year Programme of Action, which focused on individuals' needs and rights, rather than on achieving demographic targets. Advancing gender equality, eliminating violence against women and ensuring women's ability to control their own fertility were acknowledged as cornerstones of population and development policies. Concrete goals of the ICPD centred on providing universal education; reducing infant, child and maternal mortality; and ensuring universal access by 2015 to reproductive health care, including family planning, assisted childbirth and prevention of sexually transmitted infections including HIV/AIDS. (<http://www.unfpa.org/icpd/summary.htm>).

¹¹¹Araya T, UNFPA/ UNICEF. Safe motherhood initiative needs assessment and situation analysis reproductive health programmes and activities in Eritrea. Asmara: (Hg.) UNFPA/ UNICEF, 1997:77.

¹¹²Jones S D, Ehiri J, Anyanwu E. Female genital mutilation in developing countries. an agenda for public health response. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2004; 116:144-51.

4.1.3 Bestehen soziodemographische Unterschiede zwischen den beschnittenen und unbeschnittenen Frauen?

Ein Vergleich der beschnittenen und unbeschnittenen Frauen hinsichtlich ihres Lebensalters zeigt keinen signifikanten Unterschied, wie aus Abbildung 10 ersichtlich wird, obwohl die beschnittenen Frauen, im Gegensatz zu den unbeschnittenen, bis ins höhere Lebensalter vertreten sind. Dagegen zeigt der Vergleich der beschnittenen Frauen untereinander hinsichtlich des Alters einen signifikanten Unterschied auf, wie Abbildung 11 und Tabelle 11 verdeutlichen. Die klitoridektomierten Frauen waren mit im Mittel 22 Jahren die Jüngsten, gefolgt von den infibulierten mit 28 Jahren, während die exzidierten Frauen mit 37 Jahren die Ältesten darstellten.

Das Stadt-Land-Gefälle bei den beschnittenen und unbeschnittenen Frauen wird aus Abbildung 12 sowie aus Tabelle 13 ersichtlich. Die beschnittenen Frauen sind in der Mehrheit in ländlichen Gegenden geboren oder wohnhaft, während die unbeschnittenen Frauen überwiegend in den Städten auffindbar sind. Da es bei den interviewten Frauen kaum Stadt-Land-Migration gab, ist der Geburtsort meist identisch mit dem aktuellen Wohnort.

Die unbeschnittenen Frauen zeigen eine vergleichsweise höhere Schulbildung als die beschnittenen, wie aus Abbildung 14 und Tabelle 16 hervorgeht. Dies kann auch mit dem Wohnort zusammenhängen, denn in den Städten Eritreas gibt es mehr Schulen als in ländlichen Gegenden.

Dagegen weisen die beschnittenen Frauen mehrheitlich eine geringere Schulbildung auf und sind größtenteils Hausfrauen. Darüber hinaus zeigt sich, dass die beschnittenen Frauen in der Mehrheit eher religiöse, traditionelle und konservative Werte vertreten als die unbeschnittenen Frauen.

Strittig bleibt, wie Bildung und berufliche Perspektive für Frauen und Mädchen erreicht werden können, wenn die Teilnahme der Mädchen am Schulunterricht nicht einmal 40% beträgt und die Analphabetenrate mit über 50% sehr hoch ist, verglichen mit der Situation in Deutschland (vgl. Tabelle 8). Vor diesem Hintergrund kann aus der empirischen Beobachtung geschlossen werden, dass FGC in Eritrea noch heute einen positiven Ruf genießt –

insbesondere in ländlichen Gegenden, wo für Mädchen noch seltener als in der Stadt der Schulbesuch möglich ist und Frauen die höchste Analphabetenrate haben. Dennoch zeigt sich, dass die gebildeteren Männer und Frauen größtenteils die Beendigung der Praxis befürworteten, während die Analphabeten für deren Fortführung waren (vgl. Abubakar et al., 2004¹¹³). Wie aus Abbildung 14 und Tabelle 16 hervorgeht, zeigt sich auch in der vorliegenden Studie, dass die Beschneidungsrate mit höherer Schulbildung abnimmt (vgl. Odujinrin et al., 1989¹¹⁴). Dagegen nehmen andere Autoren an, dass zwischen Gebildeten und Ungebildeten hinsichtlich der Fortführung von FGC kein Unterschied besteht (vgl. Mackie, 2003¹¹⁵).

Bei der Analyse des Berufes ist auffallend, dass die interviewten Frauen überwiegend Hausfrauen waren. Überraschend ist, dass viele Frauen in den ländlichen Gegenden berufstätig waren – zum Beispiel als Bäuerin, Marktfrau und Friseurin – nachdem ihre Männer als Invaliden aus dem Krieg zurückgekommen oder gefallen waren. In diesem Zusammenhang berichteten einige Frauen, aus finanzieller Not sogar den Beruf der Schneiderin ausgeübt zu haben. Akademiker oder Beamte waren in beiden Gruppen nur gering vertreten.

Schlussfolgernd ist hervorzuheben, wie die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass eine positive Korrelation zwischen höherer Schulbildung, städtischer Wohngegend und eine Abnahme der FGC-Rate besteht. Auch durch die Analyse des logistischen Regressionsmodells wird diese Hypothese erhärtet, wie aus den Tabellen 20 und 21 deutlich wird. Andere Autoren postulieren ebenfalls, dass diese Faktoren in Verbindung mit einem höheren sozialen Status sich positiv auf die Abschaffung von FGC und die reproduktive Gesundheit auswirken (vgl. Anuforo et al., 2004¹¹⁶).

¹¹³Abubakar I, Iliyasu Z, Kabir M et al., Knowledge, attitude and practice of female genital cutting among antenatal patients: J Med. 2004; 13:254-258.

¹¹⁴Odujinrin OM, Akitoye CO, Oyediran MA. A study on female circumcision in Nigeria. West Afr J Med. 1989; 8:183-92.

¹¹⁵Mackie G. Female genital cutting: a harmless practice? G Med Anthropol Q. 2003; 17:135-58.

¹¹⁶Anuforo PO, Oyedele L, Pacquiao DF. Comparative study of meanings, beliefs, and practices of female circumcision among three Nigerian tribes in the United States and Nigeria: J Transcult Nurs. 2004; 15:103-13.

4.2 Soziale Stellung der Frau in Eritrea

4.2.1 Wie hängt FGC mit der gesellschaftlichen Rolle der Frau zusammen?

„Die weibliche Genitalbeschneidung ist ganz besonders mit kultureller Bedeutung aufgeladen, weil sie eng mit der weiblichen Sexualität und mit der reproduktiven Rolle von Frauen in ihren Gesellschaften zusammenhängt“ (Toubia, 2002¹¹⁷).

Die Studie der Frauenorganisation NUEW¹¹⁸ zeigt, dass mehr als 50% der eritreischen Frauen vor Erreichen des 18. Lebensjahres verheiratet werden. In den ländlichen Gegenden werden sie sogar mit 15 Jahren oder jünger verheiratet (NUEW, 1993¹¹⁹). Hierbei ist hervorzuheben, dass die beschnittenen Frauen bei der Heirat deutlich jünger sind als die unbeschnittenen, wie aus Abbildung 15 hervorgeht. Zu diesem Zeitpunkt waren die beschnittenen Frauen im Mittel 16 Jahre alt, die unbeschnittenen 19 (siehe Tabelle 17). Ferner sind die unbeschnittenen Frauen durch ein deutlich höheres Erstgeburtsalter gekennzeichnet, wie aus den Abbildungen 26 hervorgeht, und sie bekommen durchschnittlich weniger Kinder als die beschnittenen Frauen, wie Abbildung 27 und Tabelle 51 zeigen.

Erwähnt werden sollte auch, dass die interviewten Männer bei der Heirat deutlich älter waren als die interviewten Frauen (siehe Abbildung 4). Diese Divergenz zwischen Frauen und Männern ist in der eritreischen Gesellschaft nicht ungewöhnlich, sondern spiegelt die ungleichen Rechte und Perspektiven der Geschlechter wider: während Männern die Möglichkeit einer persönlichen und beruflichen Entwicklung zusteht, auch mit der Option, später eine Familie ernähren zu können, werden Frauen ihre ganze Kindheit und Jugend über hauptsächlich darauf vorbereitet, einen Ehemann zu bekommen, mit dem Ziel, wirtschaftlich abgesichert zu sein.

¹¹⁷Toubia N. Auf den Spuren des Körpers in einer technogenen Welt. (Hg.): Duden B. und Noeres D.Opladen: Leske & Budrich, 2002:127-138.

¹¹⁸The establishment of the national union of Eritrean women (NUEW) in 1979 with the aim of empowering Eritrean women and fostering their participation in the national liberation movement and social justice was another major step. Currently NUEW is a non-governmental organisation mandated to work as women's machinery government sectors, local/ International NGO's and the community at large. Among other activities, it has managed to conduct sensitization programs of the constitutional and legal provisions, within the community and women (CEDAW, 2004).

¹¹⁹NUEW. Fact sheet – Current status of women in Eritrea and Asmara. (Hg.): NUEW, 1999:38.

Nach einem Literaturvergleich wird deutlich, dass Frauen in der Sub-Sahara-Region Afrikas im jugendlichen Alter ihre Erstgeburt haben (Howson, 1996¹²⁰). Für die beschnittenen Frauen ist ferner ein jugendliches Erstgeburtsalter typisch, wie aus Abbildung 26 hervorgeht. Dies macht auch das mittlere Alter bei der Erstgeburt deutlich, wie in Tabelle 50 dargestellt: bei beschnittenen Frauen ist es 17 Jahre, bei unbeschnittenen dagegen 20 Jahre. Obwohl das durchschnittliche Alter zum Befragungszeitpunkt 28 Jahre betrug, hatten 306 von 420 der interviewten Frauen bereits geboren.

Das junge Erstgeburtsalter ist auf mehrere Gründe zurückzuführen: In Eritrea haben nur wenige Frauen Zugang zu modernen Verhütungsmitteln, insgesamt betrachtet machen nur 5% der eritreischen Frauen von modernen Kontrazeptiva Gebrauch, in Deutschland sind es dagegen 72% (siehe Tabelle 8). Hinzu kommt, dass Kindern in Eritrea eine zentrale Rolle bei der Altersvorsorge und Zukunftssicherung der Eltern zukommt. Kinderreichtum bedeutet also eine wirtschaftliche Absicherung für die Eltern (Issayas, 1996¹²¹). Weitere Forschungsergebnisse belegen, dass in Eritrea noch heute ein frühes Reproduktionsalter unter allen Volksgruppen und Religionen verbreitet ist (Naib, 1997¹²²), was wie erwähnt vorwiegend ökonomische, aber auch soziale Gründe hat: Kinderlosigkeit gilt in der eritreischen Gesellschaft als "sinnlose Eheführung". Bei Sterilität eines Paares folgt im Normalfall die Scheidung. Die Frauen in Eritrea erhalten erst nach der Heirat die Legitimation zur Ausübung von Sexualität und damit auch zur Reproduktion. Die Interviewten betonten, dass sie unmittelbar nach der Heirat unter sozialen Druck gerieten, schwanger zu werden, weil sie andernfalls mit gesellschaftlicher Ächtung rechnen mussten.

Tabelle 8 zeigt den Vergleich des Reproduktionsalters von Frauen in Eritrea und Deutschland: 12% der eritreischen Frauen bekommen bereits im Alter von 15 bis 19 Jahren Kinder, die deutschen Frauen dagegen nur zu 1%. Betrachtet man das Alter der Gebärenden, ist im Vergleich zu den Vorjahren eine stetige Zunahme der Anzahl der Schwangeren über 35

¹²⁰Howson C P. In her lifetime, Female morbidity and mortality in Sub-Saharan Africa / committee to study female morbidity and mortality in Sub-Saharan Africa. Board on international health, institute of medicine. Washington, DC: National Academy Press, 1996:13.

¹²¹Issayas S. Traditional beliefs and practices that affect women and children in Eritrea. Research paper - Asmara Eritrea: 1996:81.

¹²²Naib K. Violence against women: Implications for health in developing countries. A Dissertation submitted in part fulfillment of the requirement for the degree of master in primary health care. England. (Hg.):University of manchester, 1997:25-35.

Jahren auffällig. Das mittlere Alter der Erstgebärenden nimmt seit Jahren deutlich zu (Vetter et al., 2000¹²³).

In Eritrea hingegen, wie andere Studien zeigen, ist es ungewöhnlich, dass eine Frau erst mit 30 Jahren oder älter ihre Erstschwangerschaft hat: nur 0,5% waren bei ihrer ersten Schwangerschaft älter als 35 Jahre (Naib, 1997¹²⁴).

Es hat sich gezeigt, dass die wirtschaftliche Entwicklung parallel zur Veränderung des Rollenverständnisses der Frau in der Gesellschaft verläuft. Das bedeutet, mehr Rechte und Bildung für Frauen und Mädchen sind Voraussetzungen für eine bessere Gesundheit. Somit haben die Frauen die Möglichkeit, später weniger Kinder zu haben und wirtschaftlich unabhängig zu sein (Kröger et al., 2004¹²⁵). Die frühe Heirat der Frauen steht in engem Zusammenhang mit der sozialen Rolle, die ihr in der Gesellschaft zukommt. Verheiratet zu sein und Kinder zu haben, ist für die Interviewten mit einem hohen sozialen Status verbunden.

4.2.2 Wie beeinflusst ein grundsätzlicher gesellschaftlicher Perspektivenwechsel die Haltung gegenüber FGC?

Frauen und deren Töchter werden sich nur dann dem Beschneidungsritus entziehen, wenn sich ihre gesellschaftliche Situation grundsätzlich ändert, das heißt, wenn sie Möglichkeiten zur Bildung und eine ökonomische Perspektive bekommen. Die Situation der unbeschnittenen interviewten Frauen im Krieg und in der Nachkriegszeit ist hierbei sehr aufschlussreich: Die Mehrheit der unbeschnittenen Frauen sind Kinder von ehemaligen Unabhängigkeitskämpferinnen und -kämpfern und wurden im Feld¹²⁶ geboren. Die Ältesten waren zum Befragungszeitpunkt maximal 35 Jahre alt, wie aus Abbildung 10 hervorgeht. Die Ursache hierfür liegt in einem jüngeren Kapitel eritreischer Geschichte, das auf die Praxis der weiblichen Genitalbeschneidung großen Einfluss hatte: der Unabhängigkeitskrieg gegen Äthiopien (1961-1991). Über 90% der Frauen dieser Gruppe sind als Töchter von Kämpfern

¹²³Vetter K. Klinikbericht. 1999/2000. Klinik für Gynäkologie, Klinik für Geburtsmedizin und Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde. Berlin. (Hg.). Vivantes Klinikum Neukölln, Klinik für Geburtsmedizin, 2000:23.

¹²⁴Naib K. Violence against women: Implications for health in developing countries. A Dissertation submitted in part fulfillment of the requirement for the degree of master in primary health care. (Epd.): University of manchester, 1997:15.

¹²⁵Kröger I, van Olst N, Klingholz R. Daten zur Weltbevölkerung. In: Das Ende der Aufklärung; Der internationale Widerstand gegen das Recht auf Familienplanung. Berlin. (Hg.) Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, 2004:4-6.

¹²⁶Als Feld wird der Ort bezeichnet, an dem die Unabhängigkeitskämpferinnen und -kämpfer während des Krieges lebten. (Das war teilweise im Untergrund. Jedoch hatten diese Orte städtischen Charakter mit etablierten medizinischen Einrichtungen, Schulen und Fabriken. Deshalb wurde es im Rahmen des Geburtsortes zur Stadt gezählt und nicht zum Dorf).

und Kämpferinnen im Feld geboren worden. Die Situation ihrer Eltern, die ehemalige Kämpfer und Kämpferinnen waren und damit ihren Töchtern größere berufliche und persönliche Perspektiven einräumten als Heirat und Reproduktion, hatte einen entscheidenden Einfluss, dass die unbeschnittenen Frauen signifikant später als die beschnittenen Frauen heirateten und Kinder bekamen.

Im Jahr 1976, also während des Krieges, wurde die nationale Frauenorganisation NUEW¹²⁷ gegründet, die sich für die Abschaffung aller traditioneller Bräuche einsetzte, die zur Unterdrückung von Frauen führen oder die Gesundheit gefährden. Dazu gehören FGC und andere Bräuche mit negativen Auswirkungen, wie beispielsweise die Entfernung der Uvula¹²⁸ und das Einschneiden der Haut an den Augenbrauen und der Schläfe¹²⁹ bzw. das Zufügen von Narben im Gesicht als Kennzeichen der Zugehörigkeit zu einer Sippe oder Volksgruppe. Ferner wurde der Brauch abgeschafft, die Geburt eines männlichen Neugeborenen durch siebenmalige Uliilation¹³⁰ zu verkünden, während ein weibliches Neugeborenes als Zeichen seiner minderen Wertigkeit nur mit einer dreimaligen begrüßt wird. Dieser Brauch ist heute noch insbesondere in ländlichen Gegenden üblich. In diesem Zusammenhang veränderten sich bei den Kämpfern und Kämpferinnen weitere traditionelle Regeln und Tabus wie bestimmtes Essverhalten¹³¹, Religiosität und ethnische Identität, was in Eritrea sehr tief verwurzelt ist.

Obwohl die männliche Beschneidung aus „hygienischen“ Gründen weiterhin Anwendung fand, wurde die weibliche Genitalbeschneidung an der eritreischen Befreiungsfront abgeschafft. Bei den Kämpfern und Kämpferinnen war diese Tradition negativ besetzt und wurde als Symbol für die Unterdrückung von Frauen und ihrer Sexualität betrachtet. Frauen wurde sogar voreheliche Sexualität gewährt, was bedeutet, dass diese Frauen einen anderen Mann heiraten konnten, ohne jungfräulich zu sein – bis dato war dies im traditionellen Eritrea unvorstellbar.

¹²⁷The National Union of Eritrean Women.

¹²⁸Die Uvula wird in Eritrea noch heute von vielen eritreischen Menschen vor Ort entfernt, da die Vorstellung besteht, dass Säuglinge durch die Uvula an Infektionen leiden sowie daran ersticken können. Auch in Äthiopien ist dieser Brauch üblich.

¹²⁹Dieser Brauch findet auch heute noch in dörflichen Gegenden statt. Dies soll Augenentzündungen heilen, indem das vermeintlich infizierte Blut abfließt. Viele eritreische Erwachsene haben kleine Narben an den Augenbrauen oder an den Schläfen.

¹³⁰Diese unterschiedliche Anzahl von Uliilationen soll den höheren Wert, den ein männliches Neugeborenes gegenüber dem weiblichen Neugeborenen hat, ausdrücken.

¹³¹Beispielsweise aßen Muslime nicht mit Christen, weil das Fleisch nicht nach muslimischem Ritus geschlachtet war(...).

Der Grund für diese Haltungsänderung liegt in der sozialen Strukturöffnung. Damit definierte sich die Rollenverteilung der Geschlechter neu. Frauen waren nicht mehr reduziert auf häusliche Pflichten und Reproduktion; sie konnten aus den traditionellen Rollenverhältnissen ausbrechen, die ihnen eher Aufgaben im Haushalt, Ehe und Kindererziehung zuwiesen. Sie gingen mit Gewehren um und bekamen die Möglichkeit, sich persönlich und beruflich zu entwickeln.

Auf der anderen Seite wurden die Männer vermehrt in den Haushalt und die Kindererziehung einbezogen und mussten lernen, Frauen in allen Belangen als gleichberechtigte Partnerinnen anzuerkennen. Dies wurde mit politischer Bildung und neuer Aufgabenteilung erreicht. Durch Aufklärung, Alphabetisierungsprogramme, Aufhebung der patriarchalen Rollenverhältnisse sowie ein gesetzliches Verbot von FGC (vgl. Wilson, 1991¹³²), wurde zunehmend auf die weibliche Genitalbeschneidung verzichtet.

Bemerkenswert ist, dass sich 1991, nach Ende des Krieges, das veränderte Bewusstsein nicht bei allen ehemaligen Kämpferinnen und Kämpfern in der traditionellen Mehrheitsgesellschaft durchsetzen konnte. Ihr Ideal der Gleichberechtigung von Mann und Frau fand bei ihren Familien häufig keine Zustimmung. Deshalb fielen einige der Interviewten in die alten Rollen und Gesellschaftszwänge zurück. Einige Frauen und Mädchen wurden im Nachhinein genital beschnitten. Die Gründe dafür erläutern sie folgendermaßen: Sie lebten in Großfamilien, wo Entscheidungen von Ältesten getroffen werden und in diesem Zusammenhang würde ihnen die soziale Identität und Akzeptanz in der neuen Gemeinschaft mehr bedeuten als ihre individuelle Entfaltung und Freiheit. Die körperliche Versehrtheit habe für sie oder ihre Töchter weniger Auswirkungen als die gesellschaftliche Ausgrenzung und soziale Isolation, insbesondere in ländlichen Gebieten. Nur dadurch könnten sie ihren Töchtern eine gute Zukunft und eine Perspektive in dieser Gesellschaft ermöglichen.

Fallbeispiel 4:

Eine 27-jährige ehemalige Kämpferin, die zur Geburt ihres zweiten Kindes ins Krankenhaus nach Keren kam, berichtete, sie sei nicht beschnitten, da sie im Feld geboren wurde. Ihre vierjährige Tochter, die in der Nachkriegszeit geboren worden ist, habe sie ebenfalls nicht beschneiden lassen wollen und sich damit gegen ihre gesamte Familie und Verwandtschaft

¹³²Wilson A. The challenge road. Women and the Eritrean revolution. Eritrea. Asmara: The Red Sea Press. Publishers & Distributors of Third World Books, 1991:146.

durchgesetzt. Die Frau lebt mit ihrem Ehemann und ihren Kindern, ihren Schwiegereltern, sowie mit der Schwägerin und deren Kinder in einer dörflichen Gegend in einem gemeinsamen Haushalt. Vier Jahre lang sei es ihr gelungen, die Tochter vor Genitalbeschneidung zu schützen, doch als sie für einige Tage verreist war, fand sie bei ihrer Rückkehr eine beschnittene Tochter vor, was sie sehr entsetzt habe. Ihre Schwiegermutter begründete den Schritt damit, dass sie der Enkelin eine gute Zukunft ermöglichen wollte.

Ein Beispiel, das kein Einzelfall ist: Obwohl viele ehemalige Kämpferinnen betonen, dass sie gegen FGC sind, gelingt es nicht allen, ihre Töchter vor einer Genitalbeschneidung zu schützen. So wie die traditionelle Gesellschaft konzipiert sei, sagten diese Frauen, bedeute die Entscheidung, ein Mädchen nicht zu beschneiden, es gleichzeitig um seine Zukunft zu betrügen.

Einigen ehemaligen Kämpferinnen gelang es jedoch, die (nachträgliche) Beschneidung ihrer Töchter zu verhindern. Diese Frauen kennzeichnen sich allerdings durch finanzielle Unabhängigkeit und die Tatsache aus, dass sie nicht in Großfamilien leben, sondern in städtischen Gegenden und beispielsweise als Ärztinnen tätig sind oder andere akademische Berufe ausüben.

Die Ergebnisse dieser Studie lassen den Schluss zu, dass die derzeit in der Gesellschaft bestehenden Werte großen Einfluss darauf haben, ob FGC aufrechterhalten wird oder nicht. Da die soziale Ausgrenzung und Ablehnung in diesen Gesellschaften gravierende Folgen für den Einzelnen hat, ist es für eine einzelne Person schwer, allein dagegen zu sein und auf FGC zu verzichten. Die körperliche Integrität hat in diesen Gesellschaften weniger Bedeutung als soziale Identität und gesellschaftliche Akzeptanz. Es geht hierbei nicht um individuelle, sondern um kollektive Werte und Vorstellungen. Es ist eine Frage der Perspektive und der jeweiligen gesellschaftlichen Bedingungen, ob ein Einzelner es sich leisten kann, auf gesellschaftliche Anerkennung zu verzichten.

4.2.3 Schützt eine patrilineare oder matrilineare Gesellschaftsstruktur vor FGC?

In der eritreischen Gesellschaft sind fast alle Volksgruppen durch eine patrilineare Struktur gekennzeichnet (siehe Abschnitt 2.7.3.1) – bis auf die Kunama. Bei dieser Ethnie erhalten die Kinder den Nachnamen der Mutter. Frauen verfügen zudem über eine wirtschaftliche Eigenständigkeit und haben Vorrechte, die bei den anderen Volksgruppen undenkbar wären.

So erhalten ihre Töchter im Pubertätsalter ein eigenes Haus. Die Kunama-Mädchen haben das Recht auf voreheliche sexuelle Beziehungen, eine jungfräuliche Ehe ist nicht positiv besetzt und uneheliche Kinder stellen keine Schande dar (vgl. Christmann, 1996¹³³).

Die Kunama-Ethnie mit ihrer matrilinearen Gesellschaftsstruktur (Favali et al., 2003¹³⁴) weist prozentual einen hohen Anteil an unbeschnittenen Frauen auf, wie aus Tabelle 14 hervorgeht. Nach Aussage der interviewten Kunama-Frauen ist FGC in der Vergangenheit nicht bei allen Frauen üblich gewesen. Durch Vertreibung und Migration hätten sie sich aber zunehmend den anderen Volksgruppen angepasst und FGC teilweise in ihre Kultur integriert. Viele führen aktuell die FGC-Form aus, die in ihrer näheren Umgebung üblich ist. Die Form der weiblichen Genitalbeschneidung variiert, es kommen sowohl Klitoridektomie als auch Infibulation vor.

Betrachtet man in der Tabelle 14 die unbeschnittenen Frauen bezogen auf die Volksgruppe, wird deutlich, dass neben den Kunama die Tigrinja-Ethnie, die größte eritreische Volksgruppe, ebenfalls viele unbeschnittene Frauen aufweist, gefolgt von den Tigre. Dies könnte damit zusammenhängen, dass die unterschiedlichen Volksgruppen proportional zu ihrer Anzahl in der Gesamtbevölkerung (vgl. Kapitel 2.7.3.1) am Krieg beteiligt waren.

Schlussfolgernd ist hervorzuheben, dass die patrilineare oder matrilineare Struktur Mädchen und Frauen nicht nachhaltig vor FGC schützt, sondern – wie bereits dargelegt – nur Bildung sowie persönliche und ökonomische Entwicklungsmöglichkeiten. Erst mit der Öffnung der sozialen Strukturen können positive Veränderungen (wie bei den Kämpfern und Kämpferinnen im Feld) eintreten. Ferner ist hervorzuheben, dass FGC nur im Kontext von Familie, Kultur und Gesellschaft analysierbar und verstehbar ist. Die gesellschaftlichen Zwänge und der soziale Druck der Umgebung sind offenbar von entscheidender Bedeutung für die Aufrechterhaltung von FGC. Es handelt sich also um ein Phänomen, das eher als dynamisches denn als statisches Problem zu betrachten ist und auf vielfältigen Gründen basiert, wie die folgenden Erläuterungen verdeutlichen.

¹³³Christmann S. Die Freiheit haben wir nicht von den Männern, Frauen in Eritrea. Bonn: Horlemann, 1996:14-34.

¹³⁴Favali L, Pateman R. Blood, land, and sex : legal and political pluralism in Eritrea. Bloomington: Indiana University Press, 2003:171.

4.3 Gründe für FGC

4.3.1 Wofür steht FGC symbolisch?

Die Gründe für FGC sind sehr heterogen, liegen aber nach Aussagen der interviewten Frauen und Männer (siehe Tabelle 24) meist im soziokulturellen Kontext, sind also im Bereich Tradition und Kultur anzusiedeln (vgl. Gameda, 2000¹³⁵). Dagegen sind die Gründe, die im Literaturvergleich angenommen werden, wie beispielsweise Initiationsritus (Peller, 2002¹³⁶), religiöse (Lightfoot-Klein, 1992¹³⁷), ästhetische (Schnüll, 1999¹³⁸) sowie hygienische Gründe (Lockhat, 2004¹³⁹) für die Befragten der vorliegenden Studie weniger bedeutsam.

Es folgt eine kurze Erläuterung, wie die Betroffenen FGC mit Blick auf ihre Tradition und Kultur beschreiben (vgl. Tabelle 24 und deskriptive Daten Tabelle 86):

„Die Beschneidung wurde in unserer Familie schon immer seit Generationen durchgeführt.“

„Sie stellt einen uralten Brauch von unseren Vätern dar.“

„Unsere Ahnen führten die Beschneidung schon durch und haben sie uns vererbt.“

¹³⁵Gameda-Tefera H. A study of female genital mutilation and reproductive health: the case of Arsi Oromo, Ethiopia: (Hg.) Universität Göttingen, 2000.

¹³⁶Peller A. Chiffrierte Körper-Disziplinierte Körper, Female Genital Cutting, Rituelle Verwundung als Statussymbol. Berlin: Weissenseverlag, 2002:53.

¹³⁷Lightfoot-Klein H. Die Rolle der Religion. In: Das grausame Ritual. Sexuelle Verstümmelung afrikanische Frauen. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 1992:59-60.

¹³⁸Schnüll P. Weibliche Genitalverstümmelung. Eine fundamentale Menschenrechtsverletzung. Textsammlung. Tübingen: (Hg.) Terre des Femmes e.V. Tübingen, 1999:36-37.

¹³⁹Lockhat H. Pursuit of hygiene. In: Female genital mutilation. Treating the tears. Enfield: Middlesex University Press, 2004:17-18.

4.3.2 **Sichert FGC soziale und physische Jungfräulichkeit?**

Wie aus Tabelle 24 hervorgeht, wird beschnittenen Frauen Keuschheit und Jungfräulichkeit bis zur Ehe zugeschrieben (vgl. Shandall, 1967¹⁴⁰). Diese Werte haben in der eritreischen Gesellschaft noch heute eine große Bedeutung. Für die Mädchen bedeutet die Einhaltung dieser Normen bessere Heiratschancen, einen hohen Brautpreis¹⁴¹, Zukunftsperspektiven sowie soziale und gesellschaftliche Anerkennung; symbolisch steht dies für die Ehre der ganzen Familie (vgl. Andersson, 2001¹⁴²).

Historisch gesehen taucht die positive Besetzung der jungfräulichen Heirat in unterschiedlichen Gesellschaften und zu unterschiedlichen Zeiten auf. In Ägypten, Somalia und der Türkei dient die jungfräuliche Ehe noch immer als Symbol für Reinheit und Ehre. Diese stellt somit in vielen Gesellschaften, auch im 21. Jahrhundert und unabhängig von der Konfession, die Voraussetzung für eine Ehe dar (vgl. Ilkkaracan, 2000¹⁴³). So müssen Mädchen und Frauen in Ägypten oder in der Türkei noch heute um ihr Leben fürchten, sofern sie vorehelich sexuell verkehren (vgl. Hatem, 2000¹⁴⁴; Ruggi, 2000¹⁴⁵).

Die Definition von jungfräulicher Ehe ist jedoch innerhalb der Kulturen, die FGC praktizieren, unterschiedlich: In einigen Gesellschaften, wie auch in Eritrea, wird Jungfräulichkeit mit einem intakten Hymen in Verbindung gebracht, wofür in der Hochzeitsnacht durch einen Blutfleck auf dem Laken der Beweis erbracht wird (El Saadawi, 2001¹⁴⁶). Hierbei ist allerdings zu beachten, dass nicht alle weiblichen Neugeborenen ein intaktes Hymen aufweisen. Nach Literaturangaben sind es nicht einmal 50% der weiblichen Neugeborenen, die mit einem als normal zu bezeichnenden Hymen geboren werden (El Saadawi, 2001¹⁴⁷).

¹⁴⁰Shandall A. Circumcision and infibulation of females: A general consideration of the problem and a clinical study of the complications in Sudanese women. *Sudan Med J* 1967; 5:178-212.

¹⁴¹In Eritrea besteht der Brauch, dass eine jungfräuliche Ehefrau als Anerkennung und Ehrung zur Hochzeit mit teurem Goldschmuck beschenkt wird; dies wird auch als Brautpreis bezeichnet.

¹⁴²Andersson C. Female genital mutilation - A complex phenomenon. *Lakartidningen* 2001; 98:2463-8.

¹⁴³Ilkkaracan P. Exploring the context of women's sexuality in eastern Turkey. In: *Women and sexuality in muslim societies. Istanbul-Turkey.* (Hg.): Women for Women's Human Rights (WWHR), 2000:229-244.

¹⁴⁴Hatem FT. The professionalization of health and the control of women's bodies as modern governmentalities in Nineteenth Century Egypt. In: *Women and sexuality in muslim societies. Istanbul-Turkey.* (Hg.): Women for Women's Human Rights (WWHR), 2000:67-78.

¹⁴⁵Ruggi S. Commodifying honor in females sexuality: Honor killing in Palestine. In: *Women and sexuality in muslim societies. Istanbul-Turkey.* (Hg.) women for women's human rights (WWHR), 2000:393-397.

¹⁴⁶El Saadawi N. *The hidden face of Eve. Women in the Arab world.* London: Zed Press, 2001:25-32.

¹⁴⁷El Saadawi N. *The hidden face of Eve. Women in the Arab world.* London: Zed Press, 2001: 26.

Im südlichen Somalia dagegen ist die Infibulation eng mit der weiblichen Sexualität und Reinheit verknüpft. Eine Frau kann im Anschluss an die Infibulation verheiratet werden. Damit wird sie praktisch künstlich zur Jungfrau – unabhängig von ihrer sexuellen Vorerfahrung (Kwaak, 1992¹⁴⁸). Ähnliche Ansichten existieren in Eritrea, dem Sudan und dem restlichen Somalia. Unabhängig davon, wie oft und aus welchem Grund eine Frau erneut infibuliert wurde: mit einer intakten Infibulationsnarbe wird jede Frau zu einer „Jungfrau“ (vgl. Hayes, 1975¹⁴⁹).

Diese Annahme ist auch in Eritrea üblich: Wie die interviewten Beschneiderinnen aussagten, kann die Infibulation auch für die Vortäuschung von Jungfräulichkeit dienlich sein. Damit würden sie jungen Frauen, die vorehelich sexuell aktiv waren, künstlich ihre Jungfräulichkeit zurückgeben wie das folgende Fallbeispiel verdeutlicht.

Fallbeispiel 5:

Eine Beschneiderin berichtete: „Nicht selten kommen junge, ehemals zugenähte Frauen zu mir mit sexueller Erfahrung, sei es freiwillig oder durch Vergewaltigung. Sie wünschen sich eine erneute Verengung, damit sie heiraten können. Es geht dabei darum, dass die Braut in der Hochzeitsnacht einen Blutfleck aufweist, damit der Bräutigam annimmt, sie sei keusch und unerfahren und das erreiche ich, indem ich die Frau sehr eng nähe. Erst kürzlich habe ich eine Frau mit diesem Hintergrund zugenäht.“

Fallbeispiel 5.1

Eine 23-jährige infibulierte Frau lebte mit ihren Eltern im Sudan im Exil. 1999 kam sie mit ihrer Familie nach Eritrea zurück. Kurz darauf wollten die Eltern sie mit einem gut situierten Mann verheiraten. Da sie jedoch bereits voreheliche sexuelle Kontakte hatte, ließ sie, ohne Wissen ihrer Familienangehörigen, die Infibulation erneuern, so dass sie als vermeintliche Jungfrau in die Ehe ging. Ihr Ehemann habe die „Fälschung“ nicht entdeckt, schließlich war

¹⁴⁸Kwaak van der A. Female circumcision and gender identity: A questionable alliance? *Social Science and Medicine*. 1992; 35:777-787.

¹⁴⁹Hayes RO. Female genital mutilation, fertility control, women's roles and the patrilineage in modern Sudan: a functional analysis. *American Ethnologist* 1975; 4:617-633.

sie so eng zugenäht, dass sie für mehrere Tage aus der Verletzungswunde blutete. Dadurch hatte sie eine gesicherte Zukunft und die Ehre ihrer Familie war gerettet.

Die jungfräuliche Heirat soll ferner vor unehelichen Schwangerschaften schützen sowie promiskuitives Verhalten verhindern. Besonders der Infibulation wird ein Schutz vor Vergewaltigung zugeschrieben. Gleichzeitig soll dadurch die Potenz des Mannes gesteigert werden, da der Introitus künstlich verengt (wie bei einer Jungfrau) wird. Eine Vorstellung jedoch, die von den meisten interviewten Männern nicht bestätigt wurde. Sie betonten, dass ihre sexuelle Lust bei infibulierten Frauen eher reduziert sei, wie in Abschnitt 3.12.2 ersichtlich wird (dazu Kapitel 3.12.3.2: Fallbeispiel 3.1 Hochzeitsnacht aus der Sicht eines 25-jährigen Mannes).

4.3.3 Dient FGC zur Normierung der weiblichen Sexualität?

Die Analyse der Ergebnisse verdeutlicht, dass FGC symbolisch dafür steht, die sexuelle Lust von Frauen zu normieren und zu reduzieren. Auch andere Wissenschaftlerinnen haben diese Zusammenhänge eruiert (vgl. Koso-Thomas, 1987¹⁵⁰).

In Eritrea bedeutet voreheliche sexuelle Aktivität eines Mädchens – für sie selbst und für ihre gesamte Familie – den Verlust der Ehre. Eine junge Frau, deren voreheliche Aktivitäten publik werden, findet vermutlich keinen anständigen Ehemann. Es ist ein ungeschriebenes Gesetz, dass Frauen „keusch“, also sexuell unerfahren und „jungfräulich“, in die Ehe gehen müssen.

Nach Aussagen der interviewten verheirateten Frauen war bei 279 von 318 der Ehemann der erste Sexualpartner. Eine Ausnahme bildeten wie bereits erwähnt diejenigen Frauen, die während des Krieges als Töchter der Krieger geboren wurden. Hervorzuheben ist jedoch, dass auch die unbeschnittenen Frauen, die in der Nachkriegszeit geboren wurden, angaben, keine sexuellen Erfahrungen vor der Ehe gehabt zu haben. Wie ist dieses Phänomen erklärbar, obwohl den unbeschnittenen Frauen im Allgemeinen sexuelle Ungehemmtheit und promiskuitives Verhalten zugeschrieben wird? Die betroffenen Frauen betonen, dass sie sich der gesellschaftlichen Norm und Moral angepasst haben – um ihre Zukunft zu sichern.

¹⁵⁰Koso-Thomas O. The circumcision of women: A strategy for eradication. London: Zed Books, 1987:15.

Ein kurzer historischer Exkurs: Es gibt Quellen, die darauf hinweisen, dass FGC auch in westlichen Gesellschaften wie beispielsweise Deutschland, England und Amerika bis Mitte des 19. Jahrhunderts von Ärzten verschiedener Fachrichtungen durchgeführt wurde. Ziel war offenbar eine Mäßigung oder Normierung der weiblichen Sexualität. So werden beispielsweise Lesbianismus und exzessive Masturbation, Klitorishypertrophie, Nymphomanie und sog. Geisteskrankheiten wie Hysterie von verschiedenen Autoren in Zusammenhang mit FGC gebracht (vgl. Hodges, 1997¹⁵¹).

In den westlichen Gesellschaften wurde FGC eher als Ultima Ratio angewendet – d. h. als letztes Mittel, um ein für die damalige Zeit als unsittlich oder unnormales weibliches Verhalten bei Europäerinnen und Amerikanerinnen zu bekämpfen, doch letztlich sind die Gründe für FGC in beiden Gesellschaften ähnlich: Das Ziel ist in beiden Fällen, die weibliche Sexualität den gesellschaftlichen Erwartungen und Moralvorstellungen anzupassen. Eine zentrale Rolle spielt hierbei die soziale Stellung der Frau – sowohl damals in den westlichen Gesellschaften als auch heute noch in den afrikanischen Gesellschaften.

Schlussfolgernd ist zu betonen, dass die Mehrheit der interviewten Frauen sich mit den tradierten gesellschaftlichen Wertvorstellungen wie Keuschheit bis zur Ehe, frühe Reproduktion und hoher Brautpreis identifizieren, da all dies den Frauen einen hohen sozialen Status und eine Zukunftsperspektive in ihrer Gesellschaft garantiert. Die befragten Frauen betonen, dass diese Werte für sie eine größere Bedeutung haben als die Konsequenzen, die mit der Genitalbeschneidung im Zusammenhang stehen, wie Schmerzen, körperliche „Versehrtheit“ und die zahlreichen gesundheitlichen Komplikationen, die in den Abschnitten 3.7, 3.9 und 3.12 verdeutlicht werden. Die Frauen erleiden die körperlichen Schmerzen, so wie es alle Frauen in ihrer Umgebung tun, und zwar generationsübergreifend. In diesem Zusammenhang erfüllt das körperliche Leiden einen Sinn und bringt aus Sicht der Betroffenen einen Gewinn, da sie mit der Beschneidung nicht etwa Mitleid oder Ausgrenzung ernten, sondern im Gegenteil hohe gesellschaftliche Anerkennung und kulturelle Identität im Kontext ihrer Gesellschaft.

¹⁵¹Hodges, F. A Short history of the institutionalization of involuntary sexual mutilation in the United States. In: Denniston, George C.; Milos, Marilyn Fayre (Eds.) *sexual mutilations: A Human Tragedy*. New York: Plenum Press, 1997:235-252.

4.3.4 FGC zur Erhaltung der ethnischen Identität?

Die beschnittenen Frauen der traditionellen Mehrheitsgesellschaft identifizieren sich mehrheitlich mit ihrer Beschneidung, wie aus Tabelle 24 hervorgeht. Die FGC-Form, die in ihrer Ethnie üblich ist, bedeutet für sie kulturelle und soziale Identität (vgl. Ericksen, 1995¹⁵²). Sie beschreiben dies wie folgt:

„Durch die Beschneidung fühle ich mich zu meiner Familie, Verwandtschaft und Volksgruppe zugehörig.“

„Dadurch ernten wir Anerkennung, Wertschätzung und Achtung von den anderen.“

„Damit werden wir wie die anderen in unserer Umgebung, somit erhalten wir eine Identität.“

“Alle in meiner Umgebung haben dieselbe Beschneidungsform wie ich, es gibt mir ein Gefühl der Zugehörigkeit zur meiner Großfamilie, meiner Ethnie und meiner Kultur.“

Wie aus den deskriptiven Daten (siehe Tabelle 86) hervorgeht, stellt die Beschneidung für die Mehrheit eine Normalität dar. Nicht so beschnitten zu sein, wie es in der eigenen Ethnie üblich ist, bedeutet dagegen eine Abnormität.

Die Befragten betonten jedoch, dass sie sich nur mit der FGC-Form identifizieren, die in ihrer Volksgruppe üblich ist. Dies bezeichnen sie auch als „ethnische Identität“. Nicht nur die FGC-Form ist dabei entscheidend, sondern auch die Art und Weise, in der eine Beschneidungsform, beispielsweise die Infibulation, „ethnienpezifisch“ durchgeführt wird: So wird beispielsweise bei den Afar die gesamte Klitoris entfernt, mitsamt der beiden Labien. Anschließend wird die Beschnittene an ihrer Hüfte sowie an den Oberschenkeln und Fußgelenken fest bandagiert. Die Immobilisation hat zum Ziel, dass die Wundflächen gut zusammenwachsen. Bei den Tigre dagegen werden die Labien nicht vollständig entfernt, sondern mit einer Rasierklinge eingeschnitten, damit die Wundflächen besser zusammenwachsen. Die Hedareb wiederum entfernen die Klitoris und die Labia minora. Anschließend werden die beiden Labiae maiora zusammengebracht und mit einem dünnen

¹⁵²Ericksen KP. Female circumcision among Egyptian women. *Women's Health*. 1995; 4:309-28.

Faden mittels einer Nadel zugenäht (Zerai, 2003¹⁵³). Es gilt hervorzuheben, dass selbst geringfügige Abweichungen von diesen unterschiedlichen Praktiken zu einer Verfremdung und Ablehnung innerhalb der Volksgruppe führen können.

Die ethnische Identität kann sich auch darin ausdrücken, dass jede Volksgruppe zu einer bestimmten FGC-Form tendiert, wie aus Kapitel 2.7.3.1 deutlich wird. Tabelle 14 zeigt, dass dies auch für die Interviewten zutrifft: die verschiedenen Volksgruppen führen jeweils eine FGC-Form bevorzugt aus. Hedareb, Afar, Raschaida, Saho und Nara praktizieren ausschließlich eine einzige FGC-Form – die Infibulation, während bei den Tigre, Bilen, Tigrinja und Kunama neben einer bevorzugten FGC-Form auch andere Beschneidungsformen vorkommen. Die unbeschnittenen Frauen gehören allerding mehrheitlich der bereits erwähnten matrilinearen Kunama-Ethnie an. Überwiegend um ehemalige Unabhängigkeitskämpferinnen handelt es sich dagegen bei den unbeschnittenen Frauen der Tigre und der Tigrinja.

Es zeigt sich also bei jeder Ethnie, wie aus der Tabelle 14 ersichtlich wird, die Tendenz zu einer bestimmten FGC-Form. Nur in einigen Volksgruppen werden andere FGC-Formen in geringer Anzahl festgestellt. Nach empirischer Beobachtung resultiert dies aus der Tatsache, dass die Menschen in andere Gegenden gezogen sind. Später passen sie sich dann – aufgrund des sozialen Drucks – der neuen Beschneidungsform an. Dies soll an den Fallbeispielen 6 und 6.1 verdeutlicht werden.

Fallbeispiel 6

Eine junge eritreische Mutter, die der Ethnie Tigrinja angehört, zog mit ihrer sechs Monate alten Tochter in die Nähe von Keren in eine ländliche Nomadensiedlung. Dort ist überwiegend Infibulation üblich. Nachdem sie mehrmals von den Nachbarinnen aufgefordert wurde, ihre Tochter infibulieren zu lassen, beugte sie sich schließlich dem sozialen Druck und überließ die Beschneidung der Tochter ihren Nachbarinnen. Die Frau betonte, dass in ihrer Familie seit Generationen die Klitoridektomie üblich sei. In der neuen Umgebung hatte sie erstmals den sozialen Zwang erlebt, eine ihr völlig fremde Beschneidungsart zu akzeptieren, damit sie und ihre Familie in der Fremde gesellschaftlich anerkannt werden.

¹⁵³Zerai W. A Study on female genital mutilation. Social and gender community in Eritrea. Asmara. 2003:5-6

Fallbeispiel 6.1

Hier berichtet eine 43-jährige Frau aus dem Volk der Tigrinja, die seit vier Jahren in Keren lebt, dass nach ihrem Zuzug der soziale Druck, sich infibulieren zu lassen, so groß geworden sei, dass sie sich schließlich habe zunähen lassen. Überdies habe ihr Ehemann darauf bestanden. Die Frau gab an, dass sie der Ansicht sei, das Richtige getan zu haben. Ihre 18-jährige Tochter habe sich kürzlich ebenfalls zunähen lassen, da ein Mann aus dieser Gegend um ihre Hand angehalten hatte. Die gebildetere 16-jährige Tochter der Frau hingegen lehnt die Infibulation für sich ab.

4.3.5 Welche Rolle spielt Religion für die Durchführung von FGC?

Für die FGC-Form ist in Eritrea grundsätzlich eher die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Ethnie ausschlaggebend als die Religion. Wie aus Tabelle 14 ersichtlich wird, kommen bei den Saho, Hedareb, Nara und Afar ausschließlich Infibulationen vor, obwohl diese Muslime sind, während die Raschaida ebenfalls Muslime sind, jedoch nur Klitoridektomien durchführen. Somit können einer Volksgruppe Personengruppen mit unterschiedlichen Konfessionen angehören, die dennoch dieselbe Beschneidungsform durchführen. Anhand der empirischen Beobachtung wird deutlich, dass beispielsweise bei den Tigrinjas, die sowohl Christen als auch Muslime sind, unabhängig von der Religionszugehörigkeit Klitoridektomie üblich ist. Bei den Bilen und Tigres, ebenfalls Christen und Muslime, ist dagegen Infibulation üblich. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie sprechen jedoch dafür, wie Abbildung 13 und Tabelle 15 verdeutlichen, dass Infibulationen signifikant häufiger bei Muslimen, und Klitoridektomie vermehrt bei Christen vorkommen.

Von den Interviewten brachten nur wenige ihren Glauben mit FGC in Verbindung, darunter waren mehr Muslime als Christen. Diese Personengruppen sahen den religiösen Zusammenhang nicht direkt in der Bibel oder im Koran, sondern allgemein in der Überlieferung kultureller Werte. Bei den Christen zeigt sich ein Zusammenhang von FGC und Religion darin, dass Säuglinge zuerst beschnitten und dann getauft werden. Die Beschneidung von weiblichen und männlichen Säuglingen soll verdeutlichen, dass das Kind rein von Sünde ist.

Die in dieser Studie befragten eritreischen Geistlichen aller Religionen gaben an, dass FGC nicht auf religiösen, sondern auf traditionellen Gründen basiere. Ihrer Meinung nach fordere keine der Religionen weibliche Genitalbeschneidung. Auch im Literaturvergleich werden diese Erkenntnisse erhärtet:

„Der Koran kennt weder Knaben- noch Mädchenbeschneidung. Schon vor und zu Lebzeiten des Propheten Muhammad sind beide aber auf der Arabischen Halbinsel nachzuweisen“
(Spuler-Stegemann, 1997¹⁵⁴)

„Wenn du beschneidest, dann nimm nur einen [kleinen] Teil [der Klitoris] und entferne sie nicht ganz. Die Frau wird dann fröhlich und glücklich aussehen, und auch den Gatten wird es freuen, wenn ihre Lust ungemindert ist“ (Spuler-Stegemann, 1997¹⁵⁵).

4.3.6 Tragen Mythen zur Aufrechterhaltung von FGC bei?

Nur wenige Frauen und Männer brachten FGC mit mythologischen Zuschreibungen in Zusammenhang (siehe Tabelle 24). Dabei kam dem Mythos vom doppelten Geschlecht die größte Bedeutung zu (vgl. Myers et al., 1985¹⁵⁶).

„Hierbei geht es um die These, beim Knaben werde der weibliche Teil, das Präputium, also die Vorhaut, zum Zeichen der Mannbar-Werdung entfernt, bei den Mädchen die als männlicher Teil betrachtete Klitoris. Im Hintergrund stehe hierbei ein Mythos von einer androgynen Seele oder die Vorstellung, jeder Mensch sei ursprünglich androgyn.“ (Spuler-Stegemann, 1997¹⁵⁷).

Eine andere Vorstellung der Interviewten ist, dass es zum Tode des Kindes führen könne, wenn der kindliche Kopf bei der Geburt die Klitoris der Mutter berühre. Auch sprachen einige der Befragten die Befürchtung aus, dass die Klitoris – als männlicher Teil betrachtet, –

¹⁵⁴Spuler-Stegemann U. Mädchenbeschneidung. In: Kritik an Religionen. (Hg.) Klinkhammer Gritt Maria Rink Steffen und Frick Tobias. Marburg: Diagonal-Verlag, 1997:208.

¹⁵⁵Spuler-Stegemann. Mädchenbeschneidung. In: Kritik an Religionen. (Hg.) Klinkhammer Gritt Maria Rink Steffen und Frick Tobias. Marburg: Diagonal-Verlag, 1997: 210.

¹⁵⁶Myres R A, Isenalumhe A E, Akenzua G I. et al., Circumcision: its nature and practice among some ethnic groups in Southern Nigeria, Social Science and Medicine 1985; 5: 588.

¹⁵⁷Spuler-Stegemann U. Mädchenbeschneidung. In: Kritik an Religionen. (Hg.) Klinkhammer Gritt Maria Rink Steffen und Frick. Marburg: Diagonal-Verlag, 1997:210.

wachsen könnte wie der Penis. Einige der interviewten Männer hatten wie erwähnt die Vorstellung, dass die Beschneidung den Frauen Geduld, Durchhaltevermögen, Verlässlichkeit und Treue zukommen lässt. Einige interviewte Frauen waren der Meinung, dass die Ahnen sie mit Unglück wie Unfruchtbarkeit oder einem kranken Kind bestrafen könnten, wenn sie ihre Töchter nicht beschneiden würden.

4.3.7 Hygiene im Sinne von Reinheit und Ästhetik?

Hygienische Gründe für die Beschneidung wurden von den Interviewten selten angeführt (siehe Tabelle 24). Unter hygienischen Gründen verstanden die Interviewten „Reinheit“, „Schutz vor Krankheitserregern“ und „die Vermeidung von Juckreiz.“ Diese Argumente waren vor allem für die Befragten, die in ländlichen Gegenden wohnten, bezeichnend. Nach Literatur-Recherchen werden ästhetische Gründe für FGC postuliert. Laut Lightfoot-Klein (1989¹⁵⁸) sei die geglättete Scham der beschnittenen Frauen für die sudanesischen Männer schön und sexuell begehrenswert. Andere Autorinnen beschreiben, eine unbeschnittene Vulva werde von den Männern als hässlich empfunden (vgl. Koso-Thomas, 1987¹⁵⁹): Laut Okroi (2001¹⁶⁰) heisst Beschneidung auf Sudanesisch „Tahur“ was Reinheit und Sauberkeit bedeutet. „Nigsa“ bedeutet unrein und dient als Bezeichnung für ein unbeschnittenes Mädchen.

4.3.8 FGC als Initiationsritus?

Der Beschneidung als Initiationsritus kommt in Eritrea ebenfalls wenig Bedeutung zu (vgl. Tabelle 24), vermutlich da FGC in der Mehrheit im Säuglingsalter durchgeführt wird, wie aus Abbildung 16 und Tabelle 26 ersichtlich wird. Die größte Bedeutung hierbei scheint zu sein, dass FGC als Initiationsritus zur Aufnahme in die jeweilige Volksgruppe dienlich ist. Ein anderer Ritus, der von einigen Interviewten betont wurde, war der Fruchtbarkeitsritus. Es besteht die Annahme, dass das bei der Beschneidung geopfert Blut zur Erhöhung der Fruchtbarkeit führt.

Andere Studien berichten von FGC als umfangreichem Initiationsritual, das sowohl Mädchen als auch Jungen betrifft. Die Initiation geht dabei oft mit Feierlichkeiten, Gesang und Tanz

¹⁵⁸Lightfoot- Klein H. The sexual experience and marital adjustment of genitally circumcised and infibulated females in the Sudan. *The Journal of Sex Research* 1989; 3:375-392.

¹⁵⁹Koso-Thomas, O. *The circumcision of women: A strategy for eradication*. London: Zed Books, 1987:67-69.

¹⁶⁰Okroi E, *Weibliche Genitalverstümmelung im Sudan. „Female genital mutilation“*. Hamburg: akademos Wissenschaftsverlag, 2001:15.

einher sowie mit einer Instruktion in die Rechte und Pflichten von Erwachsenen in der jeweiligen Kultur (Toubia, 1995a¹⁶¹). Bei den Arboen, einer Ethnie im Südwesten Äthiopiens, wird zum Beispiel die Exzision praktiziert. Diese markiert den Übergang von der Sozialisationsstufe der *haraté* (Mädchen) zur Sozialisationsstufe der *utanté* (Braut) und damit in einen Zustand gesellschaftlicher Gleichheit. Erst durch die Exzision erlangt die junge Frau die Legitimation zur Ehe (Peller, 2002¹⁶²). Bei den Saran im Chad machte Lori (1996) ähnliche Beobachtungen:

„Female initiation ceremonies antedate the introduction of circumcision, although there is less precision about their date of origin.“ (Leonard, 1996¹⁶³)

Arnold van Gennep beschrieb bereits 1908 den Initiationsritus im Zusammenhang mit der Beschneidung: Das Leben eines jeden Individuums in einer Gesellschaft bestehe aus einer Abfolge von Übergängen: von einer Altersstufe in die nächste, von einer Bestimmung zur nächsten. Der Übertritt von einer Gruppe zur anderen werde von speziellen Riten und religiösen Zeremonien begleitet (Gennep, 1960¹⁶⁴).

Als symbolischer Übergangsritus dient FGC bei den Rendillen in Kenia, wo es erst am Hochzeitstag durchgeführt wird und den Übergang von einem Mädchen zur Frau markiert. Damit zeigt die Braut ihre Bereitschaft, in die Frauenrolle einzutreten und sich auf die bevorstehenden Geburtsschmerzen vorzubereiten (vgl. Shell-Duncan et al., 2000¹⁶⁵).

Schlussfolgernd muss betont werden, dass FGC symbolisch für verschiedene und vielfältige Werte steht und eritreischen Mädchen und Frauen hohe soziale Anerkennung zukommen lässt. Die Beschnittenen identifizieren sich mehrheitlich mit diesen Werten, so lange sie keine Möglichkeiten haben, sich außerhalb der Mehrheitsgesellschaft andere Werte anzueignen. Deshalb ist es unabdingbar, sich in Bezug auf Beendigungsstrategien mit den Werten, die symbolisch für FGC stehen, auseinander zu setzen.

¹⁶¹Toubia N. Female genital mutilation: A call for global action. New York: Rainbo, 1995a.

¹⁶²Peller A. Chiffrierte Körper-Disziplinierte Körper, Female Genital Cutting, Rituelle Verwundung als Statussymbol. Berlin: Weissenseverlag, 2002

¹⁶³Leonard L. Female circumcision in southern Chad: origins, meaning and current practice. Social Science and Medicine 1996; 2:255-263.

¹⁶⁴Gennep A. van, 1873-1957. The rites of passages. London: Routledge, 2004.

¹⁶⁵Shell-Duncan B, Walter O, Muruli A. Women without choices: The debate over medicalization of female genital cutting and its impact on northern Kenyan community. In: Shell-Duncan B, Hernlund Y (Eds.): Female "Circumcision" in Africa. Culture, controversy, and change. London: Lynne Rienner Publishers, 2000:109-128.

4.3.9 Welche Rolle spielen Männer bei der Aufrechterhaltung von FGC?

Die Annahme, die Männer würden die Tradition FGC aufrechterhalten, muss hinterfragt werden. In der Tat war es für alle interviewten Männer (N = 50) der vorliegenden Studie selbstverständlich, eine Jungfrau zu heiraten. Die meisten wünschten sich jedoch eine unbeschnittene, jungfräuliche Ehefrau, wobei sie gleichzeitig den unbeschnittenen Frauen gegenüber ihr Misstrauen aussprachen, da diesen sexuelle Ungehemmtheit und Untreue nachgesagt wird. Dagegen sollen beschnittene Frauen weniger impulsiv sowie mit mehr Geduld und Durchhaltevermögen ausgestattet und dadurch für das eheliche Leben besser geeignet sein. Außerdem waren sie der Meinung, eine unbeschnittene Frau könne ihren ehelichen Pflichten sowie ihrer Mutterrolle nicht effizient nachkommen. So argumentierten allerdings größtenteils ungebildete Männer oder Analphabeten.

Die Akademiker oder Männer mit höherer Bildung hingegen wünschen sich eher eine zwar jungfräuliche, aber unbeschnittene Ehefrau. Allenfalls solle sie klitoridektomiert sein, doch nur wenige der befragten Männer wollten eine zugenähte (infibulierte) Frau und zwar aufgrund der negativen Erfahrung in sexuellen Beziehungen, die sie mit zugenähten Frauen gemacht haben (vgl. Tabelle 77 und Fallbeispiel Hochzeitsnacht, Abschnitt 3.12.3.2). Die wenigen Männer, die doch eine infibulierte Ehefrau wünschten, brachten dies mit ihrer ethnischen Identität in Verbindung, da in ihren Familien, generationsübergreifend infibulierte Frauen geheiratet wurden.

Ferner betonen die befragten Männer, dass es auch für sie nicht einfach sei, aus den tradierten gesellschaftlichen Strukturen auszubrechen. Das heisst, auch wenn sie eine unbeschnittene Ehefrau bevorzugen, gelingt es ihnen aktuell nicht, ihre Familien, Nachbarn und Volksgruppen davon zu überzeugen, dass ihre Ehefrau eine anständige, jungfräuliche und verlässliche Frau ist. Auch die Männer sind demnach gesellschaftlichen Zwängen unterworfen und die Werte, wie soziale und kulturelle Identität, haben auch für sie eine große Bedeutung (vgl. Peller, 2002¹⁶⁶).

Somit werden ebenfalls die Männer so erzogen, dass eine beschnittene Frau eine anständige und treue Ehefrau sein werde, während eine unbeschnittene nicht heiratswürdig sei, da sie

¹⁶⁶Peller A. Chiffrierte Körper-Disziplinierte Körper, Female Genital Cutting, Rituelle Verwundung als Statussymbol. Berlin: Weissenseverlag, 2002:169-170.

angeblich ihre sexuellen Gelüste nicht kontrollieren kann. Dadurch sei sie nicht in der Lage, die traditionelle Rolle in der Ehe einzunehmen und sich der ihr zugetrauten Aufgabe „Haushalt und Reproduktion“ zu widmen.

4.4 FGC-Prävalenz und FGC-Formen

4.4.1 Entspricht die Verbreitung von FGC-Rate und FGC-Formen der Realität?

Wie aus Abschnitt 2.6 hervorgeht, wussten nicht alle Frauen genau Bescheid, ob sie beschnitten waren oder nicht. Dies ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass zum einen die meisten im früheren Kindesalter beschnitten wurden und zum anderen das Thema tabuisiert ist. Darüber hinaus gibt es in Eritrea keine klinisch-gynäkologischen Routine- oder Vorsorgeuntersuchungen, durch die eine Frau Auskunft über ihre Beschneidung erhalten könnte.

Eine andere Untersuchung in Nigeria weist darauf hin, dass die FGC-Prävalenz, die nur durch Interviews eruiert wird, nicht immer der Realität entsprechen muss. Schließlich zeigte sich hierbei, dass die nur über Interviews evaluierte FGC-Rate erst bei etwas über 50% lag, jedoch mit der klinisch-medizinischen Untersuchung auf etwa die Hälfte abnahm (Ugboma, 2004¹⁶⁷).

In diesem Zusammenhang muss berücksichtigt werden, dass die Evaluationen der FGC-Rate und FGC-Form der vorliegenden Studie größtenteils auf Interviews basieren, nur bei einem kleineren Teil (74 = N) erfolgte eine zusätzliche klinische Inspektion.

Überraschend ist, dass die FGC-Prävalenz der vorliegenden Untersuchung mit 87,4% eine ähnliche Verteilung wie die eritreischen Studien von 2002 zeigt (siehe Abbildung 8). Aus den bisherigen eritreischen Studien ist eine leichte Abnahme der FGC-Rate zu verzeichnen, da die FGC-Rate laut der Studie der EDHS 1995¹⁶⁸ 95% und bei der Untersuchung (2002¹⁶⁹) auf 89% geschätzt wurde, demnach besteht eine Differenz von 6%. Somit weist die FGC-Rate der vorliegenden Studie mit 87% die niedrigste FGC-Rate auf. Hierbei muss berücksichtigt

¹⁶⁷Ugboma HA, Akani CI, Babatunde S. Prevalence and medicalization of female genital mutilation. *Niger J Med.* 2004; 13:250-3.

¹⁶⁸Eritrea Demographic and Health Survey (EDHS), 1995. (Hg.): National Statistics and Evaluation Office (NSEO), Maryland, USA. and [Eritrea]: ORC Macro, 1997:165-166.

¹⁶⁹Eritrea Demographic and Health Survey (EDHS), 2002. (Hg.): National Statistics and Evaluation Office (NSEO), Maryland, USA. and [Eritrea]: ORC Macro, 2003:197-198.

werden, dass bewusst darauf Wert gelegt wurde, unbeschnittene Frauen im Kollektiv aufzunehmen, damit ein Vergleich hinsichtlich der gesundheitlichen Probleme und soziokulturellen Unterschiede möglich ist.

Andere eritreische Studien postulieren, dass 1995 der Lebensraum (städtische oder ländliche Wohngegend) noch keinen wesentlichen Faktor in Bezug auf die FGC-Rate darstellte, allerdings war das im Jahr 2002 der Fall. Denn die Abnahme der FGC-Rate ist hauptsächlich bei Frauen unter 25 Jahren zu beobachten und bei Frauen, die in städtischen Gegenden nahe der Hauptstadt leben. Bei diesen beiden Studien sind Frauen im Reproduktionsalter, von 15 bis 49 Jahren, interviewt worden (EDHS, 1995¹⁷⁰), während in der vorliegenden Studie die Frauen zwischen 15 und 70 Jahre alt waren (siehe Abbildung 2).

Hierbei ist zu bemerken, dass die ältere Generation einen großen Einfluss auf die Durchführung von FGC hat. Sie gibt FGC als positiven Wert und Tradition an die jüngere Generation weiter. In der Mehrheit waren die älteren Befragten für die Fortführung von FGC. Auch gehörten die Beschneiderinnen in der Mehrheit eher der älteren Generation an. Die jüngere Generation hat bereits teilweise eine kritische Sicht FGC gegenüber und besonders in der Hauptstadt Lebende ließen ihre Töchter nicht beschneiden.

In einer anderen Untersuchung zeigt sich die Prävalenz der FGC-Rate auch in der jüngeren Generation, die Befragten waren zu dem Zeitpunkt 0 bis 15 Jahre alt. Im Mittel waren diese Personen 7,9 Jahre alt. Die FGC-Rate zeigte sich innerhalb dieser Gruppe mit 753 (70,5%) von 1068 (Andemichael, 2000¹⁷¹). Obwohl nach dieser Studie die Prävalenz von FGC bei der jüngeren Generation niedriger ist als bei der älteren Generation, spricht die relativ hohe Zahl sowie die empirische Beobachtung dafür, dass FGC bei der Mehrheit der Bevölkerung noch immer einen positiven Ruf genießt – dabei ist FGC in Eritrea nach Aussagen der Interviewten gesetzlich verboten (vgl. Furrer-Kreski et al., 1991¹⁷²) und wird seit Jahren mit nationalen und internationalen Kampagnen bekämpft.

Auffallend ist, dass in Eritrea die FGC-Prävalenz innerhalb der unterschiedlichen Ethnien variiert, wie aus Tabelle 14 hervorgeht. Ähnliche Variationen der FGC-Prävalenz zeigen sich

¹⁷⁰Eritrea Demographic and Health Survey (EDHS), 1995. (Hg.): National Statistics and Evaluation Office (NSEO), Maryland, USA. and [Eritrea]: ORC Macro, 1997:165.

¹⁷¹Andemichael G. Extent and distribution of female genital mutilation in children of Eritrea: FRAHE, 2000:4.

¹⁷²Furrer-Kreski E. Handbuch Eritrea: Geschichte und Gegenwart eines Konflikts. Zürich: Rio Verlag, 1991:74.

in anderen Studien: Bei den Edo in Nigeria zeigt sich mit 76,7% die höchste Prävalenz, gefolgt von den Ibos mit 61% . Am wenigsten betroffen sind die Efiks mit 20% (Odujinrin et al., 1989¹⁷³). In Somalia wird die Prävalenz auf etwa 99% geschätzt (Grassivaro et al., 1985¹⁷⁴), im Sudan auf ca. 98% (El Dareer, 1983¹⁷⁵). Im Tschad wird die Prävalenz bei den jüngeren Frauen mit 80,3% und bei den älteren mit 84,9% angegeben (Leonard, 1996¹⁷⁶), in Ägypten mit 94% (Abd el Hadi, 1997¹⁷⁷). In Mali und Sierra Leone sind es 90%, in Burkina Faso 70%; in Kenia und Gambia 60% sowie 50% im Senegal, in Ägypten, Guinea Bissau und Nigeria (Gilbert, 1993¹⁷⁸).

Die empirischen Beobachtungen lassen den Schluss zu, dass die FGC-Prävalenz in Eritrea von unterschiedlichen Einflüssen abhängig ist: beispielsweise von den Zonen¹⁷⁹ (nördlich oder südlich), der Region (städtisch oder ländlich). Die Tigre, Hedareb, Raschaida, Kunama und Nara leben mehrheitlich in ländlichen Gebieten Eritreas. Die genannten ethnischen Gruppen unterscheiden sich markant untereinander: entweder durch die Herkunft, Sprache, Wirtschaftsform oder Religion (Volker-Saad, 2002¹⁸⁰) sowie durch verschiedene Volks- und Altersgruppen. Auch die FGC-Form unterscheidet sich hinsichtlich dieser Faktoren (vgl. Andemichael, 2000¹⁸¹).

4.4.2 Die Variationen der FGC-Formen

Kritisches Hinterfragen machte deutlich, dass auch die von den Interviewten angegebenen FGC-Formen nicht immer mit der tatsächlichen FGC-Form übereinstimmten. Nach der empirischen Beobachtung zu urteilen, kann die ursprünglich durchgeführte FGC-Form durch Entzündungen oder Verwachsungen ihre Form verändern, zumal die Durchführung der Beschneidungspraxis größtenteils unter unhygienischen und unsterilen Bedingungen erfolgt.

¹⁷³Odujinrin OM, Akitoye CO, Oyediran MA. A study on female circumcision in Nigeria. *West Afr J Med* 1989; 8:183-92.

¹⁷⁴Grassivaro Gallo P, Abdisamed M. Female circumcision in Somalia: anthropological traits. *Anthropol Anz.* 1985; 43:311-26.

¹⁷⁵El Dareer A. Epidemiology of female circumcision in the Sudan. *Tropical Doctor* 1983; 13: 41-45.

¹⁷⁶Leonard L. Female circumcision in southern Chad : Origins, meaning and current practice. *Social Science and Medicine.* 1996; 43:255-263.

¹⁷⁷Abd el Hadi A. A step forward for opponents of female genital mutilation in egypt. *Egyptian task force against female genital mutilation. Lancet.* 1997; 349:129-30.

¹⁷⁸Gilbert D. For the sake of purity (and control). *Female genital mutilation. Links.* 1993; 9:6-8.

¹⁷⁹Eritrea wird in 6 Zonen unterteilt: Anseba zone, Northern red sea, Gash barka zone, Southern red sea zone, Central zone, Southern zone.

¹⁸⁰Volker-Saad K. Interethnische Differenzierung. In: *Zivilistinnen und Kämpferinnen in Eritrea. Berliner Beiträge zur Ethnologie.* Berlin: Weißensee Verlag, 2002:145-148.

¹⁸¹Andemichael G. Extent and distribution of female genital mutilation in children of Rritrea. *Eritrea: FRHAE,* 2000:15.

Auch werden in Eritrea die Beschneidungen wie in anderen afrikanischen Ländern, größtenteils von medizinisch unerfahrenen Personengruppen durchgeführt, die keine genauen Kenntnisse vom anatomischen Verlauf haben (vgl. Toubia, 1994¹⁸²), was ebenfalls zu einer höheren Infektionsgefahr führt.

Einige interviewte Frauen gaben an, nur exzidiert zu sein, obwohl sie, wie sich in der klinischen Untersuchung herausstellte, infibuliert waren. Nach Aussage des erfahrenen medizinischen Personals können durch Immobilität aus einer Exzision Verwachsungen resultieren und sich daraus eine sog. spontane Infibulation bilden. Auffallend ist, dass einige exzidierte Frauen in dieser Studie Komplikationen, wie beispielsweise verlängerte Miktionszeit, zeigen, die eher zur Infibulation passen würden (siehe Abbildung 21).

Ferner zeigen die FGC-Formen der vorliegenden Untersuchung eine ähnliche Verteilung wie die beiden anderen eritreischen Studien (vgl. Abbildung 9 und Tabelle 10). Damit sind die Klitoridektomien am häufigsten vertreten, gefolgt von den Infibulationen. Jedoch muss beachtet werden, dass in der vorliegenden Studie die Formen Typ I und Typ II (nach FIGO) unter Typ II (vgl. Abschnitt 2.6), sprich Klitoridektomie zusammengefasst wurden, da viele der Betroffenen unsicher waren, ob es sich nur um die Entfernung der Vorhaut (Sunna) Beschneidung) handelte oder um die vollständige Entfernung der Klitoris. Bemerkenswert ist, dass bei allen drei eritreischen Studien keine Sunna-Beschneidungen vorkommen (siehe Abschnitt 3.3.3).

In der vorliegenden Studie ist die Infibulation mit 46% stärker vertreten als bei den beiden anderen Studien (34% und 38,6%), wie aus Abbildung 9 ersichtlich. Dies könnte auf das Stadt-/Land-Gefälle zurückzuführen sein, denn bei den in ländlichen Gebieten lebenden Frauen ist die Infibulation deutlich häufiger (vgl. Volker-Saad, 2002¹⁸³). Aufgrund der politischen Situation im Land wurden viele jüngere Frauen aus den Städten in der Nachkriegszeit zum Militär eingezogen, hier ist die Klitoridektomie häufiger. Allerdings waren die Frauen aus dem Tiefland (ländliche Regionen) zu diesem Zeitpunkt seltener an

¹⁸²Toubia N. Female circumcision as a public health issue. *N Engl J Med.* 1994; 331:712-6.

¹⁸³Volker-Saad K. Kriegs- und Nachkriegszeit im westlichen Tiefland. In: *Zivilistinnen und Kämpferinnen in Eritrea.* Berliner Beiträge zur Ethnologie. Berlin: Weißensee Verlag, 2002:157, 229.

militärischen Aktionen beteiligt und konnten somit eher interviewt werden (vgl. Volker-Saad, 2002¹⁸⁴).

Die Exzision zeigt sich in Eritrea wie auch in dieser Studie nur in geringer Anzahl, gefolgt von der FGC-Form, die in der vorliegenden Studie als nicht klassifizierbar bezeichnet wurde (siehe Abschnitt 2.6 und 3.3.3), da diese sich nicht nach einer der drei Formen nach FIGO klassifizieren ließ. Diese Form ist nicht als eine FGC-Form aufzufassen, sondern eher als ein Resultat von Komplikationen wie Verwachsungen oder Keloidbildung.

Es ist auffallend, dass auch die FGC-Formen regionale Verteilungen zeigen: Die im Süden bzw. nahe der Hauptstadt lebenden Frauen sind zu etwa 95% klitoridektomiert. Frauen, die im Norden Eritreas bzw. am Roten Meer leben, sind zu 61-74% infibuliert und Exzisionen sind mit 4% vertreten (Araya et al., 1997¹⁸⁵). Hervorzuheben ist, dass in der vorliegenden Studie die Infibulationen und Exzisionen am häufigsten in ländlichen Gegenden vertreten waren, wie Abbildung 12 und Tabelle 13 deutlich machen. Die Klitoridektomie hingegen zeigt kein Stadt-Land-Gefälle.

Im Literaturvergleich beträgt in Somalia die Infibulation über 70% im Vergleich zu den anderen Formen (Grassivaro et al., 1985¹⁸⁶), auch im Sudan ist die Infibulation am häufigsten mit 80% (El Dareer, 1992¹⁸⁷). Für Burkina Faso postulierte eine Studie, dass die Klitoridektomie mit ca. 56% am häufigsten vorkam, in Mali dagegen ist die Exzision mit etwa 74% mehrheitlich vertreten. In beiden Ländern scheint jedoch die Infibulation nur wenig üblich, da mit ca. 5% geschätzt (Jones et al., 1999¹⁸⁸).

Zu betonen ist: Obwohl die Infibulation in einigen Ländern wie Somalia, Nord-Sudan und Djibouti mehrheitlich üblich ist, beträgt die Prävalenz der Infibulation weltweit nur etwa 20% (Toubia, 1999¹⁸⁹).

¹⁸⁴Volker-Saad, K. Kriegs- und Nachkriegszeit im westlichen Tiefland (bis 1997): Die Zivilistinnen und Zivilisten). In: Zivilistinnen und Kämpferinnen in Eritrea. Berliner Beiträge zur Ethnologie. Berlin: Weißensee Verlag, 2002:123.

¹⁸⁵Araya T, UNFPA/ UNICEF. Safe motherhood initiative needs assessment and situation analysis reproductive health programmes and activities in Eritrea. Asmara (Hg.): UNFPA/ UNICEF, 1997:76-77.

¹⁸⁶Grassivaro G, Elisa M. Female circumcision in the graphic reproduction of a group of Somali girls: Cultural aspects and their psychological experience. *Psychology African* 1985; 2:165-190.

¹⁸⁷El Dareer A. *Woman, why do you weep? Circumcision and its consequences*. London: Zed Press, 1992:130.

¹⁸⁸Jones H, Diop N, Askew I, et al., Female genital cutting practices in Burkina Faso and Mali and their negative health outcomes. *Stud Fam Plann* 1999; 30:219-30.

¹⁸⁹Toubia N. *Caring for women with circumcision. A technical manual for health care provider*. New York: Rainb♀, 1999:25.

4.5 FGC im medizinischen/physischen Kontext

4.5.1 Hat das Beschneidungsalter Einfluss auf die unmittelbare Komplikationsrate?

Bei der Analyse des Beschneidungsalters sowie der Frühkomplikationen muss berücksichtigt werden, dass es sich hierbei um eine geringe Anzahl von Frauen handelt. Nur 18 von 360 der beschnittenen Frauen erinnerten sich an die Genitalbeschneidung, wie Abbildung 16 und Tabelle 25 zeigen. Diese Frauen waren zum betreffenden Zeitpunkt zwischen 48 und 96 Monate alt. Im Mittel waren sie jedoch $83,3 \pm 21,2$ Monate alt. Auch die Erinnerung an die Frühkomplikationen korrelierte mit dem Beschneidungsalter. Die meisten Frauen wurden jedoch im Säuglingsalter beschnitten.

Das Beschneidungsalter der interviewten Frauen, insgesamt betrachtet, liegt zwischen sieben Tagen und acht Jahren. Zwischen den verschiedenen Beschneidungsarten (Infibulation/Klitoridektomie) gibt es hinsichtlich des Alters zum Zeitpunkt des Eingriffs keine signifikanten Abweichungen. Von den dreizehn exzidierten Frauen konnte sich keine an die Beschneidung erinnern. Somit gehört diese Gruppe nicht in die Analyse der Frühkomplikationen.

Das Beschneidungsalter in Eritrea variiert auch innerhalb der eigenen Volksgruppe. Größtenteils wird FGC im Alter von sieben Tagen bis zum 5. Lebensjahr durchgeführt. Das bevorzugte Beschneidungsalter für Säuglinge variiert wie folgt: entweder am 7. Tag oder zwischen 8-30 Tagen bzw. 30-80 Tagen, bis maximal zu einem Jahr. Der Grund hierfür liegt nach der empirischen Beobachtung darin, dass die betroffenen Kinder sich an den Schmerz und das Leid so wenig als möglich erinnern sollen.

In einigen Ethnien ist ein weiblicher Säugling mit 80 Tagen im „traditionellen Beschneidungsalter“. Dieser festgelegte Zeitpunkt deckt sich mit dem Zeitpunkt, an dem die Christen ihre Töchter taufen lassen. Die Taufe kann nur durchgeführt werden, wenn der weibliche Säugling die für seine Volksgruppe übliche FGC-Form erhalten hat (Araya et al., 1997¹⁹⁰). Nach Aussagen der interviewten Beschneiderin, entscheiden sie sich in begründeten

¹⁹⁰Araya T, UNFPA/ UNICEF. Safe motherhood initiative needs assessment and situation analysis reproductive health programmes and activities in Eritrea. Asmara. (Hg.): UNFPA/ UNICEF, 1997:76-77.

Fällen (z.B. bei Krankheit, Unterernährung, Schwäche) auch für einen späteren Beschneidungszeitpunkt, um das Wohlergehen des Kindes nicht zusätzlich zu gefährden.

Im Literaturvergleich finden die Beschneidungen in anderen Ländern zunehmend im Kindesalter statt. In Nigeria findet die Beschneidung mehrheitlich (fast 80%) im Säuglingsalter statt (Odujinrin et al., 1989¹⁹¹). Im Sudan wird der Eingriff im Alter von sechs bis acht Jahren vorgenommen, in einigen Fällen im Alter von elf Jahren (El Dareer, 1992¹⁹²). Eine andere Untersuchung bei den Rendillen in Kenia zeigt, dass es dort Tradition ist, Frauen an ihrem Hochzeitstag zu beschneiden (Shell-Duncan et al., 2000¹⁹³).

Schlussfolgernd muss betont werden, dass sich die meisten der beschnittenen Frauen an die Beschneidung sowie an Frühkomplikationen nicht erinnern konnten. Dies beschrieben sie mit als Grund, warum sie in Bezug auf FGC keine negativen Assoziationen haben.

4.5.2 Andere Faktoren, die einen Einfluss auf die unmittelbaren Komplikationen haben

In dieser Arbeit wurden nur diejenigen Frühkomplikationen evaluiert, an die sich die Betroffenen selbst erinnerten, also nicht solche, von denen ihnen später erzählt wurde. Die empirische Beobachtung zeigt, dass die Frühkomplikationen mit bestimmten Faktoren korrelieren, wie beispielsweise FGC-Form, Kompetenz der Ausführenden, die gesundheitliche Verfassung der Beschnittenen, den hygienischen Bedingungen sowie der adäquaten Vor- und Nachsorge. Von den untersuchten Einflussfaktoren kommt der FGC-Form die größte Bedeutung zu. Der Grund, warum die Infibulation die meisten Komplikationen aufweist, ist die gravierendere Beschneidungstechnik, verglichen mit den anderen beiden Formen, wie aus Abschnitt 3.3.1 und Abbildung 5-7 ersichtlich wird. Bezeichnend für diesen Eingriff ist das Bewegungshindernis bzw. die Immobilitätsproblematik, die unmittelbar eintritt, wie in Tabelle 27 dargestellt. Nach der Infibulation werden Beine und Füße mit einem dafür geeigneten Material festgebunden, damit die frische Wunde nicht aufreißt, die beiden großen Schamlippen durch Naht oder

¹⁹¹Odujinrin OM, Akitoye CO, Oyediran MA. A study on female circumcision in Nigeria. *West Afr J Med.* 1989; 8:183-92.

¹⁹²El Dareer A. *Woman, why do you weep? Circumcision and its consequences.* London: Zed Press, 1992:12.

¹⁹³Shell-Duncan B, Obiero W O, Muruli A. Women without choices: The debate over medicalization of female genital cutting and its impact on northern Kenyan community. In: Shell-Duncan, B.; Hernlund, Ylva (Eds.): *Female "Circumcision" in Africa. Culture, controversy, and change.* London: Lynne Rienner Publishers, 2000:109-128.

Akaziendornen in der Mitte zusammenwachsen können und so der Introitus künstlich fast verschlossen wird. Auch alle anderen Komplikationen wie starke Blutung und Entzündungen mit Wundinfekt an der Vulva, Organverletzungen sowie Bewusstseinsverlust sind deutlich höher bei der Infibulation als bei der Klitoridektomie.

Infibulierte Frauen berichten, dass sie es nach der Beschneidung für einige Tage bewusst vermieden haben, zu urinieren, da die frische Wunde brennende Schmerzen verursachte (siehe Tabelle 27). Aus dem gleichen Grund verzichteten sie sowohl vor als auch nach der Beschneidung für einige Zeit auf das Trinken. Ferner kann es durch Infibulation reflektorisch zu Urinretention kommen (vgl. Okroi, 2001¹⁹⁴). Für andere Komplikationen, wie Blutverlust und Schmerzen, zeigt sich hingegen keine höhere spezifische Häufigkeit als bei den anderen Beschneidungsformen (dazu Tabelle 27).

Die Einflussfaktoren hinsichtlich der hygienischen Bedingungen, unter denen die Genitalbeschneidung erfolgte, konnten aufgrund der retrospektiven Studie nicht ausreichend eruiert werden. Jedoch sprechen die empirischen Beobachtungen dafür, dass die Genitalbeschneidung wie in vielen anderen afrikanischen Gesellschaften aufgrund des niedrigen sozialen Status und des fehlenden Know-hows unter unhygienischen und unsterilen Bedingungen durchgeführt wird, was die Infektionsgefahr zusätzlich erhöht (vgl. Toubia, 1993¹⁹⁵). Eine andere Untersuchung aus Nigeria postuliert, dass dort der Eingriff – wie in Eritrea – ohne Anästhesie und von traditionellen Hebammen bzw. älteren Beschneiderinnen durchgeführt wird (Ebong et al., 1997¹⁹⁶). In diesem Zusammenhang werden Hämorrhagie und Infektionen als Folge von FGC häufig beobachtet. Eine rechtzeitige medizinische Intervention und sterile Bedingungen könnten eine deutliche Abnahme der Mortalität bewirken (vgl. Shell-Duncan et al., 2000¹⁹⁷). Diese Komplikationen können zur Gangrän oder Septikämie und Tetanus führen, die am meisten Mortalität verursachen (Fox et al., 1997¹⁹⁸). In einer anderen Studie wurden lokale und systemische Infektionen beschrieben wie Wundinfektionen, Abszesse, Geschwülste, verzögerte Heilung und Wundbrand (vgl. Toubia,

¹⁹⁴Okroi E, Weibliche Genitalverstümmelung im Sudan. „Female genital mutilation“. Hamburg: Akademos Wissenschaftsverlag, 2001:59.

¹⁹⁵Toubia N. Female genital mutilation: A call for global action. New York: Women INK, 1993.

¹⁹⁶Ebong RD. Female circumcision and its health implications. Nigeria. J R Soc Health 1997; 117:95-9.

¹⁹⁷Shell-Duncan B, Obiero W O, Muruli A. Women without choices: The debate over medicalization of female genital cutting and its impact on northern Kenyan community. In: Shell-Duncan B, Hernlund Y (Eds.): Female “Circumcision” in Africa. Culture, controversy, and change. London: Lynne Rienner Publishers, 2000:109-128.

¹⁹⁸Fox EF, de Ruiter A, Bingham JS. Female genital mutilation, Int J STD AIDS. 1997; 8:599-601.

1994¹⁹⁹). Viele der Interviewten berichteten, dass in ihrer näheren Verwandtschaft oder im Bekanntenkreis Frauen, junge Mädchen oder weibliche Säuglinge an Komplikationen infolge der Beschneidung gestorben seien (vgl. Khaled, 1996²⁰⁰).

Im Literaturvergleich zeigt sich bei Frauen, die eine medizinische Intervention erhielten, dass Tetanusprophylaxe oder antibiotische Behandlung, zu einer deutlich geringeren Komplikationsrate führen als bei denjenigen, die keine medizinische Versorgung erhielten (vgl. Shell-Duncan et al., 2000²⁰¹).

Vor diesem Hintergrund sollte die kontroverse internationale Debatte um Medikalisierung von FGC neu diskutiert werden – nicht um FGC zu befürworten, sondern um das Risiko der hohen gesundheitlichen Komplikationsrate zu mindern (vgl. Mandara et al., 2000²⁰²).

Hervorzuheben ist, dass die Fälle von Genitalbeschneidungen (N = 18), an die sich die interviewten beschnittenen Frauen erinnern konnten, nicht in medizinischen Kliniken erfolgten, sondern zu Hause oder bei einer Beschneiderin. In all diesen Fällen wurde eine neue Rasierklinge verwendet oder ein Beschneidungsmesser. Als Desinfektionsmethode wurde in der Mehrzahl kochendes Wasser oder Alkohol verwendet. Zur Vermeidung von Infektionen kamen hauptsächlich traditionelle Mittel zur Anwendung, wie aus Abschnitt 3.6.3 hervorgeht.

Zusammenfassend ist hervorzuheben, dass FGC, besonders die Infibulation, mit einem erhöhten gesundheitlichen Risiko für die Betroffenen einhergeht, auch vor dem Hintergrund der extremen Armutbedingungen: niedriger sozialer Status, unhygienische und unsterile Bedingungen, fehlende medizinische Versorgung, mangelndes Know-how der Ausführenden sowie Unter- und Mangelernährung der Kinder und Frauen.

¹⁹⁹Toubia N. Female genital mutilation and the responsibility of reproductive health officials. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 1994; 26:129-153.

²⁰⁰Khaled K, Vause S. Genital mutilation: a continued abuse. *Br J Obstet Gynaecol*. 1996; 103:86-7.

²⁰¹Shell-Duncan B, Obiero W O, Muruli A. Women without choices: The debate over medicalization of female genital cutting and its impact on northern kenyan community. In: Shell-Duncan B, Hernlund Y (Eds.): *Female circumcision in Africa. Culture, controversy, and change*. London: Lynne Rienner Publishers, 2000:109-128.

²⁰²Mandara M U. Female genital cutting in Nigeria. Views of Nigerian doctors on the medicalization debate. In: Shell-Duncan B, Hernlund Y (Eds.): *Female circumcision in Africa. Culture, controversy, and change*. London: Lynne Rienner Publishers, 2000:86-88.

4.6. Spätkomplikationen

4.6.1 Menstruationsbeschwerden

4.6.1.1 Menarche

Hierbei muss berücksichtigt werden, dass es sich bei allen Frauen um retrospektive Angaben und daher in vielen Fällen eher um Schätzungen handelt. Die Mehrheit berichtete, ein bis zwei Mal einen blutigen Ausfluss oder Schmierblutung bemerkt und erst Monate oder gar ein Jahr später eine regelmäßige Menstruation bekommen zu haben. Abbildung 22 und Tabelle 42 illustrieren, dass die beschnittenen Frauen bei der Menarche hochsignifikant ($p < 0,0005$) älter waren; 14 Jahre, im Vergleich zu den unbeschnittenen: 12 Jahre. Dies ist wahrscheinlich eher auf ihre Konstitution und die Umwelteinflüsse zurückzuführen als auf die Beschneidung.

Wie Abbildung 23 deutlich macht, zeigt sich hingegen innerhalb der beschnittenen Frauen kein Unterschied beim Eintritt der Menarche. Auffällig in der vorliegenden Studie ist das späte Menarchealter (14-15 Jahre) bei allen Interviewten, die bis zur Pubertät in dörflichen Gegenden lebten und die zum Befragungszeitpunkt zwischen 50 und 70 Jahre alt waren. Dies ist vermutlich auf verschiedene Faktoren zurückzuführen: sie wohnten größtenteils in ländlichen Gegenden und waren oft eher untergewichtig. Ein jüngeres Menarchealter (12-13 Jahre) zeigten die Frauen, die aus städtischen Gegenden kamen und der jüngeren Generation angehörten.

Hervorzuheben ist, dass bei einigen infibulierten Frauen im Alter von 15-17 Jahren erst eine Deinfibulation²⁰³ vorgenommen werden musste, damit sie in die Menarche eintreten konnten. Ein Grund für das verspätete Menarchealter ist wahrscheinlich die Infibulationstechnik, da der fast verschlossene Introitus kein freies Abfließen des Menstruationsblutes erlaubt. Einige dieser Infibulierten berichteten, dass sie bereits Monate bis Jahre an unklaren Unterleibsbeschwerden litten und sich in einigen Fällen sogar eine Ansammlung von Blut im Bauch entwickelte (vgl. Abbildung 25). Nur durch einen chirurgischen Eingriff wurde eine ausreichende Öffnung geschaffen, damit das angesammelte Blut abfließen konnte. Andere Untersuchungen verdeutlichen, dass es zwischen beschnittenen und unbeschnittenen Frauen

²⁰³Die Infibulationsnarbe, operativ wieder eröffnen bzw. den künstlich verengten Introitus erweitern.

keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich des Eintritts in die Menarche gibt (Okonofu et al., 2003²⁰⁴).

Vor dem Hintergrund des künstlich verengten Introitus zeigt sich bei infibulierten Frauen eine deutlich verlängerte Menstruationsdauer, wie in Abbildung 24 dargestellt. In Tabelle 43 ist illustriert, dass der Vergleich der drei Frauengruppen – unbeschnittene, klitoridektomierte und exzidierte – hinsichtlich der Menstruationsdauer keinen signifikanten Unterschied ($p = 0,16$) zeigt. Dagegen menstruieren 32 infibulierte Frauen durchschnittlich länger als acht Tage (siehe Tabelle 44). Acht Frauen gaben sogar eine Menstruationsdauer von bis zu 14 Tagen an und sieben Frauen einen Zeitraum von zehn Tagen. Die Gründe hierfür liegen vermutlich in einer Abflussbehinderung durch einen zu engen Introitus. Eine andere Studie erhärtet die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit: Die Menstruationsdauer und der Zyklus unterscheiden sich nur zwischen infibulierten Frauen und den anderen Gruppen (vgl. Fox et al., 1997²⁰⁵).

4.6.1.2 Hämatokolpos

Im Literaturvergleich kann es durch Hymenalatresie bei einer menstruierenden Jugendlichen zur Entwicklung von Hämatokolpos kommen (Lammes, 2000²⁰⁶). und zwar vor dem Hintergrund von congenitaler vaginaler Stenose (Lashley et al., 1998²⁰⁷) oder bei sog. Uterus didelphys mit unilateral, unperforierter Vagina (Cicinelli, 1999²⁰⁸). Daraus kann sich, sofern keine rechtzeitige Perforation des Hymen durch chirurgische Intervention erfolgt, ein Hämatometra oder Hämatosalpinx entwickeln (vgl. Abbildung 25).

Wie in Abschnitt 3.7.4.4 dargestellt, wurde in der vorliegenden Studie retrospektiv nur bei infibulierten Frauen Hämatokolpos eruiert (vgl. Khan, 1997²⁰⁹). Bei nicht rechtzeitiger Deinfibulation können sich daraus dieselben Komplikationen entwickeln wie bei einer Hymenalatresie. Jedoch zeigte sich die Symptomatik in Eritrea bei infibulierten Frauen aufgrund einer Tight-Circumcision (siehe Abschnitt 3.7.3) oder Verwachsungen und

²⁰⁴Okonofu FE, Larsen U, Oronsaye F et al., The association between female genital cutting and correlates of sexual and gynaecological morbidity in Edo State, Nigeria. BJOG. 2003; 109:1089-96.

²⁰⁵Fox EF, de Ruiter A, Bingham JS. Female genital mutilation, Int J STD AIDS. 1997; 8:599-601.

²⁰⁶Lammes FB. Diagnostic image. Hematocolpos due to atresia of the hymen, Ned Tijdschr Geneesk. 2000; 144:2401.

²⁰⁷Lashley DB, Thomas RD, Silberberg PJ, et al., Management of an infected hematometrocolpos in a patient with congenital adrenal hyperplasia and vaginal stenosis. J Urol. 1998; 508-9.

²⁰⁸Cicinelli E, Romano F, Didonna T. et al., Resectoscopic treatment of uterus didelphys with unilateral imperforate vagina complicated by hematocolpos and hematometra: case report. Fertil Steril. 1999; 72:553-5.

²⁰⁹Khan N, Qazi SA, Khan N. Congenital hematometrocolpos in a circumcised girl. An anomaly superimposed by cultural mutilating practices. J Pak Med Assoc. 1997; 47:288-9.

Keloidbildungen an der Vulva (siehe Tabelle 39), was zum vollständigen Verschluss des Introitus führen kann.

Auffallend ist, dass nur bei 9 von 153 der infibulierten Frauen wegen einer Blutansammlung im kleinen Becken eine Teil-Defibulation durchgeführt wurde (siehe Tabelle 71), und dies, obwohl 22 Frauen retrospektiv angaben, davon betroffen gewesen zu sein. Traditionelle Methoden schafften in diesen Fällen Abhilfe, die in Eritrea eher bevorzugt werden, weil sie weniger gravierend sind und heimlich geschehen können. Allerdings sind es medizinisch unerfahrene Personen wie die Beschneiderinnen selbst, die diese Methoden durchführen, was zu Problemen führt: Infibulierte Frauen, die Ansammlungen von Blut angaben, waren deutlich häufiger von primärer oder sekundärer Sterilität betroffen.

Hervorzuheben ist hierbei, dass die betroffenen jungen Frauen und ihre Familien, wie die empirische Untersuchung zeigt, sich sehr schwer tun, rechtzeitig eine medizinische Einrichtung aufzusuchen, da mit dem Besuch einer Klinik oft der Verdacht einer vorehelichen Schwangerschaft einhergeht oder auch die Sorge, dass später bei der Heirat die Jungfräulichkeit angezweifelt werden könnte. Bezeichnend für diese Frauen war, dass sie diese Symptome monate- oder gar jahrelang verheimlichten, so dass es in fünf Fällen zu einer fieberhaften Infektion kam, bevor eine medizinische Intervention möglich war.

Auch Dysmenorrhoe und Urinretention können mit einer Ansammlung von Blut im kleinen Becken in Zusammenhang stehen (Chircop, 2003²¹⁰). Auffallend ist, dass in der vorliegenden Studie die infibulierten Frauen am häufigsten von Dysmenorrhoe betroffen waren, wie aus Tabelle 45 deutlich wird.

4.6.2. Miktionsbeschwerden

Hervorhebbar ist, dass die infibulierten Frauen für die vollständige Miktion deutlich mehr Zeit benötigen als die anderen Gruppen, wie aus Abbildung 21 ersichtlich. Ferner zeigt sich, dass 51 von 169 infibulierte Frauen mindestens 30 Minuten oder sogar länger benötigten, um die Blase vollständig zu entleeren. Elf Frauen gaben sogar ca. 60 Minuten und sechs Frauen ca. 45 Minuten an. Nach der vorliegenden Untersuchung ist dies bei infibulierten Frauen nicht

²¹⁰Chircop R. A case of retention of urine and haematocolpometra. Eur J Emerg Med. 2003; 10:244-5.

ungewöhnlich (vgl. Okroi, 2001²¹¹). Auch die mediane Miktionszeit der infibulierten Frauen ist um das 25-fache länger als bei den Frauen der anderen drei Gruppen, wie Tabelle 41 verdeutlicht. Hierfür können mehrere Erklärungsmöglichkeiten herangezogen werden: Vor dem Hintergrund des verengten Introitus, der Schädigung oder dem Verschluss der Urethra sowie Tight-Circumcision kann der Urinabfluss stark behindert sein und damit die Miktionszeit verlängert; auch kann ein vollständiges Miktionshindernis bestehen. Bei infibulierten Frauen wurde beobachtet, dass sie in der Mehrheit keinen Harnstrahl mehr haben, sondern der Urin tropfenweise und stockend abfließt. Viele Volksgruppen Eritreas bezeichnen dieses Miktionieren üblicherweise als „Urinieren wie Kamele“, da der Urin in Richtung Damm fließt, aufgrund der in Eritrea üblichen Infibulationstechnik.

Dagegen zeigt Tabelle 40, dass sich die unbeschnittenen und klitoridektomierten Frauen hinsichtlich der Miktionszeit nicht signifikant voneinander unterscheiden. Obwohl es auch bei der Klitoridektomie zu Verletzungen der Urethra kommen kann, wird dies deutlich häufiger bei infibulierten Frauen beobachtet.

Darüber hinaus kommt es insbesondere bei infibulierten Frauen zu einem Anstau von Harnrückständen, was einen optimalen Nährboden für Bakterien unter der Hautbrücke darstellt (Okroi, 2001²¹²). Daraus resultieren rezidivierende Urogenitalinfekte, die sich über das gesamte reproduktive und renale System ausbreiten können. Am häufigsten traten diese Infekte bei Frauen mit Infibulation auf (vgl. Arbesman et al., 1993²¹³). Dies erhärten die Ergebnisse der vorliegenden Studien. Wie aus Tabelle 37 ersichtlich wird, erleiden infibulierte Frauen auch deutlich häufiger Infektionen der Nieren und/oder der ableitenden Harnwege.

Im Literaturvergleich zeigt sich bei infibulierten Frauen sog. obstructive uropathy, welche sekundär in eine Hydronephrose sowie (Erbstein et al., 2001²¹⁴) zu häufigen Urogenitalinfekten führen kann. Auch eine chronische Eierstockentzündung kann daraus

²¹¹Okroi E. Weibliche Genitalverstümmelung im Sudan, "Female genital mutilation". Hamburg: Akademos Verlag, 2001:65.

²¹²Okroi E. Weibliche Genitalverstümmelung im Sudan, "Female genital mutilation". Hamburg: Akademos, 2001:65.

²¹³Arbesman M, Kahler L, Buck GM. Assessment of the impact of female circumcision on the gynecological, genitourinary and obstetrical health problems of women from Somalia: literature review and case series. *Women Health*. 1993; 20:27-42.

²¹⁴Epstein D, Graham P, Rimsza M. Medical complications of female genital mutilation. *J Am Coll Health*. 2001; 49:275-80.

folgen (Fox et al., 1997²¹⁵). Wie Tabelle 34 zeigt, erhärtet die vorliegende Arbeit die These, dass infibulierte Frauen vielfach zu Entzündungen der Eierstöcke und Eileiter neigen.

Nach Aussagen der interviewten Frauen zeigt sich, dass in den meisten Fällen, in denen sich unmittelbar nach der Infibulation ein Miktionshindernis andeutet, nicht sofort eine Deinfibulation angestrebt wird. Es wird eher versucht, mit traditionellen Methoden wie einem dünnen Zweig oder einer Hühnerfeder, die als Katheter fungieren sollen, oder auch mit Kräutern und Weihrauch, das Miktionshindernis zu beheben. In einigen Fällen wurden weibliche Säuglinge und Kinder, die nach der Infibulation hohes Fieber und andere Infektanzeichen aufwiesen, in medizinische Einrichtungen gebracht, wo angestrebt wurde, mittels Katheter, Deinfibulation und Antibiotikatherapie die Miktionsfunktion zu ermöglichen und entstandene Infekte zu sanieren. (siehe Abschnitt 3.7.3.1: Fallbeispiel 1: Miktionshindernis aufgrund von TIGHT Circumcision).

Schlussfolgernd kann die These erhärtet werden, dass durch alle FGC-Formen die Urethra (Ostium urethrae externum) und die Mündungen der Ductus paraurethralia (Skene-Gänge) Schädigungen erfahren können, darüber hinaus sind Verletzungen von Blut- und Nervengefäßen dieser Bereiche (Arteria dorsalis clitoridis, Nervus dorsalis clitoridis, Arteria profunda clitoridis und Arteria bulbi vestibuli vaginae) häufig. Des Weiteren lassen sich Schädigungen der Nerven (Nervi labiales posteriores, N. perinealis, Ramus medialis und lateralis) häufig nicht vermeiden. Daraus können verschiedene Komplikationen resultieren, wie zum Beispiel Miktionshindernisse aufgrund von Urethralstrukturen. Ferner tragen fehlende medizinische Grundversorgung zur Entwicklung von chronischen Harnwegsinfekten bei. Zusätzlich führen die unhygienischen und unsterilen Bedingungen, unter denen die Eingriffe vorgenommen werden, zu einer Potenzierung der Infekthäufigkeit im Urogenitalbereich bei. Dennoch geht die Infibulation am häufigsten mit Miktionsbeschwerden einher, im Vergleich zu den anderen FGC-Formen.

4.6.3. Vulvitis und Vaginitis

Die beschnittenen Frauen zeigen eine deutliche Neigung zur Entwicklung einer rezidivierenden Vaginitis und Vulvitis im Vergleich zu den unbeschnittenen, wie die Tabellen 35-36 illustrieren. Bemerkenswert ist, dass die infibulierten Frauen deutlich mehr dazu

²¹⁵Fox EF, de Ruiter A, Bingham JS. Female genital mutilation. Int J STD AIDS. 1997; 8:599-601.

tendieren. Der künstlich verengte Introitus führt zu einer Potenzierung der Infektionsneigung, da das Menstruationsblut und der Urin nur tropfenweise abfließen und sich stunden- oder tagelang anstauen können. Durch die Stauung kann sich der pH-Wert der Vagina ins Alkalische verschieben, wodurch Infektionen begünstigt werden (Okroi, 2001²¹⁶).

Andere Wissenschaftler eruieren eine positive Korrelation zwischen bakterieller Vaginosis und FGC (Kloumann et al., 2005²¹⁷). Einige Autoren fanden heraus, dass übliche Erreger einer Vaginitis Candida, Vaginalbakterien oder Trichomonaden sind. Ferner kann ein verändertes Vaginalmilieu diese Infektion begünstigen (Stuart et al., 2000²¹⁸).

In Studien zeigt sich, dass bei infibulierten Frauen, die in Boston (USA) deinfibuliert wurden, häufiger Benign Vaginal Villi diagnostiziert wurde, und diese auch histologisch sichtbare pathologische Veränderungen der vaginalen Labien Mucosa zeigten, die nach sechswöchiger postoperativer Zeit rückläufig waren (Morris et al., 2005²¹⁹).

4.6.4 Sterilität und Infertilität

In der vorliegenden Studie sind die infibulierten Frauen am häufigsten von primärer und sekundärer Sterilität betroffen, wie in Tabelle 31 und 32 dargestellt. Auffallend ist, dass die infibulierten Frauen fast doppelt so häufig von sekundärer Sterilität betroffen sind wie von primärer Sterilität. Vermutlich erleiden sie postpartum Komplikationen wie ascendierende Urogenitalinfekte oder Adnexitiden. Einige infibulierten Frauen berichteten von fieberhaften Infekten, die sich jedoch retrospektiv nicht identifizieren ließen. Auch hatten die meisten Frauen eine Hausgeburt. Im Sudan wurde eine positive Korrelation zwischen der Infibulation und primärer Sterilität postuliert– und zwar vor dem Hintergrund, dass sich durch den verengten Introitus Blut in der Vagina oder im Uterus ansammelt und darauf Adenxitiden

²¹⁶Okroi E. Weibliche Genitalverstümmelung im Sudan, "Female genital mutilation". Hamburg: Akademos, 2001:66.

²¹⁷Klouman E, Manongi R, Klepp KI. Self-reported and observed female genital cutting in rural Tanzania: associated demographic factors, HIV and sexually transmitted infections. *Trop Med Int Health*. 2005; 10:105-15.

²¹⁸Stuart C, Monga A. Gynaecology by ten teachers. London, Arnold. In: Okroi E. Weibliche Genitalverstümmelung im Sudan, "Female genital mutilation". Hamburg: Akademos, 2001:66.

²¹⁹Morris SN, Nour NM. Benign vaginal villi noted at time of defibulation of female genital cutting, *Obstet Gynecol*. 2005; 105:1206-9.

folgen, die schließlich zu Infertilität führen (vgl. Almroth et al., 2005²²⁰). Nach Gilbert (1993²²¹) sind 20-25% der Infertilität im Sudan auf die Infibulation zurückzuführen.

Andere Studien zeigen, dass primäre Sterilität häufiger bei beschnittenen Frauen vorkommt als bei unbeschnittenen Frauen (Almroth et. al., 2005²²²).

Schlussfolgernd ist zu betonen, dass die Infibulation ein hohes Risiko für primäre wie sekundäre Sterilität darstellt. Von diesem Zusammenhang wussten jedoch die betroffenen Frauen nichts. Bei Sterilität eines Paares wird in erster Linie die Ehefrau beschuldigt. Der kinderlose Ehemann wird von Verwandten und Familienangehörigen bedrängt, sich scheiden zu lassen und erneut zu heiraten. Wie bereits erwähnt, wird Kinderlosigkeit in Eritrea üblicherweise als „sinnlose Eheführung“ bzw. „Zeitvergeudung“ betrachtet. Der Möglichkeit einer Adoption steht die eritreische Bevölkerung nach eigenen empirischen Beobachtungen ablehnend gegenüber. Das Großziehen der Kinder verstorbener Verwandter oder Familienangehöriger hingegen ist selbstverständlich.

Die kinderlosen Interviewpartnerinnen betonten eindringlich, unter welcher sozialen Stigmatisierung sie zu leiden haben. Das Ehepaar, insbesondere aber die Ehefrau, muss tägliches Bedauern und Entwertung ihrer Person ertragen. Daher könnte eine Aufklärung der Bevölkerung über die Zusammenhänge zwischen Infibulation und Sterilität eine Haltungsänderung bewirken.

4.6.5 Zysten an der Vulva

Der enge Zusammenhang zwischen FGC und Bildung von Zysten an der Vulva wird aus Tabelle 33 deutlich. Dagegen weisen unbeschnittene Frauen keine Tendenz zur Zystenbildung auf.

Nach Literaturvergleich wird postuliert, dass auch unbeschnittene Frauen eine Zyste an der Vulva entwickeln können, beispielsweise eine Bartholin-Zyste. Diese kann sich zu Bartholinitis entwickeln (Tennhard, 2004²²³).

²²⁰Almroth L, Elmusharaf S, El Hadi N. et al., Primary infertility after genital mutilation in girlhood in Sudan: a case-control study. *Lancet*. 2005; 366: 385-91.

²²¹Gilbert D. For the sake of purity (and control). *Female genital mutilation*. Links. 1993; 9: 6-8,30.

²²²Almroth L, Elmusharaf S, El Hadi N. et al., Primary infertility after genital mutilation in girlhood in Sudan: a case-control study, *Lancet*. 2005; 366:385-91.

Bei allen drei beschnittenen Frauengruppen ist eine homogene Verteilung der sog. Postzirkumzisionszysten ersichtlich, wie aus Tabelle 33 hervorgeht. In der vorliegenden Studie ließ sich innerhalb der unterschiedlichen Zystenformen (siehe Abbildung 18-20) kein Zusammenhang mit einer Beschneidungsform eruieren. Alle drei Formen kamen bei allen Beschneidungsformen vor. Als Symptome beschrieben die Frauen Juckreiz, Schmerzen und Gehbehinderung. Diese Zysten entwickelten sich bei allen Frauen nach der Pubertät und unabhängig vom Beschneidungszeitpunkt (vgl. Kroll, 2000²²⁴). Die genannten Zystenarten verursachen in den meisten Fällen zunächst keine Schmerzen. Diese entstehen erst, wenn sich ein Infektionsherd in diesem Bereich bildet. Als Folge kann es bei allen drei Formen zur Entzündung und zum Abszess kommen. Auch wurde beobachtet, dass die Bildung von Dermoidzysten in der Narbe durch das Einnähen von verhornten Hautzellen, Talgdrüsen oder Nahtmaterial eine häufige und langfristige Komplikation darstellt.

Eine andere Studie zeigt, dass diese Zysten auch bei Kindern vorkommen (Ofodile, 1979²²⁵). Die Diagnose von Vulvazysten lässt sich auch histologisch erhärten (Moeira, 2002²²⁶). Andere Wissenschaftler unterstützen die These, dass gehäuft Epitheleinschlusszysten bei Frauen mit Klitoridektomie vorkommen (Rouzi et al., 2001²²⁷), jedoch ist diese Zystenart auch bei Infibulierten auffindbar (Baaij, 2000²²⁸). Andere Wissenschaftler postulieren, dass die dermoidale Klitoriszyste sich häufiger als Komplikation zeigt (Collinet et al., 2004²²⁹).

Beim Entfernen von Postzirkumzisionszysten infibulierter Frauen wird aus Italien von guten Erfahrungen mit Kohlendioxidlaser berichtet (Penna et al., 2002²³⁰).

²²³Tennhardt C. Entzündliche Erkrankungen der Vulva. In: Intensivkurs. Gynäkologie und Geburtshilfe. Böhling K.J.& Friedmann W. München: Urban. Fischer, 2004 332.

²²⁴Kroll GL, Miller L. Vulvar epithelial inclusion cyst as a late complication of childhood female traditional genital surgery. *Am J Obstet Gynecol.* 2000; 183:509-10.

²²⁵Ofodile FA, Oluwasanmi JO. Post-circumcision epidermoid inclusion cysts of the clitoris. *Plast Reconstr Surg.* 1979; 63:485-6.

²²⁶Moreira PM, Moreira IV, Faye EH. Et al., [3 cases of vulvar epidermal cysts after female genital mutilation] *Gynecol Obstet Fertil.* 2002; 30:958-60.

²²⁷Rouzi AA, Sindi O, Radhan B. Et al., Epidermal clitoral inclusion cyst after type I female genital mutilation. *Am J Obstet Gynecol.* 2001; 185:569-71.

²²⁸Baaij M, Kagie MJ. Female circumcision; histories of 3 patients. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2000; 143:1721-4.

²²⁹Collinet P, Sabban F, Lucot JP. et al., Management of type III female genital mutilation. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2004; 33:720-4.

²³⁰Penna C, Fallani MG, Fambrini M. et al., Type III female genital mutilation: clinical implications and treatment by carbon dioxide laser surgery. *Am J Obstet Gynecol.* 2002; 187:1550-4.

4.6.6 Neurinome an der Vulva

Bei der Entwicklung von Neurinomen an der Vulva zeigt sich innerhalb der drei Beschneidungsformen ein homogenes Bild, wie aus Tabelle 38 hervorgeht. Dagegen zeigen die unbeschnittenen Frauen keine Tendenz zu dieser Symptomatik. In der vorliegenden Studie entwickelten die beschnittenen Frauen relativ häufig ein Neurinom. Auffallend hierbei ist, dass die Neurinome zu Hypersensibilität des Vulvabereiches führen können und somit auch zu Störungen im Bereich der Sexualität, was darauf zurückzuführen ist, dass Nervenenden in der Narbe eingeklemmt werden.

Eine andere Studie belegt, dass es bei beschnittenen Frauen selten zu Neurinombildung kommt, auch in der Literatur wird kaum über Neurinome berichtet (Fernandez-Aguilar, 2003²³¹). Andere Wissenschaftler weisen darauf hin, dass es nach jeglicher Verletzungsart an der Vulva zu Neurinom-Entwicklung kommen kann, beispielsweise auch nach Episiotomien. Hierbei werden neutrale Neurinomen und Neurofibrome genannt (Sonnendecker et al., 1993²³²).

Schlussfolgernd wird die These erhärtet, dass langfristige Komplikationen deutlich häufiger durch Infibulationen als durch Klitoridektomien verursacht werden (siehe Tabelle 30), weil erstere unter anderem den Abfluss von Urin und Menstruationsblut verhindern. Bemerkenswert ist, dass sich die Anzahl der Gesamtspät komplikationen bei der Infibulation und der Exzision statistisch betrachtet nicht signifikant unterscheiden, wie aus Tabelle 29 hervorgeht. Dies obwohl bei den Tests der mittleren Gesamtspät komplikationenanzahl die Infibulation mehr Komplikationen aufzeigt als die Exzision (siehe Tabelle 30). Jedoch muss hierbei berücksichtigt werden, wie bereits erwähnt, dass eine primäre Exzision im Verlauf zu einer Infibulation werden kann. Infibulierte Frauen stellen somit eine Risikogruppe dar und bedürfen daher besonderer Aufmerksamkeit in der Gesundheitsversorgung (vgl. Toubia, 1999²³³).

²³¹Fernandez-Aguilar S, Noel JC. Neuroma of the clitoris after female genital cutting. *Obstet Gynecol.* 2003;101:1051-2.

²³²Sonnendecker EW, Cohen RJ, Dreyer L et al., Neuroma of the vulva. A case report. *J Reprod Med.* 1993; 38:33-6.

²³³Toubia N. A Technical manual for health care provider. *Caring for women with circumcision.* New-York: Rainb♀, 1999.

4.7 Sozialer und kultureller Kontext von Defibulation und Reinfibulation

4.7.1 Deinfibulation

Auffallend ist, dass infibulierte Frauen während des Reproduktionszeitraums bis zu 19 Mal vollständig oder auch nur teilweise deinfibuliert werden, wie aus Tabelle 69 hervorgeht. Auch im Kindesalter oder unmittelbar nach der Beschneidung kann es dazu kommen, dass eine Deinfibulation notwendig wird, wie die empirische Beobachtung zeigt. Jedoch vermeiden in Eritrea die Betroffenen oder ihre Eltern eine voreheliche Deinfibulation – auch bei gravierenden Komplikationen wie Miktionshindernis oder starken Menstruationsbeschwerden, und zwar aus Sorge, dass später die Jungfräulichkeit angezweifelt werden könnte.

Obwohl sich nur 18 der infibulierten Frauen aufgrund anhaltendem Miktionshindernis, häufiger Infektneigungen im Urogenitalbereich oder schwersten Menstruationsbeschwerden zu einer Teil-Deinfibulation überwinden konnten, erhärtet die vorliegende Studie, dass die Dunkelziffer für Tigt-Circumcision deutlich höher liegen kann (vgl. Mahran, 1981²³⁴). Vermutlich ist dies der Grund, warum nur eine geringe Anzahl von Frauen medizinische Untersuchungen oder Tigt-Circumcision sowie Hämatokolpos als Grund für ihre erste Teil-Deinfibulation angaben, während am häufigsten die Erstgeburt, gefolgt von der Unmöglichkeit der Penetration, als Gründe für eine vollständige Deinfibulation (siehe Tabelle 70) angegeben wurden.

Die interviewten Frauen betonten, dass es für eine infibulierte Frau einer kritischen Auseinandersetzung mit den ihr anerzogenen Werten und dem mystischen Denken bedarf, um eine Deinfibulation anzustreben – sie kann diesen Schritt nicht einfach nur um des „Offen-Seins“ willen tun. Beispielsweise wurden einige infibulierte Frauen, die ehemalige Kämpferinnen waren, im Feld vollständig deinfibuliert, und zwar aufgrund gesundheitlicher Beschwerden oder einem Bewegungshindernis. Diese Frauen haben sich aus persönlicher Überzeugung für den operativen Eingriff entschlossen. Ihre Umgebung förderte diesen Schritt, da hier, wie bereits erwähnt, andere Wertvorstellungen herrschten als im traditionellen Eritrea. Dennoch mussten sich einige Frauen nach der Deinfibulation erst an ihren neuen Körper gewöhnen, beispielsweise war für sie der Harnstrahl sehr ungewohnt und

²³⁴Mahran M. Medical dangers of female circumcision. IPPF Med Bull. 1981; 15:1-3.

beschämend. Als Erleichterung wurde hingegen empfunden, dass die Beschwerden bei der Miktion und der Menstruation abnahmen.

Schlussfolgernd ist zu bemerken, dass es für eine Deinfibulation normalerweise einen gesellschaftlich akzeptierten Grund braucht wie beispielsweise Schwierigkeiten bei der ehelichen Penetration oder der Geburt.

4.7.2 Reinfibulation

In der vorliegenden Untersuchung zeigt sich, dass infibulierte Frauen im reproduktiven Alter bis zu 17 Mal reinfibuliert werden (siehe Tabelle 71). In der Mehrheit gaben die Frauen hierbei traditionelle Hebammen oder Beschneiderinnen an, die gegen Geld reinfibulieren, was eine unverzichtbare Einkommensquelle für diese Personengruppe ist. Hervorzuheben ist, dass in Eritrea in keiner medizinischen Einrichtung eine Frau reinfibuliert wird, jedoch finden die Frauen andere Wege, um ihren Introitus immer wieder künstlich verengen zu lassen.

Die häufigen De- und Reinfibulationen gehen mit verschiedenen Komplikationen einher, wie beispielsweise Verlust des Vulvagewebes, Keloidbildung, vulnerabler und hypersensibler Vulvabereich. Die Keloidbildung des Vulvabereiches ist bei infibulierten Frauen sehr bezeichnend, wie aus Tabelle 39 ersichtlich ist.

Die Gründe für die Reinfibulationen sind vielfältig und nur im Kontext der Kultur verständlich und analysierbar. Wie Tabelle 72 zeigt, wurden am häufigsten traditionelle und kulturelle Gründe angeführt, die den betroffenen Frauen eine soziale Identität gewähren. Für sie scheint es normal, weil alle Frauen in ihrer Umgebung sich wieder zunähen lassen. In Eritrea ist die Reinfibulation bei den verschiedenen Ethnien nur im Reproduktionsalter der Frauen üblich. Wenn eine Frau verwitwet ist oder in die Menopause eintritt, lässt sie sich gewöhnlich nicht mehr reinfibulieren.

4.8 Hat FGC einen negativen Einfluss auf sexuelle Beziehungen?

4.8.1 Einfluss auf die Sexualität von Frauen

Die sexuellen Störungen sind bei den beschnittenen Frauen von verschiedenen Faktoren abhängig: hierbei ist die FGC-Form entscheidend, denn infibulierte Frauen, die noch keine Kinder geboren hatten, beschrieben in der Mehrheit die Hochzeitsnacht, in der sie erstmals Geschlechtsverkehr erlebten als ein sehr schmerzhaftes Ereignis, an das sie sich nur mit Widerwillen erinnern, wie aus Tabelle 78 ersichtlich wird. Viele beschrieben einen Teufelskreis aus Angst, Schmerz und Verspannung, den sie während des Aktes erlebten. Ferner gaben alle infibulierten Frauen, die zum Zeitpunkt der Befragung sexuell aktiv waren, an, beim Erstkontakt Kohabitationsverletzungen davongetragen zu haben. Schliesslich gaben 50 von 153 der infibulierten Frauen an, dass die Penetration meist nicht in derselben Nacht erfolgen konnte, da sie zu sehr litten. Es ist nicht ungewöhnlich, dass der Erstkontakt bei infibulierten Frauen kaum möglich ist, weshalb es in den meisten Fällen auch zu assistierter Penetration kommt, wie aus Tabelle 79 hervorgeht.

Einige Studien berichten von Deinfibulationen, die auf Kohabitationsunmöglichkeit zurückzuführen waren (vgl. Akotionganga et al., 2002²³⁵). Durch rigide Narben kann es in der Hochzeitsnacht ferner zu einem Dammriss Grad III kommen, mit der Notwendigkeit einer Bluttransfusion und operativer Versorgung. Nachdem diese Zeit überstanden war, berichteten einige Frauen, hätten sie durchaus sexuelle Erfüllung mit ihrem Ehemann erlebt, da dieser sehr einfühlsam und verständnisvoll gewesen sei. Andere Frauen dagegen berichteten, unabhängig von ihrem Genitalzustand, dass Sexualität nur dazu dienlich sei, Kinder zu zeugen und den Ehemann zu befriedigen. Sie würden Spaß und Lust beim Sex nicht kennen, auch vor dem Hintergrund ihrer sehr konservativen Erziehung.

Die Störungsbilder des verminderten Orgasmus (siehe Tabelle 76), sexuelle Lustlosigkeit (siehe Tabelle 73), Dyspareunie (siehe Tabelle 74) und Vaginismus (siehe Tabelle 75) zeigten sich bei den infibulierten Frauen signifikant am häufigsten, im Vergleich zu den klitoridektomierten und unbeschnittenen Frauen. Dies ist vor dem Hintergrund der extremen Beschneidungsform erklärbar. Ferner haben sie oft Verwachsungen an der Infibulationsnarbe und Keloidbildung.

²³⁵Akotionganga M, Traore O, Lakoande J. et al., External genital excision sequelae at the Yalgado Ouedraogo national central hospital: epidemiology and surgical treatment. *Gynecol Obstet Fertil.* 2002; 30:450.

Eine andere Untersuchung legt nahe, dass die beschnittenen Frauen, die in der Mehrheit klitoridektomiert waren, hinsichtlich ihrer Orgasmusfähigkeit keinen signifikanten Unterschied zu den unbeschnittenen Frauen aufwiesen. Ferner gaben die unbeschnittenen Frauen die Klitoris als sexuell stimulierendes Organ an, während die beschnittenen Frauen die Brüste angaben (Okonofu et al., 2003²³⁶).

Im Literaturvergleich zeigt sich jedoch, dass der Geschlechtsverkehr bei beschnittenen Frauen weniger sexuell befriedigend ist als bei unbeschnittenen Frauen (Adinma, 1997²³⁷). Eine andere Studie aus Kenia verdeutlicht, dass die im Erwachsenenalter beschnittenen Frauen, die vor der Beschneidung sexuell aktiv waren, angaben, dass ihre sexuelle Lust und Befriedigung nach der Beschneidung eine deutliche Abnahme zeigte (Shell-Duncan et al., 2002²³⁸).

Bemerkenswert ist, dass der Vergleich zwischen beschnittenen Frauen und unbeschnittenen hinsichtlich der sexuellen Aktivität zeigt, dass die ersteren deutlich früher sexuell aktiv waren als die letzteren, da sie früher heirateten. Auch gaben die beschnittenen Frauen an, zwei bis drei Mal in der Woche sexuell aktiv zu sein, während die unbeschnittenen Frauen nur einmal pro Woche oder alle zwei Wochen angaben. Als sexuell stimulierbare Organe nannten die beschnittenen wie die unbeschnittenen Frauen nicht die Klitoris, sondern in gleicher Weise die Brüste, den Bauch, die Lippen und die Oberschenkel.

²³⁶Okonofu FE, Larsen U, Oronsaye F et al., The association between female genital cutting and correlates of sexual and gynaecological morbidity in Edo State, Nigeria. BJOG. 2003; 109:1089-96.

²³⁷Adinma JI. Current status of female circumcision among Nigerian Igbos. West Afr J Med. 1997;16:227-31.

²³⁸Shell-Duncan B, Obungu O, Muruli A L. Women without choices: The debate over medicalization of female genital cutting and its impact on northern kenyan community. In: Shell-Duncan B, Hernlund Y (Eds.): "Female circumcision" in Africa. Culture, controversy, and change. London: Lynne Rienner Publishers, 2000:109-128.

4.8.2 Einfluss auf die Sexualität von Männern

Auch die befragten Männer, die mit infibulierten Frauen liiert waren (siehe Abschnitt 3.12.2.1) berichten über ähnliche traumatische Erlebnisse wie ihre Ehefrauen. Wie in Tabelle 77 illustriert, sind diese Männer am häufigsten von sexuellen Funktionsstörungen betroffen. Hierbei wurden vielfach Libidoverlust und schmerzhafter Koitus beschrieben (vgl. Fallbeispiel Hochzeitsnacht 3.12.3.2), gefolgt von Potenzstörungen und vorzeitiger Ejakulation. Dagegen waren im Vergleich die Männer, die mit klitoridektomierten Frauen verheiratet waren, deutlich seltener und weniger ausgeprägt von Störungen in sexuellen Beziehungen betroffen. Noch seltener davon betroffen waren jedoch diejenigen Männer, die eine unbeschnittene Ehefrau hatten.

Schlussfolgernd muss betont werden, dass durch FGC sowohl Frauen als auch Männer in ihrem sexuellen Erleben beeinträchtigt sein können. Insbesondere hat die Infibulation einen negativen Einfluss auf die Sexualität. Frauen und Männer leiden in der Mehrheit darunter. Jedoch berichteten beide Gruppen, dass sie trotz FGC sexuelle Erfüllung erleben. Ferner steht erfüllte Sexualität für die Interviewten nicht zwingend mit Orgasmusfähigkeit in Zusammenhang. Die Frauen in Eritrea fühlen sich dann geschätzt und geliebt von ihren Ehemännern, wenn sie als Ehefrau Achtung und Respekt erfahren. Die Befragten beschrieben, dass in ihrer Kultur Sexualität nicht organzentriert betrachtet wird, es sei viel umfassender. Auch ist Sexualität mit Scham verbunden und stark tabuisiert.

4.9 Geburtskomplikationen in Abhängigkeit der FGC-Form

Um eine bessere Vergleichbarkeit zu erreichen, wurden hierbei nur die Geburtskomplikationen der Erstgeburt berücksichtigt.

4.9.1 Blutung und postpartaler Wundinfekt

Es hat sich als besonders schwierig erwiesen, diese Komplikationen retrospektiv zu eruieren. Tendenziell wurde bei infibulierten Frauen am häufigsten davon berichtet oder beobachtet, wie Tabelle 55 und Tabelle 62 zeigen. Vor dem Hintergrund, dass sie eine Eröffnung des

künstlich verschlossenen Introitus benötigen und es damit auch zu einer Verletzung von Gefäßen kommen kann oder dass sie nicht adäquat und rechtzeitig deinfibriert werden und das verschlossene Vulvagewebe reißt. Bezeichnend für die Mehrheit, die von diesen Komplikationen betroffen waren, ist eine Hausgeburt und das Fehlen von medizinisch versierten Geburtshelfern (vgl. Garner et al., 1994²³⁹). Bei den beschnittenen Frauen kommt es deutlich häufiger zu starken Blutungen (Hakim, 2001²⁴⁰).

4.9.2 Perianalriss

Aufgrund der meist rigiden und unelastischen Infibulationsnarbe kommt es bei infibrierten Frauen häufig zu Perianalriss (siehe Tabelle 64). Wenn eine infibrierte Frauen nicht rechtzeitig deinfibriert wird, kann es zu unterschiedlichen Graden des Perianalrisses kommen. Im Gegensatz dazu zeigen Frauen, die eine rechtzeitige Deinfibration oder Episiotomie erhielten, keinen Vulvariss.

Eine andere Untersuchung verdeutlicht, dass es bei kloridektomierten und exzidierten Frauen nur in wenigen Fällen zu einem Dammriss während der Geburt kommt, jedoch zeigt sich bei diesen Personengruppen eine erhöhte Episiotomie-Rate. Die Episiotomie ist auch zu empfehlen bei all denjenigen Frauen, die durch Beschneidung oder deren Komplikationen ein unelastisches Vulva- oder Vaginalgewebe entwickelt haben (Al-Hussaini, 2003²⁴¹). Häufiger wird der Spontanriss der Vulva bei beschnittenen Frauen beobachtet (Hakim, 2001²⁴²).

²³⁹Garner P, Baea M, Lai D. Childbirth in rural areas:maternal deaths, village deliveries and obstetric services use. PNG Med J. 1994; 37:166-72.

²⁴⁰Hakim LY. Impact of female genital mutilation on maternal and neonatal outcomes during parturition. East Afr Med J. 2001;78:255-8.

²⁴¹Al-Hussaini TK; Med Princ Pract. 2003; 12:123-8

²⁴²Hakim LY. Impact of female genital mutilation on maternal and neonatal outcomes during parturition. East Afr Med J. 2001; 78:255-8.

4.9.3 Verlängerte Austreibungsperiode bei der Erstgeburt

Bei der Erstgeburt erleiden die infibulierten Frauen deutlich häufiger eine verlängerte Austreibungsperiode als die anderen Frauengruppen (siehe Tabelle 54). Bei den 49 von 136 infibulierten Frauen, die von einer verlängerten Austreibungsperiode betroffen waren, konnte nicht rechtzeitig deinfibuliert werden, weil sie weder in einer medizinischen Einrichtung gebären noch rechtzeitig durch eine kompetente, traditionelle Hebamme deinfibuliert werden konnten.

Somit ist durch die Analyse der Ergebnisse die Schlussfolgerung erhärtet, dass nicht FGC selbst zu einem verlängerten Geburtsverlauf führt, sondern der niedrige soziale Status und die mangelnde medizinische Versorgung. Ein Vergleich von infibulierten erstgebärenden Frauen, die in Krankenhäusern rechtzeitig deinfibuliert wurden, zeigte sogar eine kürzere Austreibungsperiode im Vergleich zu der unbeschnittenen Kontrollgruppe (Essen et al., 2005²⁴³).

Dagegen hebt die vorliegende Studie hervor, dass das jugendliche Reproduktionsalter signifikant häufig zu verlängerter Austreibungsperiode führt, wie aus Tabelle 54 hervorgeht, denn über 90% der 14-jährigen Erstgebärenden erlitten – unabhängig von ihrer Beschneidung – eine verlängerte Austreibungsperiode, während diese Symptomatik mit zunehmendem Erstgeburtsalter linear abnimmt. Bezeichnend auch für die exzidierten, klitoridektomierten und unbeschnittenen Frauen mit dieser Symptomatik war die fehlende medizinische Betreuung bei der Geburt. Es gilt in diesem Zusammenhang zu bedenken, dass in Eritrea über 90% der Frauen bei der Erstgeburt keine medizinische Hilfe haben. Eine Studie aus Äthiopien belegt hingegen, dass es bei erst- und mehrgebärenden Frauen – unabhängig davon, ob sie beschnitten sind oder nicht – zum verlängerten Geburtsverlauf kommen kann, jedoch waren die beschnittenen Frauen (Typ II) häufiger als die unbeschnittenen von verlängerter Austreibungsperiode betroffen (Hakim, 2001²⁴⁴).

²⁴³Essen B, Sjöberg NO, Gudmundsson S. et al., No association between female circumcision and prolonged labour: a case control study of immigrant women giving birth in Sweden. *European Journal Obstetric Gynecol Reprod Biol.* 2005; 121:182-5

²⁴⁴Hakim LY. Impact of female genital mutilation on maternal and neonatal outcomes during parturition. *East Afr Med J.* 2001; 78:255-8.

Schlussfolgernd spricht die vorliegende Untersuchung dafür, dass die ungünstigen Bedingungen, unter denen diese Frauen ihre Erstgeburt hatten, von entscheidender Bedeutung sind. Bezeichnend für alle Erstgebärenden nullipara Frauen, die eine verlängerte Austreibungsperiode erlitten, war, dass es sich hierbei um Hausgeburten handelte und ein medizinisch erfahrener Geburtshelfer fehlte. Ferner war der soziale Status extrem niedrig und sie lebten in dörflichen Gegenden, wo es weder medizinische Einrichtungen noch Transportmöglichkeiten gab. In einigen Fällen soll ein Missverhältnis zwischen Kind und Mutter bestanden haben. Jedoch konnte in diesen Fällen keine medizinische Intervention erfolgen. Die Infibulation ist ein zusätzlicher Risikofaktor. Das niedrige Alter stellt wegen des noch nicht voll ausgebildeten Beckens einen Risikofaktor für die Geburt dar.

4.9.4 Totgeburt des erstgeborenen Kindes

Obwohl sich hinsichtlich der Totgeburten bei der Erstgeburt die infibulierten Frauen deutlich von den anderen Gruppen unterscheiden, wie aus Tabelle 63 ersichtlich, ist nach der empirischen Beobachtung nicht die Infibulationsnarbe, die zum künstlich verschlossenen Introitus führt, für diese Symptomatik verantwortlich, sondern es sind die Umstände, unter denen die infibulierten Frauen als Risikogruppe ihre Erstgeburt hatten (vgl. hierzu Essen et al., 2002²⁴⁵). Auch in der vorliegenden Studie zeigte sich bei den 47 von 136 infibulierten Frauen, die von einer Totgeburt betroffen waren (siehe Tabelle 63), dass sie keine rechtzeitige Deinfibulation erhielten, während es bei den anderen 89 von 136 der infibulierten Frauen, die eine rechtzeitige adäquate Deinfibulation erhielten, bei ihrer Erstgeburt nicht zu Totgeburten kam.

Die anderen Frauengruppen, die bei ihrer Erstgeburt eine Totgeburt erlitten haben, erhielten ebenfalls keine adäquate Geburtshilfe, jedoch sind sie keine Risikogruppe, da sie keinen künstlich verschlossenen Introitus aufweisen.

Da diese Studie eine retrospektive Studie darstellt, war es nicht möglich, weitere Einflussfaktoren wie Missverhältnis zwischen der Größe des kindlichen Kopfes und dem Geburtskanal oder andere Faktoren in Erfahrung zu bringen.

²⁴⁵Essen B, Bodker B, Sjöberg NO. Is there an association between female circumcision and perinataal death? Bull World Health Organisation. 2002; 80:629-32.

Eine Studie aus Saudi-Arabien zeigt, dass zwischen infibulierten Frauen, die intrapartum defibuliert wurden – im Vergleich zu unbeschnittenen Frauen – kein signifikanter Unterschied hinsichtlich Apgar Scores, Blutverlust und Krankenhausaufenthalt besteht (Rouzi et al., 2001²⁴⁶). Nach Hakim (2001²⁴⁷) fällt der Apgar Score in den ersten zehn Minuten bei unbeschnittenen Frauen günstiger aus als bei beschnittenen Frauen, jedoch zeigt sich bei beiden Gruppen eine gleiche Verteilung perinataler Todesfälle.

Schlussfolgernd wird hierbei hervorgehoben, dass FGC eher einen negativen Einfluss auf die Mutter als auf das Kind hat. Jedoch kann die Infibulation auch für den Fötus mit schweren Komplikationen wie Hypoxie und Totgeburt sowie perinatalen Tod einhergehen (vgl. Banks et al., 2006²⁴⁸).

4.9.5 Urogenital-Fisteln

Den Zusammenhang zwischen FGC und urogenitaler Fistelbildung illustriert Tabelle 56. Hierbei sind die infibulierten Frauen deutlich gehäuft davon betroffen, im Vergleich zu den anderen Frauengruppen. Wie aus Tabelle 57 hervorgeht, ist ein jungendliches Erstgeburtsalter ebenfalls wegen Missverhältnis besonders bei jungen Müttern eine signifikante Einflussgröße für diese Symptomatik. Auch andere Studien zeigen die positive Korrelation zwischen niedrigem Erstgeburtsalter, niedrigem sozialen Status, inadäquater Geburtshilfe und Fistelbildung (vgl. Muleta, 2004²⁴⁹).

Mit der Infibulation geht ein hohes Risiko einher, wie aus Tabelle 58 hervorgeht, im postpartalen Verlauf vesicovaginale Fisteln (VVF) und damit Harninkontinenz zu entwickeln. Prädisponierend für diese Symptomatik war ebenfalls ein jungendliches Erstgeburtsalter, (siehe Tabelle 59 und Abschnitt 3.9.2.4.2: Fallbeispiel 2 Harninkontinenz). Schliesslich erlitten über 90% der 14-jährigen Erstgebärenden im postpartalen Verlauf VVF, während mit zunehmendem Erstgeburtsalter die Fistelbildung linear abnimmt. Unabhängig davon, ob sie

²⁴⁶Rouzi AA, Aljhadali EA, Amarin ZO et al., The use of intrapartum defibulation in women with female genital mutilation. BJOG. 2001;108:949-51.

²⁴⁷Hakim LY. Impact of female genital mutilation on maternal and neonatal outcomes during parturition. East Afr Med J. 2001;. 78:255-8.

²⁴⁸Banks E, Meirik O, Farley T et al., WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. Lancet. 2006; 367:1799-800.

²⁴⁹Muleta M. Socio-demographic profile and obstetric experience of fistulae patients managed in the Addis-Abeba fistula hospital. Ethiopia Medicine Journal. 2004; 42:9-16.

beschnitten waren oder nicht: Die Frauen, die in medizinischen Einrichtungen gebären, zeigten keine VVF.

Die Situation in Eritrea ermöglicht aufgrund fehlender Kapazitäten nicht allen von Fisteln Betroffenen eine adäquate chirurgische Intervention. Als Folge von VVF werden die Frauen häufig sozial ausgegrenzt (vgl. Olunloyo, 1993²⁵⁰), da sie inkontinent werden und schlecht riechen. Dies bedeutet eine zusätzliche Stigmatisierung, was auch ökonomische und soziale Isolation bedeutet (vgl. Abschnitt 3.9.2.4.2: Fallbeispiel 2: Harninkontinenz; Arrowsmith et al., 1996²⁵¹).

Die Prävalenz der VVF ist in jenen Entwicklungsländern am höchsten, die mangelnde medizinische Grundversorgung und einen niedrigen sozialen Status aufweisen (vgl. Rudnicki, 1997²⁵²). Maßnahmen zur Prävention sollten Bildung, Verbesserung des Lebensstandards der Frauen in den betroffenen Gesellschaften sowie Zugang zur medizinischen Versorgung beinhalten (vgl. Tahzib, 1983²⁵³).

Eine Studie in Ghana zeigt auf, dass VVF bei inadäquater Geburtshilfe und verlängertem Geburtsverlauf sowohl bei Jugendlichen Nulliparae wie auch bei Multiparae vorkommen können (Danso et al., 1996²⁵⁴). Historisch ist dieses Problem weltweit bekannt. Das Problem der Fistelbildung in den Industrieländern Europas und Amerikas war durch die Entwicklung und Verbesserung der geburtshilflichen Maßnahmen rückläufig, bis es Anfang des 20. Jahrhunderts gar kein Problem mehr darstellte (vgl. Wall, 2006²⁵⁵). In verarmten Gegenden Afrikas und Asiens stellen Fistelbildungen jedoch immer noch ein gravierendes Problem dar, vor allem in Gebieten, in denen Frauen bereits im Alter zwischen 13 und 15 Jahren heiraten und gebären (Wall et al., 2006²⁵⁶). Gerade weil es in den Entwicklungsländern häufig an Kapazitäten und Know-how für die medizinische Intervention fehlt, entwickeln sich aus VVF

²⁵⁰Olunloyo S. Alone in Kano. Niger Pop. 1993; 8-9.

²⁵¹Arrowsmith S., Hamlin EC, Wall LL. Obstructed labor injury complex: obstetric fistula formation and the multifaced morbidity of maternal birth trauma in developing world. *Obstetrics gynecological Survey*. 1996; 51:568-74.

²⁵²Rudnicki PM. [Vaginal fistula surgery after traumatic births in Gimbie, West Ethiopia] *Ugeskr Laeger*. 2006; 168:1997.

²⁵³Tahzib F. Epidemiological determinants of vesicovaginal fistulas. *Br J Obstet Gynaecol*. 1983; 90:387-91.

²⁵⁴Danso KA, Martey JO, Wall LL et al., The epidemiology of genitourinary fistulae in Kumasi, Ghana. 1977-1992. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 1996; 7:117-20.

²⁵⁵Wall LL. The medical ethics of Dr J Marion Sims: a fresh look at the historical record. *J Med Ethics*. 2006; 32:346-50.

²⁵⁶Wall LL, Arrowsmith SD, Lassey AT et al., Humanitarian ventures or "fistula tourism"? the ethical perils of pelvic surgery in the developing world. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2006; 1-4.

oder RVF zwangsläufig Harn- oder Stuhlinkontinenz (vgl. Abschnitt 3.9.2.4.1; 3.9.2.5.1; Murray et al., 2002²⁵⁷).

Eine Studie in Nigeria von Tahzib (1983²⁵⁸) weist darauf hin, dass der in manchen Gegenden durchgeführte traditionelle Eingriff – welcher „gisiri cutting“ genannt wird und an der vorderen Vagina mit einem scharfen Instrument ausgeführt wird, um eine Geburt zu erleichtern oder als Mittel gegen Dyspareunie und Kinderlosigkeit – eingesetzt wird ebenfalls zur VVF-Bildung führen kann. Eine andere Untersuchung in Indien zeigt, dass VVF auch bei nulliparen Frauen post-koital durch starke koitale Verletzungen auftreten kann (Roy et al., 2002²⁵⁹).

Die Analyse der Ergebnisse zeigt, dass Stuhlinkontinenz deutlich seltener von den interviewten Frauen angegeben wurde (vgl. Bazeed et al., 1995²⁶⁰). Wie aus Tabelle 60 hervorgeht, ist zwischen FGC und Entwicklung von Stuhlinkontinenz im postpartalen Verlauf kein signifikanter Zusammenhang ($p = 0,2$) ersichtlich, während sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem jugendlichen Erstgeburtsalter und dieser Symptomatik ($p < 0,04$) zeigt, wie aus Tabelle 61 deutlich wird. Prädisponierend können hierbei auch das jugendliche Alter und die mangelnde medizinische Betreuung bei der Geburt sein, da die von diesem Symptom betroffenen Frauen auch größtenteils ein jugendliches Erstgeburtsalter aufweisen. Jedoch waren drei infibulierte Frauen von Stuhlinkontinenz betroffen, die nullipara waren. Bezeichnend für diese Frauen ist, dass sie in der Vergangenheit mehrere Eingriffe an der Vulva hatten, und zwar wegen Tight-Circumcision, die nicht von medizinisch ausgebildeten Personen durchgeführt worden sind und zu mehreren entzündlichen Komplikationen geführt haben. Dies könnte als Erklärung für die Entwicklung von Stuhlinkontinenz dienen. Eine andere Studie konstatiert Fälle von rectovaginalen oder vesicovaginalen Fisteln bei jungen Frauen nach post-koitaler Verletzung, bei früher Heirat oder sexueller Gewalt (vgl. Muleta et al., 1999²⁶¹).

²⁵⁷Murray C, Goh JT, Fynes M et al., Urinary and faecal incontinence following delayed primary repair of obstetric genital fistula. BJOG. 2002; 109:828-32.

²⁵⁸Tahzib F. Epidemiological determinants of vesicovaginal fistula. Br J Obstet Gynaecol. 1983; 90:387-91.

²⁵⁹Roy KK, Vaijyanath AM, Sinha A et al., Sexual trauma-an unusual cause of a vesicovaginal fistula. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2002; 101:89-90.

²⁶⁰Bazeed M, Nabeeh A, el-Kenawy M et al., Urovaginal fistulae: 20 years experience. Eur Urol. 1995; 27:34-8.

²⁶¹Muleta M, Williams G. Postcoital injuries treated at the Addis-Abeba fistula hospital, 1991-97. Lancet. 1999; 345:2051-2.

4.9.6 Descensus und Prolaps uteri

Zu berücksichtigen ist, dass aufgrund der retrospektiven Studie keine genaue Unterscheidung zwischen den unterschiedlichen Graden des Prolapses gemacht werden konnte und ebenso wenig, ob es sich nur um einen Descensus handelte oder bereits um einen Prolaps (siehe Abschnitt 3.9.2.9).

Wie aus Tabelle 65 ersichtlich, sind infibulierte Frauen deutlich mehrfach ($p < 0,02$) von Uterusprolaps im postpartalen Verlauf betroffen, während das jugendliche Erstgeburtsalter eine höhere Signifikanz ($p < 0,0005$) zeigt, wie aus Tabelle 66 hervorgeht. Hervorzuheben ist, dass die betroffenen Frauen, unabhängig davon, ob sie beschnitten waren oder nicht, viele Geburten in kurzen Zeitabständen hatten, mindestens jedoch sechs Geburten.

Ein anderer Einflussfaktor ist, dass viele von ihnen Bäuerin oder Viehzüchterin waren, und dadurch schon immer schwerste körperliche Arbeit geleistet hatten. Im Literaturvergleich erhärten sich die diskutierten Einflussfaktoren als Risikofaktoren für die Entwicklung von Descensus uteri oder Uterusprolaps (vgl. Jelovsek et al., 2006²⁶²).

Ferner zeigte sich eine positive Korrelation zwischen Descensus uteri und sexuellen Dysfunktionen bei den interviewten Frauen (vgl. Roovers et al., 2006²⁶³). Da die Mehrheit der Betroffenen infibulierte Frauen darstellen, muss dieser Aspekt im Kapitel 4.12.1 (Sexuelle Störungen bei Frauen), beachtet werden. Wie bereits erwähnt, gibt es in Eritrea zu wenig Kapazität für Rekonstruktionsoperationen von Prolaps uteri. Die vielen aufeinanderfolgenden Geburten stellen primär die Ursache für einen Descensus oder Prolaps uteri dar. Als Risikofaktoren kommen die Infibulation und schwerste körperliche Arbeit hinzu.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung legen nahe, dass das jugendliche Gebäralter hochsignifikant die reproduktive Gesundheit der Frau gefährdet. Als Folge können die

²⁶²Jelovsek JE, Barber MD. Women seeking treatment for advanced pelvic organ prolapse have decreased body image and quality of life. *Am J Obstet Gynecol.* 2006; 194:1455-61.

²⁶³Roovers JP, van der Bom A, van Leeuwen JS et al., Effects of genital prolapse surgery on sexuality. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2006; 27:43-8.

Betroffenen eine prolongierte Geburt erleiden (siehe Tabelle 54) und im postnatalen Verlauf können sich Urogenital-Fisteln (siehe Tabelle 57) entwickeln (vgl. Harrison et al., 1996²⁶⁴).

Auch viele Geburten können die Gesundheit der Frau gefährden. In diesen Gesellschaften hat eine Frau etwa 5 Mal häufiger Kinder als in Deutschland (vgl. Sachs, 2005²⁶⁵) Auch für die interviewten Frauen ist eine hohe Geburtenrate bezeichnend, einige Frauen hatten bis zu 16 Geburten. Jedoch überleben nicht alle Kinder in Eritrea. Aus Abbildung 27 ist ersichtlich, dass Frauen zum Befragungszeitpunkt bis zu 12 Kinder angaben.

Tabelle 8 illustriert den Zusammenhang zwischen hoher Morbiditäts- und Mortalitätsrate und jungem reproduktiven Alter der Frauen, die in allen drei afrikanischen Ländern – Eritrea, Äthiopien und Tansania – sehr hoch ist. Gegenüber Deutschland ist beispielsweise die Säuglingssterblichkeit in Eritrea etwa 16 Mal höher, die Kindersterblichkeit etwa 22 Mal, die Müttersterblichkeit etwa 78 Mal erhöht. Wie aus Tabelle 8 ersichtlich ist für die drei afrikanischen Gesellschaften auch eine hohe Kinder- sowie Müttersterblichkeit bezeichnend im Vergleich zu Deutschland.

Mangel an medizinischer Betreuung während der Schwangerschaft und Geburt trägt ebenfalls zur Erhöhung der Morbiditäts- und Mortalitätsrate von Kind und Mutter bei (Howson, 2000²⁶⁶). Alle drei afrikanischen Länder sind davon betroffen: In Eritrea sind es noch nicht einmal 30% der Frauen, die bei der Geburt Zugang zu medizinischer Betreuung haben, in Tansania sind es etwas mehr und in Äthiopien sind es sogar nur 6%. Dagegen ist es in Deutschland für alle Frauen selbstverständlich, während der Schwangerschaft und Geburt medizinisch betreut zu werden, wie Tabelle 8 verdeutlicht.

Auch die interviewten Frauen hatten größtenteils Hausgeburten und keine medizinisch versierten Geburtshelfer. In Tabelle 48 sind die Frauengruppen anhand dieser Kategorie aufgelistet und nach Erstgeburtsort eingeteilt. Hierbei wird deutlich, dass die unbeschnittenen Frauen am häufigsten von Krankenhausgeburten profitierten, während die beschnittenen Frauen hauptsächlich Hausgeburten und keine medizinische Betreuung während der Geburt

²⁶⁴Harrison PF, Howson CP. The life span approach to female morbidity and mortality: an application to female health in Sub-Saharan Africa. *Curr Issues Public Health*. 1996; 2:226-3.

²⁶⁵Sachs D J. Das Ende der Armut. Ein ökonomisches Programm für eine gerechte Welt. München: Siedler, 2005:85.

²⁶⁶Howson CP. Perspectives and needs for health in the 21st century: 20th-century paradigms in 21st-Century science. *J Hum Virol*. 2000; 3:94-103.

aufweisen. Dies ist auf unterschiedliche Gründe zurückzuführen: Aus Abbildung 12 geht hervor, dass die beschnittenen Frauen größtenteils in ländlichen Gegenden leben. In ländlichen Gegenden Eritreas gibt es wie bereits erwähnt kaum medizinische Einrichtungen. Gerade Eritrea hat in dörflichen Gegenden keine ausreichende Anzahl von Geburtskliniken.

Ein anderes wichtiges Kriterium ist die mangelnde Schulbildung der beschnittenen Frauen. Abbildung 14 und Tabelle 16 verdeutlichen diesen Punkt: die beschnittenen Frauen sind größtenteils Analphabetinnen und Grundschulabgängerinnen. Somit wissen sie wenig über die Vorteile der medizinischen Betreuung während der Schwangerschaft und Geburt.

In Abbildung 28 ist dargestellt, dass die infibulierten Frauen bei der Erstgeburt die meisten Geburtskomplikationen erlitten, im Vergleich mit den anderen Gruppen. Auch in der Gruppe der exzidierten Frauen ist eine relativ hohe Geburtskomplikationsrate zu beobachten. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass es sich hierbei um eine nur geringe Gesamtanzahl ($N = 13$) handelt. Auch kann es bei der Exzision, wie bereits erwähnt, nach der Beschneidung aufgrund von Verwachsungen oder Keloidbildung teilweise zum Verschluss des Introitus (sog. spontane Infibulation) kommen. Gerade unter den infibulierten Frauen hatte der deutlich überwiegende Teil die Erstgeburt zu Hause, wie aus Tabelle 48 hervorgeht. Hierbei fungierten in den meisten Fällen medizinisch unerfahrene Frauen (Mutter, Verwandte oder traditionelle Geburtshelferin) als Hebamme. Auch die anderen beschnittenen Frauen haben meistens zu Hause geboren. Jedoch stellt diese Gruppe keine Risikogruppe dar. Dagegen ging fast die Hälfte der unbeschnittenen Frauen zur Geburt des ersten Kindes in ein Krankenhaus.

In diesem Zusammenhang muss auch das Alter bei der Erstgeburt berücksichtigt werden. Hierbei fällt auf, dass infibulierte und exzidierte Frauen häufig ein jugendlicheres Gebäralter aufweisen, verglichen mit den anderen Gruppen, wie aus Abbildung 28 und Tabelle 50 ersichtlich wird.

Schlussfolgernd erhärtet die vorliegende Studie die vergleichenden Untersuchungen einiger Autoren, dass eritreische Frauen ein frühes Reproduktionsalter aufweisen. Dies trägt zur

erhöhten Mortalität und Morbidität für Mutter und Kind bei (Henrion, 2003²⁶⁷). Vor dem Hintergrund von Armut, Unterernährung und einem niedrigen sozialen Status bringt das frühe Reproduktionsalter noch mehr Komplikationen mit sich. Dazu kommen die frühe Heirat sowie die vielen bereits im jugendlichen Alter aufeinanderfolgenden Schwangerschaften, Geburten und illegalen Aborte (vgl. Harrison et al., 1996²⁶⁸). Die Beschneidung, insbesondere die Infibulation kommt als Risikofaktor hinzu, stellt aber nicht das Hauptproblem dar (vgl. Kabira et al., 1997²⁶⁹). In diesem Zusammenhang ist hervorzuheben, dass in einigen afrikanischen Ländern wie beispielsweise Angola und Malawi, in denen FGC nicht bekannt ist, dennoch eine höhere Mütter-, sowie Säuglings- und Kindersterblichkeitsrate zu beobachten ist (vgl. Kröger et al., 2005²⁷⁰). Bezeichnend für diese beiden Länder sind Armut und Kriege, eine niedrige Rate von medizinisch betreuten Geburten sowie ein sehr junges Erstgebäralter.

4.10. FGC und psychische Leiden

4.10.1 Vergleich der beschnittenen und unbeschnittenen Frauen hinsichtlich psychischer Leiden

Die Korrelation von FGC und psychischen Störungen zu evaluieren, hat sich aus unterschiedlichen Gründen als sehr schwierig erwiesen. Während der Feldforschung befand sich die eritreische Bevölkerung in der Nachkriegszeit. Söhne, Töchter und Ehemänner der befragten Frauen waren im Krieg gefallen oder noch nicht nach Hause zurückgekehrt.

Ferner scheinen psychische Erkrankungen oder Probleme in der eritreischen Gesellschaft negativ besetzt, deshalb könnten diese häufig verleugnet oder verdrängt werden. Diese These ist jedoch nicht tragfähig, da die interviewten Frauen in dieser Studie – unabhängig davon, ob beschnitten oder unbeschnitten – psychische Probleme zeigten und diese auch zugaben, wie die Tabellen 80-85 illustrieren. Jedoch brachten sie diese nicht mit ihrer Beschneidung in

²⁶⁷Henrion R. Female genital mutilations, forced marriages, and early pregnancies Bull Acad Natl Med. 2003; 187:1051-66.

²⁶⁸Harrison PF, Howson CP. The life span approach to female morbidity and mortality: an application to female health in sub-Saharan Africa. Curr Issues Public Health. 1996; 2:226-3.

²⁶⁹Kabira WM, Gachukia EW, Matiangi FO. The effect of women's role on health: the paradox. Int J Gynaecol Obstet. 1997; 58:23-34.

²⁷⁰Kröger Inga, van Olst, Klingholz Reiner. Das Ende der Aufklärung. Der internationale Widerstand gegen das Recht auf Familienplanung. Berlin. (Hg.): Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, 2005: 68-69.

Verbindung, sondern eher mit dem Krieg und ihrer perspektivlosen Situation. Besonders stark litten sie unter der Abwesenheit des Ehemannes, der sich im Krieg befand oder gefallen war, da sie dadurch die alleinige Verantwortung für die Kinder hatten.

Hervorzuheben ist, dass sich die beschnittenen und unbeschnittenen Frauen hinsichtlich aller psychischen Erkrankungen nicht signifikant voneinander unterscheiden, wie in Abschnitt 3.13 dargestellt ist. Die empirischen Daten sprechen dafür, dass die beschnittenen Frauen eine nicht signifikante Häufigkeit für jene Auffälligkeiten zeigen, die von der Autorin als sog. andere psychische Störungen zusammenfassend dargestellt wurden, wie in Tabelle 85 ersichtlich. Hierbei spielen aber auch mythische Einflussfaktoren eine Rolle: Die Menschen in Eritrea suchen für ihre aktuelle Situation, mit der sie womöglich unglücklich oder unzufrieden sind, häufig mythische Erklärungen. Dagegen zeigt sich bei ihnen für psychische Störungsbilder wie Posttraumatische Belastungsstörung, Anpassungsstörung oder depressive Symptomatik keine Häufung.

Betrachtet man die unbeschnittenen Frauen, die unter den Widerstandskämpfern aufwuchsen, und ihre psychische Leiden, so kristallisiert sich heraus, dass sie erst mit der Rückkehr in ein traditionell geprägtes Umfeld psychische Probleme bekamen, da der gesellschaftliche Druck nach sozialer Anerkennung zu stark von der früheren freiheitlichen Weltanschauung abwich. Die neue Gesellschaft schreibt ihnen eine andere Wertigkeit und soziale Rolle zu, mit der sie sich nicht identifizieren können. Ihre Rechte auf persönliche Entfaltung werden eingeschränkt und auch ihren Töchtern aufgezwungen. Daher weisen sie häufiger, jedoch nicht signifikant, Symptome von Anpassungsstörungen auf, im Vergleich zu den Frauen, die stets in der traditionellen Mehrheitsgesellschaft lebten, wie aus Tabelle 83 ersichtlich wird.

Die männlichen ehemaligen Kämpfer dagegen konnten sich schnell an die Erwartungen des traditionellen Eritreas anpassen. Nach ihrer Aussage war es für sie mit Bequemlichkeit und Vorteilen verbunden, wieder in die patriarchale Gesellschaftsform und in die alten Rollenverhältnisse zurückzukehren.

Schlussfolgernd ist hervorzuheben, dass beschnittene Frauen im traditionellen Eritrea, die praktisch nie aus ihrem Umfeld herausgekommen sind, ihre psychischen Leiden nicht der Beschneidung zuschreiben und daher auch nicht darunter leiden, auch wenn sie durch FGC schwerste körperliche Beschwerden haben. Die beschnittenen oder unbeschnittenen Frauen dagegen, die für eine gewisse Zeit außerhalb des traditionellen Umfelds gelebt haben, entwickeln psychische Leiden in Verbindung mit FGC; dies insbesondere dann, wenn keine

Möglichkeit besteht, sich und ihre Töchter vor FGC zu schützen sowie wegen der traditionellen Werte und sozialen Rollen, die ihnen keine persönliche Entfaltungsmöglichkeiten bieten.

4.10.2 Bietet der gesellschaftliche Kontext den beschnittenen Frauen Schutz vor psychischen Traumata?

Die psychischen Störungen zu eruieren, die möglicherweise unmittelbar nach der Beschneidung eingetreten sein könnten, hat sich ebenfalls (vgl. Tabelle 27: Frühkomplikationen) als sehr schwierig erwiesen. Von den 18 Frauen, die sich überhaupt an den Eingriff erinnern konnten, gab keine Symptome wie Angst oder Furcht, Schlafstörungen oder depressive Reaktionen an. Auch meinten sie, der Mutter bzw. den Eltern gegenüber keinen Vertrauensbruch empfunden zu haben. Somit konnten keine Vergleiche hinsichtlich dieser Merkmale gezogen werden (siehe Tabelle 25).

Nach Aussagen der Frauen bestand für sie im traditionellen Eritrea kein direkter Zusammenhang zwischen ihrer Beschneidung und der Entwicklung von psychischen Beschwerden. Sie betonten, dass sie sich zwar an den starken und sogar teilweise als unerträglich beschriebenen körperlichen Schmerz erinnern könnten, aber nicht an psychisches Leiden. Ferner waren die meisten der FGC-Betroffenen der festen Überzeugung, dass die Beschneidung richtig war. Als Erklärung hierfür wurden folgende Gründe angegeben (siehe deskriptive Daten, Tabelle 86):

„Alle weiblichen Personen in unseren Familien und in unserer Umgebung haben dasselbe erlebt.“

„Die Genitalbeschneidung ist in unserer Gesellschaft positiv besetzt.“

„Wir wissen, dass unsere Eltern uns mit der Beschneidung eine gute Zukunft und die Chance auf einen guten Ehemann ermöglichen wollten.“

Somit waren diese Frauen, die sich an die Beschneidung erinnern konnten, der festen Überzeugung, weder kurzfristige noch langanhaltende psychische Belastungen durch die

Beschneidung erlitten zu haben. Dies könnte unterschiedliche Gründe haben: das frühe Beschneidungsalter, schliesslich wurde die Mehrheit der Interviewten im Säuglingsalter beschnitten, aber auch dass es sich hierbei nur um 18 Frauen handelt, die sich an die Beschneidung überhaupt erinnern konnte (siehe Abbildung 16). Ferner nimmt FGC in Eritrea mehrheitlich noch immer eine positive Funktion ein und ist gesellschaftlich akzeptiert.

Für die meisten Interviewten war es unvorstellbar, nicht genital beschnitten zu sein, sie gaben an, sich andernfalls als Außenseiterinnen zu fühlen. Der starke körperliche Schmerz, der mit dem Eingriff einhergeht, gehört ihrer Meinung nach dazu.

Eine andere Feldstudie von Lockhat (2002²⁷¹) in London postuliert divergierende Aussagen beschnittener Frauen, die im Kindes- bzw. Jugendalter beschnitten wurden:

“I felt happy afterwards because I thought everyone has it, it is common...”

“it felt really painful but I didn't feel angry, I felt proud because all bad bad it done...”

“I cried for four the weeks afterwards... I never ate anything I was so sick. I took it is so hard, not like the other girls. For me it was so difficult. I didn't have an appetite after. Other girls were playing again before me but I became very nervous....”

„I felt angry towards my mother and grandmother...”

“I felt I hated the woman after, I also felt annoyed and angry towards my neighbours and cousins..”

Einige Autoren erhärten die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung, dass der kulturelle und gesellschaftliche Kontext eine Schutzfunktion gegen psychische Traumata darstellen könnte, da FGC eine positive Zuschreibung erhält und für Werte steht, die in der Gesellschaft Anerkennung bringen, wie aus Tabelle 24 hervorgeht (vgl. Mahran, 1981²⁷²).

²⁷¹Lockhat H. Female genital mutilation. Treating the tears. Queensway, Enfield: Middlesex University Press, 2004:117-118.

²⁷²Mahran M. Medical dangers of female circumcision. International Planned Parenthood Federation (IPPF). Medical Bulletin. 1981; 15, 2.

Andere Autoren schreiben den beschnittenen Frauen diverse psychische Leiden zu:

“Die Genitalverstümmelung hinterlässt meist ein schwerwiegendes unauslöschbares körperliches und seelisches Trauma. Der gesamte Vorgang kann sich tief in das Unterbewusstsein des Mädchens eingraben und die Ursache für Verhaltensstörungen darstellen. Eine andere schwerwiegende Folge ist der Vertrauensverlust des Mädchens in seine Bezugspersonen. Langfristig können daher Frauen unter dem Gefühl des Unvollständigseins, unter Angst, Depressionen, chronischer Reizbarkeit, Frigidität und Partnerschaftskonflikten leiden“ (Kentenich et al., 2006²⁷³).

„Viele Autoren des westlichen Kulturkreises äußern, dass psychische Störungen (z.B. Angstzustände, Depressionen, psychosomatische und Verhaltensstörungen) nach einer Beschneidung geradezu zwangsläufig auftreten müssten“ (Behrendt, 2004²⁷⁴).

In einigen Publikationen wird die These aufgestellt, dass FGC in jedem Fall mit psychischer Traumatisierung einhergehen müsse (Bauer et al., 2003²⁷⁵). WHO hat FGC als starken Angriff auf die körperliche Unversehrtheit bewertet (WHO, 2001²⁷⁶). Behrendt (2005²⁷⁷) postuliert, dass beschnittene Frauen im Senegal die Beschneidung als extrem belastendes traumatisches Erlebnis beschrieben und diese eine höhere Prävalenz von Posttraumatischer Belastungsstörung aufweisen (Behrendt, 2005²⁷⁸). Ferner wird die These aufgestellt, dass der Eingriff für die Mädchen nur deshalb mit Gefühlen von intensiver Flucht, Hilflosigkeit und Entsetzen verbunden sei, da sie vorher nicht über den Eingriff aufgeklärt würden (Behrendt, 2005²⁷⁹).

²⁷³Kentenich H. Goesmann C. Empfehlung im Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung (female genital mutilation). Deutsches Ärzteblatt/ Jg. 103/ Heft 5, 2005:249.

²⁷⁴Behrendt A. Das Vorkommen Posttraumatischer Belastungsstörungen nach Weiblicher Genitalbeschneidung. Diplomarbeit. (Hg.): Universität Hamburg, 2005:28.

²⁷⁵Bauer C. Hulvrescheidt M. Gesundheitliche Folgen der Genitalverstümmelung. In: Schnitt in die Seele Weibliche Genitalverstümmelung Eine fundamentale Menschenrechtsverletzung. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, 2003:65.

²⁷⁶WHO. Female genital mutilation. Integrating the prevention and the management of the health complications into the curricula of nursing and midwifery. A student's manual. Genf. (Hg.): WHO, 2001. In: Das Vorkommen Posttraumatischer Belastungsstörungen nach Weiblicher Genitalbeschneidung. Diplomarbeit. (Hg.): Universität Hamburg. Behrendt A, 2004: 28.

²⁷⁷ Behrendt A. Moritz. S. Posttraumatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation. Am J Psychiatry. 2005; 162:1000-2.

²⁷⁸Behrendt A. Das Vorkommen Posttraumatischer Belastungsstörungen nach Weiblicher Genitalbeschneidung. Diplomarbeit. Hamburg. (Hg.): Universität Hamburg, 2005: 60.

²⁷⁹Behrendt A. Das Vorkommen Posttraumatischer Belastungsstörungen nach Weiblicher Genitalbeschneidung. Diplomarbeit. Hamburg. (Hg.): Universität Hamburg, 2005:60.

Zu hinterfragen ist, ob die beschriebenen psychischen Störungen im Kontext der Gesellschaft eruiert wurden, sprich in den Gesellschaften vor Ort oder in der Migration, da es sein kann, dass die beschnittenen Frauen außerhalb ihres gesellschaftlichen Gefüges ein Gefühl von Unvollständigkeit und Versehrtsein entwickeln, weil ihnen die fremde Mehrheitsgesellschaft dies vermittelt. Ein anderer Aspekt, der strittig bleibt, ist, ob die kulturelle Verortung des Betrachters Einfluss auf die Interpretation hat (vgl. Kapitel 1 Einleitung).

„In all this we do not even debate the point as to whether an educated and trained member of a community is entitled to observe it with profit and competence. We do not place taboos and psycho-analysis, because the psycho-analyst himself may be of the same race and culture as his patient, and at times even in the same neurotic condition(...) (Babatunde, 1998²⁸⁰).

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen, dass die beschnittenen Frauen tendenziell außerhalb ihres gesellschaftlichen Kontextes im Zusammenhang mit ihrer Beschneidung psychische Leiden entwickeln – Aufschluss über die Situation der interviewten Migrantinnen gibt das folgende Kapitel.

4.10.3 Warum leiden Migrantinnen in Deutschland in Bezug auf FGC?

Obwohl hier – aus Gründen der besseren Vergleichbarkeit des kulturellen Hintergrunds – nur über die beschnittenen eritreischen Frauen diskutiert werden soll, gibt deren Situation auch über Migrantinnen (N=98) Aufschluss, die aus anderen afrikanisch-arabischen Gesellschaften kommen und von der Autorin ebenfalls interviewt wurden.

Beim Vergleich zwischen den beiden Gruppen der beschnittenen eritreischen Frauen und den Migrantinnen in Deutschland wird aus den deskriptiven Tabellen 86 und 87 deutlich, dass die beschnittenen Frauen in Deutschland – im Gegensatz zu jenen in Eritrea – ihre psychischen Leiden mit der Beschneidung in Verbindung bringen. Ferner leiden die beschnittenen Frauen in Deutschland in Bezug auf ihre Beschneidung subjektiv mehr als in ihren Ursprungsländern, obwohl sie sich in einer Gesellschaft befinden, die über eine gute medizinische Versorgung verfügt. Wie ist dieses Phänomen erklärbar?

²⁸⁰Babatunde E. A theoretical background: Female genital surgery and Alice Walker and the anthropology of female circumcision. In: Women's rights versus women's rites. A study of circumcision among The Ketu Yoruba of south western Nigeria. Asmara, Eritrea: Africa World Press, 1998.

Festzuhalten ist, dass sich bei den beschnittenen Frauen im Zuge der Migration die Haltung gegenüber ihrer Beschneidung ändert (vgl. hierzu die deskriptiven Daten Tabelle 87):

„Inzwischen habe ich eine ambivalente Haltung zu meiner Beschneidung entwickelt.“

„Hier habe ich begriffen, dass es nicht normal ist, beschnitten zu sein.“

„Inzwischen habe ich eine negative Haltung zu meiner Beschneidung entwickelt.“

Die beschnittenen Frauen leben außerhalb ihres gesellschaftlichen Kontextes. Die deutsche Aufnahmegesellschaft hat eine negative Haltung zu FGC, es ist scheinbar befremdlich. Ferner haben die für die beschnittenen Frauen sinngebenden Faktoren von FGC, wie beispielsweise soziale Identität und gesellschaftliche Akzeptanz, in der Aufnahmegesellschaft keine Bedeutung. Hier führen ihre versehrten Genitalien eher zu Ausgrenzung und sozialer Isolation. Scheinbar werden die Frauen sich erst in der Migration ihrer tatsächlichen körperlichen Versehrtheit bewusst, was zu einer Kluft zwischen ihnen und der Mehrheitsgesellschaft führt.

Die vorliegende Studie beleuchtet zwei Aspekte, die einen besonderen Aufschluss über die Situation der betroffenen Frauen ermöglichen: die öffentlichen Debatten und das deutsche Gesundheitswesen.

4.10.3.1 Durch den öffentlichen Diskurs sehen sich beschnittene Migrantinnen psychischer Gewalt ausgesetzt

Auffallend hierbei ist, dass FGC in Deutschland in einem völlig anderen Zusammenhang dargestellt und diskutiert wird als in den jeweiligen Ursprungskulturen. Es kommt also zu einer Übertragung der westlichen Werte und Vorstellungen, die mit den Sichtweisen in den betroffenen Gesellschaften nicht übereinstimmen. Im Rahmen der westlichen Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit wird häufig organ-zentriert debattiert, wie folgende Beispiele illustrieren:

Auf Plakaten wird das Bild eines schäbigen Messers gezeigt und darunter der Satz:

“Wer jetzt ans Kartoffelschälen denkt, hat noch nie eine Frau schreien gehört, die in der Hochzeitsnacht von ihrem Ehemann aufgeschnitten wird.“

Ein anderes Bild zeigt eine Rasierklinge im Großformat und darunter den Satz:

„Wer jetzt ans Rasieren denkt, hat noch nie die Schreie einer Vierjährigen gehört, der die Schamlippen weggekratzt werden“ (Christa Müller, Intakt Plakate 2002²⁸¹).

Ein anderes Beispiel findet sich in einem Schulbuch des Cornelsen-Verlags:

„In der Hochzeitsnacht steigt der Bräutigam mit einem Messer ins Bett, sobald er überprüft hat, ob die Narbe am Geschlecht intakt ist, ob sie noch geschlossen und unberührt ist. Dann nimmt er das Messer, öffnet die Frau, legt sich auf sie, dringt in sie ein, durch die Wunde“ (Holstein et al., 2002²⁸²).

Durch die plakativen und einseitigen Darstellungen erfahren zum einen die Betroffenen eine Stigmatisierung und Diskriminierung, zum anderen bleibt außen stehenden Lesern und Betrachtern nur Empörung und Entsetzen als Reaktion.

Bei diesen Debatten steht ganz offensichtlich eine Akzentuierung auf emotional aufrührende Bilder und Slogans im Mittelpunkt des Interesses. Es handelt sich um Reproduktionen von Stereotypen und Dichotomien, die beschnittene Frauen als Opfer und die Männer als Täter darstellen. Ferner wird auf die Praxis an sich und damit auf die versehrten Genitalien, auf die gesundheitlichen Folgen und auf die schäbigen Instrumente, die verwendet werden, fokussiert, während die bereits diskutierten Hintergründe ausgeblendet werden. Damit wird FGC aus seinem Kontext herausgerissen und so präsentiert, als finde es im luftleeren Raum statt. Eine Sichtweise, die den Betroffenen nicht gerecht wird.

„Im öffentlichen Diskurs um das „körperliche Anderssein“ machen wir die beschnittenen Frauen wieder zu exotischen Fremden und setzen – sehr oft ungewollt – Mechanismen der Ab- und Ausgrenzung in Gang, die auch Aspekte von Voyeurismus, Sexismus und Rassismus

²⁸¹INTAKT: Internationale Aktion gegen die Beschneidung von Mädchen und Frauen e.V., Plakataktion, 2002.

²⁸²Holstein KH, Ernst C. (Hg.): Sozialkunde, Klassenstufe 8. Berlin: Cornelsen Verlag, 2002:22.

enthalten. Eine Entwicklung, der die Ethnologie ja aus historischer Verantwortung besonders sensibel entgegen steuern müsste “(Maier, 2003²⁸³).

„Der einseitige und eurozentrische Umgang mit dem Beschneidungsthema macht mich krank“ (siehe deskriptive Daten Tabelle 87).

Daher ist es bei der Auseinandersetzung mit FGC in der Migration von großer Bedeutung für die Betroffenen auch die sozialen Werte wie Jungfräulichkeit und Ehre, die symbolisch für FGC stehen, zu analysieren (vgl. Vissandjee, 2003²⁸⁴). Hierbei sollte eine objektive und informative Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit angestrebt werden, die dem facettenreichen Thema gerecht wird.

4.10.3.2 Tragen kulturelle Barrieren zu erschwerter medizinischer Betreuung von beschnittenen Frauen bei?

Die deskriptiven Daten zeigen die negativen Erfahrungen der beschnittenen Frauen, die sie insbesondere in gynäkologischen Abteilungen oder Geburtskliniken machen. Am häufigsten erleben die infibulierten Frauen eine große Verunsicherung und Verletzung (siehe deskriptive Daten Tabelle 87).

„...während meiner Geburt im Krankenhaus wurden alle dazu gerufen, um mich zu bestaunen.“

„...die emotionale Reaktion des medizinischen Personals und die nonverbale Abwertung, nur weil ich mich auch nicht für eine medizinische Untersuchung öffnen lassen wollte, hat mich sehr verletzt.“

„...Aus ihren westlichen Perspektiven heraus, denken sie, dass mit einem Öffnen (Deinfibulation) oder nicht erneutem Zunähen (Reinfibulation) alles in Ordnung gebracht ist. Sie begreifen nicht, dass es für uns ungewohnt ist, erstmalig einen Harnstrahl zu haben wie ein Mann oder offen zu sein. Sie müssen verstehen lernen, dass es hierbei um subjektives

²⁸³Maier C. Echo des Schweigens. Stimmen der Betroffenheit zur Genitalverstümmelung bei afrikanischen Immigrantinnen in Wien. Ethnologische Studie. Wien. Edition Rössner, 2003:8.

²⁸⁴Vissandjee B, Kantiebo M, Levine A, et al., The cultural context of gender, identity: female genital, excision and infibulation. Health Care Women Int. 2003; 24:115-24.

Empfinden geht; was für sie befremdlich ist, eine zugenähte Scheide, ist für uns normal. Ferner müssen sie sich das Wissen der Hintergründe aneignen, was in unserer Kultur „offen sein“ bedeutet, mit welchen Werten, Mythen und Vorstellungen dies zusammenhängt.“

Fallbeispiel:7

Eine 14-jährige unbeschnittene eritreische Jugendliche suchte das erste Mal eine gynäkologische Praxis in Nordrhein-Westfalen auf. Sie hatte keinen Termin, sie kam wegen starker Unterbauchschmerzen, ihre Menstruation hatte sie seit kurzem und noch unregelmäßig. Die Ärztin rief sie auf, führte sie in ihr Zimmer und sagte als erstes:

„Sie kommen bestimmt aus Somalia, gestern habe ich eine grausame Genitalverstümmelung im Fernsehen gesehen, es war so barbarisch. Dort sollen über 90% der Frauen genital verstümmelt sein, sie sind bestimmt auch verstümmelt.“

Das Mädchen berichtete, sie sei entsetzt über diese Ärztin gewesen, die ihr eine andere kulturelle Herkunft sowie eine Verstümmelung zugeschrieben habe. Das, was sie eigentlich zum Arzt geführt hatte, blieb unbeachtet, da das Mädchen das Untersuchungszimmer ohne Kommentar und unbehandelt verließ.

Auch eine aktuelle Umfrage unterstützt die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung. Der Bedarf an Informationen rund um das Thema Beschneidung unter Gynäkologinnen und Gynäkologen in Deutschland ist immens (UNICEF, 2005²⁸⁵).

Im Gegensatz zu den Erfahrungen mit dem eritreischen medizinischen Personal werden die beschnittenen Frauen in Deutschland mit Unverständnis, emotionalen Reaktionen und Zurschaustellung konfrontiert. Dies geht bei den beschnittenen Frauen mit verletztem Schamgefühl und Identitätsverlust einher. Als Folge kann sich eine Identitätskrise entwickeln (vgl. Andersson, 2001²⁸⁶). Die beschnittenen Frauen vermeiden häufig gynäkologische Untersuchungen und Vorsorgeuntersuchungen, um nicht in diese Situation zu gelangen.

²⁸⁵UNICEF. Kulturschock in der Praxis. Ergebnisse der Umfrage zur Situation beschnittener Mädchen und Frauen in Deutschland. In: Schnitte in Körper und Seele. Eine Umfrage zur Situation beschnittener Mädchen und Frauen in Deutschland. (Hg): Berufsverband der Frauenärzte e.V. und UNICEF, 2005:4.

²⁸⁶Andersson C. Female genital mutilation meets Swedish health care. Female genital mutilation is one of many forms of discrimination of women in the world Lakartidningen. 2001; 16;98:2470-3.

Man muss sich der Tatsache bewusst sein, dass für die Betroffenen ihre versehrten äußeren Genitalien eine Normalität darstellen. Die beschnittenen Frauen werden erst in unserem Kulturkreis zu Außenseiterinnen, die nicht mehr normal, sondern anders als alle Frauen sind (Bauer, 2004²⁸⁷).

Eine weitere für die Betroffenen nachteilige Situation resultiert daraus, dass das medizinische Personal hierzulande über mangelnde Kenntnisse hinsichtlich der Komplikationen, die mit verschiedenen FGC-Formen in Zusammenhang stehen, verfügt. Dies führt zu weiteren Problemen: Die Frauen klagen über Überweisungen zu verschiedenen Ärzten, hierbei sind sie erneut negativen emotionalen Reaktionen ausgesetzt. Sie beklagen auch, dass bei ihnen gehäuft Fehldiagnosen gestellt werden.

Eine Studie in Schweden zeigt, dass die beschnittenen Migrantinnen eine Tendenz zu vermehrten perinatalen Todesfällen aufzeigen, im Vergleich zu der schwedischen Kontrollgruppe (Essén et al., 2000²⁸⁸). Hierfür wird jedoch nicht die Infibulationsnarbe verantwortlich gemacht, sondern mangelnde interkulturelle Kommunikation. Einerseits fehlen die Kenntnisse im richtigen Umgang mit den Betroffenen, insbesondere während des Geburtsverlaufs, andererseits lehnen die infibulierten Frauen oft eine Schnittentbindung ab, die vom medizinischen Personal indiziert erscheint. Weiter kommt es häufig zu Missinterpretationen des CTG (Cardiotokographie) und verbalen Missverständnissen zwischen den betroffenen Frauen und dem medizinischen Personal (Essén et al., 2002²⁸⁹).

In Norwegen zeigt sich eine ähnliche Situation. Bei einer Umfrage gab das medizinische Personal an, dass FGC in der Geburtshilfe keine besondere Rolle spiele. Dennoch zeigte sich hierbei, dass gelegentlich Schnittentbindungen statt rechtzeitiger Deinfibulation durchgeführt werden. Dementsprechend gaben die infibulierten somalischen Frauen an, große Furcht vor einer Schnittentbindung zu haben, weil sie besorgt seien, während der Geburt keine adäquate Betreuung zu haben. Schlussfolgernd stellt diese Studie die Hypothese auf, dass das Ignorieren von FGC sich nachteilig auf die betroffenen Migrantinnen auswirkt, indem die

²⁸⁷Bauer E. Weibliche Genitalverstümmelung- ein Problem, das auch uns angeht. In: Wollmann-Wohlleben, Vera et al., (Hg): Psychosomatische Gynäkologie- und Geburtshilfe. Beiträge der Jahrestagung der DGPF. Göttingen: Psychosozial-Verlag, 2004:90.

²⁸⁸Essén B, Hanson BS, Ostergren PO, et al., Increased perinatal mortality among Sub-Saharan immigrants in a city population in Sweden. Acta Obstet Gynecol et Scand. 2000;79:737-43.

²⁸⁹Essén B, Bødker B, Sjöberg N.-O. et al., Is there an association between female circumcision and perinatal death? Bulletin of the World Health Organisation. 2002; 1-7.

Schwangeren nicht normal gebären können, sondern es zu unnötigen Schnittentbindungen, einer Verlängerung der Austreibungsperiode und einem niedrigen Apgar Score führe. Somit wird empfohlen, infibulierten Frauen eine sorgsam geplante Geburtsvorbereitung zukommen zu lassen, die eine adäquate und rechtzeitige Deinfibulation unter örtlicher Betäubung sowie die Gabe von Schmerzmitteln beinhaltet (Vangen et al., 2004²⁹⁰).

Eine andere Studie in Australien besagt, dass es bei den beschnittenen Frauen in Australien nicht häufiger zu Schnittentbindungen kommt als in ihren Heimatländern. Jedoch benötigten diese Frauen aufgrund der damit verbundenen sozialen und psychosexuellen Probleme einen einfühlsamen Umgang (Knight et al., 1999²⁹¹).

Es besteht ein großes Informationsdefizit bei dem medizinischen Personal – sowohl in der Schweiz als auch in anderen westlichen Gesellschaften (Thierfelder et al., 2005²⁹²), denn das mangelnde Wissen führt zu einer Benachteiligung der FGC-Betroffenen in der medizinischen Versorgung. Es wäre an der Zeit einen sensiblen und kulturell angemessenen Umgang mit den beschnittenen Migrantinnen zu entwickeln. Das medizinische Personal kann diesen Personengruppen nur gerecht werden, wenn es sich über die Zusammenhänge aufklären lässt und an Fortbildungsmaßnahmen teilnimmt, um die Komplikationen und deren adäquate medizinische Versorgung kennen zu lernen. Darüber hinaus müssen interdisziplinäre Leitlinien für die verschiedenen medizinischen Abteilungen entworfen werden. Ferner müsste es möglich sein, dass diesen Frauen Einrichtungen für angemessen betreute Geburten, wenn nötig auch mit Übersetzer, angeboten werden (vgl. Eyega et al., 1997²⁹³).

Eine ungelöste Frage für viele geburtshilflich-gynäkologische Kliniken in Deutschland ist, ob man eine infibulierte Frau, die man für die vaginale Geburt deinfibuliert hat, auf ihren Wunsch hin reinfibulieren darf. Wie die Untersuchung zeigt, finden die betroffenen Frauen so oder so Wege, die Reinfibulation machen zu lassen. Laut einer Veröffentlichung von Bündnis 90 /Die Grünen (2006) würde sich ein Arzt in Deutschland strafbar machen, wenn er eine zur

²⁹⁰Vangen S, Johansen RE, Sundby J, et al., Qualitative study of perinatal care experiences among Somali women and local health care professionals in Norway. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2004; 15;112:29-35.

²⁹¹Knight R, Hotchin A, Bayly C, et al., Female genital mutilation-experience of the royal women's hospital, Melbourne. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 1999; 39:50-4.

²⁹²Thierfelder C, Tanner Marcel, Bodiang KM. Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with Swiss health care system. *European Journal of Public Health* Vol. 2005; 15. 1:86-90.

²⁹³Eyega Z, Conneely E. Facts and fiction regarding female circumcision/female genital mutilation: a pilot study in New York City. *J Am Med Womens Assoc.* 1997; 52:174-8, 187.

Geburt deinfibulierte Frau auf ihren Wunsch hin wieder zunäht²⁹⁴. Gemäss einer Pressemitteilung einer Frauenorganisation namens Intakt 2005, ist eine Münchner Klinik, wegen Reinfibulationsverdacht²⁹⁵ in Verruf gekommen. Auch in Holland hat sich die Organisation der Frauen- und Geburtsmedizin dafür entschieden, Frauen, die in der Klinik für die Geburt deinfibuliert wurden, nicht zu reinfibulieren (Baaij et al, 1999²⁹⁶). In der Schweiz hingegen werden Reinfibulationen bei ausdrücklichem Wunsch der Patientinnen durchgeführt (Thierfelder et al., 2005²⁹⁷). Eine aktuelle Stellungnahme der Bundesärztekammer 2006 gibt Richtlinien für den Umgang mit den beschnittenen Frauen: aus medizinischen Gründen kann eine Deinfibulation indiziert sein, bspw. zur vaginalen Geburt oder vor dem Hintergrund rezidivierender Infektionen, Einschlusszysten, Schwierigkeiten beim Wasserlassen oder auf Wunsch der Patientin. Betont wird die Notwendigkeit, mit der betroffenen Frau frühzeitig ein ausführliches Gespräch zu führen und kultursensibel zu reagieren.

„Beispielsweise könnte bereits in der Schwangerschaft die eventuell nötige Deinfibulation und die anschliessende Wundversorgung erörtert werden. Ziel des Gesprächs mit der Patientin sollte sein, dass die Wundversorgung so durchgeführt wird, dass nicht erneut gesundheitliche Komplikationen wie Miktionshindernis oder schwere Dysmenorrhoe eintreten können. Verlangt jedoch die Patientin nach einer ausführlichen Aufklärung eine erneute Verengung des Introitus, muss die Behandlung abgelehnt werden“ (Kentenich et al., 2005²⁹⁸).

Strittig bleibt, wie es sich in dieser Gesellschaft begründen lässt, dass einer erwachsenen Frau, die den ursprünglichen Zustand im Kontext ihrer kulturellen Vorstellungen wünscht, dies nicht gewährt wird, aber gleichzeitig Operationen an den Genitalien aus ästhetischen oder anderen nicht medizinischen Gründen erlaubt sind, wie beispielsweise transsexuelle OPs, intersexuelle OPs oder Schönheitsoperationen wie Brustvergrößerungen, Schamlippenrekonstruktionen oder Vulvoplastiken.

Bislang ist noch nicht hinreichend bedacht worden, wie ein Arzt oder Therapeut mit den seelischen oder psychosomatischen Leiden einer Frau umgehen soll, die eine Reinfibulation

²⁹⁴<http://www.gruene-bundestag.de/cms/beschluesse/dokbin/102/102670.pdf>. [2.07.06].

²⁹⁵<http://www.intact-ev.de/aktuell/16.pdf> [2.02.06].

²⁹⁶Baaij M, Kagie MJ. Ned T G. Medisch Centrum Haaglanden, locatie Westeinde, Den Haag. 1999; 21;143:1721-4.

²⁹⁷Thierfelder C, Tanner M, Bodiang KM. Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system. Eur J Public Health. 2005; 15:86-90.

²⁹⁸Kentenich H, Goesmann C. Empfehlung im Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung (female genital mutilation). Deutsches Ärzteblatt, 2005; 103-249.

fordert. Das Verstehen der Hintergründe und deren komplexer Zusammenhänge könnte für das medizinische Personal die Interaktion mit den Betroffenen erleichtern und den beschnittenen Frauen zusätzliche Stigmatisierungen ersparen.

Infibulierte Frauen sind während Schwangerschaft und Geburt aufgrund ihrer Situation ohnehin bereits gefährdet, deshalb benötigen sie besonders kompetente und einfühlsame medizinische Betreuung. Eine rechtzeitige Deinfibulation ist absolut notwendig, diese kann auch in Lokalanästhesie durchgeführt werden. Da das medizinische Personal im Zuge der Migration mit den betroffenen Frauen konfrontiert wird, muss es sich über die exakte klinische Betreuung bewusst sein (vgl. Carcopino, 2004²⁹⁹).

In geburtshilflichen Einrichtungen müssen demnach Veränderungen eintreten, die Erwartungen, Vorstellungen und Wünsche der FGC-Betroffenen einschließen, kulturell bedingte Missverständnisse vermindern und einen respektvollen und sensiblen Umgang mit den betroffenen Frauen ermöglichen.

Schlussfolgernd ist zu betonen, dass im Umgang mit den beschnittenen Frauen eine transkulturelle Kompetenz notwendig scheint. Eine Zusammenarbeit zwischen medizinischem Personal und Migrantinnen, die sich mit der komplexen Thematik beschäftigen, könnte helfen, einen kultursensiblen Umgang mit den beschnittenen Frauen zu ermöglichen.

Aus Angst vor Verletzungen und aus Scham meiden viele beschnittene Migrantinnen gynäkologische Praxen und Geburtskliniken. Die ersten Minuten einer Begegnung entscheiden oft über den weiteren Verlauf. Sie wünschen sich Respekt und Empathie. Die beschnittenen Frauen verstehen sich nicht als genital Verstümmelte, sondern als beschnittene Frauen. Da der Begriff Verstümmelung negativ besetzt ist und ihnen jegliche positive Bedeutung nimmt, für den die Beschneidung in ihrem Kontext symbolisch steht. Auch begrüßen sie Fragen zu gesundheitlichen Komplikationen und zu den Hintergründen. Eine weitere Forderung, die den betroffenen Frauen zugute käme, wäre das Thema FGC in das Curriculum des Medizinstudiums, der ärztlichen Fortbildung, der Hebammen- und Krankenpflegeausbildung aufzunehmen.

²⁹⁹Carcopino X, Shojai R, Boubli L. Female genital mutilation: generalities, complications and management during obstetrical period. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2004, 33:378-83.

4.11 Kritik und westliche Beendigungsstrategien

4.11.1 Trägt die internationale Ignoranz der Grundbedürfnisse afrikanischer Gesellschaften zur Aufrechterhaltung von FGC bei?

Wie die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, stellt die FGC-Problematik für die betroffenen Gesellschaften nicht das Hauptproblem dar. In afrikanischen Gesellschaften wie Eritrea, Äthiopien und Tansania gab und gibt es Kampagnen, die unterschiedliche Strategien zur Bekämpfung von FGC entwickelt haben. Jedoch tritt das Problem FGC vor dem Hintergrund der existenziellen Probleme in den Hintergrund. Daher wäre es an der Zeit, als Beendigungsstrategie die grundlegenden Probleme dieser Länder – wie Hunger, Armut und fehlende medizinische Versorgung – beseitigen zu helfen. Vor diesem Hintergrund muss bei den Betroffenen das internationale Interesse für FGC und das Pochen auf die Menschenrechte unverständlich klingen, da ja nicht einmal ihre Grundrechte erfüllt sind.

Das Thema FGC sollte nicht als ein privates, sondern als ein soziokulturelles und ökonomisches Problem angesehen werden. Veränderungen müssen dementsprechend weniger die kulturell-moralische Ebene als vielmehr die sozioökonomische Ebene betreffen: Bekämpfung der Armut, Zugang zu Bildung und medizinische Grundversorgung für Mädchen und Frauen müssen im Mittelpunkt des Interesses stehen, um eine nachhaltige Änderung der Einstellung zur Beschneidungsthematik zu erzielen. Moralische Überlegenheitsansprüche, ohne Berücksichtigung des gesellschaftlichen Umfeldes, verschlimmern das Problem für die betroffenen Frauen eher statt es zu lösen. So erweist sich der aktuelle westliche Diskurs als eher kontraproduktiv bei der Bekämpfung von FGC.

4.11.2 Beendigungsstrategien

Der Dialog mit den betroffenen Migrantinnen, die auch als Aktivistinnen fungieren, ist hilfreich bei der Entwicklung realisierbarer Strategien für die heterogenen Gesellschaften. Wie die Untersuchung zeigt, könnten damit kulturell bedingte Missverständnisse vermieden werden. Darüber hinaus erreichen Migrantinnen die Menschen ihrer eigenen Gemeinschaft eher als außen stehende westliche Akteure. Somit könnten sie bei FGC-Präventionsstrategien auch für die Töchter von Migranten eine Schlüsselrolle spielen. Gesetzliche Verbote und unfreiwillige medizinisch-gynäkologische Untersuchungen sind keine nachhaltigen und

realisierbaren Lösungen. Ferner führen sie zu keiner Bewusstseinsveränderung bei den Betroffenen – eher ist das Gegenteil zu befürchten. Daher scheint es der Autorin überaus wichtig, die FGC-Betroffenen selbst und die Menschen aus deren Kulturkreis dazu zu bringen, sich als Handelnde zu begreifen und nicht als eine zu betreuende Problemgruppe.

Eine nachhaltige und grundsätzliche Veränderung hinsichtlich der FGC-Problematik kann Generationen dauern und ist nur im Zusammenhang mit Bildung und Entwicklungsmöglichkeiten zu erreichen. Hier müssen die Werte analysiert werden, die symbolisch für FGC stehen, wie Jungfräulichkeit, Ehre, sexuelle Enthaltsamkeit, soziale und gesellschaftliche Identität und wirtschaftliche Sicherheit und Zukunftsperspektive durch Heirat. Demnach steht FGC nicht im luftleeren Raum, sondern es erfüllt einen traditionellen Sinn, so wie die Gesellschaft derzeit konzipiert ist. Die soziale Stellung der Frau in diesen Gesellschaften und die Möglichkeit zur Selbstbestimmung der eigenen Reproduktion müssen im Mittelpunkt der FGC-Beendigungsstrategien stehen. Hierbei müssen den Frauen wirtschaftliche und persönliche Zukunftsperspektiven eingeräumt werden, damit sie ihre gesellschaftlichen Werte und Vorstellungen bezüglich FGC verändern können.

Die Gesellschaften, in denen FGC nach wie vor praktiziert wird, brauchen daher Lösungen, die an ihre Möglichkeiten und Ressourcen angepasst und somit realisierbar sind.