Aus der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
(Direktor Univ.- Prof. Dr. med. Marek Zygmunt)
der Universitätsmedizin der Universität Greifswald

Zusammenhang zwischen weiblicher Genitalverstümmelung und Zahndeformierungen sowie weiterer Mutilationen im subsaharischen Raum

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung des akademischen

Grades

Doktor der Zahnmedizin
(Dr. med. dent.)

der

Universitätsmedizin

der

Universität Greifswald

2023

vorgelegt von:
Sjard Sören Stelter
geb. am: 11.03.1999
in: Winsen (Luhe)

Aus der Abteilung des interdisziplinären Brustzentrums

Dekan:	Prof. Dr. Karlhans Endlich
1. Gutachter:	Prof. Dr. Ralf Ohlinger
2. Gutachter:	Prof. Dr. Ingolf Juhasz-Böss
Ort, Raum:	Institut für Rechtsmedizin, Kuhstraße 30, Seminarraum, 17489 Greifswald
Tag der Disputation:	28.11.2023

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis VI
1 Einleitung 1
2 Stand der Forschung 3
2.1 Zahndeformierungen 6
2.1.1 Einleitung 6
2.1.2 Arten der Zahndeformierungen 7
2.1.2.1 Die einfache Zuspitzung der Zähne 7
2.1.2.2 Die Zacken- und Lückenfeilung 9
2.1.2.3 Ausbrechen der Zähne (Entfernen der Zähne) 12
2.1.2.4 Die Horizontalfeilung resp. Amputation 15
2.1.2.5 Die Färbung der Zähne 16
2.1.2.6 Das Ausschmücken der Zähne mit Metall- oder Steineinlagen 18
2.1.2.7 Das Verdrängen der Zähne aus ihrer Stellung 18
2.1.3 Gründe der Zahndeformierungen 20
2.1.3.1 Annäherung an ein Tier oder Totemtier, Distanzierung von bestimmten anderen Tieren 20
2.1.3.2 Ästhetik, Verschönerung, Schmuck 21
2.1.3.3 Angehörigkeit zu einer Ethnie, Stammeszeichen, Tradition 22
2.1.3.4 Gewünschte Veränderung der Phonation und Funktion, „Spuckgruß“ 23
2.1.3.5 Aberglaube 24
2.1.3.6 Initiation 25
2.1.3.7 Nahrungsaufnahme während Krankheit 25
2.1.3.8 Sekundär durch Nahrungskonsum 25
2.1.4 Folgen der Zahndeformierungen 26
2.1.5 Infant Mutilation (IM), Infant Oral Mutilation (IOM) 28
2.1.5.1 Einleitung 28
2.1.5.2 Enukleation 31
2.2 Weibliche Genitalverstümmelung 36
2.2.1 Einleitung 36
2.2.2 Aufbau des weiblichen Genitals 37
2.2.3 Einteilung der Genitalmutilationen 37
2.2.3 Gründe für Genitalmutilationen 39
2.2.3.1 Übergangsritus 39
2.2.3.2 Heiratsfähigkeit sichern 39
2.2.3.3 Familienehre 40
2.2.3.4 Kontrolle der Sexualität 41
2.2.3.5 Religiöse Anforderung 41

2.2.3.6 Kulturelle und ethnische Identität 42
2.2.4 Folgen von Genitalmutilationen 43
2.2.5 Rechtliche Dimensionen 47
2.2.5.1 Gesetzliche Lage auf internationaler Ebene 47
2.2.5.2 Gesetzliche Lage in Afrika 50
2.2.5.3 Gesetzliche Lage in Deutschland 52
2.2.6 Handlungsempfehlungen für den Umgang mit Frauen nach oder vor weiblicher Genitalverstümmelung 54
2.3 Weitere Mutilationsformen 60
2.3.1 „Brustbügeln“ 60
2.3.1.1 Physiologischer Aufbau der Brust 63
2.3.1.2 Ablauf des Brustbügelns 64
2.3.1.3 Gründe des Brustbügelns 65
2.3.1.4 Folgen des Brustbügelns 67
2.3.2 Brustinzision bei Tea-Tea sowie Skarifikationen 69
2.3.2.1 Tea-Tea 70
2.3.2.3 Skarifikationen 71
2.3.3 Europäische Mutilationen und historischer Rückblick auf das Korsett 74
2.3.4 Mutilationen bei der Sekte der Skopzen 75
2.3.5 Verlängerungen der Genitalien (Labien-Elongation), sogenannte „Hottentottenschürze“ 76
3 Material und Methoden 81
4 Ergebnisse 82
4.1 Korrelation in den Initiationsstufen 82
4.2 Tabellarische Auflistung der Korrelationen 85
4.3 Korrelation auf der Grundlage geographischer Zuordnungen 88
4.3.1 Geographische Lokalisation von Zahnmutilationen 88
4.3.2 Geographische Lokalisation von Genitalverstümmelungen 89
4.3.3 Vergleich der geographischen Ausbreitungen 91
4.4 Korrelation am Beispiel der Massai 92
5 Diskussion und Ausblick 99
6 Zusammenfassung 103
7 Literaturverzeichnis 105
8 Anhang 123
8.1 Altersverteilung der Fälle von „Ebino“ und „Tea-tea“ nach Accorsi et al. 123
8.2 Originalquelle der Typen der Genitalverstümmelung (WHO-Klassifikation) 124
8.3 Tabellarische Auflistung der Ethnien mit Korrelationen 125

8.4 Tabellarische Auflistung der Ethnien mit noch nicht aufgefundenen Korrelationen 131
8.5 Karte der unterzeichnenden und ratifizierenden Mitglieder des Maputo-Protokolls in Afrika nach der University of Pretoria 161
9 Eidesstattliche Erklärung 162
10 Danksagung 163

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Verschiedene Varianten der Zuspitzung (f, g) sowie der Zacken- und Lückenfeilung (a-e) aus dem Kongogebiet (Schröder 1906, S.29) 8

Abb. 2: Mädchen aus dem Stamm der Bench mit Zuspitzung der Inzisivi (Foto: Prof. R. Garve)..... 9

Abb. 3: Anbringen der Zuspitzung mit einem Messer bei einem Bench (Foto: Prof. R. Garve) 9

Abb. 4: Zacken- und Lückenfeilung im Oberkiefer, kombiniert mit ausgeschlagenen Zähnen im Unterkiefer bei einem Herero (Foto: Prof. R. Garve) 11

Abb. 5: Zacken- und Lückenfeilung im Oberkiefer, kombiniert mit ausgeschlagenen Zähnen im Unterkiefer bei einem Pygmäen aus Kamerun (Foto: Prof. R. Garve)..... 11

Abb. 6: Angehörige des Banna-Stammes mit ausgebrochenen Inzisivi im Unterkiefer (Foto: Prof. R. Garve)..... 12

Abb. 7: Angehörige des des Toposa-Stammes mit ausgebrochenen Inzisivi im Unterkiefer (Foto: W. Moritz mit Genehmigung) 12

Abb. 8: Prozedur des Ausschlagens in Äthiopien, hier per Steinschlag auf einen Holzstab (Foto: Prof. R. Garve) 13

Abb. 9: Hamar-Frau aus Äthiopien mit extrahierten Unterkiefer-Inzisivi und sekundär elongierten Oberkiefer-Inzisivi (Foto: Prof. R. Garve) 15

Abb. 10: Sekundäre Färbung der Zähne durch den Konsum der Betelnuss (Foto: Prof. R. Garve)..... 17

Abb. 11: Schematische Darstellung des Verdrängens der oberen Inzisivi aus ihrer natürlichen Stellung mit zwei Holzkeilen (Schröder 1906, S.97)..... 19

Abb. 12: Vorgebogene obere Inzisivi bei einer Massai-Frau (Foto: Prof. R. Garve) 19

Abb. 13: Bench-Mitglied mit spitzgefeilten oberen Inzisivi (Foto: Prof. R. Garve).... 23

Abb. 14: Angehörige der Massai bei dem „Spuckgruß“ (Foto: Prof. R. Garve)..... 24

Abb. 15: Mesialwanderung, Elongation und Rotation des Zahnes 13 nach Entfernung des Zahnes 11 bei einem Mingi (Foto: Prof. R. Garve) 27

Abb. 16: Germekomie mit einem Nagel bei einem Nuer Kind (Foto: Prof. R. Garve)..... 32

Abb. 17: Zustand nach Germektomie im Unterkiefer (Foto: Prof. R. Garve)..... 32

Abb. 18: Präoperativer Zustand nach einem Noma infolge einer Enukleation (IOM) (Foto mit Genehmigung durch Tungotyo 2017, S. 113)..... 33

Abb. 19: Zustand nach chirurgischer Intervention nach dem Noma (Foto mit Genehmigung durch Tungotyo 2017, S. 114)..... 33

Abb. 20: Physiologische Anatomie des weiblichen Genitals (eigene Darstellung)... 37

Abb. 21: Die ersten 3 Typen der Genitalmutilationen nach WHO-Klassifikation, rote Bereiche sind betroffen (je nach Unterklassifikation hellrot oder dunkelrot) (eigene Darstellung nach WHO 1997) 38

Abb. 22: Schnittführung bei dem OD-Lappen (links) und das Resultat (rechts) mit freigelegtem Klitorisstumpf (beige) und darüber liegender "Kuppel" (grau) (eigene Darstellung nach O'dey 2019, S. 53-60) 57

Abb. 23: Angehörige des Loango-Stammes mit einer Brustschnur (Ploss und Bartels 1895, S. 227) 61

Abb. 24: Äthiopische Frau mit mutilierter Brust rechts und einem Unterkiefer Diastema infolge von Extraktionen (Foto: Prof. R. Garve) 62

Abb. 25: Brustinzision im Zuge von Skarifikationen bei den Surma (Foto: Prof. R. Ohlinger) 73

Abb. 26: Brustinzision im Zuge von Skarifikationen bei den Surma im Detailbild (Foto: Prof. R. Ohlinger) 73

Abb. 27: Korsett der Ossetinnen (Ploss und Bartels 1895, S. 229) 74

Abb. 28: Russin mit abgetrennten Brüsten aus der Sekte der Skopzen (Ploss und Bartels 1895, S. 231) 76

Abb. 29: Verlängerung der Schamlippen bei einer „Hottentottin" (Le Vaillant 1790) 77

Abb. 30: Detailzeichnung der verlängerten Labia minora (Ploss und Bartels 1895, S. 165) 77

Abb. 31: Prozentuale Verteilung der Zahnmutilationen nach Schröder (Typ I-VII) bei Ethnien mit korrelierenden Mutilationen (eigene Darstellung) 86

Abb. 32: Prozentuale Verteilung der Formen der Genitalmutilationen und weiterer Mutilation (links); Prozentuale Verteilung der Genitalmutilationen mit allein der WHO-Klassifikation zuteilbaren Typen (rechts) (eigene Darstellung) 87

Abb. 33: Geographische Verbreitung der künstlichen Zahnverstümmelungen im Jahr 1922 (Lignitz 1921-1922) 88

Abb. 34: Geographische Ausbreitung der Genitalmutilationen bei Frauen und Mädchen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren mit ihren prozentualen Prävalenzen (modifiziert nach und mit genehmigter Erlaubnis von UNICEF 2021b) 90

Abb. 35: Territoriale Korrespondenzen zwischen Genital- und Zahnmutilationen (eigene Darstellung) 92

Abb. 36: Beschneidungsmesser und Utensilien (Milchgefäß, Kalkkrug), die sowohl für die Zahn- als auch für Genitalmutilation benutzt werden (eigenes Foto, aufgenommen in Privatsammlung von Prof. R. Garve) 98

1 Einleitung

> *„Vorher war ich stolz. Aber die medizinische Untersuchung hat meinen Stolz verletzt. Der Arzt war sehr schockiert, als er feststellte, dass ich zugenäht war.“*[1]

> *„Meine Frauenärztin sagte: `Ich habe gar nicht gemerkt, dass sie [sic!] beschnitten sind.´“*[2]

Die vorstehend genannten Zitate schildern zwei Szenarien einer gynäkologischen Untersuchung in Deutschland und der Schweiz. Sie dokumentieren ein Negativbeispiel des Umgangs mit beschnittenen Frauen, das durch fachliche Unkenntnis einen bleibenden, traumatischen Effekt für die Betroffenen evoziert hat. Ein ratloses, geschocktes ärztliches Personal oder gar ein Übersehen vorliegender Mutilationen sind medizinische Situationen, die sich weder Ärzt*in noch Patient*in wünschen. Dabei sind genitalmutilierte Frauen längst kein Einzelfall in der Praxis: Von 493 befragten deutschen Frauenärzt*innen geben bereits 43% an, eine Patientin mit einer Genitalmutilation behandelt zu haben.[3]

Weltweit wird die Zahl der Verstümmelten auf mindestens 200 Millionen geschätzt. 4 Millionen Mädchen sind jährlich dem Risiko einer Beschneidung ausgesetzt. Die meisten der 31 von Mutilationen betroffenen Länder liegen auf dem afrikanischen Kontinent.[4] Da im Zuge der COVID-19 Pandemie Schulen geschlossen und Hilfsprogramme ausgesetzt werden müssen, wird befürchtet, dass weltweit unternommene Initiativen zur Eindämmung von Verstümmelungen in ihrer Umsetzung eine rückläufige Tendenz haben.[5]

Im Zuge von Globalisierungsvorgängen, Ferntourismus und Flüchtlingsbewegungen kommt es zu steigenden Migrationszahlen in Europa. Inhärent sind dabei kulturelle Diskrepanzen bezüglich anderer Werte, Normen und ethischer Eigenheiten. Die kulturgebundenen Verhaltensweisen umfassen auch eine Vielzahl von Mutilationspraktiken, die die europäische medizinische Versorgung vor Probleme in Diagnostik, Umgang und Therapie stellt.[6]

---

[1] Übersetzung d. Autors nach Thierfelder et al. 2005, S. 88, Originalzitat: „Beforehand i was proud. But the medical consultation hurt my pride. The physician was very shocked when he realised that I was sutured.“
[2] Rühl 2006, S. 9.
[3] Prange 2006, S. 6.
[4] UNICEF 2021a.
[5] Vereinte Nationen (UN) 2022.
[6] Scamell und Ghumman 2019, S. 17–21.

Das Thema der Genitalverstümmelung gewinnt in den vergangenen Jahren zwar an Popularität, doch werden die weiteren Modifikationen des Körpers in literarischen Betrachtungen oft nicht hinreichend berücksichtigt. Eine Entsprechung findet dieses in Berichten über Zahnmodifikationen wie beispielsweise dem Zuspitzen der Frontzähne. Dieses findet im subsaharischen Raum eine große Verbreitung.

Berichte von Augenzeuginnen und Augenzeugen liefern entscheidende Hinweise, dass sich Mutilationen in den meisten Fällen nicht auf eine Variante beschränken, sondern als Komplex vorkommen.

So ist der Vergleich zwischen den verschiedenen Mutilationsformen und das Wissen um das gleichzeitige Vorhandensein von Zahn- und Genitalverstümmelungen eine entscheidende Möglichkeit zur Schließung der anfänglich beschriebenen Diagnostiklücke.

Versetzt man sich erneut in die geschilderte Behandlungssituation, kann ein aufmerksamer Blick auf die Zähne oder die anamnestische Erfassung von leicht ersichtlichen Körperveränderungen einen Hinweis auf weitere Mutilationen liefern. Nur nach richtiger Diagnostik kann der weitere Behandlungsablauf patientenadäquat durchgeführt werden. So ist eine Behandlung jedoch nur dann auf den Patienten abgestimmt, wenn der*die Ärzt*in fundierte und entsprechende Kenntnisse über die motivationalen Hintergründe, physischen und psychischen Folgen sowie ethnischen Besonderheiten hat. Folglich werden im Zuge dieser Arbeit mutilationsspezifische Eigenheiten dargestellt und es wird Sachaufklärung über sie betrieben.

Neben den genannten Zahn- und Genitalmutilationen sind dem Gesamtkomplex der subsaharischen Mutilationen viele weitere Mutilationsformen und Praktiken wie z.B. das Verstümmeln der sekundären Geschlechtsorgane oder die Inzision der Haut im Zuge künstlich herbeigeführter Narbenbildungen zuzuschreiben. Auch diese Körperveränderungen sind zunehmend in Europa anzutreffen, sodass mit dieser wissenschaftlichen Arbeit ein Beitrag in der ärztlichen Weiterbildung geliefert werden soll.

Die Ziele dieser Arbeit sind also zusammengefasst:

1. Systematische, literarische Korrelationssuche zwischen Genital- und Zahnmutilationen sowie weiteren Mutilation mit dem Ziel einer vereinfachten und adaptieren Diagnostik
2. Wissenschaftliche Aufklärung über den Gesamtkomplex der dentalen Verstümmelungen mit dem Ziel der adaptierten Behandlung

3. Wissenschaftliche Aufklärung über den Gesamtkomplex der genitalen Verstümmelungen mit dem Ziel der adaptierten Behandlung
4. Wissenschaftliche Aufklärung über weniger populäre Mutilationsformen innerhalb des subsaharischen Raums mit dem Ziel der adaptierten Behandlung

Für eine fundiert wissenschaftliche Arbeitsweise mit einem breit gefächerten Spektrum aus verschiedenen Gebieten wird in dieser Arbeit auf ein interdisziplinäres Vorgehen der Fachgebiete Gynäkologie, Zahnmedizin, Ethnologie, Ethnomedizin und Ethnozahnmedizin gesetzt. Eine Reflexion zur Mutilation ist ein komplexes Thema mit Bezug zu verschiedenen Wissenschaftsgebieten. Daher ist bereits jetzt festzuhalten, dass bei ärztlichen Konsultationen auch in Kenntnis des im Zuge dieser Arbeit erlangten Wissens die Interdisziplinarität höchste Priorität im Sinne einer bestmöglichen Behandlung des Patienten hat und dementsprechend auch in praxi zu verfahren ist. Nur so können kulturelle Barrieren überwunden werden, Missstände und Verstümmelungspraktiken verhindert und eine funktionierende multiethische Gesellschaft geschaffen werden. Mit dieser Arbeit sollen insbesondere im Hinblick auf die medizinische Wissenschaftsebene ein Beitrag und zugleich ein Ausgangspunkt für künftige Entwicklungen und Forschungen gesetzt werden.

2 Stand der Forschung

Dieses Kapitel soll im Sinne der wissenschaftlichen Aufklärung den derzeitigen Kenntnisstand über dentale, genitale und weitere Mutilationen darlegen. Innerhalb des ersten Abschnitts wird hierfür die Methode der Literatursichtung kurz dargelegt, um dann im Folgenden auf die einzelnen Themen einzugehen. Insbesondere ist von Bedeutung, dass die in älteren Werken oft anzutreffenden Formulierungen und rassistisch konnotierten Ausdrucksweisen abzulehnen sind. Ihnen ist mit klarer Distanzierung zu begegnen, da sie aus heutiger Sicht keineswegs vertretbar sind. Gleichwohl sind die enthaltenen sachdienlichen Informationen für die Zwecke einer wissenschaftlichen Doktorarbeit wichtig und sie werden daher genutzt.

Die Literaturrecherche bezüglich Zahnmutilationen gestaltet sich allgemein als schwierig. Systematische und wissenschaftliche Publikationen sind kaum aufzufinden. Es existieren eher ältere Reiseberichte oder Abschnitte in Monografien.

Herauszustellen sind hier die Werke von Schröder[7] und Lignitz[8]. In ihnen findet sich eine profunde und detaillierte Auseinandersetzung mit der Thematik.

Neben den genannten Grundlagenwerken dienen Literaturdatenbanken wie z.B. MEDLINE als Quellen für medizinische Fachartikel. Für die Zwecke dieser Arbeit wird primär mit den folgenden Parametern zum Thema Zahnmutilation durchsucht:

- Dentale oder orale Mutilation
  ("mouth"[MeSH Terms] OR "mouth"[All Fields] OR "oral"[All Fields] OR ("dental health services"[MeSH Terms] OR ("dental"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "services"[All Fields]) OR "dental health services"[All Fields] OR "dental"[All Fields] OR "dentally"[All Fields] OR "dentals"[All Fields])) AND ("mutilate"[All Fields] OR "mutilated"[All Fields] OR "mutilates"[All Fields] OR "mutilating"[All Fields] OR "mutilation"[All Fields] OR "mutilations"[All Fields] OR "mutilative"[All Fields]) AND ("africa"[MeSH Terms] OR "africa"[All Fields] OR "africa s"[All Fields] OR "africas"[All Fields])
- Weitere im Themenbereich der dentalen Mutilationen liegende Mutilation
  ((("infant"[MeSH Terms] OR "infant"[All Fields] OR "infants"[All Fields] OR "infant s"[All Fields]) AND ("mouth"[MeSH Terms] OR "mouth"[All Fields] OR "oral"[All Fields]) AND ("mutilate"[All Fields] OR "mutilated"[All Fields] OR "mutilates"[All Fields] OR "mutilating"[All Fields] OR "mutilation"[All Fields] OR "mutilations"[All Fields] OR "mutilative"[All Fields])) OR "ebino"[All Fields] OR "Ebinyo"[All Fields]) OR ("enuclation"[All Fields] OR "enucleate"[All Fields] OR "enucleated"[All Fields] OR "enucleates"[All Fields] OR "enucleating"[All Fields] OR "enucleation"[All Fields] OR "enucleations"[All Fields] OR "enucleative"[All Fields]) AND ("teeth s"[All Fields] OR "teeths"[All Fields] OR "tooth"[MeSH Terms] OR "tooth"[All Fields] OR "teeth"[All Fields] OR "tooth s"[All Fields] OR "tooths"[All Fields]) AND ("africa"[MeSH Terms] OR "africa"[All Fields] OR "africa s"[All Fields] OR "africas"[All Fields])

Weiterhin wird die gesichtete Literatur durch eine Handsuche ergänzt, bei der hauptsächlich die zitierten Publikationen der gesichteten Veröffentlichungen herangezogen werden.

Die Basis an hochwertiger Literatur für das Gebiet der Genitalverstümmelung ist wesentlich breiter und liefert eine gute Grundlage für eine wissenschaftliche

[7] Schröder 1906.
[8] Lignitz 1921-1922.

Zusammenhangssuche. Die Literatursichtung greift auf folgenden Search-String mit entsprechenden Parametern zurück:

> ("circumcision, female"[MeSH Terms] OR ("circumcision"[All Fields] AND "female"[All Fields]) OR "female circumcision"[All Fields] OR ("female"[All Fields] AND "genital"[All Fields] AND "mutilation"[All Fields]) OR "female genital mutilation"[All Fields]) AND ("africa"[MeSH Terms] OR "africa"[All Fields] OR "africa s"[All Fields] OR "africas"[All Fields])

Innerhalb des subsaharischen Raums wird keine Eingrenzung auf die Mutilationen der Zähne und des Genitals vollzogen. Die damit vielfach verknüpften und häufig auftretenden anderen Deformierungsarten werden daher ebenso in der Literatur beleuchtet und werden mit nachfolgendem Suchparametern herausgefiltert:

> ((("breast"[MeSH Terms] OR "breast"[All Fields] OR "breasts"[All Fields] OR "breast s"[All Fields]) AND ("iron s"[All Fields] OR "ironing"[All Fields] OR "irons"[All Fields])) OR ("puxa"[All Fields] AND "puxa"[All Fields]) OR („Hottentottenschürze“[All Fields]) OR (("labia"[All Fields] OR "labiae"[All Fields]) AND ("elongate"[All Fields] OR "elongated"[All Fields] OR "elongates"[All Fields] OR "elongating"[All Fields] OR "elongation"[All Fields] OR "elongations"[All Fields] OR "elongator"[All Fields] OR "elongator s"[All Fields] OR "elongators"[All Fields]))) OR ("scarification"[All Fields] OR "scarifications"[All Fields]) AND ("africa"[MeSH Terms] OR "africa"[All Fields] OR "africa s"[All Fields] OR "africas"[All Fields])

Die Auswertung der für die Arbeit wichtigen Quellen erfolgt in einem iterativ hierarchischen Suchverfahren mit Filterung nach u.a. Geschlecht und geographischer Lokalisation orientierend an der thematischen Fragestellung. Des Weiteren kann entsprechend der später folgenden Korrelationsrecherche von der Basis begrenzter Literatur der Zahnmutilation ausgegangen werden, um mittels übereinstimmender Komponenten die Literatur der anderen Mutilationsarten zu selektieren.

Die Darlegung des Forschungsstandes beginnt mit Ausführungen zum Themenkomplex der Zahndeformierung. Anschließend folgt die Beschreibung des Themenkomplexes der genitalen Verstümmelungen. Zum Schluss werden die weiteren für den Gesamtkontext wichtigen Mutilationen erörtert. Diese umfassen das Brustbügeln, die Brustinzisionen (mit Beleuchtung der Skarifikationen), europäische Mutilationen, Mutilationen bei den Skopzen sowie die Labien-Elongation.

2.1 Zahndeformierungen

2.1.1 Einleitung

Zahnmutilationen umfassen vielfältige Formen der Deformierung von Zähnen.
Die Auffassungen von Gesichtsästhetik können je nach Kulturkreis stark variieren. So wird in der westlichen Kultur eine Orientierung an „den von den Medien kreierten und propagierten Idolen [vorgenommen], […] um die gemeinhin damit assoziierten Attribute wie Erfolg, Status, Wohlstand und Dazugehören sich selbst und anderen suggerieren zu können“.[9] Für das dentale Schönheitsideal bedeutet das in den westlichen Industriestaaten „lückenlose, möglichst schneeweiße und ebenmäßige Frontzähne ohne Verfärbungen oder sichtbare Karies und mit einer optimalen Okklusion […]“.[10]
In deutlicher Divergenz zu dieser Ansicht existiert im subsaharischen Raum ein gänzlich anderes Verständnis von Gesichts- und Körperästhetik. Der Ausdruck einer deutlich anderen Vorstellung dokumentiert sich unter anderem in den Zahnmutilationen, die auch im heutigen Afrika noch persistieren, wie in der Studie von Fabian und Mumghamba exemplarisch dargelegt:
Sie untersuchen 2007 in Tansania 217 Bürger*innen über 40 Jahren auf Veränderungen der Zähne. Es zeigt sich, dass 16% aller Beteiligten Zahnmutilationen aufweisen. Der Anteil der weiblichen Testpersonen mit Mutilationen liegt mit 20,6% höher als der der männlichen Testpersonen mit Mutilationen (11,3%).[11]

Die folgenden Kapitel liefern einen Einblick in die Einteilung, Gründe und Folgen von Zahnmutilationen. Anschließend werden im nächsten Schritt die „Infant Mutilation“ dargestellt. Diese gehen mit den zuvor aufgeführten Folgen und Einteilungen von Zahnmutilationen weitestgehend einher. Sie machen jedoch in der Ursachenbetrachtung und der Erweiterung einiger genannter Aspekte eine gesonderte Betrachtung notwendig, da sie in einem anderen Lebensalter und mit unterschiedlichen Motiven durchgeführt werden.

[9] Garve 2015, S. 4.
[10] Garve 2015, S. 11.
[11] Fabian und Mumghamba 2007, S. 185–186.

2.1.2 Arten der Zahndeformierungen

Für den Einstieg in das Themenfeld der Zahndeformierungen ist eine grundlegende Einteilung vorzunehmen, da für einen strukturierten und detaillierten Vergleich eine Kategorisierung der vielfältigen Zahndeformitäten unumgänglich ist. Eine bereits 1906 von Schröder vorgenommene Einteilung lässt sich auch heute noch anwenden und teilt die Mutilationen in die folgenden sieben Kategorien:

„1. Die einfache Zuspitzung der Zähne
2. Die Zacken- und Lückenfeilung
3. Das Ausbrechen der Zähne
4. Die Horizontalfeilung resp. Amputation
5. Die Färbung der Zähne
    a. Die einfache Färbung der Zähne
    b. In Verbindung mit Farbenfeilung […]
6. Das Ausschmücken der Zähne mit Metall- oder Steineinlagen
7. Das Verdrängen der Zähne aus ihrer Stellung“[12]

Im Folgenden werden die Unterarten im Detail betrachtet. Es wird eine definitorische Eingrenzung vorangestellt und anschließend auf Unterformen, den Ablauf, die Ausbreitung und spezifische Eigenheiten der jeweiligen Typen eingegangen.

2.1.2.1 Die einfache Zuspitzung der Zähne

Bei dieser Methode wird eine Operation durchgeführt, „die dahin zielt, die Krone des Zahnes so zu bearbeiten, dass sie in einer Spitze ausläuft […]“.[13]
Das Ziel ist dabei oft keine vollständige Formveränderung des Zahnes, sondern das Abschrägen der mesialen sowie distalen Ecken der Frontzahnkronen. Die Zuspitzung der Zähne ist nach Straube und vielen weiteren Autoren die am häufigsten vorkommende Mutilation der Zähne.[14] Intrumentarisch werden die jeweils vorhandenen Möglichkeiten genutzt. Schröder nennt hier beispielsweise Sandstein, Gneis und Quarzstücke.[15]

[12] Schröder 1906, S. 16.
[13] Schröder 1906, S. 16.
[14] Straube 1964, S. 671; Lignitz 1921-1922, S. 922; Garve 2015, S. 23.
[15] Schröder 1906, S. 17.

Durch den Einfluss westlicher Kulturen wird das Spektrum der Werkzeuge um z.B. Eisenfeilen, Messer oder Hämmer erweitert, so dass nicht nur primitive Formen von Zuspitzungen vorzufinden sind, sondern auch diverse kunstvolle Mutilationen.[16]
Abbildung 1 zeigt eine Auswahl der möglichen Variationen.

Abb. 1: *Verschiedene Varianten der Zuspitzung (f, g) sowie der Zacken- und Lückenfeilung (a-e) aus dem Kongogebiet (Schröder 1906, S.29)*

Auch wenn die Vitalität der Zähne in den meisten Fällen erhalten bleibt, ist eine Beeinträchtigung der Pulpa üblich. In Korrelation zu dem jungen Alter der Patient*innen zeigt sich ein mit wenig Sekundärdentin appositiertes Pulpenkavum mit hohen Pulpenhörnern, die durch die Zuspitzung über die abführenden Dentinkanälchen gereizt oder in seltenen Fällen eröffnet werden können. Betroffene berichten, dass sie ihre Zähne aufgrund von Schmerzen für einen Zeitraum von 8 Tagen nach der Operation nicht benutzen können.[17]
Bei einer Untersuchung von 30 Personen des Bench-Stammes in Afrika mit hauptsächlich Spitzfeilungen wird herausgefunden, dass von 106 Zähnen nur 3 Zähne avital werden, die Letalitätsrate der Zahnpulpen also nach Deformierung gerade einmal 2,8% beträgt. Daraus ist auf ein gewisses anatomisches Grundverständnis der Durchführenden bezüglich der Zahnmorphologie zu schließen.[18]
Die Zuspitzungen zeigen in Afrika unter geographischem Gesichtspunkt zwar den größten Verbreitungsraum, sie lassen sich jedoch auch z.B. in Indonesien auf den Philippinen und Südamerika bei den Azteken und Mayas finden.[19] Innerhalb Afrikas werden als Zentren der Zuspitzung sowohl Kongo als auch Ober- und Niederguinea benannt.[20]
Lignitz stellt fest, dass die Zuspitzung „zweifellos die jüngste Form der Zahnverstümmelung […] über Afrika [ist]“ und vermutet entsprechend, „daß [sic!] die Zuspitzung vor gar nicht allzu langer Zeit über den Ozean nach Afrika kam und von den […] Völkerbewegungen hauptsächlich nach Westafrika getragen wurde“.[21]

[16] Garve 2015, S. 23.
[17] Schröder 1906, S. 19.
[18] Garve 2011, 54, 66.
[19] Schröder 1906, S. 24; Lignitz 1921-1922, S. 877; Garve 2015, S. 24.
[20] Schröder 1906, S. 19.
[21] Lignitz 1921-1922, 887, 889.

Die operative Praxis variiert je nach Ethnie, beispielhaft ist hier das Vorgehen bei den in Sierra Leona lebenden Timmaniern anzuführen:

„Zu dem Ende halten sie unten an den Zahn ein Stück Eisen, das dünn und flach ist, nehmen ein scharfes Messer, halten die Schneide auf den Zahn und schlagen mit einem Holze darauf, so daß ein Stückchen vom Zahn abspringt“.[22]

Abb. 2 und 3 dokumentieren exemplarisch die Zuspitzung bei den Bench sowie den Prozess des Anbringens.

Die äußerste Schicht des Zahnes ist das Enamelum, der Zahnschmelz. Dieser besteht aus Apatitkristallen, die sich in 4-5 µm großen, sechseckigen Schmelzprismen anordnen.[23] Durch die Krafteinwirkung über ein geeignetes Hilfmittel wird der Schmelz in Richtung der Schmelzprismen und niemals senkrecht dazu abgesplittert.[24] Das Anbringen der Zuspitzung erfolgt in der Regel symmetrisch, orientiert an der Mittellinie.[25]

Abb. 2: *Mädchen aus dem Stamm der Bench mit Zuspitzung der Inzisivi (Foto: Prof. R. Garve)*

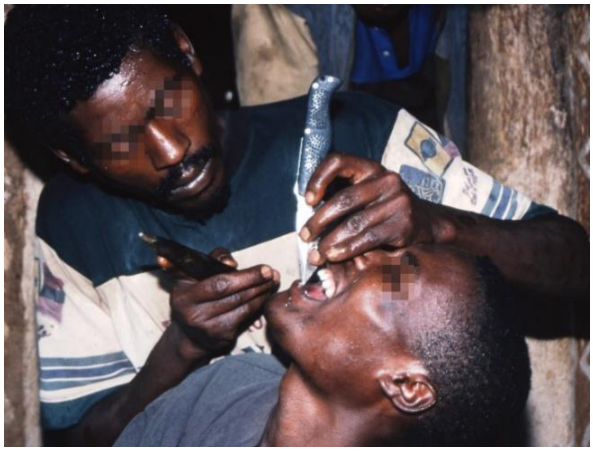


Abb. 3*: Anbringen der Zuspitzung mit einem Messer bei einem Bench (Foto: Prof. R. Garve)*

2.1.2.2 Die Zacken- und Lückenfeilung

Die Zacken- und Lückenfeilung ist nach Schröder definitorisch festgelegt:

„Die Lückenfeilung besteht darin, dass die inneren Kantenecken der oberen mittleren Schneidezähne fortgenommen werden, sodass zwischen den beiden oberen Schneidezähnen eine mit der Basis nach unten gerichtete Lücke entsteht […]“.[26]

[22] Lignitz 1921-1922, S. 942 nach Winterbottom 1805, S. 142–143.
[23] Lehmann et al. 2012, S. 30–31.
[24] Lignitz 1921-1922, S. 933.
[25] Garve 2011, S. 66.
[26] Schröder 1906, S. 35.

Die Zacken- und Lückenfeilung bietet diverse Ausgestaltungsmöglichkeiten. Ihre wichtigsten Varianten sind:

1. Zahnkrone an Schneide schwach eingekerbt, bogenförmig ausgerundet
2. Kerbe tief, breit und nach oben hin geradlinig abgestützt
3. Kantenwinkel mesial oder lateral entfernt, sodass sich eine Zacke bildet
4. Konkave Ausbuchtung oder geradlinig [27]

Die Abb. 1 (a-e) dokumentiert exemplarisch die Formen aus dem Gebiet des Kongo.
Die Lückenfeilung beschränkt sich auf das Verstümmeln der mittleren Inzisivi, bei der Zackenfeilung sind alle vier Inzisivi inkludiert. Hier werden bei den mittleren Inzisivi die mesialen und bei den seitlichen Inzisivi die lateralen Zahnecken resiziert.[28]
In der Literatur wird oft vermerkt, dass die Zacken- und Lückenfeilung eng mit der Mutilationsform des Ausbrechens von Zähnen assoziiert ist und das „Ausfeilen der mittleren oberen Schneidezähne [..] in der Regel später als das Aushauen der unteren Zähne [geschieht]“.[29] Bezogen auf den Lebenszyklus werden also im jungen Alter zunächst die Zähne extrahiert und erst zu einem späteren Zeitpunkt die Zacken- und Lückenfeilungen angebracht.
Unter geographischen Aspekten betrachtet ist die Zacken- und Lückenfeilung als ein in Afrika entstandenes und auf Afrika beschränktes Phänomen zu betrachten. Dieses ist unter anderem in Ober- und Niederguinea anzutreffen.[30] Entgegen der Zuspitzung ist die Zacken- und Lückenfeilung eine der älteren Mutilationsformen in Afrika.[31]
Die Operationstechnik und die dafür notwendigen Utensilien sind nahezu übereinstimmend mit denen für die einfache Zuspitzung der Zähne. Stuhlmann beschreibt das Vorgehen wie folgt:
„Wenn die definitiven Zähne erschienen sind, so wird von den beiden mittleren oberen Vorderzähnen die innere Ecke abgesprengt, so daß [sic!] eine dreieckige Lücke entsteht. Das Kind muß [sic!] auf ein Stück Holz beißen, und mit einem scharfen, wie eine kleine Axt geformten Eiseninstrument splittert man mit sanften Schlägen die Ecke ab“.[32] Die Zahnpulpa wird normalerweise nicht exponiert, es kann allerdings zur Bildung von reaktiven Zementauflagen kommen.[33] Ein sukzessives Vorgehen mit

[27] Schröder 1906, S. 38.
[28] Schröder 1906, S. 38.
[29] Lignitz 1921-1922, S. 906; Ihering 1882, S. 235; Schröder 1906, S. 35; Garve 2015, S. 30.
[30] Ihering 1882, S. 235–236; Lignitz 1921-1922, S. 886; Schröder 1906, S. 35.
[31] Lignitz 1921-1922, S. 257.
[32] Stuhlmann 1894, S. 84.
[33] Schröder 1906, S. 36.

mehrfachen Behandlungen ist bei dieser Mutilationsform typisch und dauert oft mehrere Tage.[34]

Bei der Inspektion der Mundhygiene konstatiert Schröder, „[…] dass die Lückenfeilung niemals Veranlassung gibt zu kariösen Prozessen, ebenso wenig wie die einfache Zuspitzung der Zähne und die noch zu beschreibende Zackenfeilung“.[35] Garve bestätigt das mit einer Untersuchung von 106 mutilierten Zähnen des Stammes der Bench. Lediglich zwei Zähne zeigen sich als kariös.[36] Kausal dafür ist nach Schröder die bessere Selbstreinigung bei der Mastikation, welche durch die verstärkte Exposition der Inzisivi nach Anbringen der Mutilation erreicht wird.[37] Als weiter positiv wirkende Faktoren können ein hoher Fluorgehalt im örtlichen Trinkwasser, eine vorteilhafte Ernährung (nicht kariogene Nahrungsmittel) und die Verwendung von Zahnputzhölzern herausgestellt werden.[38]

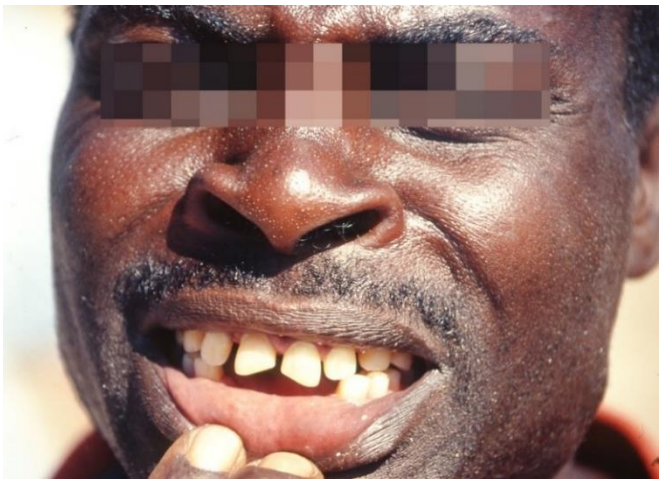


Abb. 4: *Zacken- und Lückenfeilung im Oberkiefer, kombiniert mit ausgeschlagenen Zähnen im Unterkiefer bei einem Herero (Foto: Prof. R. Garve)*

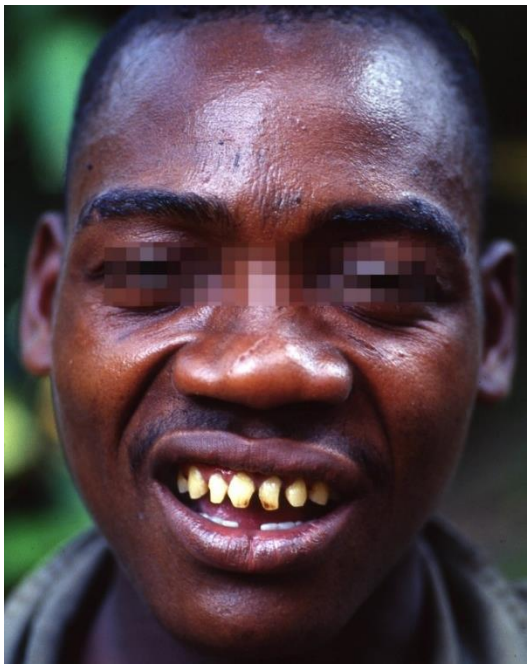


Abb. 5: *Zacken- und Lückenfeilung im Oberkiefer, kombiniert mit ausgeschlagenen Zähnen im Unterkiefer bei einem Pygmäen aus Kamerun (Foto: Prof. R. Garve)*

Das Volk der Herero kann als Beispiel für die Mutilationsart benannt werden. Bei den Herero wird die Feilung in Form einer umgekehrten römischen Fünf in beiden oberen Inzisivi angebracht. Hinzu kommt das Ausschlagen von drei bis vier unteren Inzisivi.

[34] Garve 2015, S. 31; Lignitz 1921-1922, S. 906–907; Schröder 1906, S. 39.
[35] Schröder 1906, S. 37.
[36] Garve 2011, S. 50–51.
[37] Schröder 1906, S. 37.
[38] Garve 2011, S. 75–82

Die Mutilation wird bei den Jungen zwischen dem 12. bis 16. Lebensjahr durchgeführt. Als „Nationalzeichen“ symbolisiert sie die Zugehörigkeit zu einer Ethnie, vergleichbar einem Personalausweis, der die Staatsbürgerschaft dokumentiert. Bei den Mädchen markiert die im Alter von 12-14 Jahren angebrachte Feilung die Heiratsfähigkeit.[39]

2.1.2.3 Ausbrechen der Zähne (Entfernen der Zähne)

Die dritte Mutilationspraktik nach Schröder ist das Ausbrechen (Entfernen) der Zähne. Dabei werden „je nach Stämmen die obere[n] oder unter[en], ein oder mehrer[e] Schneidezähne, seltener Eckzähne ausgerissen“.[40]

Abb. 6: *Angehörige des Banna-Stammes mit ausgebrochenen Inzisivi im Unterkiefer (Foto: Prof. R. Garve)*

Abb. 7: *Angehörige des des Toposa-Stammes mit ausgebrochenen Inzisivi im Unterkiefer (Foto: W. Moritz mit Genehmigung)*

Wie bei der „Zacken/Lückenfeilung“ festgestellt, wird auch die Extraktion von Zähnen nach Lignitz als ein in Afrika autochthon entstandenes Phänomen beobachtet.[41]

Das Ausbrechen der Zähne ist das Kennzeichen vieler nilotischer Stämme und findet sich insbesondere in der Umgebung des Tsad, dem ehemaligen Deutsch-Ostafrika, im Kongo sowie im Sambesigebiet.[42]

Die unterschiedlichen Erscheinungsformen unterliegen jedoch einer geographischen Trennung Afrikas, die Ankermann wie folgt dokumentiert: „Dagegen scheint eine scharfe Grenze zwischen der Entfernung der oberen und der unteren Schneidezähne

[39] Lignitz 1921-1922, S. 906 nach der Zeitschrift für Gesellschaft für Erdkunde zu Berlin 1869, S. 501.
[40] Schröder 1906, S. 48.
[41] Lignitz 1921-1922, S. 886.
[42] Schröder 1906, S. 52.

zu existieren; die ersten entfernt man im Westen, östlich und südlich der Grenzscheide dagegen die unteren.“[43]

Das Entfernen der Zähne wird von einem Operateur durchgeführt, der in vielen Stämmen, z.B. den Ovaherero, als „omuhe“ bezeichnet. Der „omuhe“ setzt einen auf Zahnbreite zugespitzen Holzstab als Meissel an und schlägt anschließend mit einem Stein auf diesen, sodass der gewünschte Zahn aus dem Parodontium herausgeschlagen wird.[44]

Assistent*innen halten während der Operation die Beine der beteiligten Personen fest oder legen ein Holzstück in den Mund, damit eine dauerhafte Öffnung gewährleistet ist.[45] Abb. 8 zeigt die beschriebene Prozedur in Äthiopien. Die Operationsdauer beträgt in der Regel nicht einmal 10 Minuten.[46] Normalerweise ist die Verwendung eines Anästhetikums nicht üblich, allerdings gibt es seltene Berichte wie z.B. bei den Himba, die zerriebene Blätter des Mopane-Baumes auf das Zahnfleisch auftragen, sodass es lokal schmerzlindernd wirkt.[47]

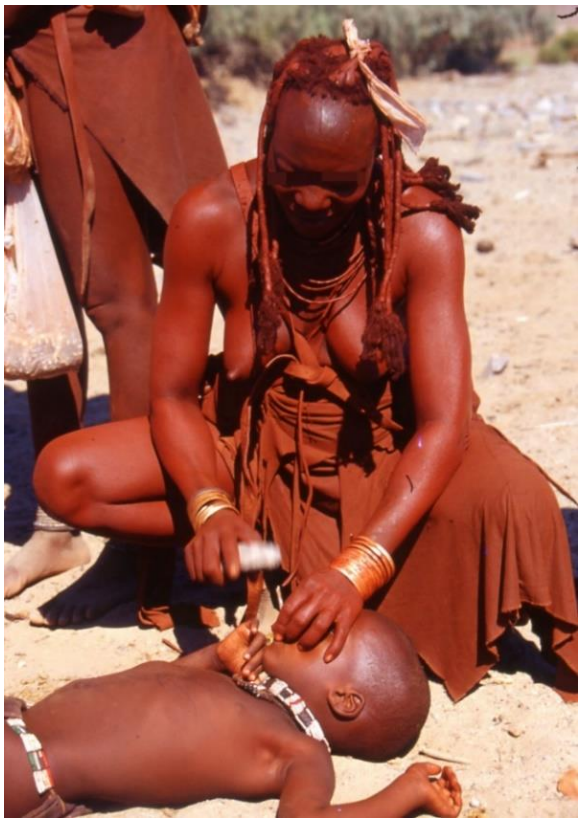


Abb. 8: *Prozedur des Ausschlagens in Äthiopien, hier per Steinschlag auf einen Holzstab (Foto: Prof. R. Garve)*

[43] Ankermann 1905, S. 67.
[44] Walk 1928, S. 950.
[45] Lignitz 1921-1922, S. 906.
[46] Lignitz 1921-1922, S. 906.
[47] Garve 2015, S. 35.

Aufgrund der wechselnden Dentition wird das Ausbrechen der Zähne häufig im Alter von mindestens 10-12 Jahren durchgeführt.[48] Die bleibenden Inzisivi sind bei einer normalen Gebissentwicklung in der Phase des frühen Wechselgebisses bereits bis zum 9. Lebensjahr durchgebrochen und können dementsprechend erst ab diesem Alter mutiliert werden.[49] Bei einigen indigenen Völkern ist allerdings auch das Ausschlagen von Milchzähnen oder Milchzahnkeimen aus unterschiedlichsten Motiven vorzufinden.

Die bei der Prozedur enstehenden Wunden werden im Anschluss zusammengepresst und mit den gegebenen Mitteln versorgt. Diese sind beispielsweise erwärmte Stückchen einer Zwiebel, feuchter Ton oder scharfe Salzlösungen.[50] Petermann beschreibt als weiteres Hämostatikum die Verwendung von kochend heißem Mehlbrei nach der Operation.[51]

Die dentalen Folgen des Zahnverlustes sind Auswirkungen auf die Stellung und Angulation der verbleibenden Zähne. Der Unterkiefer „neigt [..] sich nach innen und wird schmaler, so daß [sic!] sich die unteren Eckzähne nähern und schließlich mit ihren medialen Kantenwinkeln sich zu berühren drohen. In bedeutend geringerem Maße dürfte […] der unbewegliche obere Zahnbogen […] dieser und ähnlicher Art unterliegen.“[52]

Bei der Extraktion von Zähnen aus nur einem Kiefer kommt es neben den zuvor beschriebenen Wanderungen zur Elongation durch den fehlenden antagonistischen Kontakt. Hinzu kommt die Angulationsänderung der verbleibenden Zähne bis fast in die horizontale Lage, bedingt durch nunmehr verändert wirkendene Kräfte, z.B. bei dem Kauen von harten Nahrungsmitteln.[53]

Eine physiognomische Veränderung durch fehlende Zähne hat Auswirkungen auf die Profillinie, die Nase und den Nasolabialwinkel. Lignitz beschreibt die morphologische Veränderung der Mundregion mit nach ventral verstärktem Erscheinungsbild als eine Gebissform, die dem Träger „etwas Tierisches“ verleiht. Die Nase wird dabei nach kranial aufgerichtet und der Mund nach ventral durch die protrudierten Inzisivi geöffnet.[54]

[48] Schröder 1906, S. 48.
[49] Kahl-Nieke 2010, S. 39–40.
[50] Lignitz 1921-1922, S. 906; Schröder 1906, S. 49.
[51] Lignitz 1921-1922, S. 915 nach Petermanns Mitteilungen.
[52] Lignitz 1921-1922, S. 254.
[53] Lignitz 1921-1922, S. 254.
[54] Lignitz 1921-1922, S. 254.

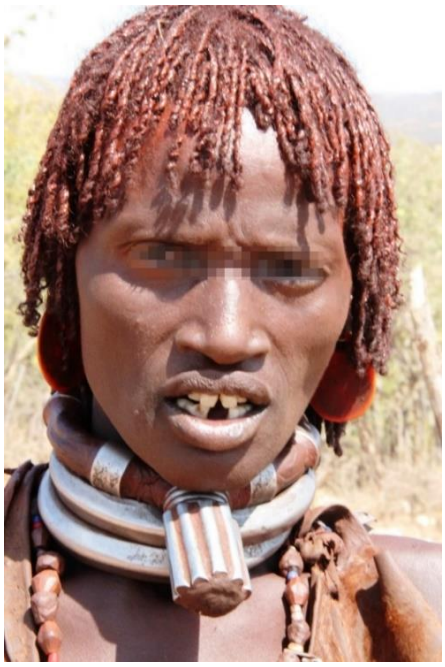


Abb. 9: *Hamar-Frau aus Äthiopien mit extrahierten Unterkiefer-Inzisivi und sekundär elongierten Oberkiefer-Inzisivi (Foto: Prof. R. Garve)*

2.1.2.4 Die Horizontalfeilung resp. Amputation

Die Horizontalfeilung respektive Amputation ist definiert als „die Abfeilung der Vorderzähne an ihren Schneidekanten, sodass sie kürzer werden“.[55]

Betroffene Zähne sind am häufigsten die oberen vier Inzisivi, teils auch die Canini und Prämolaren. Eher unüblich ist eine Horizontalfeilung an den Zähnen der Mandibula.[56]

Die Ausprägung dieser Mutilationsart zeigt je nach Ethnie einen großen Spielraum. Es finden sich marginal modifizierte Schneidekanten, aber auch Zähne, bei denen die Hälfte der Krone entfernt ist. Schröder setzt solche Formen mit einer „Amputation der Zahnkrone“ gleich.[57] Trotz der invasiven Vorgangsweise wird bei der Anbringung der Mutilation darauf Wert gelegt, die Pulpa vital zu halten, um Komplikationen zu verhindern.[58]

Der Eingriff wird mit einem Meißel, Hammer, Stein oder aufgrund westlicher Einflüsse auch mit Sägen oder Feilen durchgeführt und dauert, wie auch das Ausschlagen, insgesamt nicht länger als 10 Minuten.[59]

Die Horizontalfeilung ist in Afrika kaum verbreitet, das Kerngebiet dieser Mutilationspraktik ist der indonesische Raum.[60]

---

[55] Schröder 1906, S. 67.
[56] Garve 2015, S. 31–32; Schröder 1906, S. 67.
[57] Schröder 1906, S. 66.
[58] Garve 2015, S. 32.
[59] Schröder 1906, S. 73.
[60] Garve 2015, S. 31–32; Schröder 1906, 70–71, 102; Buschan 1914, S. 216.

Eine Differentialdiagnostik als Abgrenzung zur der Abrasion ist in diesem Zusammenhang sinnvoll, da bei manchen fluss- oder küstennah lebenden Ethnien eine horizontale Verkürzung der Zähne durch den Konsum von beispielsweise sandigen Fisch anzutreffen ist.[61] Weitere abradierend wirkende Lebensmittel wie z.B. Nüsse oder Körner zeigen den gleichen Effekt. Auch müssen Parafunktionen wie Bruxismus im Zuge der Abgrenzung zur Attrition in Betrachtung gezogen werden.

2.1.2.5 Die Färbung der Zähne

Die Färbung der Zähne beschreibt eine Änderung der Kolorierung, die auf natürliche oder artefizielle Ursachen zurückzuführen ist.

Eine Veränderung der natürlichen Färbung entsteht als sekundärer Effekt durch beispielweise den Konsum von Genussmitteln oder durch die Bodenbeschaffenheit und ist vom Betroffenen nicht absichtlich herbeigeführt. Wird der Prozess einer Färbung willentlich vollzogen, so spricht man laut Schröder von einer künstlichen Färbung der Zähne.[62]

Eine intakte Schmelzoberfläche des Zahnes erschwert eine Haftung der aufzutragenden Färbemittel. Daher wird der jeweilige Zahn einer Vorbehandlung unterzogen. Diese wird „entweder durch rein mechanische Mittel – Anrauhen [sic!] der Schmelzoberfläche mit der Feile […] oder durch gewisse Chemikalien, ganz besonders durch Fruchtsäuren [durchgeführt]“.[63]

Die Modifikation der Oberfläche mit Fruchtsäuren gleicht der Konditionierung in der Zahnmedizin zur Schaffung eines adhäsiven Verbundes einer Kompositfüllung. Hierbei wird mittels 37% Orthophosphorsäure ein mikroretentives Relief im Schmelz geschaffen, welches durch Auflösung der interprismatischen Substanz eine Oberflächenvergrößerung und Verbesserung der Benetzbarkeit um bis zu 400% erreicht.[64]

Nach dieser Vorbehandlung kann anschließend das Färbemittel aufgetragen werden, das laut Schröders mikroskopischen Studien nur in die oberflächlichen Schmelzschichten eindringt und nicht über Dentinkanälchen das Zahnbein färbt.[65] Bekannte Färbemittel sind Wasser, in das Eisenstücke gelegt werden, Eisenfeilspäne und Branntwein, Harz des Baumes Ficus religiosa, Säfte einer Chalkas- oder

[61] Schröder 1906, S. 75.
[62] Schröder 1906, S. 77.
[63] Schröder 1906, S. 77.
[64] Hellwig et al. 2018, S. 230.
[65] Schröder 1906, S. 78.

Artocarpus-Art, Betelnuss, Wurzelsaft des Nussbaumes, harzreiches Holz, Kräuter, Muschelkalk und Zuckerhirse.

Neben Afrika ist besonders Japan als Zentrum der Zahnfärbung zu nennen.[66]

In Afrika wird die Kolorierung vielfach durch die Anwendung der Goronuss, die auch Kolanuss (Cola acuminata, Cola nitida) genannt wird, betrieben.[67] Der Samen der Kolanuss ist koffeinhaltig. „Traditionell werden die Keimlinge gekaut und dienen nicht zur Herstellung von Getränken“.[68]

Differentialdiagnostisch sollten artefizielle Färbungen nicht nur von Verfärbungen durch Nahrungsmittel unterschieden werden, sondern auch von arzneimittelbedingten Zahnverdunkelungen, wie z.B. durch die Tetrazyklinwirkung auf die Zahnbildung während der Schwangerschaft.[69]

Kombinationen zwischen den Mutilationsformen und der Zahnfärbung sind auch hier auffindbar. Schröder hält „die Färbung für das historisch Primäre, die Feilung, die dazu dient, die natürliche Färbung zu verstärken, für das Sekundäre“.[70] Um das gewünschte Farbergebnis zu erreichen, wird der Zahn zuerst einer Mutilation z.B. einer Feilung unterzogen und nachfolgend in einem zweiten Schritt koloriert.[71]

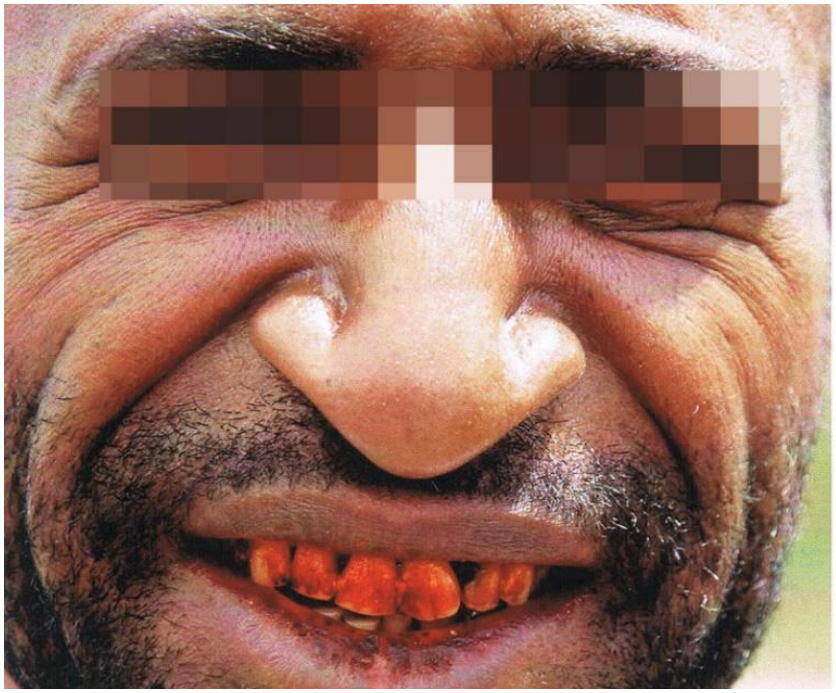


Abb. 10: *Sekundäre Färbung der Zähne durch den Konsum der Betelnuss (Foto: Prof. R. Garve)*

[66] Garve 2015, S. 26–29.
[67] Schröder 1906, S. 81.
[68] Ebermann und Elmadfa 2011, S. 523.
[69] Garve 2015, S. 26
[70] Schröder 1906, S. 81.
[71] Buschan 1914, S. 266.

2.1.2.6 Das Ausschmücken der Zähne mit Metall- oder Steineinlagen

Das Ausschmücken der Zähne mit Metall- oder Steineinlagen beschreibt das Auflegen von Metall, Gold, Perlmutt oder Steinen auf die Vorderflächen der Zähne.
Die eingebrachten Ornamente können entweder einfach auf die Zahnoberfläche gelegt werden oder in ein zuvor gebohrtes Loch eingebracht werden.[72] Über einen Verbund mit dem Zahn ist literarisch wenig bekannt. Lediglich das Anbringen von Gold findet ähnlich der „Goldhämmerfüllung“ statt.[73] Hierbei wird das Gold in kleinen Portionen in eine Kavität gedrückt und erfährt unter Hammerschlägen in einer Kaltverschweißung seine korrekte Ausformung.[74]
Die Mutilation ist laut Schröder auf den ostindischen Archipel und Mittelamerika begrenzt und hat „lediglich den Zweck [..], der Schönheit zu dienen“.[75] Da sich die Darstellung zur Mutilation auf den subsaharischen Raum einschränken soll, wird in der Arbeit auf eine tiefergehende Betrachtung des Ausschmückens der Zähne verzichtet.

2.1.2.7 Das Verdrängen der Zähne aus ihrer Stellung

Die Mutilation ist definiert durch „das künstliche Vordrängen der oberen Schneidezähne“, was primär zu einem Prognathismus im Oberkiefer führt.[76]
Die zuerst durchbrechenden, bleibenden oberen Inzisivi werden mit Holzkeilen oder auch durch Druck des Daumens auf die Palatinalflächen nach ventral verschoben.[77] Abb. 11 dokumentiert ein solches Verdrängen mit Holzkeilchen. Neben der Protrusion, Elongation und Vorbiegung kommt es dabei oft zu einer Diastemabildung. Der Zahnwechsel und die Zahnachsenstellungsveränderung werden von den Operateuren durch Extraktionen genau gelenkt. In einigen Ethnien werden bereits im Milchgebiss Zähne entfernt, um so im bleibenden Gebiss schneller einen prognathen Oberkiefer herzustellen. Weiterhin ist eine Extraktion der Unterkiefer-Inzisivi zu beobachten, die eine Elongation der protrudierten Oberkieferzähne ermöglichen soll und exzessivere Formen des Prognathismus zur Folge hat.[78]
Die veränderte Gesichtsmorphologie wird von Schröder als „schnauzenartiges“ Vortreiben des Mundes beschrieben, verbunden mit einer Abflachung des knöchernen

[72] Garve 2015, S. 33; Schröder 1906, S. 93.
[73] Garve 2015, S. 33.
[74] Kamann 2009, S. 521–522.
[75] Schröder 1906, S. 108.
[76] Schröder 1906, S. 96.
[77] Garve 2015, S. 39; Schröder 1906, S. 97.
[78] Schröder 1906, S. 97.

Nasenrückens und einer nach ventro-kranialen Ausrichtung der Nasenöffnung.[79] Damit kommt es zu einem in der Kieferorthopädie als „potenziell inkompetente Lippen“ bezeichneten Zustand. Die Lippen können sich „auf Grund der Protrusion der oberen Schneidezähne nicht [schließen, sind] jedoch morphologisch normal entwickelt“.[80] Die maxilläre Verschiebung wirkt auch auf den mandibulären Zahnbogen, sodass sich beide im Zuge der Mutilation nach ventral verlagern.[81]

In Abhängigkeit zu dem auf die Zähne wirkenden Zug und die Zugrichtung können die Inzisivi in unterschiedlicher Weise protrudieren. Dieses wird durch den Zugansatzpunkt und den Widerstand durch die Restbezahnung beeinflusst. Abb. 12 zeigt exemplarisch eine elongierte Form der mittleren Inzisivi mit Diastema zwischen den ersten und zweiten Schneidezähnen. Es ist anzunehmen, dass die Einlagerung der unteren Lippe die Ausprägung sekundär verstärken kann.

Das Verdrängen der Zähne aus ihrer Stellung ist eine allein auf Afrika beschränkte Mutilationsform der Zähne.[82]

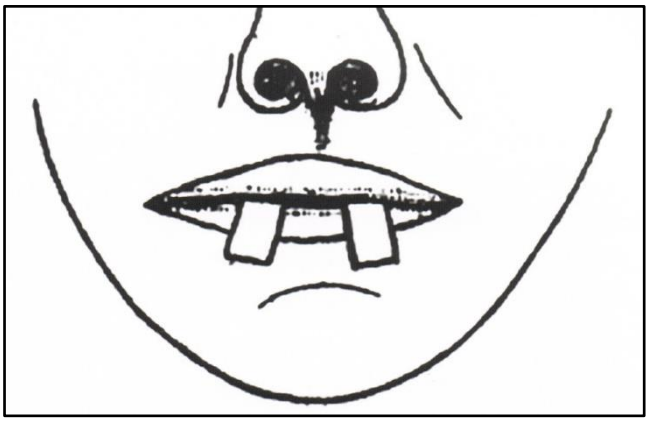


***Abb. 11**: Schematische Darstellung des Verdrängens der oberen Inzisivi aus ihrer natürlichen Stellung mit zwei Holzkeilen (Schröder 1906, S.97)*

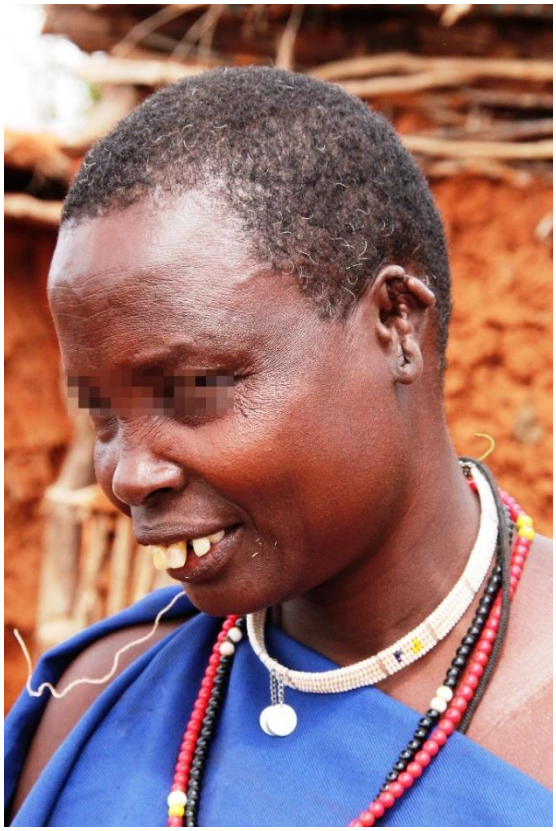


***Abb. 12**: Vorgebogene obere Inzisivi bei einer Massai-Frau (Foto: Prof. R. Garve)*

[79] Schröder 1906, S. 96.
[80] Kahl-Nieke 2010, S. 100.
[81] Schröder 1906, S. 96.
[82] Schröder 1906, S. 96.

2.1.3 Gründe der Zahndeformierungen

Die Betrachtung der Gründe für die Zahndeformierungen muss auf verschiedenen Ebenen geführt werden. Diese Ebenen sind zu differenzieren nach ästhetischen, sozialen, spirituellen und weiteren Gesichtspunkten. Im Folgenden werden die wesentlichen acht Gründe dargestellt:

2.1.3.1 Annäherung an ein Tier oder Totemtier, Distanzierung von bestimmten anderen Tieren

Die Haltung einer Verbundenheit zu Tieren hat in der afrikanischen Welt eine weitreichende Bedeutung. Hinzuzählen ist dabei der Totemismus, der laut Ankermann wie folgt definiert wird: „Totemismus ist der Glaube, daß [sic!] zwischen einer Gruppe von Blutsverwandten (Sippe) einerseits und einer Gattung von Tieren, Pflanzen usw. andererseits ein spezifisches ewiges und unlösbares Verhältnis besteht, das in der Regel als Verwandtschaft aufgefaßt [sic!] wird […]“.[83]

Dem Totemtier wird dabei nicht nur eine mythologischen Verbindung zugeordnet, sondern auch eine besonderen Achtung. Die Eigenschaften und das Verhalten des Tieres werden als erstrebenswert empfunden. Der bekannte Ethnologe Frazer stellt dementsprechend heraus, „dass Verstümmelungen aller Art auf den Wunsch zurückzuführen seien, dem Stammestier ähnlich zu werden“.[84]

Die Mannigfaltigkeit der Zahndeformierungen findet ihren Grund also auch in den unterschiedlichen Morphologien der unterschiedlichen Zähne der Tiere, an denen eine Orientierung vorgenommen wird und die in besonderer Weise Achtung erfahren.

Eine Angleichung an die bei Tieren vorzufindenden Zahnformen muss jedoch nicht direkt im Totemismus begründet sein. Eine reine Annäherung zum Ausdruck bestimmter Qualitäten eines Tieres ohne mythologische Verbindung ist ebenso möglich.

Bei den Boviden, Oviden und Antilopen im subsaharischen Raum fehlen die oberen Schneidezähne. Afrikanische Stämme wie die Batoka erreichen durch Ausschlagen dieser Zähne die gewünschte optische Annäherung an diese Arten und die Stammesmitglieder erhoffen sich, damit bestimmte Charaktereigenschaften und auch physische Stärke anzunehmen.[85] Eine Zuspitzung oder Abfeilung der Zähne hat den

[83] Ankermann 1915, S. 116.
[84] Frazer 2011, S. 26–27.
[85] Garve 2015, 14-15, 18; Lignitz 1921-1922, S. 921; Straube 1964, S. 709–710.

Zweck, dem Stammesmitglied ein „raubtierhaftes“ Aussehen zu verleihen, wie es bei dem Krokodil oder der Katze vorzufinden ist.[86]

Interessanterweise bietet die Zuspitzung nicht nur eine spirituelle Annäherung, sondern auch einen funktionellen Benefit. So beschreibt Schröder, dass die Zuspitzung eine Mutilation ist, „[…] die im Zweikampf ein nicht zu verachtendes Mittel ist“.[87] Selbstredend erzeugen Bisse mit zugespitzten Zähnen deutlich gefährlichere Verletzungen.

Mutilationen können entgegensetzt zu einer morphologischen Annäherung an ein bestimmtes Tier auch als Ausdruck einer Abgrenzung zu einem anderen Tier oder auch einer unveränderten Dentalsituation gesehen werden.

Straube legt bezüglich des Entfernen der unteren Schneidezähne dar, dass es sich hierbei „[…] nicht um eine Tieridentifikationsform [handelt], sondern ganz im Gegenteil eher um ein Mittel, die nicht-tierische oder besser nicht raubtierhafte Qualität des Menschen herauszustellen […]“.[88]

Physiologische Dentitionen ohne angebrachte Mutilationen werden in vielen Ethnien negativ betrachtet. Hollis formuliert z.B. hierzu in Straube, dass man sich bei den Massai über Menschen mit vollständigem Gebiss lustig mache und sage, sie würden „äßen [sic!] wie Esel“.[89] Weitere diffamierende Analogien mit Verspottungen sind Vergleiche mit Hunden, Zebras oder Pferden.[90]

2.1.3.2 Ästhetik, Verschönerung, Schmuck

In den wenigsten Fällen kann von einem funktionellen Vorteil durch Anbringen von Mutilationen gesprochen werden. In vielen Befragungen wie denen von Fabian und Mumghamba 2007 wird daher eine ästhetisch ansprechendere Erscheinung als Grund für Zahnmutilationen genannt.[91] Bei dem Ovaherero Stamm wird beispielsweise die Zahnlücke, auch „oravura“ betitelt, als Schmuck („ourenga“) aufgefasst.[92]

Das westliche Schönheitsideal weißer, gleichmäßig und vollständig angeordneter Zähne scheint der subsaharischen Bevölkerung fremd. Durch das Extrahieren,

[86] Straube 1955, S. 33.
[87] Schröder 1906, S. 105.
[88] Straube 1964, S. 713.
[89] Straube 1964, S. 712 nach Hollis 1905, S. 314.
[90] Lignitz 1921-1922, S. 921.
[91] Fabian und Mumghamba 2007, S. 185; Lignitz 1921-1922, S. 907; Garve 2008, S. 27, 2015, S. 10.
[92] Walk 1928, S. 950.

Formen oder Verändern von Zähnen sollen die Männer kämpferischer aussehen und das weibliche Geschlecht damit anziehen.[93]

Auch das weibliche Geschlecht ist stark von dem angestrebten Ideal betroffen. So schreibt Schröder als Aussage einer afrikanischen Ethnie: „Jene Jungfrau ist schön, nur schade, dass sie einen zahngefüllten Mund hat“.[94]

Bei einigen Ethnien wie den Surma und Mursi ist das Ausschlagen von Zähnen notwendig, um weitere Mutilationen durchzuführen, die ebenso unter dem Motiv der Verschönerung stehen. Zu diesen sekundär angebrachten Veränderungen zählt das Einbringen von Lippenplatten, die erst nach Extraktion der unteren Inzisivi in Position gelegt werden können.[95] Das seit Generation bestehende Schönheitsempfinden wird selbst im heutigen Afrika noch weitergegeben. Es ist trotz westlicher Einflusse nicht obsolet, wie auch neue Studien in den Prävalenzen zeigen.[96]

2.1.3.3 Angehörigkeit zu einer Ethnie, Stammeszeichen, Tradition

Mutilationen können als optisches Charakteristikum eines Volkes angesehen werden. Durch Anbringen von Verstümmelungen wird eine Zugehörigkeit ausgedrückt.[97]

Beispielsweise werden bei den Ovaherero die Mitglieder dieser Ethnie, die eine Deformierung aufweisen, als „omunatje“, also „Mann aus der Gemeinschaft“, bezeichnet, während Nichtträger als „omuntua“, also „Fremde“, ausgeschlossen werden.[98]

Dem*der Träger*in der Mutilation werden die Befugnisse des Volkes zuteil, und auch ein Stolz über die Zugehörigkeit ist damit verbunden. Bei den Bench ist beispielsweise die halbhohe Spitzfeilung von maximal vier oberen Inzisivi das für die Ethnie kennzeichnende Merkmal, wie in Abb. 13 dargestellt.[99]

Neben der reinen Zugehörigkeit können weitere stammesinterne Merkmale wie z.B. der Rang oder die Altersgruppe durch die Art, Form oder Anbringungsweise der Mutilation Ausdruck finden.[100] Bei einigen Ethnien zeigt sich eine Deformierung als Ausdruck von Trauer bei Todesfällen.[101]

---

[93] Njoh 2006, S. 147.
[94] Schröder 1906, S. 43.
[95] Garve et al. 2017b, S. 238; Garve 2015, S. 15.
[96] Agbor et al. 2015, S. 21–30; Fabian und Mumghamba 2007, S. 185–186; Khonsari et al. 2009, S. 902–905; Garve 2015, S. 11.
[97] Garve 2008, S. 27; Walk 1928, S. 950; Garve 2015, S. 31.
[98] Lignitz 1921-1922, S. 907; Schröder 1906, S. 43.
[99] Garve 2011, S. 66–67; Garve 2015, S. 13–14.
[100] Schröder 1906, S. 109.
[101] Schröder 1906, S. 110.

Die durchgehende Mutilationspraxis geht einher mit dem Beibehalten von Traditionen. So beschreiben die Ovaherero: „Wir halten die Sitte aus Nachahmungsbetrieb fest“.[102]

Abb. 13: *Bench-Mitglied mit spitzgefeilten oberen Inzisivi (Foto: Prof. R. Garve)*

2.1.3.4 Gewünschte Veränderung der Phonation und Funktion, „Spuckgruß“

Eine als funktionell angesehene Folge von Zahnmutilationen kann die Veränderung der Artikulationsfähigkeit sein. Funktionell ist diese aus der Sicht bestimmter Ethnien, denn z.B. wird bei Damara behauptet, dass erst eine derart veränderte Sprache es erlaube, sich richtig in der stammeseigenen Muttersprache ausdrücken zu können.[103]

Eine weitere funktionelle Gegebenheit ist die Bildung eines Diastemas oder einer Lücke durch z.B. Extraktionen. Diese ermöglicht laut vielen Ethnien wie beispielsweise den Massai den besseren Ausstoß von Spucke. Das Spucken oder auch Anspucken von Stammesmitgliedern wird dabei als Segens- und Begrüßungszeichen verstanden.[104] Dabei gehört das Spucken nach Milch- und Honigbiertrinken nicht nur „zum guten Ton“ und gilt als Zeichen der Freundschaft. Es genießt als „Identifizierung des Speichels mit der Hauchseele“ einen nahezu rituellen Charakter.[105] Die Entfernung der unteren Inzisvi wird für diesen Zweck in verschiedenen Quellen mehrfach als besonders hilfreich beschrieben.[106]

[102] Walk 1928, S. 950.
[103] Njoh 2006, S. 148; Garve 2015, S. 14.
[104] Straube 1964, S. 711.
[105] Lignitz 1921-1922, S. 263–264.
[106] Straube 1964, S. 711; Garve 2015, S. 14.

***Abb. 14**: Angehörige der Massai bei dem „Spuckgruß“ (Foto: Prof. R. Garve)*

2.1.3.5 Aberglaube

Die Dentition hat bei den Naturvölkern des subsaharischen Raums eine vielfach dokumentierte Verbindung zum Mythischen und Übernatürlichen. Bei den Bodi bedeutet ein vorzeitiges Durchbrechen der oberen Schneidezähne ein schlechtes Omen: „Der Regen hört auf, kranke Menschen sterben und das Vieh geht ein“.[107] Auch Straube beschreibt den nicht regelhaften Durchbruch der oberen Schneidezähne vor den unteren Schneidezähne als behaftet mit dem Aberglauben, dass „[…] solche Kinder eine Gefahr für die Eltern, für die Verwandten, für den Erntesegen und den Jagderfolg darstellen und [man] pflegt sie daher meistens zu töten“.[108] Durch Verstümmelungen von Zähnen wird die mythische Verbindung positiv gewendet und gefürchtetes Unheil abgelenkt oder gemindert.[109] Ein Mitglied des Stammes der Jop’Adhola formuliert wie folgt: „Ein Kind konnte früher nie erwachsen und gesund werden, wenn diese Zähne nicht entfernt wurden“.[110]

[107] Ntetem 1983, S. 411.
[108] Straube 1964, S. 713.
[109] Schröder 1906, S. 109–110.
[110] Übersetzung d. Autors nach Mogensen 2000, S. 336, Originalquelle: „A child used to never grow up and become healthy unless these teeth were removed“.

2.1.3.6 Initiation

Zahnmutilationen werden im Laufe des Prozesses des Erwachsenwerdens als Kennzeichen eines bestimmten Lebensabschnittes oder erfolgreichen Bestehens einer Prüfung vorgenommen. Eine tiefgehendere Betrachtung der genauen Phasen, Pflichten und stammestypischen Eigenheiten sei in diesen Abschnitt der Doktorarbeit zurückgestellt. Sie wird in der Korrelationsbetrachtung zu Genitalmutilation in Kapitel 4.1 vorgenommen.

2.1.3.7 Nahrungsaufnahme während Krankheit

Der einzig medizinisch tragfähige Grund für Zahnmutilationen ist die Vereinfachung der Nahrungsaufnahme bei bestimmten Krankheiten. Zu benennen ist hier der Tetanus, bei dem es zu einem Trismus kommen kann. Durch Extraktionen oder Zahnfeilungen kann selbst bei geschlossenem Mund Nahrung in kleinen Mengen durch die Lücke eingebracht werden.[111] Die weitreichenden Impfkampagnen gegen Tetanus in Afrika zeigen allerdings Wirkung, sodass in 43 der 54 afrikanischen Ländern eine Eradikation stattgefunden hat.[112]

2.1.3.8 Sekundär durch Nahrungskonsum

Bei übergreifender Betrachtung des afrikanischen Kontinents lassen sich Bereiche ausmachen, in denen Zahnverstümmelungen unüblich sind. Dennoch zeigen sich dentale Veränderungen, die den Ursprung nicht in einem bewusst herbeigeführten Prozess haben. Schröder sieht den Grund in dem Konsum bestimmter Nahrung. Ethnien, die viel rohe, harte und vegetabilische Gerichte konsumieren, zeigen Zahnmissbildungen und vor allem eine horizontale Abnutzung.[113] In diesem Sinne sind besonders Völker hervorzuheben, die in Küstenregionen leben und bei denen viel sandiger Fisch konsumiert wird.[114]

Die entstandenen Zahndeformierungen finden ihren Ursprung also nicht in der Zahnverstümmelung, sondern in der iatrogenen Demastikation, einer Form der Abrasion.

[111] Njoh 2006, S. 148; Lignitz 1921-1922, S. 912.
[112] Kagina et al. 2018.
[113] Schröder 1906, S. 105.
[114] Schröder 1906, S. 75.

2.1.4 Folgen der Zahndeformierungen

Die Folgen von Mutilation im dentalen Bereich lassen sich sowohl auf psychologischer als auch physiologischer Ebene betrachten. Da sich die grundlegenden resultierenden Effekte und Komplikationen der Infant Oral Mutilation, im Folgenden als IOM bezeichnet, und die der Verstümmelung im Erwachsenenalter ähneln, werden sie in diesem Abschnitt gemeinsam dargestellt. Es ist jedoch davon auszugehen, dass IOM schwerwiegendere und tiefer eingreifendere Folgen hat. Diese werden im nachfolgenden Kapitel explizit herausgestellt.

Die physische Komponente der Folgen von Zahmutilationen können nach Girgis et al. weiter in systemische und lokale (dentoalveoläre) Faktoren unterteilt werden.[115]

Als mögliche systemische Komplikationen werden aufgeführt: Tod, Fieber, Erbrechen, Durchfall, Sepsis, Anämie, Pneumonie, Meningitis, Tetanus, unkontrollierte Blutungen, Infektionen (u.a. HIV, Hepatitis) und Entzündungen der Wunden.[116]

Hinzuzufügen sind dieser Liste gemäß Garve et al. unbeschreiblichen Schmerzen, die die Betroffenen erleiden.[117]

Aufgelistete dentoalveoläre lokale Folgen sind: Fehlen von Zähnen, Schmelzhypoplasien als Folge frühzeitiger Extraktion, ektopische Zahnlagen, veränderter Zahndurchbruchszeiten (z.B. verfrühter Zahnwechsel, Retentionen), Transpositionen von Zähnen, Impaktionen, fehlgeformte Zähne („Peg-shaped“, Invaginationen), gedrehte Zähne, Odontome, reduzierte Kieferdimensionen und Zahnbogenbreiten, Mittellinienverschiebungen, Diskrepanzen bezüglich der Okklusion, Osteomyelitis und Noma.[118]

Bei einem Okklusionsvergleich von Patienten mit und Patienten ohne IOM zeigen Hassanali et al., dass ein erhöhter maxillärer Overjet von über 5mm und eine Mesialokklusion als direkte Folgen angesehen werden können.[119]

Gesichtsphysiognomische Änderungen können als sekundäre Folgen von ektopischen Zahnlagen oder fehlenden Zähnen gesehen werden. Beispielsweise führt ein Fehlen der Oberkieferfrontzähne zu einem „Einsinken der Oberlippe“.[120]

---

[115] Girgis et al. 2016, S. 359.
[116] Girgis et al. 2016, S. 359; Rodd und Davidson 2000, S. 290–297; Kikwilu und Hiza 1997, S. 20–22; Nuwaha et al. 2007, S. 27–30; Matee und van Palenstein Helderman 1991, S. 21–25; Hassanali et al. 1995, S. 207–209.
[117] Garve et al. 2016, S. 1102.
[118] Girgis et al. 2016, S. 359; Tungotyo 2017, S. 112–116; Davidovich et al. 2013, S. 34–38; Khonsari et al. 2009, S. 2419–2420; Garve et al. 2016, 1100-1003; Barzangi et al. 2019, S. 566–573; Kikwilu und Hiza 1997, S. 20–22; Hassanali et al. 1995, S. 207–209; Santoni et al. 2005, S. 423–425.
[119] Kemoli et al. 2018, S. 4–6.
[120] Lignitz 1921-1922, S. 920–921.

Abb. 15: *Mesialwanderung, Elongation und Rotation des Zahnes 13 nach Entfernung des Zahnes 11 bei einem Mingi (Foto: Prof. R. Garve)*

Die Hygienefähigkeit wird durch dentale Mutilationen nicht verschlechtert. Dies wird von Schröder belegt, der während seiner Explorationen keinerlei „ungeputzte Zähne“ vorfindet.[121] Bestätigt wird dies durch eine Untersuchung von Garve, in der bei 106 deformierten Zähnen nur zwei als kariös diagnostiziert werden.[122] Auch sind Läsionen der Mukosa selten als Folge von Zahnmutilationen anzusehen.[123]

Das Noma (Cancrum oris) hingegen stellt eine besonders gravierende Folge dar. Als orofaziales Gangrän ist es durch ein stark destruierendes Wachstum charakterisiert und mit sehr hohen Mortalitäten verbunden. Selbst bei Überlebenden sind oft weitreichende plastische Rekonstruktionen notwendig, bei denen eine restitutio ad integrum häufig nicht erreicht werden kann.[124]

Spätfolgen sind laut Garve et. al selten und äußern sich hauptsächlich in chronischen Infektionen oder einer Mesialdrift von Zähnen. 80,4% der Befragten von Garve et al. sind mit dem Aussehen der Zähne zufrieden und klagen nicht über eine Verschlechterung ihrer Lebensqualität. Häufig sind hingegen phonetische Veränderungen.[125] Cleve beschreibt in Lignitz, dass Zahnlücken der oberen oder unteren Inzisivi eine Bildung beim „dentolabialen f“ verhindern. Weiterhin führt er aus, dass die in der Kehle gebildeten Laute (Gutterale) und t, s, d, l, n sowie damit

[121] Schröder 1906, S. 4.
[122] Garve 2011, S. 50–51.
[123] Fabian und Mumghamba 2007, S. 187.
[124] Meyer 2021, S. 255–257; Tungotyo 2017, S. 112–115; Feller et al. 2019, S. 189–199; Srour et al. 2017, S. 268–274.
[125] Garve et al. 2016, S. 1103.

verwandte Laute sich verändern, wenn die unteren Schneidezähne verstümmelt sind. Ersatzlaute sowie die in der Linguistik als Spiranten betitelten Laute (z.B. f, sch) werden stattdessen artikuliert. Die Verstümmelung der oberen Schneidezähne bewirkt eine Lautbildung ähnlich dem englischen „th“.[126]

Die psychischen Folgen der dentalen Mutilation sind individuell sehr verschieden und werden in der Literatur vernachlässigt. Die während der Operation erlittenen Schmerzen können zu einer Traumatisierung führen. Inwiefern die psychische Konstitution im weiteren Lebensablauf Beeinträchtigungen zeigt, sollte in weiteren Studien eruiert werden.

Problematisch ist, dass die Verstümmelungspraktiken bei vielen Stämmen tief in der Kultur verankert sind und auftretende Komplikationen als normal angesehen werden.

2.1.5 Infant Mutilation (IM), Infant Oral Mutilation (IOM)

Nach der Beschreibung der grundlegenden Zahnmutilationen soll weiter auf die Infant Mutilation und Infant Oral Mutilation eingegangen werden. Dazu folgt eine definitorische Einleitung mit Erläuterung der Prävalenz mit örtlicher Eingrenzung, der Darlegung des Ablaufes sowie der Beschreibung der grundlegenden Konsequenzen.

2.1.5.1 Einleitung

Die genannten Mutilationen werden je nach Stamm und Tradition zu unterschiedlichen Zeitpunkten innerhalb des Lebenslaufes durchgeführt. Der Begriff „Infant Mutilation“ (IM) beschreibt alle Mutilationen, die im Kindesalter durchgeführt werden. Die häufigsten dokumentierten IM sind die Enukleation („Ebino“/“false-teeth“) und das Tea-Tea („Millet desease“). Beide werden primär aus kurativen Gründen bei einer Krankheit angewandt.

Eine Spezifizierung der Infant Mutilation bilden die sogenannten „Infant Oral Mutilation“ (IOM). Diese umfassen Praktiken, die sich auf dem Mund- und Gesichtsbereich beziehen und die in Entwicklungsphasen vor oder während des Zahndurchbruches stattfinden. Ihnen kann die Enukleation zugeschrieben werden.

Die Enukleation wird innerhalb dieses Abschnittes behandelt, da sie als orale Mutilation dem Themenbereich der Zahnmutilation zuzuordnen ist. Das Tea-Tea als Mutilation des Oberkörperbereiches wird unter Kapitel 2.3.2.1 im Themenbereich der Brustinzisionen bei den weiteren Mutilationen erörtert. Von Bedeutung ist allerdings,

[126] Lignitz 1921-1922, S. 256 nach Cleve in Zeitschrift für Ethnologie 1904, S. 460.

dass beide Mutilationen in vielen Fällen parallel auftreten. Entsprechend gelten die einleitenden Erklärungen und die Ausführungen zu den motivationalen Grundlagen gleichermaßen für beide Phänomene. Lediglich die inhaltlich darüberhinausgehenden Aspekte bedürfen bei dem Thema „Tea-Tea“ besonderer Betrachtung.

Im Anhang unter 8.1 ist eine grafische Darstellung hinterlegt, die die Inzidenz der häufigsten Infant Mutilation in Bezug zum Lebensalter in Monaten in einem Krankenhaus in Uganda darlegt. Die größte Zahl der Mutilationen findet demnach im Alter von 6 Monaten statt.[127]

Die Prävalenzzahlen führen die Relevanz dieses Themas im subsaharischen Raum vor Augen: Im Bushenyi Distrikt von Uganda geben etwa 32% in einer Befragung mit 214 Teilnehmer*innen an, auf traditionelle Verfahren (mit Mutilationen) oder Verfahren mit einer Kombinationen aus traditioneller und moderner Medizin bei kindlichen Beschwerden wie z.B. Fieber oder Erbrechen zurückzugreifen.[128]

In der Literatur wird vielfach die IM in Uganda beschrieben. Uganda wird als Epizentrum vermutet, von dem aus eine Ausbreitung in andere subsaharische Länder stattgefunden hat.[129] Weitere betroffene afrikanische Länder sind: Sudan, Äthiopien, Kenia, Somalia, Tansania, D.R. Kongo, Burundi, Ruanda, Burkina-Faso und Tschad.[130]

Barzangi et al. stellen in der Befragung afrikanischer Immigranten vier Gründe für die Enukleation und für das Tea-Tea fest:

„1. wirksame notwendige Behandlung
2. umstrittene Tradition
3. Alternative zum Scheitern
4. verzweifelte Maßnahme“[131]

[127] Accorsi et al. 2003.
[128] Nuwaha et al. 2007, S. 29.
[129] Noman et al. 2015, S. 2.
[130] Kemoli 2015, 137.
[131] Übersetzung d. Autors nach Barzangi et al. 2019, S. 568–570 , Originalquelle:

„1. effective necessary treatment
2. disputed tradition
3. alternative to failure
4. desperate measure“

Die in Punkt 1 genannte notwendige Behandlung wird dabei als Kernaspekt aufgefasst, dem sich die anderen Gründe nachordnen.[132] Notwendig ist die Behandlung für die Befragten insofern, als dass sie bei einer Erkrankung wie Durchfall oder Fieber der Genesung dienen soll. Der Großteil der Bevölkerung kann aus finanziellen Gründen oft nicht auf die moderne medizinische Versorgung zurückgreifen und oft wird diese kritisch gesehen. Bei den Misserfolgen einer modernen Therapie oder fehlenden Behandlungsmöglichkeiten wird üblicherweise auf traditionelle Behandlungsmaßnahmen gesetzt (korrelierend mit Grund 3 und 4: „Alternative zum Scheitern", „verzweifelte Maßnahme"). Dieses wird zudem durch den Einfluss älterer Familienmitglieder bekräftigt. Traditionelle Heilungsmethoden werden stammesgeschichtlich generationsgebunden überliefert. Es wird daher auf die Effektivität dieser Methoden vertraut (Grund 2: „umstrittene Tradition"), selbst wenn sie im Gegensatz zu den modernen medizinischen Behandlungsmöglichkeiten stehen. Medizinische Grundkenntnisse sind im subsaharischen Raum lediglich begrenzt vorhanden, sodass in vielen Fällen einer rein symptomorientierten Therapie der Vorrang gegeben wird. Traditionelle Behandlungsmethoden bieten direkte und symptomorientierte Lösungen. Wird entsprechend der Behandlung ein morphologisches Korrelat im Körper gefunden, z.B. ein Zahnkeim als vermeintlicher Wurm, wird dieser als Grund für die Beschwerden interpretiert. Eine Entfernung wird dann als schnelle, symptomorientierte Therapie gewählt.[133] Selbstredend bleibt die gewünschte Heilung aus, vielmehr kommt es zu einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes.

Die Auslöser für kindliche Erkrankungen sind in der Regel schlechte äußere Bedingungen. Es mangelt an sauberem Trinkwasser und funktionierenden Sanitäranlagen. Unzureichende Wohnverhältnisse, Parasiten- und Fliegenbefall verschlechtern die Lage deutlich. Hygienische Verhältnisse sind oft nicht herstellbar.[134] Ein Zusammenhang zwischen der Prävalenz und der sozio-ökonomischen Situation lässt sich unschwer erkennen: "[...] je höher der Bildungsgrad des Haushaltes ist, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von falschen Zähnen [syn.

[132] Barzangi et al. 2019, S. 568.
[133] Mogensen 2000, S. 340.
[134] Mutai et al. 2010, S. 98.

Enukleation; Anm. d. Verf.] im Haushalt. [...] Ähnlich verhält es sich mit der Hirsekrankheit [syn. Tea-Tea; Anm. d. Verf.]“.[135]

Die Infant Mutilation ist dementsprechend auch in einem Gesamtkontext zu sehen. Sie ist Ausdruck der vorherrschenden Lebenssituation, die teilweise kriegsbedingt geprägt ist, mit den Folgen von Armut, einem niedrigen Bildungsstand und einem mangelnden medizinischen Versorgungsstandard.[136]

2.1.5.2 Enukleation

Enukleation bezeichnet das Entfernen von Zahnkeimen (Germektomie). Dieses wird oft im Alter von weniger als einem Lebensjahr durchgeführt.[137] Sie ist der Kategorie Schröder Typ III „Ausbrechen von Zähnen“ zuzuordnen. Als Synonym wird auch der Begriff „Ebino/Ebinyo/Ebiino“ verwendet, was in der Muttersprache „falsche Zähne“ („false-teeth“) bedeutet.

Auf der Grundlage des vorstehenden Definitionsansatzes werden nachstehend die Verbreitung, ihre Durchführung, ihre Folgen inklusive eines Fallbeispiels und letztlich die derzeitigen Präventionsmaßnahmen dargestellt. Ebenso wird die Relevanz für europäische Länder in den Blick genommen.

Die Enukleation wird hauptsächlich in Ost-Afrika durchgeführt. Besondere Bedeutung gewinnt sie neuerdings in Europa und den USA durch Migrationsprozesse von Afrikaner*innen.[138]

Leidet ein Kind unter Fieber, Durchfall, Erbrechen, Jucken im Mund oder ähnlichen Symptomen, wird in den traditionell geprägten Ethnien zumeist ein*e Heiler*in zu Rate gezogen. Seine Diagnose ist in der Regel das Vorhandensein von „Zahnwürmern“ („tooth worms“) im Zahnfleisch. Diese würden die kindlichen Beschwerden hervorrufen. Durch das weißliche Aussehen der Zahnkeime werden die Anlagen fälschlicherweise für Würmer gehalten, die das physische Korrelat für die Beschwerden darstellen sollen. Gerade Tea-Tea und auch die Enukleation werden eher in ländlichen Regionen durchgeführt, die Familien dort weisen einen geringen Bildungsgrad auf.[139]

---

[135] Übersetzung d. Autors nach Nuwaha et al. 2007, S. 28–29, Originalquelle: „[…] the higher the level of education of the head of household the lower the likelihood of occurrence of false teeth in the household. […] The situation is similar for millet disease“.

[136] Mogensen 2000, S. 347–348.

[137] Accorsi et al. 2003, S. 2186–2187.

[138] Mogensen 2000, S. 332; Anjum et al. 2022, S. 1042–1046.

[139] Accorsi et al. 2003, S. 2186.

„Therapeutisch“ werden in einem schmerzhaften Prozess ohne Anästhesie mit primitiven Mitteln wie z.B. Fahrradspeichen die Eckzahnkeime des Kiefers exzidiert.[140] Abb. 16 und 17 dokumentieren die Praxis der Durchführung mit einem Nagel und dem resultierenden Erscheinungsbild.

Abb. 16: *Germekomie mit einem Nagel bei einem Nuer Kind (Foto: Prof. R. Garve)*

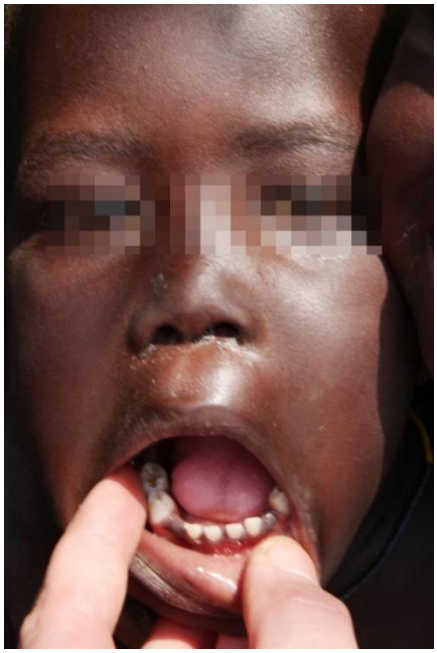


Abb. 17: *Zustand nach Germektomie im Unterkiefer (Foto: Prof. R. Garve)*

Die Wundbereiche werden mit Kräutern und Medikamenten behandelt. Diese sollen einerseits die Heilung verbessern und andererseits Begleiterkrankungen wie Malaria bekämpfen oder ihnen vorbeugen. Die verabreichten Mittel können auch präoperativ aufgetragen werden. Die Auswahl der Präparate beinhaltet ein großes Spektrum. Zum Beispiel greift ein Heiler bei den Jod’Adhola begleitend auf eine Mischung aus Penicillin und Chloriquin per os zurück.[141]

Zu den Folgen des Enukleationsprozesses schreiben Kemoli und Opondo: „[…] die Maßnahmen gefährden die Gesundheit des Kindes mehr als das, was sie bewirken sollen“.[142] Ein unsteriles Vorgehen mit meist insuffizientem Wundverschluss verursacht erhebliche Komplikationen. Accorsi et al. untersuchen in einem Krankenhaus in Nord-Uganda 1995 Kinder nach Mutilation mit Tea-Tea und/oder Enukleation. Die häufigsten Folgen waren Sepsis (93,3%) und diverse Anämien (44,5%). 28 der 1995 Kinder sterben. Damit sind Komplikationen infolge von Ebino und

[140] Kemoli 2015, 137-138; Kemoli und Opondo 2021, S. 4–6.
[141] Mogensen 2000, S. 339.
[142] Übersetzung d. Autors nach Kemoli und Opondo 2021, S. 76, Originalquelle: „[…] the concotions are more of a hazard to the health of the child than what they are intended to achieve“.

Tea-Tea die insgesamt 8 häufigste Todesursache für Kindersterben in diesem Krankenhaus.[143]

Eine besonders kritische Komplikation des orofazialen Gangräns mit fortschreitender Zerstörung des befallenen Gewebes (Noma) soll nachfolgend an einem Fallbeispiel von Tungotyo dargelegt werden. Ein 16 Monate altes Mädchen aus Uganda mit einem grippalen Effekt wird durch einen traditionellen Heiler behandelt. Er entfernt dem Mädchen Zahnkeime und ruft dadurch eine Verschlechterung des Zustandes hervor. Das Mädchen bekommt Fieber, hat Schmerzen und es bildet sich zunächst eine rote Läsion, die sich schnell ausweitetet und sich schwarz färbt. Bei Hospitalisierung ist die Läsion 8x5cm groß und nekrotisch. Eine Therapie erfolgt mittels Antibiotika und einem chirurgischen Debridement, dessen Verlauf Abb. 18 und 19 zeigen. Die weitreichende Exzision betrifft den Großteil der unteren Gesichtspartie. Anschließend muss eine rekonstruierende Therapie in einem spezialisierten Krankenhaus durchgeführt werden.[144]

Abb. 18: *Präoperativer Zustand nach einem Noma infolge einer Enukleation (IOM) (Foto mit Genehmigung durch Tungotyo 2017, S. 113)*

Abb. 19: *Zustand nach chirurgischer Intervention nach dem Noma (Foto mit Genehmigung durch Tungotyo 2017, S. 114)*

Bezüglich der Ursachen und Folgen der IOM besteht große Unkenntnis. Von 214 Befragten aus Uganda kennen 150 die Bedeutung und die Gefahr bezüglich „falscher Zähne“ nicht.[145] Die weltweite Verhinderung von Mutilationen im Kindesalter erfordert

[143] Accorsi et al. 2003, S. 2186.
[144] Tungotyo 2017, S. 112–116.
[145] Nuwaha et al. 2007, S. 27.

vielseitige und sektorübergreifende Ansatzpunkte. Die schnelle Erfassung und Diagnosestellung kann z.B. mit adaptieren Datenerfassungsbögen geschehen.[146]

Vor allem sind Aufklärungskampagnen zwingend notwendig und müssen als sinnvolle Präventionsmaßnahme angesehen werden. Über die Durchführung einer solchen Kampagne berichtet Kirunda.[147] In dieser werden traditionelle Heiler*innen aus Uganda von Zahnarzthelfer*innen und einem Chirurgen über die Sterilisation von Instrumenten, Methoden und Komplikationen von Zahnextraktionen sowie Kreuzinfektionen aufgeklärt. Dadurch wird erreicht, die Durchführung von Enukleationen deutlich zu verringern und Überweisungen an eine*n fachkundige*n Zahnärzt*in bei auftretenden Problemen vorzunehmen.[148] Schwerwiegende Folgen durch Ebino können präventiv verhindert werden.

Weiterhin wird 2019 von leitenden Zahnärzt*innen aus Äthiopien, Somalia, Kenia, Tansania, Ruanda, D.R. Kongo und Sudan mit der „Addis Ababa Declaration“ ein Hilfsprogramm in Leben gerufen, dass mit Aufklärungsarbeit über 100 Millionen Menschen in 5 Jahren erreichen möchte. Das Ziel ist die vollständige Beendung der IOM innerhalb von 10 Jahren.[149]

Außer Aufklärungskampagnen und Präventionsmaßnahmen ist dringend geboten, die schlechten hygienischen Zustände als eine der grundlegenden Ursachen für Komplikationen zu beseitigen. Dabei ist die Infrastruktur von entscheidender Bedeutung: Krankenhäuser müssen gebaut und eingerichtet werden. Diese müssen auch für die ländliche Bevölkerung zugängig sein. Unabdingbar ist auch der Zugang zu Strom, fließendem Wasser und Medikamenten wie Antiseptika.

Statistische Anhaltspunkte für einen potenziell positiven Trend liefern die Studien Tirwomwe et al. und Musinguzi et al.:

Während noch 2013 von 1112 Befragten aus Uganda 29,3% von der Enukleation betroffen sind, liegt im Jahr 2016 die Prävalenz bei 432 Befragten bei 8,1%.[150] Da in der Untersuchung regionale Unterschiede vorhanden sind, ist ein Bias nicht auszuschließen. Somit sind die vorstehenden Daten vorerst als Näherungswert zu begreifen.

[146] Anjum et al. 2022, S. 1044–1046.
[147] Kirunda 1999, S. 189–190.
[148] Kirunda 1999, S. 190.
[149] Wordley und Bedi 2019, S. 863–864.
[150] Musinguzi et al. 2019, S. 93; Tirwomwe et al. 2013, 450-455.

Im Zuge der Migration ist es möglich, dass auch in europäischen Regionen Personen als Patient*innen in Praxen behandelt werden, die die Folgen einer Enukleation aufweisen.[151] Noman et al. berichten z.B. von einem 15-jährigen Somalier in England, der sich mit einem schlecht mineralisierten, schmerzenden Zahn 43 vorstellt. Dieser Zustand ist die Folge einer Zahnkeimentfernung im Alter von 5 Jahren.[152]

Große Bedeutung für die zahnärztliche Tätigkeit im europäischen Raum hat daher der in der Arbeit dargelegte Kenntnisstand. Ein*e Zahnärzt*in sollte z.B. daher bei unilateral fehlenden Zähnen höchst sensibel agieren, um in Kenntnis von Enukleationen mit einer gebotenen Therapie anzusetzen und weiterführend in entsprechenden Situationen und soziokulturellem Umfeld ggf. auch präventiv weiteren Zahnkeimentfernungen entgegenzuwirken.

[151] Roberts et al. 2019, S. 103–105; Noman et al. 2015, S. 2–3.
[152] Noman et al. 2015, S. 2.

2.2 Weibliche Genitalverstümmelung

Innerhalb dieses Gliederungspunktes wird analog zu dem thematischen Aufbau der Zahnverstümmelung der Themenbereich Genitalverstümmelung dargestellt.
Einleitend wird die Mutilation des Genitals definiert und die allgemeine thematische Relevanz dokumentiert. Es folgt ein kurzer Abriss zum Aufbau des Genitals, um die vorgenommene Einteilung der Verstümmelungsformen erfassen zu können. Weiter werden die Gründe für weibliche Genitalverstümmelung und die Folgen der entsprechenden Mutilationsform dargelegt. Zudem erfolgt eine Erörterung juristisch sowohl international als auch national relevanter Aspekte unter Einbezug konkreter Fallbeispiele aus Deutschland. Abschließend wird auf Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Frauen nach oder vor Genitalverstümmelung eingegangen.

2.2.1 Einleitung

Die weibliche Genitalverstümmelung ist von der WHO wie folgt definiert:
„Weibliche Genitalverstümmelung (FGM) umfasst die teilweise oder vollständige Entfernung der äußeren weiblichen Genitalien oder eine andere Verletzung der weiblichen Genitalien aus nichtmedizinischen Gründen“.[153]
Auf der Grundlage dieser Definition gewinnt die Thematik auch in Deutschland angesichts einer großen Zahl von Betroffenen zunehmend an Relevanz.
So wird im Rahmen einer 2017 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Studie, durchgeführt durch das Netzwerk INTEGRA, ermittelt, dass im Jahre 2016 in Deutschland insgesamt 192 441 Ausländerinnen aus FGM-Risikogebieten stammen. Von diesen sind 102 133 Frauen aus afrikanischen Ländern, 23 220 im Alter von 0-18 Jahren. Die Zahl der von FGM betroffenen Frauen in Deutschland aus afrikanischen Herkunftsländern wird mit 34 097 mit angegeben. In Bezug auf Mädchen unter 18 Jahren wird eine Risikoeinteilung vorgenommen. Danach wird festgestellt, dass die Zahl der bedrohten Mädchen aus Afrika bei mindestens 1278 liegt, maximal bei 4828.[154] Weitere wichtige Daten liefert Behrendt im Jahr 2011 bezogen auf die Stadt Hamburg. Betroffen von FGM sind 902 Frauen. Die Zahl der Frauen mit dem Risiko von FGM wird auf 200 Frauen geschätzt.[155]

[153] Übersetzung d. Autors nach World Health Organization (WHO) 2022, Originalquelle: „Female genital mutilation (FGM) involves the partial or total removal of the external female genitalia or other injury to the female genital organs for non-medical reasons“.
[154] Integra 2017, S. 22–25.
[155] Behrendt 2011, S. 28.

2.2.2 Aufbau des weiblichen Genitals

Abb. 20 dokumentiert in der ersten Darstellung den natürlichen morphologisch intakten Aufbau der für die Arbeit wichtigen Bestandteile des weiblichen Genitals. Die äußeren weiblichen Genitale bestehen aus dem Schamhügel (Mons pubis), den Schamlippen (Labia minora pudendi, Labia majora pudendi), dem Scheidevorhof (Vestibulum vaginae), dem Scheideneingang (Introitus vaginae), der Klitoris, dem Jungfernhäutchen (Hymen), den Vorhofdrüsen (Glandulae vestibulares majores, minores), der Harnröhrenöffnung (Ostium urethrae externum) und den Skene-Vorhofdrüsen (Glandulae paraurethrales). Sie werden auch als Vulva zusammengefasst.

Als innere weiblichen Genitalien können die Scheide (Vagina), die Gebärmutter (Uterus), der Eileiter (Tuba uterina) und der Eisterstock (Ovar) begriffen werden.[156]

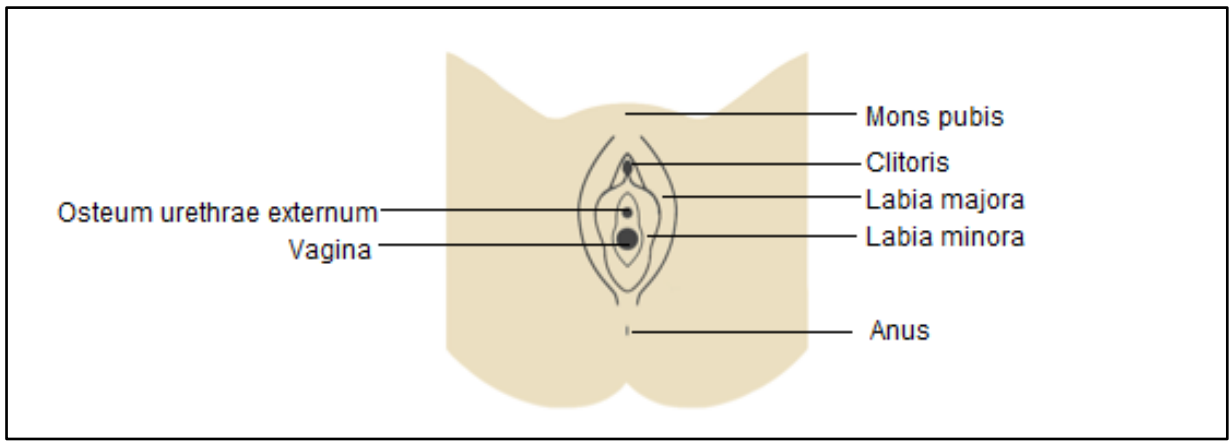


Abb. 20: *Physiologische Anatomie des weiblichen Genitals (eigene Darstellung)*

2.2.3 Einteilung der Genitalmutilationen

Laut WHO werden die weiblichen Genitalmutilationen in vier Hauptklassen und weiteren Subkategorien eingeteilt. Da in der Literatur und der Praxis im Wesentlichen die Hauptklassendifferenzierung vorgenommen wird, findet dieses im weiteren Zuge der Arbeit entsprechend Anwendung.[157]

Die Kategorien sind wie folgt beschrieben und Typ I-III zusätzlich in Abb. 21 bebildert.

„Typ I – die teilweise oder vollständige Entfernung des äußerlich sichtbaren Teils der Klitoris und/oder der Klitorisvorhaut.

Typ Ia – Entfernung allein der Klitorisvorhaut.

[156] Diedrich 2007, S. 7–13.
[157] World Health Organization (WHO) 1997.

Typ Ib – Entfernung des äußerlich sichtbaren Anteils der Klitoris und der Klitorisvorhaut.

Typ II – die teilweise oder vollständige Entfernung des äußerlich sichtbaren Anteils der Klitoris und/oder der inneren Schamlippen mit oder ohne Beschneidung der äußeren Schamlippen

Typ IIa – Entfernung allein der inneren Schamlippen

Typ IIb – Teilweise oder vollständige Entfernung des äußerlich sichtbaren Anteils der Klitoris und der inneren Schamlippen. Die Klitorisvorhaut kann auch betroffen sein.

Typ IIc – Teilweise oder vollständige Entfernung des äußerlich sichtbaren Anteils der Klitoris, der inneren und äußeren Schamlippen. Die Klitorisvorhaut kann auch betroffen sein.

Typ III – Verengung der Vaginalöffnung mit Bildung eines deckenden Verschlusses. Der Verschluss wird geformt durch Aufschneiden und Repositionieren der inneren und/oder äußeren Schamlippen mit oder ohne Entfernung des äußerlich sichtbaren Anteils der Klitoris. Wird auch als Infibulation bezeichnet.

Typ IIIa – Entfernung und Reposition der inneren Schamlippen.

Typ IIIb – Entfernung und Reposition der äußeren Schamlippen

Typ IV – Alle anderen schädliche Prozeduren am weiblichen Genital ohne medizinischen Nutzen. Beispielsweise das Einstechen, Durchbohren, Abschaben sowie die Kauterisation von Genitalgewebe“[158]

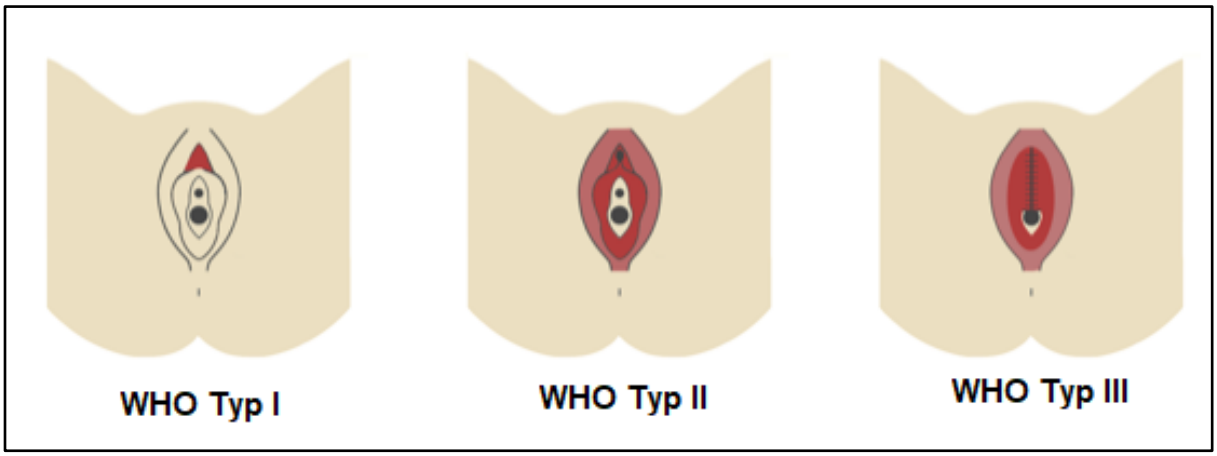


Abb. 21: *Die ersten 3 Typen der Genitalmutilationen nach WHO-Klassifikation, rote Bereiche sind betroffen (je nach Unterklassifikation hellrot oder dunkelrot) (eigene Darstellung nach WHO 1997)*

[158] Übersetzung d. Autors nach World Health Organization (WHO) 1997, Originalquelle ist im Anhang unter 8.2 angefügt.

2.2.3 Gründe für Genitalmutilationen

Für Genitalmutilationen existieren entsprechend der Definition der WHO keinerlei medizinische Gründe. Auf der Grundlage verschiedener Quellen können entsprechend der Auflistung von Evelia et al. sechs Hauptgründe für Genitalmutilationen und deren derzeitige Durchführung voneinander differenziert werden:

„1. Übergangsritus
2. Heiratsfähigkeit sichern
3. Kontrolle der Sexualität
4. Familienehre
5. Religiöse Anforderung
6. Kulturelle und ethnische Identität“[159]

2.2.3.1 Übergangsritus

Die FGM stellt unter sozialen Gesichtspunkten als Übergangsritus für viele Ethnien Afrikas einen wichtigen Schritt auf dem Weg zum vollwertigen Mitglied oder auch Erwachsenen dar. Das kindliche Dasein wird durch Mutilationen, verbunden mit großen Festen und Zeremonien, überwunden und der Eintritt in die Erwachsenenwelt wird dokumentiert. Der Übergang wird auch als „Initiation“ bezeichnet und hat innerhalb der Ethnien einen großen Stellenwert.[160] Die damit verbundene weitreichende Bedeutung erfordert detaillierte Erläuterungen, die in Kapitel 4.1 folgen. Der Initiationsritus stellt nämlich eine wichtige Verbindungskomponente zu dentalen und weiteren Mutilationspraktiken dar.

2.2.3.2 Heiratsfähigkeit sichern

Die Ehe ist ein hohes und wertvolles Gut für die Bewohner*innen des subsaharischen Raums. Ntetem verdeutlich dieser mit folgender Aussage:

---

[159] Übersetzung d. Autos nach Evelia et al. 2007, S. 6–7, Originalquelle:

„1. Rite of passage
2. Ensure marriageability
3. Controlling Sexuality
4. Family honour
5. Religious requirement
6. Cultural and ethnic identity“

[160] Evelia et al. 2007, S. 6.

„Der Mann und die Frau sind Wesen, die naturgemäß auf die eheliche Gemeinschaft hingeordnet sind. Vor ihrer Verbindung in der Ehe sind sie unvollkommene Wesen“.[161] Bei dem Stamm der Bantu werden Unverheiratete sogar als „unmündig“ angesehen und wie Kinder behandelt.[162] Ähnliches wird bei von Stämmen der Kuria und Kisii in Kenia berichtet.[163]

Die Genitalverstümmelung intendiert eine Steigerung der Attraktivität der Frau für den männlichen Partner.[164] Diese begründet sich unter anderem in der ästhetischen Vorstellung vieler subsaharischer Völker. Danach wird „das äußere weibliche Genital als hässlich und schmutzig betrachtet, ein beschnittenes Genital dagegen als schön“.[165] Diese Ansicht mündet letztlich sogar in die Vorstellung, dass bei einem Belassen des natürlichen Zustandes eine übermäßige Wucherung bzw. ein Größenwachstum zu befürchten ist. Beides würde die Heiratsfähigkeit beträchtlich senken.

Essenziell korreliert mit der Heiratsfähigkeit auch der materielle Vorteil, der seinen Ausdruck in einem höheren Brautpreis für die Familie der Tochter findet. In ärmeren Regionen ist man auf das entsprechende Geld für die familiäre Versorgung angewiesen. Hayeshi bestätigt dieses in seinem Bericht mit folgender Aussage:

„Einige Eltern sind nach wie vor nicht daran interessiert, ihre Töchter zur Schule zu schicken; sie wollen einfach nur, dass ihre jungen Töchter verheiratet werden und den Brautpreis erhalten“.[166]

2.2.3.3 Familienehre

Genitale Mutilationen sind stammesintern mit sozialen Werten verbunden, die traditionell über Generationen weitergegeben werden. Eine nicht durchgeführte Genitalverstümmelung kann von Mitgliedern einer Ethnie mit Schwäche und mangelndem Durchsetzungsvermögen der betroffenen Familie gleichgesetzt und geächtet werden. Da neben der Ehe auch die Jungfräulichkeit einen entscheidenden Wert bei der Wahl der Braut spielt, trägt beispielsweise die Prozedur einer Infibulation zur Sicherung der Virginität bei. Der psychosoziale Druck innerhalb eines Stammes,

[161] Ntetem 1983, S. 111.
[162] Ntetem 1983, S. 111.
[163] Evelia et al. 2007, S. 6.
[164] Evelia et al. 2007, S. 6.
[165] Gruber et al. 2005, S. 26.
[166] Übersetzung d. Autors nach Hayashi 2017, S. 112 , Originalquelle: „Some parents are still not interested in sending their daughters to school; they simply want to get their young daughters married and receive the bride price“.

bei Nichtdurchführung der Mutilation als unverantwortlich zu gelten und unmoralisch dem westlichen Einfluss stattzugeben, führt zum fortgesetzten Durchführen genitaler Mutilationen, dienen sie doch dem Erhalt der Familienehre.[167] Van der Kwaak formulierte nach Interviews mit Mitgliedern somalischer Stämme:

„Der Grund für die Beibehaltung von Genitaloperationen als eine der wertvollsten Traditionen Afrikas wird oft darin gesehen, dass sie das junge Mädchen rein und die verheirateten Frauen treu halten sollen. [...] Wenn sie nicht rein ist, wird Schande - ceeb - über sie und ihre Abstammung gebracht“.[168]

2.2.3.4 Kontrolle der Sexualität

Eine ausgelebte Sexualität der Frauen stellt nach Meinung subsaharischer Völker eine Gefährdung der Jungfräulichkeit und der Heiratsfähigkeit dar. Bedürfnisse und Neigungen bezüglich sexueller Aktivitäten sollen mittels FGM nicht nur unterbunden, es soll auch ihre Entstehung gehemmt werden. Die weiblichen Geschlechtsorgane korrelieren nach Auffassung vieler afrikanischer Ethnien direkt mit der Libido einer Frau.[169] Durch Anbringen von Mutilation möchte man einerseits das sexuelle Verlangen und andererseits die Attraktivität reduzieren. Auch soll gesichert sein, dass die Mädchen ihrer späteren Rolle als Ehefrau und Mutter gerecht und sie zudem vor Vergewaltigung geschützt werden.[170] Ähnlich protektive Beweggründe finden sich gleichermaßen in der Ausübung des „Brustbügelns“. Auf dieses wird in Kapitel 2.3.1 eingegangen.

2.2.3.5 Religiöse Anforderung

Religiöse Grundlagen spielen in einigen Ethnien eine entscheidende Rolle. Während im christlichen Glaubensbereich keine Grundlage für das Durchführen einer FGM zu finden ist, beruft man sich im Islam auf die sogenannte „sunnah“ Prozedur. Bei dieser wird Klitorisvorhaut exzidiert, da diese als „haraam“ (unrein) angesehen wird.[171]

Die „Sunnah“ Prozedur findet ihren Ursprung auf einem Hadith, was übersetzt Bericht oder Rede bedeutet. Hadithe sind Überlieferungen und Aussprüche des Propheten Mohammed, die von vielen Muslim*innen neben dem Koran als Glaubensrichtlinien

[167] Evelia et al. 2007, S. 6.
[168] Übersetzung d. Autors nach van der Kwaak 1992, S. 781, Originalquelle: „The reason for maintaning genital operations as one of Africa’s most values traditions is often seen in the light of keeping the young girl pure and the married women faithful. [..] If she is not pure, shame – ceeb- will be brought upon her and her lineage“.
[169] Ploss und Bartels 1895, S. 173–174 nach Brehm; Evelia et al. 2007, S. 6–7.
[170] Gruber et al. 2005, S. 26.
[171] Evelia et al. 2007, S. 7.

gesehen werden. In einem Hadith unterhält sich Mohammed mit einer Beschneiderin und soll dabei folgenden Ausruf getätigt haben: „Komm näher, ich zeige Dir, wie man es macht. Schneide nicht zu viel. Das lässt die Frau erröten und ist besser für den Ehemann“.[172] Da die „leichte“ Beschneidung von Mohammed in dem Hadith geduldet wird, wird der Bericht als Legitimation für die Beschneidung gesehen. Dennoch steht für viele Anhänger des Islams die körperliche Unversehrtheit, die „Hurma“, in der Wertvorstellung deutlich über dem genannten Hadith, da die „Hurma“ Bestandteil der Scharia ist.[173] Die Scharia ist als höchstes, von Gott festgelegtes islamisches Rechtssystem zu begreifen.

Die Beschneidung also wird im Islam kontrovers diskutiert und je nach Legitimationsgrundlage durchgeführt oder abgelehnt. Entsprechend ist im afrikanischen Kontinent die Bedeutung des Islams innerhalb eines geographischen Gebietes zu betrachten, um so Aussagen über die Prävalenz von Beschneidungen treffen zu können.

2.2.3.6 Kulturelle und ethnische Identität

Die kulturelle Identität ist laut Ebert und Pastoors die „Identifikation mit bestimmten Werten und die Zugehörigkeit zu den Gruppen, die diese Werte vertreten (positive Identifikation). Umgekehrt kann kulturelle Identität auch durch Nicht-Identifizierung bzw. Negation anderer Werte aufgebaut werden (negative Identifikation)“.[174] Die positive Identifikation findet sich in der Ritualisierung der genitalen Mutilationen wieder, die sich durch tradierte und jahrhundertlange Weitergabe als Symbol und Wert einer Ethnie zeigen. Da sowohl Großmutter als auch Mutter betroffen sind, wird eine Weiterführung der Tradition von der Tochter erwartet, um die kulturelle Identität beizubehalten.[175] Der westliche Einfluss richtet sich gegen die FGM und sorgt für Änderungen im stammesinternen Habitus. Die Opposition gegenüber dieser der Einwirkung führt zu einer negativen Identifikation, die die kulturelle Identität innerhalb der Ethnie stärkt.

Auch der Bildungsgrad und der Wohnort zeigen Einflüsse auf die Durchführung von FGM. Je höher der Bildungsgrad der Eltern und je weniger ländlich das Gebiet, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit von FGM.[176]

---

[172] Wettig 2018.
[173] Gruber et al. 2005, S. 27.
[174] Becker et al. 2018, S. 214.
[175] Evelia et al. 2007, S. 7; El-Dirani et al. 2022, S. 174.
[176] El-Dirani et al. 2022, S. 171–174.

2.2.4 Folgen von Genitalmutilationen

Genitalmutilationen haben als Eingriff in die Integrität des Betroffenen sowohl psychisch als auch physisch schwerwiegende Folgen. Entsprechend zu Darstellungen zur Zahnmutilation werden diese in den nachstehenden Abschnitten dieses Kapitels gesondert erörtert. Grundlage ist dabei die Auflistung von Gruber et al.[177] Hervorzuheben ist, dass die Art und Durchführungsweise der Genitalmutilationen die Komplikationen und die Folgen maßgeblich bestimmt.

Physiologische Effekte treten sowohl akut als auch nach längerer Zeit auf. Darüber hinaus sind Beeinträchtigungen der sexuellen Funktion und erhöhte Risiken bei Geburten zu betrachten.

Als mögliche akute gesundheitliche Komplikationen sind zu nennen: Schmerzen, Hämorrhagie, Anämie, Schock, Schwellung des Genitalgewebes, Infektionen, Miktionsstörungen, Juckreiz, Wundheilungsstörungen, Zysten, Sensibilitätsstörungen, Neurombeschwerden, Verletzungen der umliegenden Gewebe und Organe sowie Mortalität.[178]

Die mangelhaften anatomischen Kenntnisse der Beschneiderinnen[179] über Nerven- und Blutgefäßverläufe können zu einer Verletzung physiologisch wichtiger Strukturen führen.[180] Da eine hohe Vaskularisierung vorliegt, kommt es schnell zu einer Hämorrhagie mit anschließender Anämie oder zu Schockzuständen. Schwellungen des Genitalgewebes sind Folgen eines Entzündungsprozesses oder einer lokalen Infektion. FGM Typ III verursacht laut Iavazzo et al. am häufigsten Infektionen.[181] Bei der Benutzung von unsterilem Equipment und dem Verzicht auf Antiseptika und Antibiotika steigt das Risiko der Komplikationen.[182] Die Mortalität durch akute Komplikationen wird durch die WHO auf etwa 10% geschätzt.[183]

Als langfristige Folgen einer FGM sind in der zentralen Betrachtung die chronischen Infektionen festzustellen.[184] Diese können die Harnorgane sowie umliegende Strukturen betreffen und über die Harnwege bis weit in den Körper vordringen

[177] Gruber et al. 2005, S. 12.
[178] Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) e.V. et al. 2022, 55, 83; Plan International Deutschland e.V. 2018, S. 10; Sarayloo et al. 2019, 4-17; Abdoli et al. 2021, S. 147–155; Gruber et al. 2005, S. 12.
[179] Bei den Beschneiderinnen handelt es sich nahezu ausschließlich um Frauen
[180] Gruber et al. 2005, S. 12.
[181] Iavazzo et al. 2013, S. 1139–1146; Sarayloo et al. 2019, 4-17.
[182] Klein et al. 2018, S. 4.
[183] Gruber et al. 2005, S. 12.
[184] Andro et al. 2014, S. 180.

(aufsteigende Genitalinfektionen). Es kommt in den betroffenen Regionen zu Entzündungen wie z.B. einer Vaginits oder Pyelonephritis. Eine Dysurie kann ebenfalls durch eine Entzündung oder durch anatomisch veränderte Gegebenheiten hervorgerufen werden. Der Abfluss von Urin wie auch Menstruationsblut wird durch eine Genitalverstümmelung unter Umständen verhindert (Hämatokolpos). Damit kann es zu schmerzhaften Stauungen bis in die Gebärmutter oder den Eileiter kommen. Bei andauernden Entzündungen oder Stauungen besteht das Risiko der Infertilität.[185]

Die Menstruation von Frauen mit Mutilation unterscheidet sich von nicht beschnittenen Frauen durch verstärkte Schmerzen (Dysmenorrhö) und einer längeren Dauer (Menorrhagie). An den durch die Beschneidung entstehenden Narben kann es zu Keloiden und zu Abszessen kommen, die die Problematik der Flüssigkeitsretention durch Kontraktion zusätzlich verstärken können. Bei Durchtrennung von Nervenbahnen ist mit Dysästhesien zu rechnen. Fisteln sind häufiger vorzufinden.[186]

Kommt es bei einer Mutilation zu einer Infektion mit z.B. HIV, leiden Betroffene zusätzlich an den Langzeitfolgen der Krankheit.[187] Hayashi merkt bezüglich des Tetanus‘ in diesem Zusammenhang an: „Einige Enkamuratani verabreichen vor der Operation einen Tetanus-Impfstoff; in vielen Massai-Dörfern gibt es jedoch keinen Kühlschrank oder Injektionsgerät, so dass der Impfstoff seine Wirksamkeit verlieren kann“.[188]

Bei Schwangerschaft und Geburt sind die Folgen der Verstümmelung in besonderem Maße ausgeprägt. Es kann zu verlängerten oder gestörten Geburtsvorgängen und Dammrissen kommen.[189] Außerdem wird über eine vermehrte Rate von Kaiserschnitten und instrumentellen Entbindungen, postpartalen Blutungen, Fehlgeburten und einem geringeren Apgar-Score berichtet.[190]

Bei der Entbindung einer Frau mit einer Genitalmutilation Typ III ist meist eine Defibulation notwendig. Es zeigt sich literarisch ein positiver Trend bezüglicher

[185] Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) e.V. et al. 2022, S. 55; Sarayloo et al. 2019, 4-17; Abdoli et al. 2021, S. 147–155.

[186] Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) e.V. et al. 2022, S. 56; Gruber et al. 2005, S. 12.

[187] Gruber et al. 2005, S. 12–13; Berg et al. 2014, S. 2–5; Plan International Deutschland e.V. 2018, S. 10; Iavazzo et al. 2013, S. 1138–1149; Klein et al. 2018, S. 4.

[188] Übersetzung d. Autors nach Hayashi 2017, S. 105, Originalquelle: „Some enkamuratani administer a tetanus vaccine before the operation; however, there is no refrigerator or injector in many Maasai villages, so the vaccine may lose its efficiacy“.

[189] Lurie et al. 2020, 7-13; Berg et al. 2014, S. 5.

[190] Lurie et al. 2020; Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) e.V. et al. 2022, S. 55; Berg et al. 2014, S. 3; Abdoli et al. 2021, S. 147–155; Sarayloo et al. 2019, 4-17.

geringerer Folgen bei vorgenommener Defibulation.[191] Verletzungen bei der Defibulation bieten erneut das Risiko einer Blutung mit Anämien und einer Infektion. Bei genitalverstümmelten Frauen kann es zu Dammrissen kommen, da das narbige Gewebe im Vergleich zu physiologischem Gewebe weniger dehnbar ist. Verzögert sich die Geburt, kann dies zur Gefährdung des Kindes beitragen. Ein Sauerstoffmangel beispielsweise kann letal verlaufen.[192] Ebenso muss das Risiko für die werdende Mutter bei einem Geburtsstillstand betrachtet werden. Vesicovaginale und rectovaginale Fisteln mit resultierender Inkontinenz sowie unphysiologische Dehnung mit dem Risiko des Prolaps stellen weitere wesentliche Komplikationen dar.[193]

Eine normal gelebte Sexualität wird sowohl durch die psychischen als auch die physischen Folgen einer Genitalverstümmelung beeinträchtigt.[194]

Der Verlust der Klitoris als erektiles Organ geht mit einer verringerten Möglichkeit der sexuellen Erregung einher.[195] Die Vernarbung des betroffenen Gewebes erschwert die Penetration des Sexualpartners. Je nach Art der FGM ist eine Inzision zum Eindringen notwendig. Diese wiederum birgt ein Infektions- und erhöhtes Verletzungsrisiko. Die Lubrikation beim vaginalen Verkehr ist ebenso eingeschränkt.[196] In einigen Fällen wird daher Analverkehr praktiziert. Dieser geht jedoch mit einem erhöhten Risiko der HIV-Infektion einher. Von besonderer Bedeutung ist der von der Frau empfundene Schmerz, der ein Lustempfinden in den Hintergrund treten lässt.[197]

Bezüglich vieler beschriebener Folgen ist einzuräumen, dass diese aufgrund der Qualität der Evidenz und Heterogenität der Quellen in ihrer Aussagekraft oft eingeschränkt sind, sodass weitere zukünftige Studien notwendig sind. Dies gilt insbesondere bezüglich des Zusammenhangs zwischen FGM und Kaiserschnitten, Dysmenorrhöen, Urogenitaltraktinfektionen, instrumentellen Geburten und Fehlgeburten, postpartalen Blutungen, Dammschnitten und dem Apgar-Score.[198] Dennoch sind sie als Indiz und Tendenz von starken Folgen zu begreifen, die genitale Mutilationen hervorrufen können.

[191] Esu et al. 2017, S. 21–29.
[192] Gruber et al. 2005, S. 15.
[193] Gruber et al. 2005, S. 15.
[194] Nzinga et al. 2021, S. 752–757; Abdoli et al. 2021, S. 147–155.
[195] Thierfelder et al. 2005, S. 88; Andro et al. 2014, S. 180; Abdoli et al. 2021, S. 155.
[196] Vloeberghs et al. 2012, S. 683–688; Berg et al. 2014, S. 2–5; Plan International Deutschland e.V. 2018, S. 10; Nzinga et al. 2021, S. 752–757.
[197] Lurie et al. 2020, 10; Gruber et al. 2005, S. 14; Andro et al. 2014, S. 180.
[198] Sylla et al. 2020, S. 3–7; Lurie et al. 2020, 7-13.

Anschließend an die physischen Folgen gewinnt die Betrachtung der psychischen Beeinträchtigungen große Relevanz, da diese fest mit der weiblichen Genitalverstümmelung einhergehen.[199] Sie manifestieren sich ggf. direkt während der Prozedur bzw. als indirekte, sekundäre Folge der physischen Beeinträchtigungen.

Als direkte Folge stellten Vloeberghs et al. eine posttraumatische Belastungsstörung mit Angststörungen, Depressionen, Aggressionen, Gereiztheit, diffuser Identität bis hin zum Verlust der eigenen Identität fest.[200] Es ist von einer Traumatisierung ähnlich den Folgen einer Vergewaltigung oder Folter auszugehen.[201] Ein derart tiefer Eingriff in die Integrität hinterlässt tiefreichende psychische Folgen und oft einen psychiatrischen Therapiebedarf. In einigen Fällen der Genitalverstümmelung kommt es posttraumatisch zu Gedächtnislücken oder sogar Gedächtnisverlust, was insgesamt als Dissoziationsprozess zu diagnostizieren ist. Entsprechend beschreiben Behrendt et al. eine derart große mentale Belastung für die Betroffenen, so dass ein großer psychischer Distanzraum zwischen Ereignis und dessen psychischer Verarbeitung notwendig ist.[202] Auch hier stehen künftige umfangreiche Studien zu den psychischen Folgen derzeit allerdings noch aus.

Innerhalb der afrikanischen Populationen, in denen eine Beschneidung als normal angesehen wird, unterliegen die Mädchen einem entsprechend hohen gesellschaftlichen Druck. Ein Weigerung würde zum sozialen Ausschluss führen oder die Heiratsfähigkeit bzw. die Familienehre beeinträchtigen und damit soziale Benachteiligung bedeuten.[203] Da das Thema gesellschaftlich tabuisiert ist, ergeben sich erhebliche Probleme in der Diagnostik dieses Phänomens. Daraus resultiert entsprechend, dass mentale Beeinträchtigungen in vielen Fällen gar nicht oder in diversen Variationen physischer Symptome (z.B. Kopfschmerzen) gegenüber medizinischem Personal vorgetragen werden.[204]

Indirekte Folgen für die psychische Verfassung sind solche, die durch physische Beeinträchtigungen sekundär wirken. Hier sind die sozialen Verpflichtungen z.B. in der Rolle als Mutter oder Ehefrau zu nennen. Diese können bei Schmerzen, Infertilität und Dysmenorrhö nicht oder nur unzulänglich in gebotenem Maße erfüllt werden.

[199] Abdalla und Galea 2019, S. 3–10.
[200] Vloeberghs et al. 2012, S. 684–688; Scamell und Ghumman 2019, S. 18–21.
[201] Gruber et al. 2005, S. 13; O'Neill und Pallitto 2021, S. 1741–1746.
[202] Behrendt und Moritz 2005, S. 1000; Gruber et al. 2005, S. 14; Abdoli et al. 2021, S. 147–155.
[203] Gruber et al. 2005, S. 14.
[204] Thierfelder et al. 2005, S. 88; Gruber et al. 2005, S. 14.

Schmerzen lassen sich als Leitsymptom zusammenfassen, die die Lebensqualität in allen Bereichen häufig erheblich einschränken können.

Wenn eine Familie auf die Heirat und Fruchtbarkeit ihrer Tochter finanziell angewiesen ist, ergeben sich bei Nichterfüllung ökonomische und soziale Konsequenzen. Weiter ist davon auszugehen, dass das Selbstwertgefühl und das Selbstvertrauen der betroffenen Frauen durch körperliche Einschränkungen reduziert ist. Beispielsweise kann eine sexuelle Partnerschaft nicht in vollem Maße ausgelebt werden.[205]

Zu berücksichtigen ist weiterhin, dass durch komplikations- oder infektionsbedingte Krankenhausaufenthalte finanzielle Probleme auftreten. Überdies können psychosoziale Probleme durch beispielsweise eine Nichtteilnahme am Leben in der Gemeinschaft entstehen. Kommt es in diesem Zuge ggf. zu einem verminderten Bildungsstand, resultiert daraus häufig eine Einschränkung der ökonomischen Eigenständigkeit.[206]

2.2.5 Rechtliche Dimensionen

Sowohl auf nationaler Ebene als auch auf internationaler Ebene werden im Zuge der vergangenen Jahre verstärkt gesetzliche Bestimmungen gegen die weibliche Genitalverstümmelung erlassen. Die juristische Dimension und entsprechende Gerichtsurteile werden im Folgenden erläutert.

2.2.5.1 Gesetzliche Lage auf internationaler Ebene

1. 1948: Allgemeine Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen

   Die am 10.12.1948 in Paris verkündete allgemeine Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen ist eine Erklärung der Vereinten Nationen über grundlegende Rechte, die jedem Menschen zuteilwerden sollen. Inhalt ist unter anderem die Gewährleistung der Sicherheit und der Freiheit von Frauen. Sie umfasst 30 Artikel. Gegen den Artikel 5 und auch weitere verstößt die Genitalverstümmelung:

   „Niemand darf der Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe unterworfen werden“.[207]

[205] Andro et al. 2014, S. 180; Gruber et al. 2005, S. 13–14; Vloeberghs et al. 2012, S. 685–686; O'Neill und Pallitto 2021, S. 1740–1746; Nzinga et al. 2021, S. 750–760.
[206] Gruber et al. 2005, S. 14; Mpinga et al. 2016, S. 6.
[207] UN-Vollversammlung 1948.

Obwohl die Menschenrechtserklärung keine rechtlich bindende Quelle ist, postuliert sie den Status eines angestrebten Ideals, für das die UN-Mitgliedsstaaten eintreten.

2. 1979 UN-Frauenrechtskonvention (Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau)

   Die Frauenrechtskonvention ist ein 1979 von der UN-Generalversammlung verfasstes Übereinkommen, das die Diskriminierung der Frau verhindern soll und mit dem Frauenrechte etablieren werden sollen. Das Ziel der inzwischen 189 ratifizierten Mitgliedsstaaten ist eine Gleichstellung von Frau und Mann.[208] Im Gegensatz zu der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte umfasst die Frauenrechtkonvention weitergehend den Schutz vor Diskriminierung im privaten, nicht-staatlichen Raum.

   Die weibliche Genitalverstümmelung ist zweifellos ein Eingriff in die Integrität der Frau. Häufig wird eine Frau zur Durchführung einer Beschneidung durch die sie umgebende gesellschaftliche Struktur genötigt. Die Frau unterliegt somit kulturellen Vorgaben und auch wirtschaftlichen Zwängen ihrer Familie, für die eine FGM wirtschaftliche Vorteile bringt. In der Summe muss die Mutilation als eine harte Diskriminierung angesehen werden. Sie steht klar im Widerspruch zum Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau.

3. 1981 Banjul-Charta

   Das auch als „afrikanische Charta der Menschenrechte und Rechte der Völker“ bezeichnete Menschenrechtsabkommen basiert auf der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte von 1948, umfasst allerdings auch Traditionen und Werte der afrikanischen Kultur. In den „individuellen Rechten“ ist festgehalten, dass alle Menschen das Recht auf körperliche und geistige Gesundheit haben und Handlungen verboten sind, die diesem widersprechen.[209]

4. 1989 UN-Kinderrechtskonvention

   Die 1989 beschlossene UN-Kinderrechtskonvention legt Rechte zum Schutz der Kinder in aller Welt fest. Bis auf die USA ratifizieren bisher alle UN-

[208] United Nations General Assembly 1979.
[209] Organisation of African Unity 1981; Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung 2021.

Mitgliedsstaaten das Abkommen.[210] Als Kinder werden Menschen von 0-18 Jahre definiert, vornehmlich also auch das Alter, in dem Menschen Genitalmutilationen zugefügt werden. Kerninhalte sind unter anderem der Schutz vor Gewaltanwendung, Misshandlung und Verwahrlosung (Art. 19). Insbesondere gegen diesen Artikel verstößt die weibliche Verstümmelung mit ihrer psychischen und physischen Gewaltanwendung. Weiterhin sollen die Vertragsstaaten „Schutzmaßnahmen" wie beispielsweise Sozialprogramme aufstellen, „die dem Kind und denen, die es betreuen, die erforderliche Unterstützung gewähren und andere Formen der Vorbeugung vorsehen sowie Maßnahmen zur Aufdeckung, Meldung, Weiterverweisung, Untersuchung, Behandlung und Nachbetreuung [enthalten]".[211]

5. 1990 Afrikanische Charta der Rechte und des Wohlergehens des Kindes

   Die 1999 in Kraft getretene Charta setzt sich für die Rechte und Pflichten der afrikanischen Kinder ein. Es finden sich mit der UN-Kinderrechtskonvention korrelierende Artikel, die sich ebenso gegen Folter, Missbrauch und Gewalt von Kindern aussprechen (u.a. Artikel 16).

   Dem Schutz gegen schädliche soziale und kulturelle Praktiken, denen sich die FGM zuordnen lässt, wird ein eigener Artikel gewidmet (Art. 21): „Die Vertragsstaaten dieser Charta treffen alle geeigneten Maßnahmen, um schädliche soziale und kulturelle Praktiken zu beseitigen, die das Wohl, die Würde, das normale Wachstum und die normale Entwicklung des Kindes beeinträchtigen [...]".[212]

6. 2005 Maputo Charta

   Im Jahr 2003 verabschiedet die afrikanische Union ein Zusatzprotokoll zu der afrikanischen Charta der Menschenrechte und Rechte der Völker von 1981.

   Das Protokoll geht speziell auf die Rechte der Frauen ein und tritt 2005 in Kraft. Neben z.B. den Rechten zum Schutz vor Diskriminierung und Gewalt wird in Artikel 5 auch explizit auf die Beschneidung von Mädchen eingegangen.[213] In Abschnitt (b) des Art. 5 heißt es bezüglich der durchzuführenden Maßnahmen:

[210] Bundeszentrale für politische Bildung 2019.
[211] Bundesministerium für Familie et al. 2018.
[212] Übersetzung d. Autors nach African Union 1990, Originalquelle: States parties to the present Charter shall take all appropriate measures to eliminate harmful social and cultural practices affecting the welfare, dignity, normal growth and development of the child […]".
[213] Hitzig 2021.

„Verbot aller Formen der weiblichen Genitalverstümmelung, der Skarifizierung, der Medikalisierung und Paramedikalisierung der weiblichen Genitalverstümmelung und aller anderen Praktiken durch gesetzgeberische Maßnahmen, die mit Sanktionen einhergehen, um sie auszurotten; [...]“.[214]

Neben dem Verbot und der Sanktionierung von FGM soll unter anderem erreicht werden, dass gefährdete Mädchen geschützt, Opfer adäquat unterstützt werden und durch Aufklärungskampagnen die Öffentlichkeit informiert wird.[215]

Derzeit (Stand 05.01.23, seit September 2019 unverändert) haben 49 der 55 afrikanischen Länder die Charta unterzeichnet und 42 ratifiziert.[216] Zu den nicht unterzeichnenden und nicht ratifizierenden Ländern gehört beispielsweise Ägypten, das auf dem afrikanischen Kontinent eine der höchsten Prävalenzen für Genitalmutilationen aufweist.

2.2.5.2 Gesetzliche Lage in Afrika

Neben internationalen Rechtsgrundlagen, an denen sich viele afrikanische Länder inzwischen orientieren, spielen bezüglich der weiblichen Genitalverstümmelung auch die ländereigenen Regelungen der afrikanischen Staaten eine Rolle.

Hier zeigt sich je nach Land eine diskrepante Auslegung der Rechtslage und Rechtsumsetzung. Daher wird nachfolgend nur auf drei Länder exemplarisch Bezug genommen, in denen die Prävalenz der Genitalmutilationen zu den höchsten Afrikas zählt (87-89%).[217] Das Spektrum der Sanktionen liegt bei Geldstrafen zwischen 0,80€ und 1500€, bezüglich der Freiheitsstrafen von einigen Tagen bis hin zu lebenslänglichen Gefängnisstrafen. Überdies kann Zwangsarbeit verhängt werden.[218]

1. <u>Ägypten:</u>

   Die FGM gilt im Strafgesetzbuch Ägyptens seit 2008 als Straftat. Sie wird mit Gefängnisstrafen von bis zu zwei Jahren und Geldstrafen von bis zu 1000$ geahndet. In der Praxis hat das Gesetz kaum strafrechtliche Konsequenzen, mehrfache Freisprüche für Angeklagte sind vorzufinden. Der Versuch, diesen

[214] Übersetzung d. Autors nach African Union 2003, Originalquelle: „Prohibition, through legislative measures backed by sanctions, of all forms of female genital mutilation, scarification, medicalisation und para-medicalisation of female genital mutilation and all other practices in order to eridicate them; […]“.
[215] African Union 2003.
[216] African Union 2019; University of Pretoria 2023.
[217] UNICEF 2021b.
[218] Gruber et al. 2005, S. 35.

Straftatbestand sogar abzuschaffen, scheiterte 2012 durch das Engagement von Hilfsorganisationen und der ägyptischen Gemeinschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe.[219]

2. Sudan:

   Bereits im Jahr 1946 wird rechtlich im Sudan festgehalten, dass die Typ III Genitalmutilation illegal ist. 2009 erfolgt in vielen Provinzen die Erweiterung auf alle Formen der weiblichen Genitalbeschneidung. TERRE DE FEMMES berichtet demgegenüber, dass die Beschneidung nach Typ I in einigen Gebieten wieder erlaubt wird und die realen Sanktionen stark von der Interpretation der Rechtslage abhängig sind.[220]

   Im Jahr 2020 wird die weibliche Genitalverstümmelung provinzübergreifend strafrechtlich verankert und als gesetzliche Sanktion eine Gefängnisstrafe von bis zu 3 Jahren oder aber Geldstrafen festgelegt.[221]

3. Mali:

   Obwohl Mali die Kinderrechtskonvention und die Frauenrechtkonvention unterzeichnet hat, existiert gegen FGM bisher kein spezifisches Gesetz. Strafrechtliche Relevanz ergibt sich lediglich aus anderen Gesetzen, wie z.B. dem Gesetz zur körperlichen Unversehrtheit (Art. 1). Minderjährige können selbst keine Anzeige erstatten. [222]

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es in den meisten afrikanischen Ländern aktuell juristische Regelungen und Strafen gibt. Jedoch ist die Umsetzung und Realisierung strafrechtlicher Konsequenzen oftmals von relativ freier Interpretation der Rechtsgrundlage und vor allem davon abhängig, dass eine Anzeigenerstattung erfolgt. Dieses unterbleibt allerdings in vielen Fällen. So schreiben Gruber et al.: „Zu einer Verurteilung kann es in der Regel nur dann kommen, wenn FGM angezeigt und kausal bewiesen wird, die Schuld der handelnden Person feststeht und die Tat rechtswidrig war“.[223]

De facto kommt es daher nahezu gar nicht zu Gerichtsurteilen und entsprechend nicht zu gesetzlichen Sanktionen.

[219] TERRE DE FEMMES 2021b.
[220] TERRE DES FEMMES 2021b.
[221] Der Spiegel 2020.
[222] TERRE DES FEMMES 2021a.
[223] Gruber et al. 2005, S. 35.

2.2.5.3 Gesetzliche Lage in Deutschland

Da im Zuge von Migrationsprozessen die Beschneidung von Frauen auch in Deutschland an Relevanz gewinnt und thematisch Raum greift, ist zunächst auf die deutsche Rechtslage einzugehen. Weiter werden ausgewählte besondere Fälle und entsprechende Gerichtsentscheidungen vorgestellt.

Für Genitalbeschneidungen von in Deutschland wohnhaften Afrikanerinnen werden nach Kenntnis von Dr. Sabine Müller, Ärztin bei der Beratungsstelle „Balance“ in Berlin, drei verschiedene äußere Situationen genutzt.

1. Die Genitalbeschneidung findet durch deutsche oder afrikanische Ärzt*innen innerhalb Deutschlands statt.
2. Die Genitalbeschneidung findet während eines „Heimaturlaubes“ im afrikanischen Herkunftsland statt.
3. Die Genitalbeschneidung erfolgt durch eine aus Afrika nach Deutschland eingeflogene „Beschneiderin“.[224]

Das Vorliegen dieser drei Situationen ist für den Ansatz der Realisierung einer gesetzlichen Reaktion wichtig.

Für die deutsche Rechtslage ist bedeutsam, dass Deutschland alle vorstehend genannten internationalen Konventionen ratifiziert und das nationale Recht auch dementsprechend auslegt. Die Beschneidung ist innerhalb Deutschlands seit 2013 ein eigener Straftatbestand gemäß § 226a Strafgesetzbuch (StGB). Die körperliche Unversehrtheit (Grundgesetz Art. 2, Abs. 2) wird verletzt und schwere psychische sowie physische Folgen treten in der Regel auf. Geahndet wird die weibliche Genitalverstümmelung mit einer Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren.[225]

Eine im Ausland durchgeführte weibliche Genitalverstümmelung ist gleichermaßen nach § 226a, 5 StGB strafbar.

Um den „Heimaturlauben“ entgegenzuwirken, wird im Dezember 2016 zudem eine Änderung des Passgesetzes beschlossen. Ist eine Reise ins Heimatland allein zum Zweck der Genitalbeschneidung geplant, kann der Pass entzogen werden (§ 8 i.V.m § 7 Abs.1 Nr.11 PassG).

[224] Internationale Gesellschaft für Menschenrechte (IGFM) 2013, S. 2–3.
[225] Bundesgesundheitsministerium 2021.

Innerhalb eines Asylverfahrens kann die weibliche Genitalbeschneidung anerkannt werden als „geschlechtsspezifische Verfolgung, die den Betroffenen auch durch nichtstaatliche Akteure drohen kann“.[226] Ärzt*innen in Deutschland haben das Recht, die Schweigepflicht bei Vorliegen einer FGM zu brechen, es besteht allerdings keine Meldepflicht.[227]

Es folgen zwei exemplarisch ausgewählte Gerichtsverfahren bezüglich minderjähriger, in Deutschland lebender Mädchen:

1. Gerichtsverfahren

   Dem Beschluss XII ZB 166/03 des Bundesgerichtshofes vom 15.12.2004 liegt der Fall eines aus Gambia stammenden Mädchens zu Grunde. In diesem geht bei einem geplanten Heimaturlaub das Jugendamt von der Gefahr einer Genitalverstümmelung aus und entzieht der Mutter daher teilweise das Aufenthaltsbestimmungsrecht.[228] Der Widerspruch der Mutter wird letztlich durch den Bundesgerichtshof als unbegründet verworfen. Im Urteil heißt es, die Genitalverstümmelung sei „eine schwere Menschenrechtsverletzung“ und die genannte Entscheidung sei daher als „Schutzmaßnahme“ für das Mädchen zu treffen.[229] Der Besuch von Verwandten sowie die damit verbundene „Vorstellung von Kultur, Tradition, Religion und Erziehung“ sei in diesem Falle zu vernachlässigen, da der „körperlichen Unversehrtheit“ eine größere Bedeutung zukomme.[230]
2. Gerichtsverfahren

   Das Amtsgericht Delmenhorst entscheidet mit dem Beschluss 18 F 146/12 vom 17.07.2012 ähnlich.

   Einem Elternpaar wird das Aufenthaltsbestimmungsrecht für die beiden Töchter entzogen, da der aus Sierra Leone stammende Vater sich dahingehend einlässt, er wolle mit ihnen zum Urlaub in das Heimatland reisen.

   Grundlage für die Gerichtsentscheidung ist die Einordnung Sierra-Leones als Hochrisikogebiet für Genitalverstümmelungen. Dort wird eine Beschneidungsquote von 75-98% realisiert. Auch in der Familie des Vaters sind Beschneidungen bekannt.

[226] Bundesminesterium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2020.
[227] Prange 2006, S. 8.
[228] Bundesgerichtshof, Beschluss vom 15.12.2004, S. 5.
[229] Bundesgerichtshof, Beschluss vom 15.12.2004, S. 5.
[230] Bundesgerichtshof, Beschluss vom 15.12.2004, S. 8.

Der Vater erscheint nicht zu dem Gerichtstermin, da er sich in Sierra Leone befindet. Die aus Deutschland stammende Kindesmutter zeigte sich im Prozess bezüglich der Thematik FGM „gleichgültig und passiv“.[231] Sie befürchtet bei dem Auslandsaufenthalt eher eine Malariaerkrankung ihrer Kinder und ist sich weder der Gefahr einer Verstümmelung bewusst, noch zeigt sie Interesse, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen.

Das Gericht erkennt im vorliegenden Fall gemäß § 1666 BGB eine Gefährdung des Kindeswohles, da die „körperliche und seelische Integrität der Mädchen“ bei einem Urlaub nicht gewährleistet werden kann.[232] Bei Missachtung der gerichtlichen Entscheidung wird ein Ordnungsgeld von 25000 € oder eine Ordnungshaft von bis zu 6 Monaten festgesetzt.[233] Letztlich verfügt das Gericht, „die Entscheidung über die Veranlassung und Durchführung von Auslandsreisen [..] dem Jugendamt als Pfleger zu überlassen“.[234]

Zusammenfassend ist mit TERRE DE FEMMES festzuhalten, dass es bislang in Deutschland zu keiner Verurteilung nach § 226a StGB kommt bzw. gekommen ist. Dieses ist vermutlich keinesfalls so zu interpretieren, dass es in Deutschland keine Beschneidungen gibt. Wesentliche Gründe sind nach TERRE DE FEMMES unter anderem eher die strukturell problematische Umsetzung seit der Einführung des § 226a StGB im Jahre 2013.[235]

2.2.6 Handlungsempfehlungen für den Umgang mit Frauen nach oder vor weiblicher Genitalverstümmelung

Da Mutilationen selten Lehrinhalte an Universitäten oder Bestandteile von Fortbildungen sind, stellt sich für ein*e Ärzt*in bei Patientinnen nach vorgenommener Mutilation die Frage der adäquaten Behandlung beziehungsweise Umgangsweise. Dieses Kapitel dient der Darstellung möglicher Herangehensweisen. Da zudem Zahnmutilationen und weitere Mutilationsformen wie u.a. Brustbügeln in Deutschland weniger publik sind, existieren im Gegensatz zu den genitalen Mutilationen hierfür keine angeratenen Vorgangsweisen.

[231] Taskforce FGM 2021.
[232] Skwar 2019.
[233] Taskforce FGM 2021.
[234] Skwar 2019.
[235] TERRE DES FEMMES 2019.

Die Bundesärztekammer in Deutschland veröffentlicht einen im April 2016 aktualisierten Beitrag zu „Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung“. Dieser stellt eine wichtige Grundlage der folgenden Ausführungen dar.[236]
Wesentliche Punkte sind dabei die generelle Prävention durch Aufklärung, die Betreuung der Frauen, die Defibulation selbst und die Wundversorgung.

Prävention stellt in der Betreuung das wichtigste Element dar, da durch sie folgenreiche Eingriffe mit gravierenden Konsequenzen vermieden werden können. Wichtig sind zuvörderst Aufklärungsgespräche in jeglicher sozialer Dimension auf Augenhöhe mit den Patientinnen auf der Grundlage gebotenen Kulturverständnisses. Die vorliegende Arbeit erbringt dabei für den*die behandelnde*n Ärzt*in ein Grundverständnis. Als Gesprächsrahmen können vor allem die Neugeborenenuntersuchungen und die Vorsorgeuntersuchungen U2-U10 dienen.[237]
Aufklärungskampagnen und Hilfsangebote nicht nur in Deutschland, sondern vor allem auch direkt vor Ort sind sinnvoll, um ein kulturelles Umdenken zu bewirken und damit für die involvierten Personen die Abwendung von Verstümmelungspraktiken zu ermöglichen. In Deutschland gibt es neben der Beratung durch den*die Ärzt*in ebenso das Hilfetelefon „Gewalt gegen Frauen“, welches unter der Telefonnummer 08000-116 016 ein kostenloses, immer zur Verfügung stehendes Beratungsangebot liefert. Ein Telefonat erfolgt anonym, barrierefrei und ist in 18 Sprachen möglich.[238]
Außerdem besteht die Möglichkeit des Aufsuchens von anonymen Schutzeinrichtungen, wie z.B. den Frauenhäusern in Berlin, bei drohender Gefahr einer Gewaltanwendung.[239]

Mit der generellen Betreuung und deren Charakteristiken beschäftigt sich die Arbeitsgemeinschaft für Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit Tropengynäkologie (FIDE) und entwickelt hierfür weitere Empfehlungen.[240]
Die geschilderten Maßnahmen gehen mit der S2k Leitlinie „weibliche genitale Fehlbildungen“ (Stand März 2020)[241] und S2k Leitlinie „Rekonstruktive und ästhetische

[236] Bundesärztekammer 2016, S. 1–2.
[237] AG Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit (AG FIDE e.V.) 2007, S. 27.
[238] Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben 2022.
[239] TERRE DES FEMMES 2022, S. 29, 42.
[240] AG Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit (AG FIDE e.V.) 2007, S. 20–30.
[241] Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) e.V. et al. 2020, S. 71–74.

Operationen des weiblichen Genitales“ (Stand August 2022) einher.[242] Zunächst einmal sollten gynäkologische Untersuchungen und Behandlungen bei genitalmutilierten Frauen vorzugsweise von erfahrenen Ärzt*innen mit Begleitung einer*eines Dolmetscher*in stattfinden, sofern dieser zur Verfügung steht. Psychologisches Einfühlungsvermögen bei der Anamnese und Untersuchung sowie ausreichend Zeit, um auf die patientenspezifische Situation einzugehen, sind geboten.[243] Gegebenenfalls ist auf eine weiterführende psychologische Beratung zu verweisen oder diese in die ärztliche Behandlung zu integrieren.

Sofern eine klinische Untersuchung geboten und mit der gegebenen psychischen Konstellation vereinbar scheint, muss diese entsprechend der mutilierten Bereiche spezifiziert werden und mit Vorsicht geschehen. Beispielsweise kann auf eine rektale Untersuchung anstelle von vaginaler Untersuchung bei einer Infibulation zurückgegriffen werden.[244] Minimalinvasive oder bestenfalls nichtinvasive Verfahren sind vorzuziehen. Ebenso muss damit gerechnet werden, dass einige anatomische Bereiche nicht examiniert werden können, da diese unzugänglich oder entfernt sind. Weiterhin können Schmerzen die Untersuchung unmöglich machen.

Lässt die Examination ein Bild zu, ist der Zustand mit der Patientin umfassend zu besprechen. Es sollte zudem erfasst werden, welche Aspekte die größten Belastungsfaktoren darstellen, z.B. Miktionsbeschwerden und fehlende Kohabitationsfähigkeit. Auch sekundäre Folgen wie Fistelungen und Narbenbildungen sind in Therapie miteinzuplanen.[245] Besteht Handlungsbedarf, sollten die Therapieoptionen mit der mutilierten Frau besprochen werden und unter anderem Folgen, Alternativen und Durchführungsweisen erläutert werden. Da es den verstümmelten Frauen oft an anatomischem Grundverständnis fehlt, kann sich dieses als kompliziert darstellen.[246]

Operative Möglichkeiten müssen entsprechend der jeweiligen Mutilationsform adaptiert werden und umfassen die Rekonstruktion von exzidierten Anteilen und vor allem die Defibulation.[247]

[242] Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) e.V. et al. 2022, S. 81–87.
[243] AG Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit (AG FIDE e.V.) 2007, S. 22.
[244] AG Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit (AG FIDE e.V.) 2007, S. 22.
[245] Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) e.V. et al. 2022, S. 87–88.
[246] AG Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit (AG FIDE e.V.) 2007, S. 22–23; Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) e.V. et al. 2022, S. 84–87.
[247] AG Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit (AG FIDE e.V.) 2007, S. 28.

Bei den Mutilation können ästhetische und funktionelle Rehabilitationen mittels Lappenplastiken erreicht werden. Bei der WHO Mutilation Typ I und II werden zunächst Narbenzüge entfernt und der unter Hautniveau liegende, kraniale Klitorisanteil freigelegt.[248] Die Freilegung ermöglicht ein vom Destruktionsgrad abhängiges Wiedererlangen von Sensitivität und Stimulationsfähigkeit.[249] Anschließend erfolgt die plastische Rekonstruktion der äußeren Schamlippen und der Klitoris mittels Lappengewebes. Innere Schamlippen werden bislang nicht wiederhergestellt.[250] Neben gestielten Lappen kommen mittlerweile für umfassendere Rekonstruktionen oft Perforatorlappenplastiken wie der aOAP-Lappen (anterior Obturator Artery Perforator flap) zum Einsatz. Hierbei wird Gewebe aus dem Sulcus genitofemoralis zur Gestaltung genutzt. Der Hebedefekt am Entnahmeort wird möglichst geringgehalten, da bei Perforatorlappen der Muskel geschont wird und das entnommene Gewebe durch tiefe Blutgefäße versorgt wird.[251] Die Blutversorgung geschieht beim aOAP-Lappen über die Arteria obturatoria.[252]

Für die Wiederherstellung der Klitorisvorhaut wird auf den OD-Lappen (Omega-domed flap) zurückgegriffen: Ein omegaförmiger Schnitt sowie laterale Z-Schnitte werden gesetzt und das Gewebe so nach anterior verlagert, dass sich eine Art „Kuppel“ über der Klitoris bildet.[253] Abb. 22 zeigt die Schnittführung.

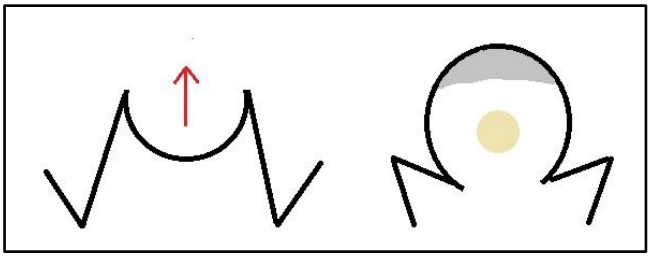


Abb. 22: *Schnittführung bei dem OD-Lappen (links) und das Resultat (rechts) mit freigelegtem Klitorisstumpf (beige) und darüber liegender "Kuppel" (grau) (eigene Darstellung nach O’dey 2019, S. 53-60)*

Dieses operative Vorgehen wird in der Regel durch eine weitere wichtige OP-Technik gestützt, dem NMCS-Procedure (Neurotization and Molding of the Clitoral Stump). Hierbei werden umliegende Nerven mikrochirurgisch in die neu rekonstruierte Spitze der Klitoris positioniert. Somit wird eine Reinnervation ermöglicht.[254]

[248] AG Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit (AG FIDE e.V.) 2007, S. 28; O'Dey 2019, S. 52–87.
[249] Auricchio et al. 2021.
[250] stop mutilation e.v. 2022; Doccheck 2014; O'Dey 2017, S. 1298–1301.
[251] Taeger et al. 2012, S. 163–171; Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) e.V. et al. 2020, S. 71.
[252] Doccheck 2014; O'Dey 2019, S. 69–84; O'Dey 2017, S. 1298–1301.
[253] O'Dey 2019, S. 53–60.
[254] O'Dey 2017, S. 1298–1301.

Wegweisend auf diesem Gebiet ist PD Dr. med. O'dey.

Die einzeitige Operation dauert 5 Stunden bei vollständiger Rekonstruktion (FGM-Typ II) und ist mit einer stationären Aufnahme von 8-10 Tagen verbunden. Die Krankenkassen kommen normalerweise für die entstehenden Kosten auf.[255]

Endresultat nach einem Heilungsprozess von etwa 3 Wochen ist im Optimum ein äußerlich kaum vom morphologisch intakten Zustand zu unterscheidendes weibliches Genital, das im Gegensatz zum mutilierten Zustand wesentlich elastischer, ästhetischer und sensibler ist. In vielen Fällen kann die Kohabitationsfähigkeit wiederhergestellt werden.[256]

Die genitale Mutilation Typ III (Defibulation) bedingt oftmals eine medizinische Interventionsnotwendigkeit, da bei dieser Form am meisten Komplikationen auftreten. Indikationen für einen Eingriff können als vornehmlich medizinisch relevante Faktoren schwere Dysmenorrhoe, erschwerte Miktion, rezidivierende Harnwegsinfektionen, erschwerter bzw. angstbesetzter Geschlechtsverkehr, Keloidbildung des Narbengewebes, erschwerte Diagnostik, Einschlusszysten oder eine Geburt sein. Auch der Wunsch der Patientin kann einen Eingriff indizieren.[257]

Bei einer Schwangerschaft gestalten sich bereits die Vorsorgetermine als kompliziert, da notwendige Abstriche und Untersuchungen nur begrenzt möglich sind. Weiterhin werden Geburten häufig von Komplikationen begleitet, beispielsweise Hypertonien, Atonien, Rupturen des Uterus, bis letztlich hin zur Letalität von Mutter und Kind.[258] Defibulationen können Komplikationen wie Kaiserschnitte oder postpartale Blutungen verhindern.[259] Die Defibulation kann antepartum ab dem zweiten Trimenon oder intrapartum durchgeführt werden, wobei die vorherige Operation viele Vorteile wie z.B. der Gewährleistung der präpartalen Diagnostik bietet.[260] Die medizinische Evidenz zeigt bislang allerdings keine Unterschiede in den Folgen bei den beiden Durchführungsarten.[261]

Der Eingriff der Defibulation ist im Folgenden exemplarisch dargelegt. Unter lokaler Narkose oder Vollnarkose wird das vernähte Vulvagewebe mit einer Schere in Richtung des Mons pubis aufgetrennt. Zum Schutz der darunter liegenden Urethra und

[255] stop mutilation e.v. 2022.
[256] Auricchio et al. 2021; stop mutilation e.v. 2022.
[257] AG Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit (AG FIDE e.V.) 2007, S. 22–23; Bundesärztekammer 2016, S. 2.
[258] AG Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit (AG FIDE e.V.) 2007, S. 24–25.
[259] Okusanya et al. 2017, S. 14–17.
[260] Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) e.V. et al. 2022, S. 60–61.
[261] Esu et al. 2017, S. 21–29.

der Klitoris können Gefäßklemmen (z.B. Kelly-Klemme) oder Finger direkt unter die Naht gelegt werden, sodass darüber inzidiert werden kann.[262] In einigen Fällen wird aufgrund der Gefahr einer Hypersensibilität der freiliegenden Klitoris zunächst Gewebe in dieser Region belassen.[263] Im Anschluss an die Eröffnung können die beschriebenen Lappenplastiken (aOAP-flap) und Rekonstruktionstechniken (OD, NMCS) angewandt werden. Der endgültige Wundverschluss wird in der Regel mit 4-0 resorbierbaren Monocryl-Nähten durchgeführt. Die postoperative Versorgung erfolgt wie auch bei der Operation von FGM Typ I und II durch eine stationäre Aufnahme und der Gabe von Langzeitanästhesie.[264] Berg et. al zeigen in einer Metaanalyse auf einer Basis von insgesamt 5829 weiblichen Teilnehmern, dass es nach einer Defibulation im Vergleich zu nicht defibulierten Frauen zu einer deutlich verringerten Rate an Kaiserschnitten und Dammrissen kommt.[265]

Die operative Versorgung von FGM Typ IV ist aufgrund der sehr heterogenen Konstellationen je nach individuellem Fall zu gestalten.

Der letzte Aspekt der Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung beschreibt die Wundversorgung in rechtlicher und medizinischer Dimension. Die reine Wundversorgung z.B. nach der Geburt ist eine medizinisch essenzielle Maßnahme zur Rehabilitation der Frau im Sinne einer Genesung. Abzugrenzen davon ist, dass die weibliche Mutilation als nicht notwendige Maßnahme generell einen Straftatbestand darstellt. Dementsprechend sind die betroffenen Frauen darüber zu informieren, dass mutilierte Zustände nach einem ärztlichen Eingriff nicht wiederhergestellt werden.[266] Beispielsweise darf kein erneutes Vernähen der Genitalien (Reinfibulation) nach einer Entbindung mit Defibulation stattfinden.

Für den*die behandelnde*n Ärzt*in ist bei Minderjährigen weiterhin von Bedeutung, dass diese*r nach § 4 Abs. 3 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) das Jugendamt bei Zweifeln am Kindeswohl einschalten kann, wenn eine Klärung mit den Personenfürsorgeberechtigten fehlschlägt.

Weiterhin ist entsprechend § 34 StGB (Rechtfertigender Notstand) die Einschaltung Dritter ohne Schweigepflichtsentbindung möglich. Der*die behandelnde Ärzt*in

[262] Johnson und Nour 2007, S. 1544–1547; Craven et al. 2016, S. 1–3.
[263] AG Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit (AG FIDE e.V.) 2007, S. 23.
[264] Johnson und Nour 2007, S. 1547.
[265] Berg et al. 2018, S. 278–287.
[266] stop mutilation e.v., S. 11; Bundesärztekammer 2016, S. 2.

verletzt damit zwar die ihm rechtlich gebotene Schweigepflicht, handelt jedoch gemäß § 34 StGB nicht rechtswidrig, da das Rechtsgut Gesundheit bzw. körperliche Unversehrtheit als geschütztes Rechtsgut das beeinträchtige Interesse der Vertraulichkeit persönlicher Daten wesentlich überwiegt.
Im Gegensatz zu Frankreich gilt in Deutschland für Ärzt*innen keine explizite Meldepflicht für FGM.[267]

2.3 Weitere Mutilationsformen

Der Darstellung der Mutilationsformen der primären Geschlechtsteile folgen für einen umfassenden Überblick über die weiblichen Mutilationsarten Ausführungen der Verstümmelung der sekundären Geschlechtsteile (das sog. „Brustbügeln“), die Brustinzisionen im Zuge von „Tea-Tea“ sowie die Skarifikationen. Nach einleitenden Bemerkungen und einer Definition wird das sog. Brustbügelns hinsichtlich des Ablaufes, der Gründe und den Folgen beschrieben.
Weiter werden im Sinne einer umfassenden Betrachtung genitale Veränderungen mit andersartigem oder historischem Kontext in den Blick genommen. Auch auf europäische Mutilationsformen wie z.B. das Korsett oder solche, die in der Sekte der Skopzen vorzufinden sind, wird ebenfalls eingegangen. Um die Betrachtung der Modifikationen des afrikanischen Kontinents zu komplettieren, wird abschließend das Thema der Elongation der Labien dargestellt.

2.3.1 „Brustbügeln“

Das sogenannte „Brustbügeln“ stellt eine Form der geschlechtsspezifischen Mutilation dar, die trotz ihrer nicht zu unterschätzenden Prävalenzzahlen und Invasivität im Vergleich zu genitalen Mutilationen „klassischer“ Art kaum bekannt ist. Die Relevanz und die Notwendigkeit, das Brustbügeln publik zu machen, stellt das Zitat der Africa Health Organisation heraus:
„Das Bügeln der Brüste betrifft 3,8 Millionen Frauen auf der Welt und wurde als eines der fünf am wenigsten gemeldeten Verbrechen der geschlechtsspezifischen Gewalt bezeichnet [von den Vereinten Nationen]“.[268] Das Abbinden der Brüste ist ein Phänomen mit historischer Dimension. Bereits 1895 dokumentieren von Ploss und

[267] AG Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit (AG FIDE e.V.) 2007, S. 16–17.
[268] Übersetzung d. Autors nach Africa Health Organisation 2019, Originalquelle: „Breast ironing affects 3,8 million women around the world and has been identified as one of the five under-reported crimes to gender-based violence [by the UN]“.

Bartels: „Eine grosse [sic!] Zahl afrikanischer Völker pflegt die Brust in besonderer Weise zu umschnüren. Es wird eine Schnur oberhalb der Brüste fest um den Thorax gelegt, und hierdurch werden die Mammae niedergehalten“[269]. Abbildung 23 illustriert das beschriebene Band.

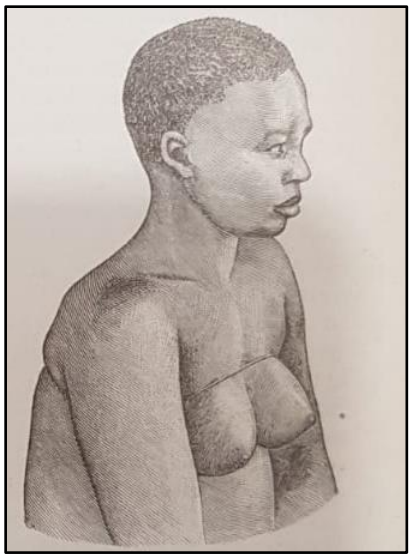


Abb. 23: *Angehörige des Loango-Stammes mit einer Brustschnur (Ploss und Bartels 1895, S. 227)*

Definitorisch und unter Berücksichtigung der heutigen Durchführungsweise lässt sich das Brustbügeln laut Glover William und Finlay wie folgt darstellen:

„Das Bügeln der Brüste ist ein Prozess, bei dem die sich entwickelnden Brüste pubertierender Mädchen über einen bestimmten Zeitraum gebügelt, massiert, geglättet oder geklopft werden, um die Entwicklung der Brüste zu verzögern oder zu stoppen“.[270]

Aufgrund mangelnder terminologischer Prägnanz werden das Brustbügeln, das Abbinden der Brust und das Massieren der Brust in der Literatur oft synonym gebraucht. Nachfolgend wird der Terminus „Brustbügeln“ mit seiner gewaltsamen Evokation insbesondere auch deswegen verwendet, um eine Bagatellisierung der Prozedur zu vermeiden.

Zum Brustbügeln sind empirische Studien und Untersuchungen über Prävalenzen und Vorkommen je nach Gebiet in Afrika kaum vorhanden. Angenommen wird ein Auftreten dieser Mutilation in Benin, Burkina Faso, Kamerun, der zentralafrikanischen

[269] Ploss und Bartels 1895, S. 227.

[270] Übersetzung d. Autors nach Glover Williams und Finlay 2020, S. 90, Originalquelle: „Breast ironing is the process during which pubescent girls‘ developing breasts are ironed, massaged, flattened or pounded down over a period of time to try to delay or stop the development oft the breasts“.

Republik, Tschad, der Elfenbeinküste, Guinea, Kenia, Nigeria, Togo, Südafrika und Simbabwe.[271]

Nach vorliegenden Untersuchungen ist Kamerun als Zentrum herauszustellen. Entsprechend wird im Jahr 2005 eine quantitativ umfassende Studie von der deutschen Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit (GIZ) unter der Leitung von Flavien Ndonko in Kamerun mit 5661 Mädchen und Frauen zwischen 10-82 Jahren durchgeführt. Danach sind 23,8% von der Mutilation der Brüste betroffen. In Littoral, der westlichen Küstenregion Kameruns, ist dieser Anteil mit 53% signifikant höher.[272]

Das Alter der Mutilation-Unterzogenen korreliert mit der Entwicklung des Brustwachstums und liegt der Studie zufolge zwischen 8-12 Jahren. Die Durchführenden sind in nahezu 60% die Mütter. Auch kommen enge weibliche Verwandte in Frage.[273]

Abb. 24: *Äthiopische Frau mit mutilierter Brust rechts und einem Unterkiefer Diastema infolge von Extraktionen (Foto: Prof. R. Garve)*

[271] Amahazion 2021, S. 3055.
[272] Ndonko und Ngo'o 2006.
[273] Pemunta 2016, S. 341; Ndonko und Ngo'o 2006.

Einige Erfolge bei der Verhinderung des Brustbügelns werden durch Aufklärungskampagnen erreicht. Nach der aktuellen Studie der GIZ von 2013 in Zusammenarbeit mit dem „Institut pour la Recherche, le Développement socio-économique et la Communication“ (IRESCO) sinkt auf der Basis von 5914 Befragten die Zahl der betroffenen Mädchen auf 11,8%.[274]
Allerdings sind je nach Region starke Schwankungen weiterhin gegeben. Eine Notwendigkeit der Intervention ergibt sich aus der andauernden Fortführung der Mutilation.

2.3.1.1 Physiologischer Aufbau der Brust

Die Beurteilung der physischen Folgen des Brustbügelns setzt die Kenntnis der intakten Physiologie der Mamma voraus:
Als sekundäres Geschlechtsorgan dient die Brust primär dazu Milch zur Ernährung des Säuglings zu produzieren. Anatomisch ist der Milchgang wie ein „Korallenbäumchen“ aufgebaut.[275] Die 20 tubuloalveolären Drüsen, zusammengefasst als Glandula mammaria bezeichnet, sorgen für die Herstellung des Milchsekrets. Sie befinden sich in den Drüsenlappen (Lobi glandulae mammariae) und sind umgeben von Bindegewebe und Fettgewebe, dem interlobulären Stroma. Am duktolobulären Übergang münden die Drüsengänge in die Milchgänge (Ducti lactiferi). Diese nehmen durch Zusammenfluss mehrerer Gänge in ihrem weiteren Verlauf im Durchmesser stetig zu und erweitern sich zum Sinus lactifer. Nach einer letzten Verjüngung münden die Milchgänge in der vom Brustwarzenhof (Areola mammae) umgebenen Brustwarze (Papilla mammae).[276] Die Areola mammae und Papilla mammae werden auch als Mamillenkomplex zusammengefasst.[277]
Neben der laktierenden Funktion verfügt die Mamma über eine Vielzahl von Lymphknoten im Brustgewebe. Diese dienen der Abwehr von bakteriellen Keimen.
Die weibliche Brust zeigt im Verlauf des Lebens verschiedene Adaptationen, die über Hormone wie z.B. Östrogen, Choriongonadotropin, Prolaktin, Oxytozin und Progesteron gesteuert werden.[278]
Durch die in der Pubertät ausgeschütteten Sexualsteroide (z.B. luteinisierendes Hormon) kommt es bei Mädchen zunächst zur Thelarche, dem Einsetzen der

[274] TERRE DE FEMMES 2021a.
[275] Fischer und Baum 2014, S. 16.
[276] Ohlinger und Grunwald 2009, S. 5–6; Bommas-Ebert et al. 2011, S. 148.
[277] Fischer und Baum 2014, S. 16.
[278] Fischer und Baum 2014, S. 17.

Brustentwicklung. Auf dieses folgt die Pubarche, die Entwicklung der Schambehaarung. Im Alter von etwa 13 Jahren kommt es zur Menarche (Regelblutung).[279]

Physiologische Veränderungen zeigen sich auch im weiteren Verlauf des Lebens. Jeweils eine Woche vor Menarche tritt bei vielen Frauen eine dem Menstruationszyklus folgende Vergrößerung der Brust ein.[280] Während der Schwangerschaft und der damit verbundenen Laktation weist die Mamma die größte Ausdehnung auf. Diese entwickelt sich mit Beendigung des Stillens zurück. Ab der Menopause zeigt sich nach Rückbildung der Glandula mammaria eine Altersinvolution.[281]

2.3.1.2 Ablauf des Brustbügelns

Tapscott interviewt im Zuge ihrer Primärerhebung 2011 (Field-Research) 75 Einwohnerinnen Kameruns und berichtet zusammenfassend über den Ablauf des Brustbügelns.[282]

Es gibt eine große Variabilität hinsichtlich der Vorgangsweise, der Beteiligten, der Hilfsmittel, der Dauer und der Zyklen jeweils in Abhängigkeit zum geographischen Gebiet.

Zu Beginn der Prozedur wird ein Objekt, das als Instrument oder Werkzeug dient, in der heißen Asche eines Feuers erhitzt, bis es raucht oder sich heiß anfühlt.

Als Gegenstände sind gebräuchlich: Schleifsteine (20%), Holzstößel (17%), Spatel und Besen (24%), Blätter (9%), Kokusnussschalen und viele weitere.[283] Oftmals sind diese Hilfsmittel Alltagsgegenstände z.B. Kochutensilien zum Zubereiten besonders weichen Essens. Ist das Objekt heiß genug, drückt oder presst der*die Anwender*in dieses für einige Minuten auf die Brüste des Mädchens bzw. massiert dieses ein.[284]

Um eine schmerzbedingte Gegenwehr des Mädchens auszuschalten, werden mehrere Helfer*innen benötigt. Diese halten das Mädchen fest, um das jeweilige Hilfsmittel trotz der immensen Schmerzen für längere Zeit auf die Brust drücken zu können. Die Prozedur dauert insgesamt zwischen 10-15 Minuten. Sie kann mehrfach wiederholt werden.[285]

---

[279] Bartmann et al. 2018, S. 238.
[280] Fischer und Baum 2014, S. 17.
[281] Diedrich 2007, S. 16.
[282] Tapscott 2012, S. 6–34.
[283] Pemunta 2016, S. 354; Ndonko und Ngo'o 2006.
[284] Tapscott 2012, S. 6; Pemunta 2016, S. 355.
[285] Tapscott 2012, S. 8.

2.3.1.3 Gründe des Brustbügelns

Die schmerzhafte Prozedur des Brustbügelns steht häufig unter einem protektiven Motiv. Nkwelle stellt in seiner Studie einige Hauptgründe heraus. Diese werden weiterführend auf der Grundlage adäquater Literatur betrachtet und gegebenenfalls in ihrer Bedeutung für den gesamten subsaharischen Raum dargestellt.

2.3.1.3.1 Prävention von Früh- und Zwangsheirat

86,5% der 230 Befragten und vom Brustbügeln betroffenen Kamerunianerinnen erklären die Durchführung damit, eine frühe oder erzwungene Heirat zu verhindern.[286] Traditionell ist die Heirat mit dem Eintreten der Menarche üblich. In einigen Regionen werden Ehen bereits im Kindesalter arrangiert.[287] Das Brustwachstum wird von den Mitgliedern der Ethnien als Zeichen der Pubertät gewertet und stellt den entscheidenden Zeitpunkt für den Weg der Ehe dar. Pasquet et al. finden zudem heraus, dass die Pubertät in Kamerun im Laufe des letzten Jahrhundert bei den Mädchen immer früher einsetzt (hier auf Menarche bezogen).[288] Entsprechend wollen die Angehörigen junge Mädchen durch das Brustbügeln vor sehr frühen sexuellen Aktivitäten und damit dem Entstehen gesellschaftlicher Verpflichtungen durch das Zeugen von Nachkommen und letztlich vor schneller Heirat bewahren. Da in diesen Kulturen Polygamie stark verwurzelt ist, kommt es zu einem Missverhältnis zwischen potentiell heiratsfähigen Mädchen und Männern. Dadurch sind Mädchen sehr begehrt.[289]

2.3.1.3.2 Kindern den Schulbesuch ermöglichen

Ein weiterer Grund liegt im Zusammenhang zwischen der Schulbildung der Mädchen und ihrem potenziellem gesellschaftlichen Status.[290] Geht ein Mädchen eine frühe Ehe ein, ist es ihr in der Regel nicht möglich, den Bildungsgang fortzusetzen und z.B. einen akademischen Grad zu erreichen. Sie hat nämlich den Verpflichtungen als Mutter und Ehefrau nach allgemeinem gesellschaftlichem Verständnis nachzugehen und Erwartungen ihres Ehemanns nachzukommen.

In der Konsequenz fehlt ihr Schulbildung, die als Grundlage für Unabhängigkeit im Leben zu sehen ist, da nur sie u.a. finanzielle Freiheiten schafft. Heiratet ein Mädchen,

[286] Nkwelle 2019, S. 56; Pemunta 2016, S. 341.
[287] Tapscott 2012, S. 19.
[288] Pasquet et al. 1999, S. 91–92.
[289] Tapscott 2012, S. 19.
[290] Ngunshi 2011, S. 5; Nkwelle 2019, S. 56.

erhält die Familie der Braut traditionell einen Brautpreis. Scheidung kann traditionell nur vollzogen werden, wenn die Mitgift zurückgezahlt wird. Das wiederum ist für die meisten Mädchen bzw. ihre Familien wirtschaftlich unmöglich.[291] Zukunftsweisend könnten letzlich veränderte Konstellationen durch das Erreichen einer Schuldbildung hergestellt werden.

2.3.1.3.3 Vermeidung von Frühschwangerschaften (und sexuell übertragbaren Infektionen)

Eine zeitige Schwangerschaft ist aus Sicht der kamerunianischen Befragten nicht erwünscht. 78,7% nennen als Grund für das Brustbügeln ein Vermeiden einer frühen Gravidität.[292] Eine Schwangerschaft in jungem Alter beeinträchtigt Perspektiven für das künftige Leben und „beschmutzt" zudem laut Ngunshi die Familienehre.[293] Geschlechtsverkehr, Verhütungsweisen und Sexualkunde sind gesellschaftlich stark tabuisiert Themen. Die Abtreibung ist in Kamerun verboten. Die Gefahr unerwünschter Schwangerschaften und sexuell übertragbarer Krankheiten wird durch Bildungsdefizite erhöht.[294] Auch wenn Aufklärung durch Aktivitäten in der Schule deutlich verbessert ist, wird innerhalb der Familien noch immer kaum über Sex und Pubertät gesprochen. Die Jungfräulichkeit wird als hohes Gut angesehen. Das Ziel einer verringerten sexuellen Aktivität von Mädchen wird nicht durch Kenntniserweiterung und Aufklärungsgespräche, sondern durch das Brustbügeln als die von den Angehörigen gewählte Methode erreicht.[295]

2.3.1.3.4 Verzögerung der Entwicklung der Brust

Der letzte von Nkwelle benannte Grund ist, dass das Brustbügeln dazu benutzt wird, das Brustwachstum generell zu verzögern. Großen Konsens findet dies bei den Betroffenen nicht. Lediglich 39,6% stimmen dieser Aussage zu, jedoch 56,5% sind anderer Auffassung.[296] Die zentrale Begründung wird darin gesehen, dass ein verzögertes Brustwachstum nicht das primäre Ziel des Brustbügelns ist. Vielmehr wird es lediglich als Instrument gesehen, einen der in den vorstehend genannten Gliederungspunkten beschriebenen Umstand zu erreichen.

[291] Tapscott 2012, S. 20.
[292] Nkwelle 2019, S. 56.
[293] Ngunshi 2011, S. 5.
[294] Pemunta 2016, S. 353.
[295] Tapscott 2012, S. 20–21.
[296] Nkwelle 2019, S. 56.

2.3.1.3.5 Vergewaltigung verhindern

In Erweiterung der von Nkwelle genannten Gründen für das Brustbügeln ist die Verringerung des Risikos von Vergewaltigungen bzw. gegen ihren Willen ausgeführten, sexuellen Handlungen bei minderjährigen Mädchen zu benennen. 37% von 671 Studienteilnehmerinnen aus Kamerun geben laut Rwenge an, ihre erste sexuelle Erfahrung nicht freiwillig und nicht auf eigenen Wunsch gesammelt zu haben.[297] Obwohl Vergewaltigungen und Nötigungen strafrechtlich geregelt sind, findet sich in der Praxis nahezu keine Sanktion. Geregelt sind die Maßnahmen in Sektion 297 des Gesetztextes „Cameroon Penal Codes“[298]. Die Auslegung des Gesetzes sieht in der Realität keine Verfolgung des Täters für den Fall vor, in dem dieser die Betroffene heiratet.[299] Diese Interpretation schafft einen nahezu straffreien Raum bei Misshandlungstaten gegenüber jungen Afrikannerinnen, obwohl diese unter Umständen physisch und psychisch lebenslang Folgen tragen. Die Folge dieser gesellschaftlichen und juristischen Realität ist die Praxis des Brustbügelns, da hiermit eine vermeintlich geringere Attraktivität der Mädchen für Männer unterstellt wird.

2.3.1.4 Folgen des Brustbügelns

Brustbügeln besitzt als Subtyp der weiblichen Genitalverstümmelung gleichartige Folgen wie sie bei der Genitalmutilation allgemein anzutreffen sind. Zuvörderst auf psychischer Ebene ist mit ähnlichen Beeinträchtigungen und mentalen Belastungen zu rechnen. Es ist daher wichtig, die physischen Diskrepanzen bei der Verstümmelung der sekundären Geschlechtsorgane und ebenso die veränderten psychischen Konsequenzen herauszustellen.

Eine Differenzierung nach physischen und psychischen Konsequenzen der Mutilation wird im Sinne besserer Vergleichbarkeit und Aufrechterhaltung in der Systematik auch hier als Betrachtungsebene gewählt.

Als Leitsymptom des Brustbügelns ist wie auch generell bei der FGM der Schmerz herauszustellen.[300] Als bedeutende physische Konsequenzen stellt Nkwelle auf der Grundlage einer Befragung von 230 Betroffenen in Kamerun Hautverbrennungen mit 94,3%, Brustnarben mit 91,3%, Brustschwellungen mit 76,1%, fehlende

[297] Rwenge 2000, S. 120.

[298] Die Originalquelle lautet in Republic of Cameroon 2016, S. 108: „Marriage freely consented between the offender and the victim, even where she is over puberty at the time of commission of the offence provide for in Sections 295 [about „Private indecency“] and 296 [about „Rape“] above, shall have no effect on the prosecution and conviction“.

[299] Tchoukou 2014, S. 125.

[300] Tchoukou 2014, S. 124; Pemunta 2016, S. 354.

Brustsensibilität mit 57,4%, ungleiche Brustgröße mit 54,8% sowie Abszesse, Zysten, Juckreiz, Ausfluss, Infektionen und abnormales Wachstum heraus.[301]

Die Denaturierung des Gewebes bedingt ggf. auch die Funktionalität der Laktation durch Zerstörung der Milchdrüsen oder Ausführungsgänge und verhindert einen natürlichen Stillprozess.[302] Zudem wird über ein vermehrtes Auftreten von Brusttumoren berichtet. Hier fehlen jedoch explizite wissenschaftliche Studien.[303]

Verfahren wie die Duktoskopien und Mammasonographien können bei der Diagnostik entscheidende Hinweise liefern.[304] Bei der Duktoskopie stellt sich ein physiologischer Milchgang glatt und mit weißer Oberfläche dar. Zeigt sich demgegenüber „eine polypöse, rötliche Proliferation mit zerklüfteter Oberfläche“, ist das Vorhandensein eines invasiven duktalen Karzinoms wahrscheinlich.[305] Auch zystische Veränderungen lassen sich durch z.B. Mammosonographien nachweisen. Sie zeigen sich u.a. als „umschrieben, rund oval, echofrei, [mit] Schallverstärkung“.[306]

Kommt es zu Verbrennungen, können diese ein Ausmaß annehmen, bei dem nicht nur die äußere, sondern auch die darunter liegende Schicht betroffen ist. Dieses wird definiert als Verbrennung zweiten Grades. Verbrennungen dieser Kategorie verursachen wesentlich häufiger Komplikationen. Als solche können Infektionen, Entzündungen und Narben entstehen und ggf. plastische Rekonstruktionen mit Gewebetransplantaten erfordern.[307]

Die psychischen Folgen des Brustbügelns zeigen sich nach der Studie von Nkwelle in Trauma (96,1%), in geringerem Selbstvertrauen (81,3%), in Scham vor dem eigenem Aussehen (86,5%), in Vermeidung sexueller Partnerschaften (80,9%), in Frustration (70%), in Angst, in Verärgerung und in Depression.[308]

Da die Mädchen den Grund für das Brustbügeln nicht erfassen können, wird ihre praktische Durchführung häufig als eine Art Bestrafung verstanden. Weiterhin ist eine Einflussnahme auf das Leben der Mädchen von Bedeutung, da durch die Prozedur gesellschaftliche und persönliche Verpflichtungen in der Rolle als Frau wie z.B. auch die akademische Ausbildung nicht realisiert werden können.[309]

[301] Nkwelle 2019, S. 58; National FGM Centre 2018, S. 2.
[302] Tchoukou 2014, S. 124 nach Human Rights Report 2010 der UN.
[303] Ndonko und Ngo'o 2006; National FGM Centre 2018, S. 2.
[304] Ohlinger 2018, S. 7, 2002, S. 1; vgl. Ohlinger und Grunwald 2009, S. 47; Ohlinger et al. 2005, S. 326.
[305] Ohlinger und Grunwald 2009, S. 49–58.
[306] Ohlinger 2018, 13, 133-143.
[307] National Institute of General Medical Sciences NIH 2021; Tapscott 2012, S. 23.
[308] Nkwelle 2019, S. 59; Pemunta 2016, S. 353.
[309] Tapscott 2012, S. 14; National FGM Centre 2018, S. 2.

Soziale Konsequenzen, die aus den psychologischen Folgen resultieren, sind häufig Ablehnung von Gleichaltrigen (60,4%), Ablehnung durch die Gemeinschaft (80,4%) und die Zuweisung einer Außenseiterrolle (58,3%).[310]

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die psychischen und physischen Folgen des Brustbügelns die Lebensqualität der Mädchen sowohl akut als auch langfristig erheblich reduziert.[311]

Ein ggf. erforderlicher Besuch bei einer*einem Gynäkolog*in beinhaltet oftmals die Erhöhung des durch die Mutilation verursachten psychischen Stressfaktors. Dieser kann durch eine mentale Vorbereitung, einen angemessenen Umgang und durch eine angemessene Behandlung reduziert werden. Dazu zählen nichtinvasive Untersuchungsverfahren wie eine initiale Mammographie mit anschließender Sonographie. Diese zeigen selbst bei asymptomatischen Patientinnen eine sehr gute Sensitivität bei malignen Veränderungen und können Traumatisierungen umgehen. Die Anzahl von nicht notwendigen Biopsien wird zudem nicht signifikant erhöht.[312]

2.3.2 Brustinzision bei Tea-Tea sowie Skarifikationen

Als weitere Mutilationsform der sekundären Geschlechtsorgane lassen sich im subsaharischen Raum Inzisionen der Brüste finden. Vielfach zeigen sich die verheilten Schnitte in groß ausgeprägten Narben.

Die Gründe für die Inzisionen und die entsprechend angebrachten Schnitte sind bei den afrikanischen Völkern vielfältiger als zunächst vermutet. Nachfolgend wird auf die Durchführung der Inzision im Kindesalter bei der Mutilationsform des Tea-Tea eingegangen. Dieses ist dem Themenkomplex der Infant Oral Mutilation zuzuordnen.

Weiter folgt ein Überblick über die Brustschnitte mit dem Zweck der Skarifikation. Skarifikationen sind ein thematisch facettenreiches Gebiet. Eine Reduktion auf die Kernelemente und die für die Betrachtung im Sinne einer Korrelationssuche zu weiteren Mutilationen notwendigen Aspekte ist geboten.

[310] Nkwelle 2019, S. 59; National FGM Centre 2018, S. 2.
[311] Nkwelle 2019, S. 74.
[312] Ohlinger et al. 2006, S. 3945–3949.

2.3.2.1 Tea-Tea

Tea-Tea ist eine im Kindesalter stattfindende Mutilation, die sich wie folgt definieren lässt: „[Tea-Tea ist] ein traditionelles Verfahren, bei dem bei Kindern mit Atemnot Einschnitte in die Brust gemacht werden“.[313]

Wie bei der Enukleation wird bei dem Auftreten von Atemproblemen, Fieber, Durchfall oder ähnlichen medizinisch relevanten Phänomenen in einigen subsaharischen Völkern auf die Hilfe von Heiler*innen und älteren Stammesmitgliedern vertraut.

Der Grund für die Atemprobleme liegt nach dem Glauben der Heiler*innen vermeintlich in Hirsekörnern, die in der Brust eingewachsen sind und die mit Schnitten entfernt werden müssen.[314] In der Realität handelt es sich bei den Hirsekörnern nur um Blutkoagel gemischt mit Fett.[315]

Als Instrumente zum Anbringen von über die Brust verlaufenden Schnitten werden in der Regel Rasiermesserklingen verwendet, die ohne Anästhesie und Antiseptikum benutzt werden. In der Studie von Westerhaus und Zabulon werden im St. Mary’s Hospital in Uganda 224 Kinder mit Tea-Tea-Mutilationen registriert und deren Angehörige befragt. Das durchschnittliche Alter der Kinder beträgt 24,91 Monate.[316] Als Folgen der Inzisionen treten neben den zuvor persistierenden Krankheiten vor allem Septikämien und Anämien auf.[317]

Monetäre Aspekte haben bei der Wahl der Behandlungsform eine besondere Bedeutung. Entsprechend wird einer traditionellen Behandlungsweise der Vorzug gegenüber der moderneren medizinischen Versorgung gegeben. Von den genannten 224 Kindern mit Tea-Tea haben 31,4% für das Tea-Tea nichts zu bezahlen, 57,8% zahlen in etwa 0,29 US-Dollar pro Patient*in. Wird die Verstümmelung durch Angehörige, z.B. die Großmutter, durchgeführt, ist dafür in der Regel kein Geld aufzubringen.[318] Im Gegensatz dazu liegen die Kosten für einen standardmäßigen Klinikaufenthalt in Uganda bei 0,59 US-Dollar.[319] Hinzu kommen hierbei aber noch oft die Kosten für Transport und weitere Leistungen.

[313] Übersetzung d. Autors nach Westerhaus und Zabulon 2008, S. 116, Originalquelle: „[Tea-Tea is] a traditional practice, in which incisions are made on the chests of children with respiratory distress“.
[314] Westerhaus und Zabulon 2008, S. 116.
[315] Nuwaha et al. 2007, S. 28.
[316] Westerhaus und Zabulon 2008, S. 116–118.
[317] Accorsi et al. 2003, S. 2186.
[318] Westerhaus und Zabulon 2008, S. 117–118.
[319] Westerhaus und Zabulon 2008, S. 118.

2.3.2.3 Skarifikationen

Eine Mutilationsform der Haut, die nicht nur mit dem Motiv einer Heilung bei Krankheiten durchgeführt wird und außerdem nicht nur im Kindesalter angebracht wird, ist die Skarifikation. Skarifikationen definieren zusammenfassend Babatunde und Oyeronke folgendermaßen:

„Skarifikationen beinhalten das Schneiden oder Anlegen von Inzisionen in die Haut und der anschließenden Heilung der Wunde, sodass eine dauerhafte Narbe entsteht. Der Einschnitt wird in der Regel durch Einreiben mit einem Kräutermittel begleitet […]“.[320]

Theoretisch können Skarifikationen an allen Hautgebieten angebracht werden. Bevorzugt sind sie im Kopf-Halsbereich sowie den Armen anzutreffen.[321] Angesichts der Akzentsetzung bezüglich der Mutilationen der Mamma wird im Folgenden ein Fokus auf die Gründe, die Folgen und den Ablauf der Skarifikationen im Brustbereich vorgenommen.

Zur Erzeugung der Skarifikationen werden auf der Brust kleine Schnitte von einem Stammesangehörigen, meist durch die Eltern oder durch traditionelle Heiler*innen, angebracht. In der technischen Ausführung wird dabei die Haut mit der Hand und z.B. einem Dorn gestrafft, während mit einem scharfen Gegenstand sämtliche Hautschichten durchtrennt werden.[322] Die Schnittmuster sind nicht willkürlich, sie entsprechen einem System mit unterschiedlichen Mustern in Abhängigkeit zur jeweiligen Ethnie. Bei den Surma werden beispielswiese bogen- oder halbkreisförmige Inzisionen angelegt.[323] Die verwendeten Instrumente können Rasierklingen, Messer, Steine oder auch Glas sein.[324] Eine Anästhesie wird nicht verwendet. Die benutzten Gegenstände werden zuvor nicht sterilisiert, sie werden häufig auch für weitere Stammesmitglieder ohne zwischenzeitliche Reinigung benutzt.[325] Die Inzisionen sind der erste Schritt für die endgültige Ausformung der Skarifikationen und bestimmen Ausdehnung und Form der Narben.

Der zweite entscheidende Schritt ist die Art der Kuration und die Einflussnahme auf diesen Prozess. Nur ein „Verschleppen der Heilung“ führt zu den gewünschten

[320] Übersetzung d. Autos nach Babatunde und Oyeronke 2010, S. 571, Originalquelle: Scarification involves cutting or making an incision into the skin and then allowing the wound to heal, leaving permanent scar. The incision is usually accompanied by rubbing of some herbal concoction […]“
[321] Babatunde und Oyeronke 2010, S. 572.
[322] Garve 2015, S. 81.
[323] Garve 2015, S. 81.
[324] Roman 2016, S. 1353; Garve et al. 2017a, S. 709–710.
[325] Gwilym et al. 2001, S. 186; Babatunde und Oyeronke 2010, S. 572.

keloidartigen oder hypertrophen Narben.[326] Zur Heilungsverzögerung werden die blutenden Wunden u.a. mit Kräutermixturen, Asche, unsterilem Wasser oder Dreck eingerieben, so dass es zu anhaltenden Entzündungen kommt. Diese bedingen letztendlich eine Veränderung der Morphologie des abgeheilten Gewebes.[327] In einigen Quellen wird berichtet, dass die Wunden mit Krokodilmist eingerieben werden, um eine Reinfektion hervorzurufen.[328] Die Heilungsdauer verzögert sich um mehrere Wochen und ist durchaus von Komplikationen geprägt.

Die Gründe für Skarifikationen korrelieren mit den Gründen für Zahn- und Genitalmutilation. Sie liegen zusammengefasst in Aspekten der Ästhetik, der Abhärtung, der potenziellen Heilung bei Krankheit, in der Bedeutung als Stammeszeichen oder der sozialen Bedeutung als Übergangsritus (Initiation).

Als zentrales Motiv müssen ästhetische Kriterien gesehen werden. So entsprechen die kunstvoll angebrachten Inzisionen dem Schönheitsempfinden der afrikanischen Kultur und demonstrieren einen Körper- und Gesichtsschmuck, der die Attraktivität des*der Träger*in erhöhen soll.[329] Tätowierungen sind weniger gebräuchlich, da sie bei der stärker pigmentierten Haut kaum sichtbar sind. Hervorstehende Narben stechen im Gegensatz dazu klar heraus.[330] Weiterhin ist das Anbringen der Schnitte als Abhärtungsprozess zu begreifen. Das Ertragen von Schmerzen soll den Betroffenen gegenüber später im Leben auftretenden physischen und psychischen Belastungen resistent machen.[331] Wie bereits dargelegt, unterscheiden sich die Muster der Inzision je nach Ethnie und können daher als Stammeszeichen begriffen werden. Sie dokumentieren die Zugehörigkeit zu einem Volk oder auch einen sozialen Rang. Mit dem Tragen der Mutilation ist dementsprechend auch ein gewisser Stolz verbunden.[332]

Die Heilung von Krankheiten als Motiv für Inzisionen geht mit der vorangestellten „Tea-Tea“-Mutilation einher und kann zusätzlich zum vermeintlichen Ziel der Kuration zur Prophylaxe von Krankheiten genutzt werden. Die Evidenz der Methoden ist nicht bewiesen.[333] Initiationsriten stellen als Übergang zwischen verschiedenen Lebensabschnitten einen wichtigen Bestandteil im Ablauf vieler afrikanischer indigener Völker dar und finden in Mutilationen ihren Ausdruck. Eine detaillierte Erläuterung der

[326] Garve 2015, S. 81; Babatunde und Oyeronke 2010, S. 571.
[327] Babatunde und Oyeronke 2010, S. 571; Garve et al. 2017a, S. 710; Garve 2015, S. 81.
[328] Garve 2015, S. 81.
[329] Roman 2016, S. 1353.
[330] Garve 2015, S. 81; Buschan 1916, S. 109.
[331] Garve et al. 2017a, S. 709.
[332] Garve 2015, S. 81.
[333] Garve et al. 2017a, S. 713.

Initiationen folgt in Kapitel 4.1. Bereits an dieser Stelle ist hervorzuheben, dass Skarifikationen in Abhängigkeit zu rituellen Vorstellungen vorgenommen würden, beispielsweise dem symbolischen Tötungsakt.[334] Abschließend wird ein gänzlich anders einzuordnendes Motiv für Skarifikationen benannt. Dieses hat ausschließlich bei männlichen Kriegern Bedeutung und besteht im Anbringen sogenannter „Töternarben“. Diese werden als Zeichen des Erfolges nach dem Töten eines Tieres oder eines Menschen angelegt, um die Tat offen zu dokumentieren.[335]

Auf die Darstellung zu Ablauf und zu Gründen der Skarifikationen folgen kurze Ausführungen der möglichen Komplikationen.

Im Zuge der Inzision, wie in Abb. 25 und 26 illustriert, kommt es zu teils massiven Blutungen, die in Anämien münden können.[336] Im Zuge der Heilung sind herbeigeführte Infektionen mit Sepsis oder auch Pneumonie zu beobachten.[337] Weiter werden lokale Effekte wie Hypertrophie und Atrophie der Haut oder Keloidbildung beschrieben.[338] Gleichermaßen stellen nach vorliegenden Literaturberichten Inzisionen einen Risikofaktor für erhöhte Raten von kutaner Sarkoidose, Elephantiasis, Tetanus, Hepatitis und HIV dar.[339]

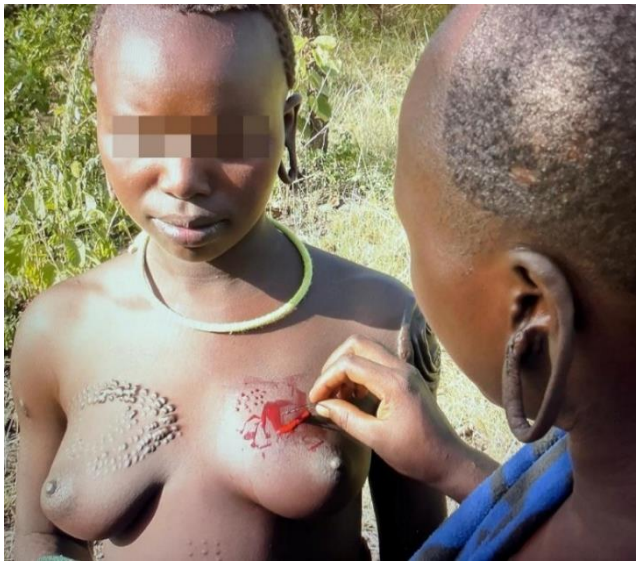


***Abb. 25**: Brustinzision im Zuge von Skarifikationen bei den Surma (Foto: Prof. R. Ohlinger)*

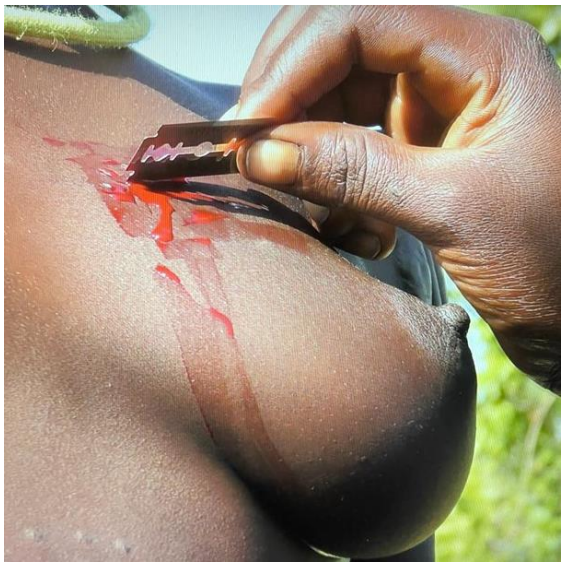


***Abb. 26:** Brustinzision im Zuge von Skarifikationen bei den Surma im Detailbild (Foto: Prof. R. Ohlinger)*

[334] Tessmann 1913, S. 50.
[335] Straube 1964, S. 705; Garve 2015, S. 84–85.
[336] Garve 2015, S. 81.
[337] Tsiba et al. 2011, S. 509–510.
[338] Babatunde und Oyeronke 2010, S. 571; Bissek et al. 2012, S. 4–5.
[339] Alabi und George 1989, S. 29–30; Sow et al. 1993, S. 55–59; Gwilym et al. 2001, S. 186; Kew et al. 1973, 2419-2120; Neequaye et al. 1991, S. 915–919.

2.3.3 Europäische Mutilationen und historischer Rückblick auf das Korsett

Der Brauch, die Morphologie der Brust durch bestimmte Einwirkungen zu verändern, ist kein auf Afrika beschränktes Phänomen, sondern zeigt sich auch in der westlichen Welt. Ein Beispiel hierfür ist das seit dem 16. Jahrhundert verwendete Korsett. Dieses führt durch „Druck zur Atrophie“ der Brüste und formt die gewünschte Modelinie.[340] Als Hauptmotiv für das Tragen eines Korsetts können ästhetische Überlegungen herausgestellt werden. Entsprechend der damaligen Schönheitsideale sollten die Taille und die Brust betont werden, so dass eine sogenannte „Wespentaille“ oder „Sanduhrfigur“ erreicht wird.[341] Neben der reinen Ästhetik dokumentiert das Kleidungsstück zusätzlich „die rigide, patricharchialische Geschlechterdordnung der Zeit“.[342]

Bei der Völkergruppe der Ossetinnen wird das Tragen des Korsetts bis in die extreme Dimension gesteigert, dass es ab dem Lebensalter von 7-8 Jahren bis zur Brautnacht nicht mehr abgenommen wird. In dieser zerschneidet der Ehemann das Korsett. Damit soll eine nachfolgend verstärke Entwicklung der Brüste eintreten.[343]

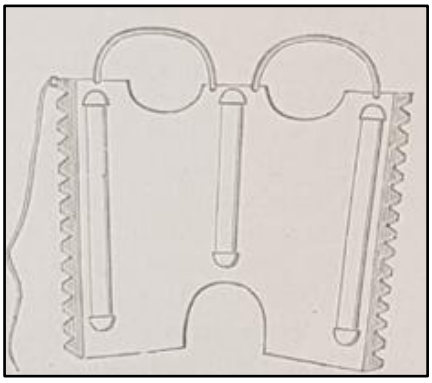


Abb. 27: *Korsett der Ossetinnen (Ploss und Bartels 1895, S. 229)*

Die medizinischen Konsequenzen allerdings äußern sich unter anderem in Deformitäten der Wirbelsäule und organischen Missbildungen.[344] Dennoch hält sich das Korsett bis zum 20. Jahrhundert, insbesondere aus dem Irrglauben, dass das Körperskelett ohne eine Abstützung eine unzureichende Stabilität aufweisen würde und ein Korsett daher unumgänglich wäre.[345] Erst im Zuge von Reformen und Gleichstellungsbewegungen verändert sich die Sicht in Hinblick auf die Bekleidung und es vollzieht sich ein Wandel weg vom Korsett. Einen entscheidenden Faktor spielt

[340] Ploss und Bartels 1895, S. 229 nach Oppermann.
[341] Schillig 2015, 3, 7.
[342] Schillig 2015, S. 2.
[343] Ploss und Bartels 1895, S. 229.
[344] Sömmering 1793, S. 94.
[345] Schillig 2015, S. 8.

dabei der erste Weltkrieg. In dessen Verlauf werden Frauen stärker in Berufstätigkeit eingebunden und können nicht länger Einschränkungen der Bewegungfreiheit und Flexibiliät durch das Korsett erfahren.[346] Obwohl die Praxis des strengen Korsetttragens als Folge eines gesellschaftlichen Rollenverständnisses der Vergangenheit angehört, findet man den Einfluss historischer Mutilationen im europäischen Raum selbst noch in der heutigen Zeit, allerdings in abgeschwächter Form. Da wohlgeformte Brüste und eine schmale Taille dem aktuellen westlichen Schönheitsideal entsprechen und dieses durch das Tragen eines Büstenhalters erreichbar scheint, kann man den Büstenhalter als Relikt des Korsetts begreifen. Allerdings zeigt sich in der Modewelt eine Renaissance des Korsetts, da Modeschöpfer*innen wie Jean-Paul Gaultier und Thierry Mugler in ihren Kollektionen an prominenten Künstler*innen wie z.B. Madonna Korsetts präsentieren. Dieses ist nur vorstellbar durch eine Umkehrung des historischen Geschlechtsrollenverständnisses und des Modebewusstseins und basiert auf der Neudefinition dieser Accessoires als Symbol für weibliche Stärke und Sexualität.[347]

2.3.4 Mutilationen bei der Sekte der Skopzen

Eine der radikalsten Mutilationsformen im westlichen Raum lässt sich bei der Sekte der „Skopzen“ finden. Bei den Skopzen handelte es sich um eine russische religiöse Selbstverstümmelungssekte, die seit 1775 existiert. Ihre Meinung in Bezug auf die Genesis des Menschen beruht auf der Annahme, „dass die ersten Menschen geschlechtslos gewesen seien und ihnen erst nach der Verführung durch Satan Geschlechtsmerkmale gewachsen seien […]“.[348]

Es wird angestrebt, die völlige Askese zur Heilung der satanistischen Einflüsse zu erreichen. Diese Heilung findet in Form einer Beschneidung und Kastration der Geschlechtsorgane statt. Gestützt wird dieses auf biblische Quellen, speziell Matthäus 19, 12, Markus 9, 43, in denen bei der „Feuertaufe“ ebenfalls eine Beschneidung praktiziert wird.[349]

Bei den weiblichen Mitgliedern findet eine Abtrennung von Brustanteilen oder der gesamten Brust bereits ab dem Kindesalter statt. Pelikan berichtet in Ploss und Bartels über Fälle, in denen „zehn-, neun- und selbst siebenjährigen Mädchen die Brustwarzen

[346] Laurent 1988, S. 151.
[347] Bass-Krueger 2019.
[348] Brockhaus 2021.
[349] Die Bibel 2016.

abgeschnitten worden waren, und wo dieselben vor Gericht hartnäckig behaupteten, sie hätten solches an sich selbst verübt“.[350]

Im 19. Jahrhundert spalten sich von den ursprünglichen Skopzen die „geistlichen“ Skopzen ab. Diese setzen die Praxis der Genitalmutilationen nicht fort und legen strenge Enthaltsamkeit als Kernpunkt ihrer Ideologie fest. Es ist anzunehmen, dass der Großteil der heutigen Skopzen den „geistlichen“ Skopzen zuzuordnen ist.[351]

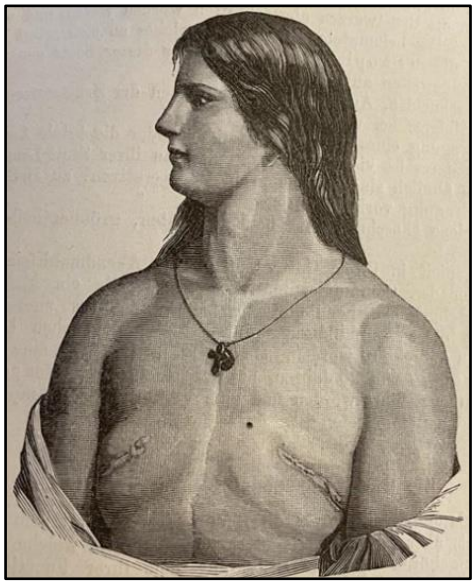


Abb. 28: *Russin mit abgetrennten Brüsten aus der Sekte der Skopzen (Ploss und Bartels 1895, S. 231)*

2.3.5 Verlängerungen der Genitalien (Labien-Elongation), sogenannte „Hottentottenschürze“

Ploss und Bartels beschreiben 1895 erstmal eine weitere Veränderung des weiblichen Genitals. Dieses wird in ihrem Werk „Das Weib“ als „Hottentottenschürze“ betrachtet. Als „Hottentotten“ werden die im heutigen Südafrika und Namibia angesiedelten Ethnien der Khoikhoi bezeichnet. Die „Schürze“ beschreibt die Vergößerung der Schamlippen. Diese heute obsolete Bezeichnung wird durch den Terminus der „Labien-Elongation“ (Verlängerung der Schamlippen) ersetzt. Als Synonym wird unter anderem auch „Puxa Puxa“ in Mosambik verwendet.[352]

Bei der Verlängerung der Genitalien werden die inneren Schamlippen (Labia minora) deutlich über die physiologische Länge hinaus gedehnt. Über eine Elongation der äußeren Schamlippen wird in der Literatur nicht berichtet.[353]

[350] Ploss und Bartels 1895, S. 232.
[351] Brockhaus 2021.
[352] Martínez Pérez et al. 2015a, S. 700.
[353] Ploss und Bartels 1895, S. 163–164; Le Vaillant 1790.

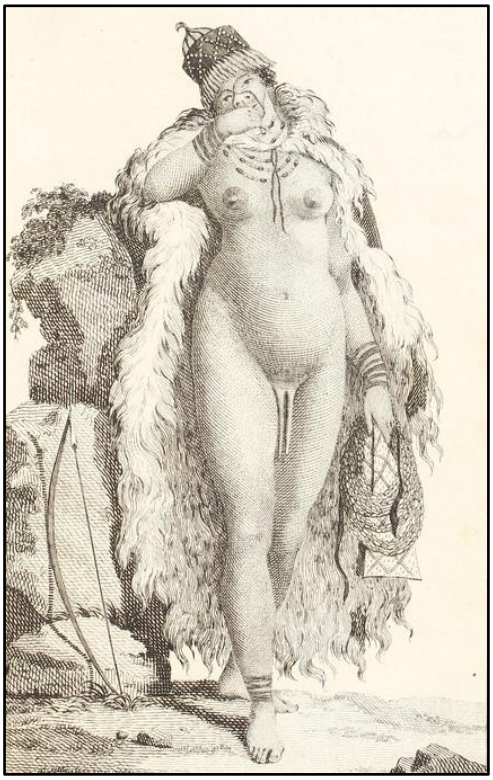


Abb. 29: *Verlängerung der Schamlippen bei einer „Hottentottin“ (Le Vaillant 1790)*

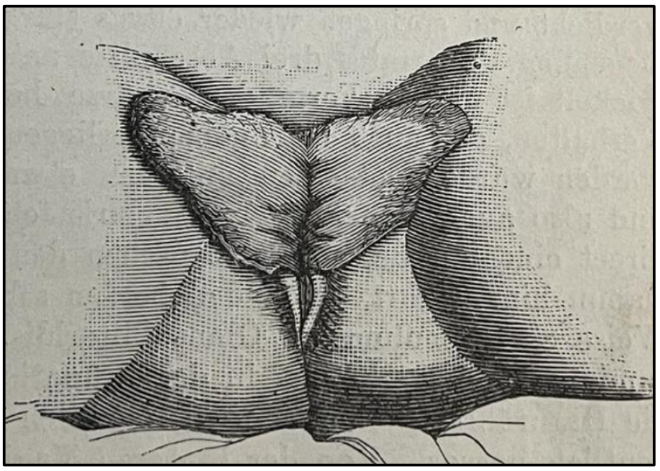


Abb. 30: *Detailzeichnung der verlängerten Labia minora (Ploss und Bartels 1895, S. 165)*

Die zuvor aufgeführten Veränderungen der äußeren weiblichen Geschlechtsorgane werden als Mutilationen bezeichnet. So soll einer Verharmlosung dieser Praxis entgegengewirkt werden. In der Literatur wird die Elongation der Schamlippen nicht als Mutilation bezeichnet, sondern mit dem Begriff der Modifikation betitelt. Grund dafür ist, dass sie einen der Verstümmelung entgegengerichteten Charakter besitzt.[354] Das Motiv für diese Praxis liegt ausschließlich in der Steigerung des sexuellen Lustgewinns, da das Resultat einer expansiven Veränderung angestrebt wird. Es steht damit im Gegensatz zur Entfernung von Körperteilen bzw. Gewebe, was die Luststeigerung eher verhindert.[355]

Die Labien-Elongation wird nach der Änderung der Einteilung der WHO im Jahr 2008 nicht mehr der Klassifikation nach Typ IV zugeordnet. Dennoch muss sie kritisch gesehen werden. Sie ist letztlich eine Manipulation des weiblichen Körpers mit medizinischen Folgen. Fragen freier Selbstbestimmung stehen im Raum, insbesondere die Frage, ob Mädchen in sehr jungem Alter im Stande sind, selbstbestimmt über eine Elongation zu entscheiden.[356]

[354] Koster und Price 2008, S. 200.
[355] Martínez Pérez und Namulondo 2011, S. 45–57; Martínez Pérez et al. 2015b, S. 864.
[356] Koster und Price 2008, S. 200.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass psychosoziale Komponenten wie z.B. gesellschaftlicher Druck bei der Durchführung eine Rolle spielen.

Besonders verbreitet ist die Verlängerung der Schamlippen in Mosambik, Uganda und Ruanda. 354 von 830 im Mosambik befragten Frauen weisen Puxa-Puxa auf. Die Prävalenz ist ländlichen Gebieten höher als in städtischen.[357]

Mit der Verlängerung der Schamlippen wird je nach Ethnie im Alter von 8-16 Jahren und zumeist vor dem Eintritt in die Pubertät begonnen.[358] Die Elongation der Labien ist oftmals ein Bestandteil der sexuellen Aufklärung und Unterweisung. Sie wird von Familienangehörigen, Ältesten des Stammes oder von speziell dafür von der Ethnie ausgesuchten und „geschulten" Personen durchgeführt (in Uganda als „Ssenga" bezeichnet).[359]

Das Dehnen der Labia minora wird different praktiziert. Die einfachste Praxis ist ein reines Ziehen an den Schamlippen. Dieses wird fortlaufend wiederholt und entweder durch das Mädchen selbst oder auch eine andere Person vorgenommen.[360] Üblicherweise treffen sich Mädchen in Gruppen von etwa 5 bis 10 Beteiligten, um die Modifikation gegenseitig durchzuführen.[361] Dabei werden häufig Hilfsmittel verwendet, mit denen die Finger eingerieben werden, um ein Abrutschen zu verhindern. Benutzt werden hierfür u.a. Puder, Sand, Erde, Vaseline, Erdnussbutter und Öle in verschiedener Mixtur.[362] Üblich ist weiterhin ein Einstreichen der Labien mit regionale vorhandenen Kräutern. Dieses wirkt sich laut Koster und Price potenziell positiv auf die Gesundheit aus.[363] Einige Mädchen klammern ihre Schamlippen im extendierten Zustand fest, um eine schnellere Dehnung zu erreichen.

Die Dauer der gesamten Elongation erstreckt sich von einem Monat bis hin zu mehreren Jahren. Sie ist abgeschlossen, wenn die Labien eine Länge von etwa 1,5-2 Zoll (3,81-5,08cm) erreicht haben. Diese Länge wird als sexuell attraktiv angesehen und gilt daher als erstrebenswert.[364] Eine Ausdehnung von 14-18cm, wie sie Ploss und Bartels beschreiben, wirkt nach heutiger Datenlage als zu exzessiv.[365]

---

[357] Vera Cruz und Mullet 2014, S. 855.
[358] Martínez Pérez und Namulondo 2011, S. 45–57; Koster und Price 2008, S. 192.
[359] Martínez Pérez et al. 2015b, S. 861; Martínez Pérez und Namulondo 2011, 45-51; Martínez Pérez et al. 2015a, S. 703; Larsen 2010, S. 818; Martínez Pérez et al. 2013, S. 1201.
[360] Martínez Pérez et al. 2015b, S. 861; Ploss und Bartels 1895, S. 167.
[361] Larsen 2010, S. 816; Martínez Pérez et al. 2015b, S. 861; Martínez Pérez et al. 2015a, S. 703; Koster und Price 2008, S. 196.
[362] Martínez Pérez et al. 2015b, S. 861; Martínez Pérez und Namulondo 2011, S. 45–57; Martínez Pérez et al. 2015a, S. 703.
[363] Koster und Price 2008, S. 198.
[364] Martínez Pérez et al. 2015b, S. 860; Martínez Pérez und Namulondo 2011, S. 45–57.
[365] Ploss und Bartels 1895, S. 163.

Für das Dehnen der Schamlippen führen die Beteiligten verschiedenen Gründe an. Zunächst dienen elongierte Labia minora als Expression der Weiblichkeit und demonstrieren Selbstbewusstein. Weiter wird das durch die Veränderung des Genitals gesteigerte sexuelle Lustempfinden als ein entscheidender Faktor begriffen.[366] Nach Bagnol und Mariano begreifen Frauen in Mosambik die vaginale Öffnung metaphorisch als „Tür". Diese soll durch die Verlängerung der Schamlippen geschlossen sein und darf nur beim Geburtsakt oder Geschlechtsverkehr geöffnet werden.[367] Eine Verlängerung auf ein bestimmtes Maß erhöht aus der Sicht bestimmter Ethnien die Attraktivität einer Frau.[368] Außerdem ermöglicht es Männern ein größeres Spektrum erotischer Handlungen (z.B. während Stimulation beim Vorspiels) und kann das sexuelle Verlangen beider Geschlechtspartner erhöhen.[369] Larsen schreibt hierzu: „Es wird davon ausgegangen, dass eine Vagina, in die nicht eingegriffen wurde, den Penis nicht ausreichend stimulieren kann".[370]

Überdies können in sozialen Motiven Gründe für die Elongationen liegen. Diese bestehen einerseits in einem größeren entgegengebrachtem Respekt durch die Familie und die soziale Gemeinschaft und andererseits darin, Traditionen fortzuführen oder auch ethnienfremden Einflüssen zu begegnen.[371] Entgegen einer sonst tabuisierten Sexualität fördert die Durchführung der Elongation in einer gemeinsamen intimen Begegnung innerhalb einer Gruppe das Gefühl von Gemeinschaft und Zusammengehörigkeit.[372]

Weiterhin liegt in der Elongation der Labien die Bewertung der Heiratsfähigkeit eines Mädchens. Martínez Pérez et al. erläutern, dass es zu einem Zurückweisen der Frau durch den Ehemann kommen kann, wenn diese keine verlängerten Schamlippen hat.[373] In vielen Interviews wird erkennbar, dass die Elongation der Labien als ein Übergangsritus beim Erwachsenwerden einer Frau einen großen Stellenwert für die Frau und das gesamte gesellschaftliche Konstrukt hat: „Es ist ein Zeichen, dass du kein Kind mehr bist. Es ist wichtig, eine stolze Frau zu werden".[374]

---

[366] Vera Cruz und Mullet 2014, S. 856; Martínez Pérez et al. 2015b, S. 864; Martínez Pérez et al. 2015a, S. 704.
[367] Bagnol und Mariano 2008, S. 577.
[368] Larsen 2010, S. 822.
[369] Bagnol und Mariano 2008, S. 577; Martínez Pérez et al. 2015b, S. 861; Ploss und Bartels 1895, S. 170; Martínez Pérez und Namulondo 2011, S. 45–57; Martínez Pérez et al. 2015a, S. 705.
[370] Übersetzung d. Autors nach Larsen 2010, S. 819, Originalquelle: „The assumption is that a vagina that has not experienced intervention is unable to deliver adquate stimulation to the penis".
[371] Vera Cruz und Mullet 2014, S. 856–857; Martínez Pérez et al. 2015b, S. 863; Larsen 2010, S. 820.
[372] Larsen 2010, S. 818.
[373] Martínez Pérez et al. 2015a, S. 704.
[374] Übersetzung d. Autors nach Larsen 2010, S. 818, Originalquelle: „It is a sign that you are not longer a child. It is important to it to become a proud woman".

Die medizinisch relevanten Folgen der Schamlippenverlängerung werden im Vergleich zur Genitalverstümmelung als weniger invasiv, als harmloser und kürzer andauernd beschrieben. Mögliche Symptome umfassen Schmerzen, Schwellungen, Wundsein, Rötungen und Beschwerden beim Urinlassen. Ebenso können Infektionen auftreten.[375] Treten entsprechende Krankheitssymptome auf, wird selten auf medizinische Hilfe zurückgegriffen. Die Mädchen werden dazu angehalten, die Beschwerden zu ertragen und im familiären Umfeld auszukurieren.[376] Allenfalls werden Kräuter oder Öle auf die Wunden aufgetragen, um diese zu lindern.[377]

Auf psychischer Ebene ist belastend, dass viele Mädchen dem Druck und dem Stress der Behandlung unterliegen. Sie haben daher Angst, die Behandlung in dem erwarteten Umfang durchzuführen. Der psychische Druck wird besonders stark wegen gesellschaftlicher und familiärer Vorgaben empfunden, da letztlich die Heiratsfähigkeit zur Disposition steht.[378]

Abschließend ist der Zusammenhang zwischen Elongation der Labien und dem potentiellen Risiko einer HIV-Erkrankung zu betrachten. So ist durchaus positiv zu bewerten, dass Audet et al. in einer Befragung von 3543 Frauen aus Mosambik herausfinden, dass Frauen mit stattgefundener oder geplanter Schamlippenverlängerung deutlich häufiger Vorsorgeuntersuchungen bei Schwangerschaft und HIV-Tests in Anspruch nehmen. Zudem zeigt sich, dass die HIV-Tests um 43% geringer positiv ausfallen.[379] Dies ist zunächst statistisch signifikant. Der Grund einer geringeren Rate an HIV-Erkrankungen ist allerdings bisher nicht ermittelt.

Bei dem Versuch einer Prognose zur künftigen Entwicklung ist bei Elongationen, definiert als Modifikationen der weiblichen Genitalien, keine Abnahme der Prävalenz zu erwarten. Dieses mag darin begründet sein, dass die Folgen einer Elongation zunächst von den betroffenen Frauen als erträglich empfunden werden, dass weiter die Elongation der Labien gesellschaftlich einen hohen Stellenwert besitzt und als erstrebenswert gilt, und letztlich darin, dass sie gesellschaftlich tradiertes Kulturgut ist.[380]

[375] Martínez Pérez et al. 2015b, S. 861; Martínez Pérez und Namulondo 2011, S. 45–57.
[376] Martínez Pérez et al. 2015b, S. 862.
[377] Martínez Pérez et al. 2015a, S. 706.
[378] Larsen 2010, S. 820; Martínez Pérez et al. 2015b, S. 862; Martínez Pérez und Namulondo 2011, S. 45–57.
[379] Audet et al. 2017, S. 6–7.
[380] Martínez Pérez und Namulondo 2011, S. 45–57.

3 Material und Methoden

Für einen fundierten Vergleich und Zusammenhangsnachweis zwischen Zahn- und Genitalmutilationen sowie weiteren Mutilationen folgt eine weitreichende Literaturrecherche nach der in Kapitel 2 dargestellten primären Suchstrategie.
Der vorliegende Fundus an Monografien, Publikationen und Reiseberichten seit 1894 liefert die Grundlage für das Thema der Zahnmutilationen.

Von besonderer Bedeutung für diese Arbeit ist dabei, dass bezüglich dieser Art der Mutilation jegliche in den Quellen genannten Ethnien des afrikanischen Raums tabellarisch erfasst und kategorisiert werden. Grundlage dafür ist die Einteilung nach Schröder.[381] Ausgehend von dieser Auflistung werden in der Literatur zur Genitalverstümmelung und weiteren Mutilationen Korrelate gefunden und der Klassifizierung der WHO zugeordnet.[382]
Sofern identifizierbar, wird entsprechend das Siedlungsgebiet der Ethnie benannt. Als Ausschlusskriterium wird gesetzt, dass das Siedlungsgebiet nicht auf dem afrikanischen Kontinent liegt oder ein literarischer Nachweis vorliegt, dass ein Volk eine Mutilation nicht oder nicht mehr durchführt.
Diese Recherche ermöglicht eine Darstellung des Zusammenhanges bezüglich Zahn- und Genitalmutilationen sowie weiterer Mutilationen. Abschließend folgt eine qualitative und quantitative Auswertung.

Bei der Vielzahl afrikanischer Völker ist von einer größeren als bisher literarisch erfassten Übereinstimmung von Zahn- und Genitalmutilationen und weiteren Mutilationen auszugehen. Als Beleg dafür wird in der bestehenden Literatur nach kartographischen Aufzeichnungen gesucht. Es werden die Sektoren der jeweiligen Mutilationsformen zueinander in Beziehung gesetzt, um jeweils territorial relevante Korrespondenzen zu belegen.

Die abschließende Vergleichsebene bezieht sich auf den folgenden inhaltlichen Aspekt. Übereinstimmungen zwischen Zahn- sowie Genitalmutilationen und anderen Mutilationen sind besonders dann vorzufinden, wenn sich in Ethnien das Leben entsprechend einer bestimmten Lebensweise, den Initiationsstufen, vollzieht. Der genaue Ablauf wird in Kapitel 4.1 beschrieben.

[381] Schröder 1906.
[382] World Health Organization (WHO) 1997.

Hier wird in der systematischen Literaturdurchsicht besonders nach Ethnien recherchiert, die dem Initiationsritual Folge leisten. Bei diesen kann mit großer Wahrscheinlichkeit nach Identifikation einer Mutilation auf die weiteren entsprechenden geschlossen werden.

4 Ergebnisse

4.1 Korrelation in den Initiationsstufen

Das Leben in vielen afrikanischen Stämmen unterliegt einer festen Abfolge aufeinanderfolgender Zyklen, die von der Geburt bis zum Tod durchlaufen werden. Innerhalb jeden Abschnittes wird dem Mitglied eine soziale stammesinterne Position mit Befugnissen und Verpflichtungen und auch letztlich der weitere Fortgang der persönlichen Entwicklung zugewiesen.

Von besonderer Bedeutung sind die Übergangsrituale, die auch als „Rites de passage“ oder Initiation bezeichnet werden. Sie markieren den Wechsel von einem Lebensabschnitt in den nächsten und werden meistens mit Feierlichkeiten und Zeremonien zelebriert, an denen der ganze Stamm teilnimmt. Die Hinwendung der indigenen Völker zu mythischen Auffassungen und auch religiöse Grundlagen beeinflussen und formen die Ausgestaltung der jeweiligen Lebensabschnitte maßgeblich und damit auch die Initiationsriten.[383] Straube beschreibt den Übergangsritus als „Glaube an den mythischen Tod des Initianden, an seinen Aufenthalt im Jenseits und an seine anschließende Wiedergeburt und Rückkehr in die diesseitige Welt“.[384] Der Akt von Tod, Jenseits und die Wiedergeburt in einem neuen, reiferen Stammesstatus werden eindrucksvoll durch z.B. der schauspielerischen Darlegung mit Tänzen inszeniert. Bei den Pangwe in Kamerun beinhaltet die thematische Darstellung des Todes überdies eine Isolationsphase, in der das Mädchen aus dem Dorf verbannt wird und in der Wildnis überleben muss, bis es zur Wiedergeburt wieder zurückkehren kann.[385]

[383] Ntetem 1983, 112-113, 74–76.
[384] Straube 1955, S. 5.
[385] Tessmann 1913, S. 39–94.

Um den psychischen Wesenswandel zum Ausdruck zu bringen, werden im Zuge der Reifeweihungen symbolisch Körpermutilationen angebracht.[386] Diese können unter anderem dentale sowie genitale Verstümmelungen umfassen.[387]

Folgt man der Mythologie, haben Beschneidungsmesser und Beschneider*in eine symbolische Bedeutung als Tod. Die zu beschneidenden weiblichen Genitalien sind Symbole des Lebens. Durch ihre Beschneidung kann die Initiandin nach symbolischem Durchleben des Todes wieder auferstehen.[388] Die dentalen Mutilationen können als Möglichkeit gewertet werden, sich den tierischen Ahnen während des Aufhaltens im Jenseits in der Physiognomie anzunähern und mit einer verbesserten Bindung zu den Ahnen wiedergeboren zu werden.[389] Auch Skarifikationen lassen sich in diesen Kontext einordnen. Sie werden als „Angriffe des Ahnentiers“ gewertet. Diese heben sie nach Genesung auf eine höhere Stufe des Daseins.[390]

Die Reaktion des Stammesmitgliedes auf die Durchführung der Initiation ist für die Mitwirkenden von großer Bedeutung. „Die Verstümmelung selbst wird als Prüfung für das künftige Leben gesehen. Das Verhalten während des Eingriffes wird beispielhaft für den Charakter des Mädchen interpretiert. Dies hat auch Einfluss auf die späteren Heiratschancen des Mädchens“.[391] Erstrebenswert ist nach Wertschätzung der verschiedenen Ethnien ein großes Durchhaltevermögen mit Unterdrückung des Schmerzes und der Beweis der Standhaftigkeit.[392]

Da es bei den einzelnen Ethnien große Unterschiede in der Art, Anzahl und Ausgestaltung der Lebenszyklen gibt, existieren mehrere Initiationsriten bezüglich verschiedener Lebensalter. Ntetem schildert beispielsweise Kinder, denen im Alter von drei bis vier Jahren das erste Mal Zähne gezogen werden und ein zweites Mal kurz nach der zweiten Zahnung.[393] Anschließend ist eine genitale Mutilation oder auch ein Brustbügeln zu Beginn der Pubertät denkbar. Stammesmitglieder können an Art und Anzahl der Mutilationen entsprechend einem Rangordnungsabzeichen in urbaner Gesellschaft den Lebensabschnitt des Angehörigen erkennen.

[386] Straube 1964, S. 703–704.
[387] Hayeshi 2017, S. 117; Mogensen 2000, S. 336; Schröder 1906, S. 62; Straube 1955, 5–6, 671-672; Ntetem 1983, S. 74–76; Fabian und Mumghamba 2007, S. 185.
[388] Straube 1955, 5, 9; Garve 2015, S. 12.
[389] Straube 1964, S. 703–704; Garve 2015, S. 12; Ntetem 1983, S. 74–75.
[390] Tessmann 1913, S. 50; Garve 2015, S. 81–82.
[391] Gruber et al. 2005, S. 28.
[392] Schröder 1906, S. 49; Garve et al. 2017a, S. 709.
[393] Ntetem 1983, S. 411.

Als häufigster Übergangsritus ist die Initiation vom Jugendlichen zum Erwachsenen dokumentiert. Sie hat die größte Bedeutung.

Einen weiteren und für Mutilationen beispielhaften Lebensablauf schildert Friedrich bezüglich des Stammes der Mandja.

„Durch den Vergleich vieler Mandjakinder konnte ich feststellen, daß [sic!] die Körperdeformationen in bestimmten Alter vorgenommen werden. Ungefähr im Alter von vier Jahren werden dem Kinde beide Ohrläppchen durchbohrt, im Alter von fünf Jahren geschieht dies mit den Nasenflügeln, ein Jahr später mit der Oberlippe, wiederum ein Jahr später mit der Unterlippe. Etwa im achten Lebenjahre werden die Schneidezähne gefeilt, im neunten Jahre findet für beide Geschlechter die Beschneidung statt. Bereits im 16. Jahre, also nach der Beschneidung, sind die Kinder geschlechtsreif und die Mdächen [sic!] heiraten schon in diesem Alter“.[394]

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Initiationsprozess im Zuge der festgestellten Korrelation zwischen Zahn- und Genitalmutilationen sowie weiteren Mutilationen eine entscheidende Rolle spielt. Es zeigt sich, dass sowohl dentale als auch genitale Mutilationen in der Phase des Lebensabschnittswechsels vollzogen werden und ein gemeinsames Auftreten beider Mutilationen wahrscheinlich ist. Die Durchführung kann sowohl in mehreren Übergangsriten als auch im Zuge eines singulären Übergangsritus ablaufen. Beide Mutilationspraktiken lassen sich in den gleichen mythologischen Rahmen (Sterben, Jenseits, Wiedergeburt) einordnen.

Für die moderne tägliche medizinische Praxis kann von erheblicher Bedeutung sein, dass bei Zahnmutilationen auf weibliche Genitalmutilationen oder weitere Mutilationen geschlossen werden kann. Überdies verdient besondere Aufmerksamkeit, dass bei ethnienspezifischer zeitlicher Staffelung mit mehreren Übergangsriten und bei vorhandenen dentalen Verstümmelungen in erhöhtem Maße weitere Verstümmelungen vorliegen dürften.

[394] Friedrich 1912, S. 42.

4.2 Tabellarische Auflistung der Korrelationen

Das Kernelement der Recherche und der systematischen Suche nach Korrelationen ist einer umfassenden Tabelle im Anhang 8.3 dargestellt. Die in der Literatur beschriebenen Ethnien sind mit ihren charakterisierenden Mutilationen aufgeführt. Diese sind kategorisiert nach der Einteilung von Schröder und der WHO.[395] Aufgrund der großen Anzahl der Variationen der Deformitäten ist eine Einteilung teils nicht möglich. Es ist in diesem Fall eine rein deskriptive Beschreibung in der folgenden Tabelle zu finden.

Insgesamt sind 46 Ethnien mit Übereinstimmungen aufgelistet, die einen literarisch dokumentiertem Zusammenhang zwischen Zahn- und Genitalmutilationen oder weiteren Mutilationen aufweisen. Der genannten tabellarischen Aufstellung folgt eine statistische und grafische Darstellung und Aufarbeitung der Ergebnisse. Im Anhang unter 8.4 befindet sich zudem ein weiteres Verzeichnis mit Ethnien, in denen bislang nur eine Mutilationsart aufgezeigt werden kann, allerdings noch keine Korrelationen zu weiteren gefunden werden kann. Die 46 genannten Ethnien mit übereinstimmenden Mutilationsarten ermöglichen eine Aufarbeitung in Bezug auf die Zahn- und Genitalverstümmelungsart. Herauszustellen ist, dass auch mehrere Zahn- oder Genitalmutilationsarten bei einer Ethnie parallel zueinander auftreten können. Entsprechend ergeben sich andere prozentualen Anteile.

Wie Abb. 31 hinsichtlich der Verteilung der unterschiedlichen Formen der Zahnmutilationen zu entnehmen, macht das Ausbrechen von Zähnen (Schröder Typ III) mit 50% den größten Anteil aus. Es folgen Schröder Typ I (einfache Zuspitzung) mit 16% und Schröder Typ VII (Vorbiegen von Zähnen) mit 16%. Mit 14% fällt Schröder Typ II (Zacken- und Lückenfeilung) nur geringfügig weniger ins Gewicht. Die Schröder Typen IV, V und VI treten parallel zu anderen Mutilationen nicht auf. Bei 3% der Ethnien ist eine detaillierte Klassifizierung der Zahnmutilationen nicht möglich.

[395] Schröder 1906; World Health Organization (WHO) 1997.

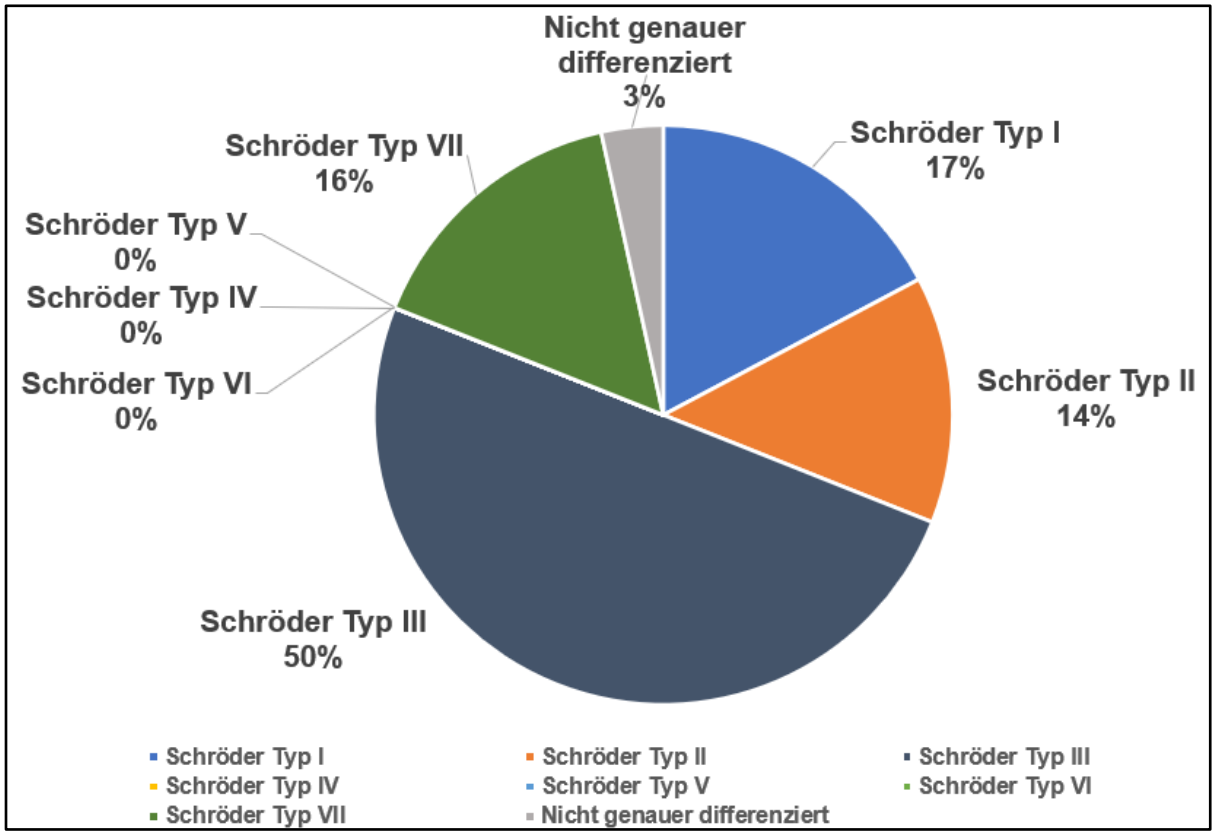


Abb. 31: *Prozentuale Verteilung der Zahnmutilationen nach Schröder (Typ I-VII) bei Ethnien mit korrelierenden Mutilationen (eigene Darstellung)*

In der Literatur ist festgehalten, dass die Zuspitzung generell die häufigste Art der Zahnverstümmelung ist, jedoch bei der Korrelationsbetrachtung nur den zweitgrößten Anteil ausmacht. [396] Das Ausbrechen von Zähnen kann daher als prädestiniert für das Vorliegen weiterer Mutilationsformen angenommen werden. Schröder Typ III und Typ VII erscheinen häufig zusammen als Komplex, was die ebenfalls hohe Verteilung des Vorbiegens von Zähnen erklärt. Die Gründe für das Nichtvorhandensein von Schröder Typ IV, V und VI in Bezug auf weitere Korrelationen sind fortgesetzt zu untersuchen.

Eine Betrachtung der genitalen und weiteren Mutilationen mit ihren Korrelationen zu den bereits dargestellten dentalen Mutilationen lässt sich gleichermaßen prozentual berechnen und grafisch darstellen (Abb. 32).

[396] Straube 1964, S. 671; Lignitz 1921-1922, S. 922.

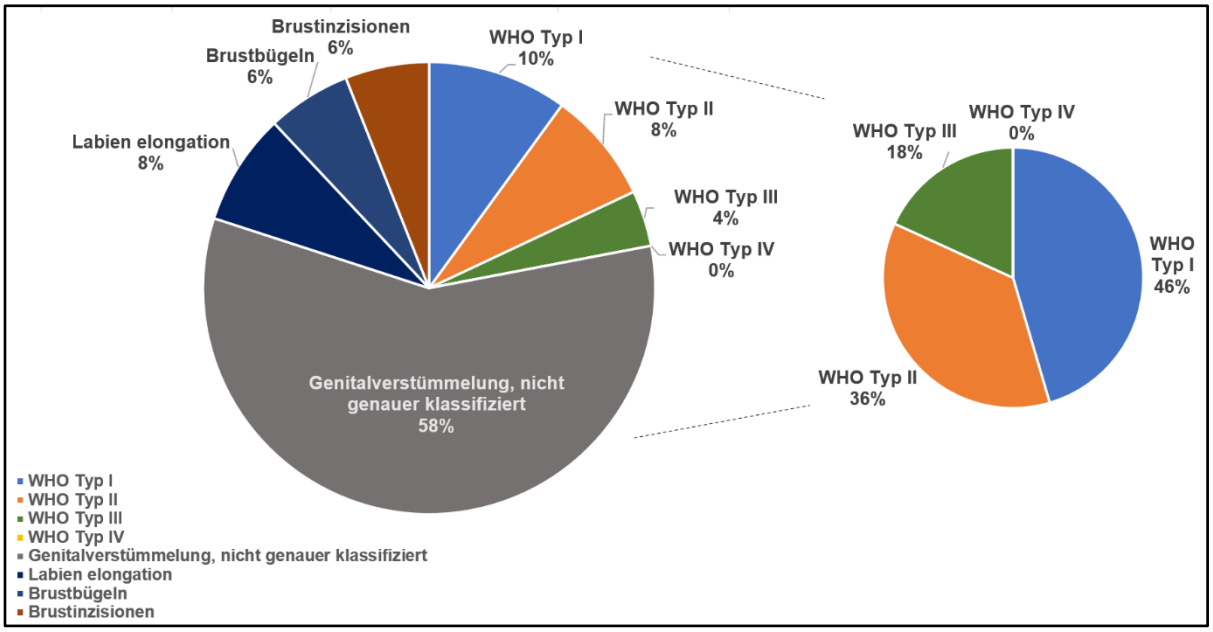


Abb. 32: *Prozentuale Verteilung der Formen der Genitalmutilationen und weiterer Mutilation (links); Prozentuale Verteilung der Genitalmutilationen mit allein der WHO-Klassifikation zuteilbaren Typen (rechts) (eigene Darstellung)*

58% der Ethnien können keiner spezifischen Mutilationsart der WHO zugeordnet werden. Es ist lediglich das Vorhandensein in ihnen belegt. Für eine weitergehende künftige Betrachtung wäre eine ethnienspezifische Differenzierung sinnvoll. In 8% der Ethnien ist eine Elongation der Labien mit einer weiteren Mutilationsform verbunden. Dieses trifft für 6% der Ethnien beim Brustbügeln und bei 6% der Ethnien bei Brustinzisionen (Tea-Tea, Skarifikation) ebenso zu. Innerhalb der Ethnien mit weiteren Mutilationen zeigen sich die einzelnen WHO-Typen mit einem prozentualen Anteil bei Typ I mit 10%, bei Typ II mit 8% sowie bei Typ III mit 4%. Die anderen schädigenden Eingriffe (WHO-Typ IV) sind literarisch kaum erfasst. Entsprechend kann eine Korrelation nicht belegt werden.

Um zu verdeutlichen, welcher WHO-Typ am häufigsten in Übereinstimmungen mit anderen Mutilationen gefunden wird, werden nur die WHO-Typen in Abb. 32 in einem separaten Diagramm rechts illustriert. Der WHO-Typ I weist mit 46% den größten Anteil auf, gefolgt vom WHO-Typ II mit 36% und dem WHO-Typ III mit 18%. Es zeigt sich, dass die weniger invasiven Formen häufiger vorkommen. Diese haben den größten prozentualen Anteil.

4.3 Korrelation auf der Grundlage geographischer Zuordnungen

Um eine Risikoeinschätzung in der Diagnostik von Genitalmutilationen und Zahnmutilationen vornehmen zu können, ist eine geographische Eingrenzung geboten.

So kann bereits aufgrund der örtlichen Herkunft einer Person eine Annahme darüber geäußert werden, ob eine Mutilation vorliegt oder unwahrscheinlich ist. Zwar ist angesichts der Vielzahl afrikanischer Stämme eine Zuordnung anhand der obenstehenden Tabelle möglich. Wesentlicher Mangel ist jedoch, dass bei 46 Ethnien eine Einordnung der zu Rede stehenden Ethnie in vielen Fällen nicht möglich sein wird. Demgegenüber bietet eine kartographische Auswertung in der Diagnostik eine schnellere und verbesserte Risikoeinschätzung.

4.3.1 Geographische Lokalisation von Zahnmutilationen

Die geographische Verbreitung der künstlichen Zahnverstümmelungen dokumentiert Lignitz mit der folgenden Karte:

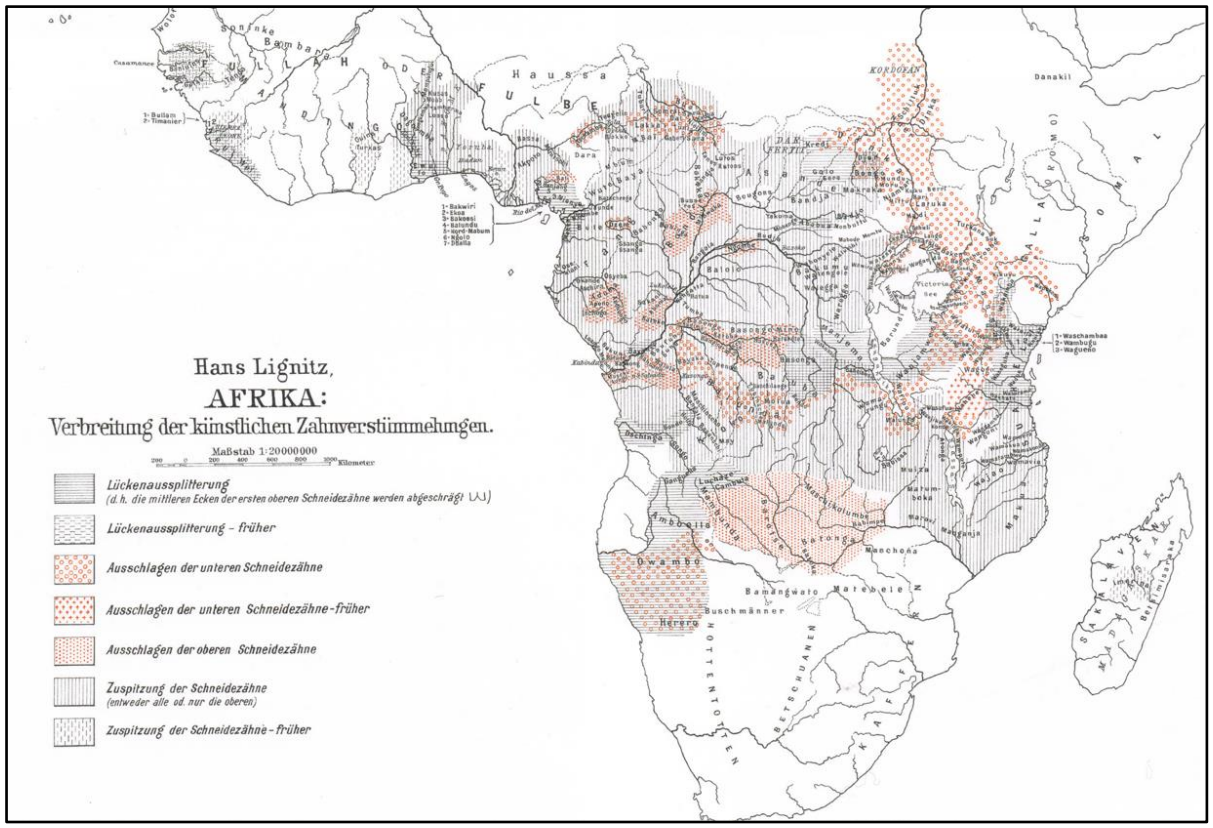


Abb. 33: *Geographische Verbreitung der künstlichen Zahnverstümmelungen im Jahr 1922 (Lignitz 1921-1922)*

Der Bereich, in dem Zahnverstümmelungen präsent sind, erstreckt sich von West- nach Ostafrika und umfasst ein Gebiet von Senegal über Nigeria und Kamerun bis hin nach Somalia und Kenia.

Die nördliche Grenze des Gebietes liegt im heutigen Tschad und südlichen Niger, die südliche Grenze im heutigen D.R. Kongo und Tansania. Dieses subsaharische Territorium kann als „Zahnmutilationsgürtel“ bezeichnet werden. Nahezu alle in der Tabelle aufgeführten Ethnien belegen mit ihrem Siedlungsgebiet die geographisch korrekte Aussagekraft der Karte, indem sie sich dem dargestellten Verbreitungsgebiet zuordnen lassen.

In den anderen, weiter nördlich sowie weiter südlich liegenden Gebieten Afrikas findet sich nahezu keine Verbreitung der Zahnmutilation. Den Grund dafür sieht Lignitz in der Ausbreitung des Islams.[397] Allerdings finden sich Mutilationen in ländlichen Bereichen, da in diesen der Islams kaum Einfluss hat.

Weiterhin reduziert auch der europäische Einfluss auf die afrikanische Kultur das Vorkommen von Zahnmutilationen.[398]

4.3.2 Geographische Lokalisation von Genitalverstümmelungen

Die Datenlage der Literaturquellen bezüglich Genitalverstümmelungen im afrikanischen Raum ist deutlich umfassender und hat eine größere Aktualität als die Karte von Lignitz aus dem Jahre 1920-1921.

UNICEF veröffentlicht 2021 eine geographische Darstellung, die eine Prävalenzbestimmung und territoriale Einordnung ermöglicht.[399] Diese ist in Abb. 34 gezeigt. Die Genitalverstümmelung wird in besonderem Maße in Somalia (99%), Guinea (95%), Dschibuti (94%), Mali (89%), Ägypten (87%), Sudan (87%) und Sierra Leone (86%) praktiziert. Weiterhin sind Erithrea (83%), Burkina Faso (76%), Gambia (76%) und Äthiopien (65%) zu nennen.[400]

In den südlichen sowie nordwestlichen Ländern Afrikas wird die FGM nicht realisiert. In Entsprechung zur Zahnmutilation existiert auch bei der FGM ein „Gürtel“ des Vorkommens über Mittelafrika. Dieser zieht sich von Gambia und dessen umliegenden Ländern bis nach Somalia mit den benachbarten Ländern. Nördlich erstreckt sich der

[397] Lignitz 1921-1922, S. 247.
[398] Lignitz 1921-1922, S. 940.
[399] UNICEF 2021b.
[400] UNICEF 2021b.

Gürtel bis nach Ägypten, südlich endet er zentral in der zentralafrikanischen Republik bzw. südöstlich in Tansania.

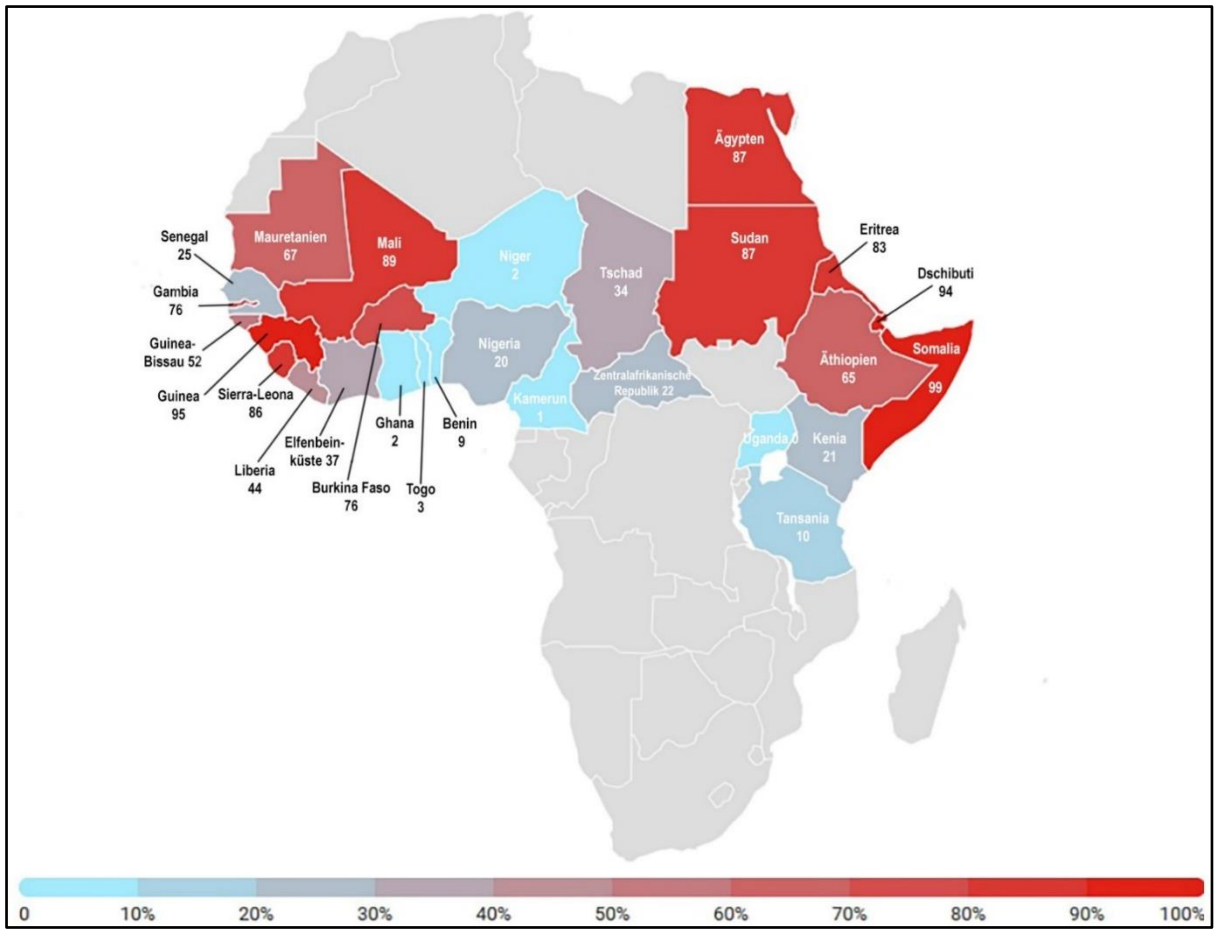


Abb. 34: *Geographische Ausbreitung der Genitalmutilationen bei Frauen und Mädchen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren mit ihren prozentualen Prävalenzen (modifiziert nach und mit genehmigter Erlaubnis von UNICEF 2021b)*

Die Prävalenzzahlen Afrikas spiegeln die aktuelle gesetzliche Lage auf dem afrikanischen Kontinent weitestgehend wider. Die Maputo-Protokoll-Ratifikationskarte zeigt, dass viele subsaharische Länder des Genitalmutilationsgürtels das Maputo Protokoll zwar unterschreiben, nicht aber ratifizieren. Sie ist im Anhang unter 8.5 beigefügt. Ägypten nimmt eine negativ exponierte Stellung ein, da es als prädestiniertes Land für Genitalverstümmelungen (87% Prävalenz) das Maputo Protokoll bisher weder ratifiziert noch unterzeichnet.[401]

[401] African Union 2019.

4.3.3 Vergleich der geographischen Ausbreitungen

Für einen Vergleich der geographischen Ausbreitungen scheint zur Visualisierung eine Zusammenschau der vorliegenden Karten geboten.

Legt man die Karte von Lignitz auf die kartographischen Daten von UNICEF, so finden sich beträchtliche territoriale Kongruenzen.[402] Beide „Ausbreitungsgürtel“ finden sich in Mittelafrika und hier nahezu ausschließlich im subsaharischen Raum. Weiter nördlich bzw. weiter südlich liegende Länder Afrikas sind bei beiden Mutilationsformen kaum oder nicht betroffen. Eine Ausnahme bildet Ägypten, mit einer hohen Prävalenz für Genitalmutilationen.

Auffällig ist, dass der Bereich der Zahnmutilationen im Vergleich zur Genitalverstümmelung weiter Richtung Süden gelegen ist. Während bei der Genitalmutilation bereits nördliche Länder wie Mauretanien, Ägypten und Mali betroffen sind, endet dieses Gebiet im Süden in der zentralafrikanischen Republik. Die Zahndeformitäten erstrecken sich laut Lignitz über dieses Gebiet hinaus. In Abb. 35 werden die korrelierenden Bereiche der Mutilationen in orange dargestellt.

Bei der Feststellung von Übereinstimmungen zwischen genitalen und dentalen Mutilationen sowie weiteren Mutilationen bietet die kartographische Auswertung deutliche Vorteile und praktische Anwendungsmöglichkeiten. Aufgrund der geographischen Zuordnung kann auch ohne Detailkenntnisse der Vielzahl der afrikanischen Ethnien effektiv eine Risikoeinschätzung vorgenommen werden. Dieses wird ermöglicht durch eine Orientierung an den Mutilationsgürteln des subsaharischen Raumes.

Darüber hinaus bietet die Kenntnis von örtlich abhängigen und erhöhten Wahrscheinlichkeiten von Mutilationen die Möglichkeit, künftig in diesen Bereichen mit weiteren Studien zur Korrelationsfindung anzusetzen.

[402] Lignitz 1921-1922; UNICEF 2021b.

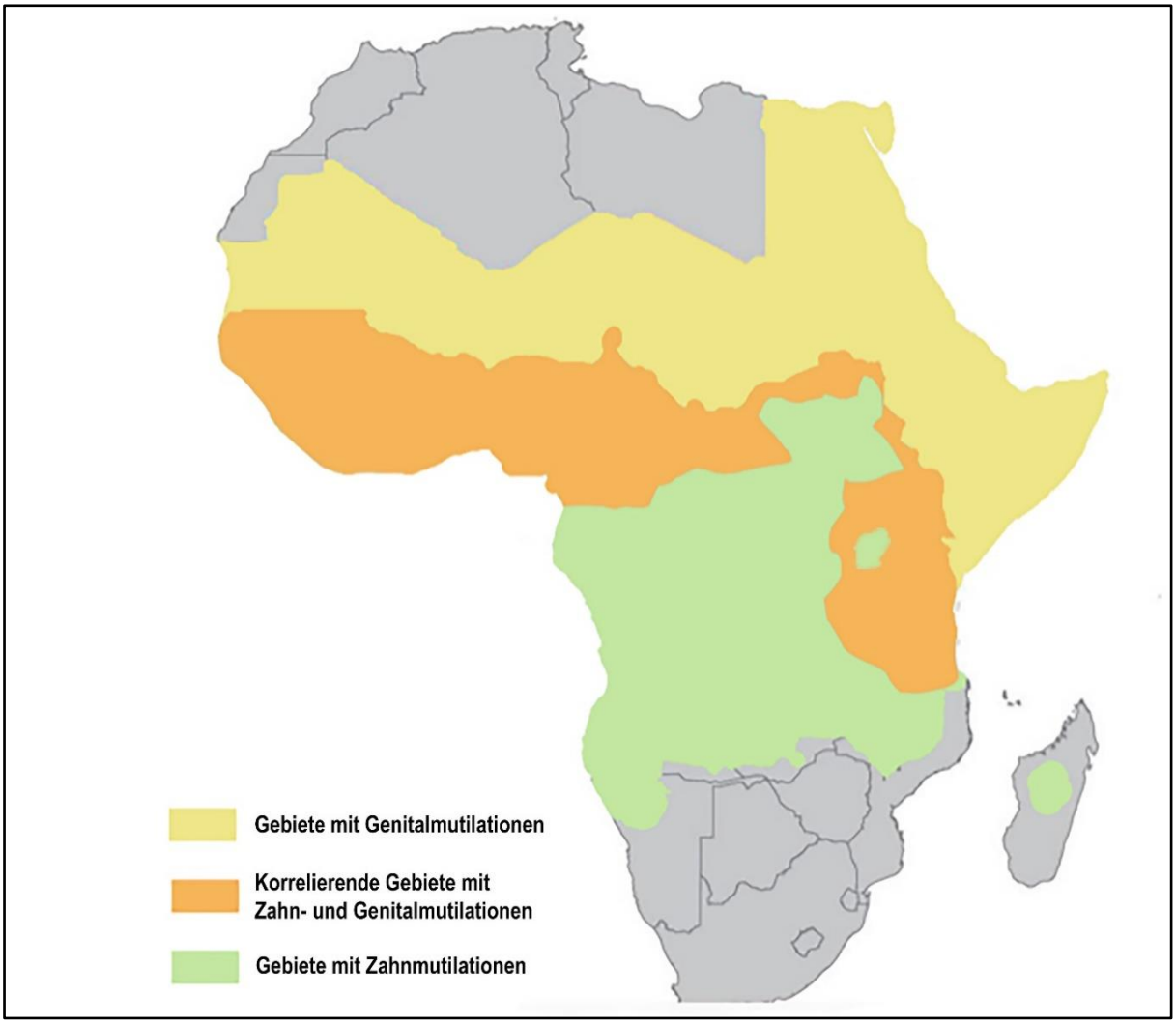


***Abb. 35**: Territoriale Korrespondenzen zwischen Genital- und Zahnmutilationen (eigene Darstellung)*

4.4 Korrelation am Beispiel der Massai

Bei den in Afrika lebenden Ethnien sind besonders die Massai herauszustellen, da sich bei ihnen die zuvor genannten Korrelationen und Initiationsriten exemplarisch prägnant darlegen lassen.

Geographisch siedeln die Massai in den nördlichen Gebieten Tansanias und im westlichen Kenia.[403] Lebensgrundlage der Massai ist der Pastoralismus, teilweise auch Ackerbau oder Fischfang.[404] Die Aufgabenbereiche zwischen den Frauen und Männer sind geschlechtlich klar getrennt. Während die Männer für die wichtigen Entscheidungen bei Politik und Heirat sowie für Vieh und Arbeit zuständig sind, sind die Frauen für den Haushalt und für die Kinder verantwortlich.[405]

[403] Hayashi 2017, S. 95.
[404] Waller und Spear 1993.
[405] Hodgson 2001; Hayashi 2017.

Deutlich wird dies auch in der folgenden Aussage von Hayeshi 2017:
„Ein Haus, und insbesondere die Küche, gilt als Raum der Frau. Es wird als unerwünscht angesehen, wenn ein Mann oder ein Junge die Küche betritt“.[406]

Das Leben der Massai vollzieht sich in Entsprechung zum jeweiligen Alter in verschiedenen Initiationsstufen. Eine bestimmte Stufe markiert den sozialen Status und das Ansehen und weist andere Aufgaben innerhalb des Stammes zu. Der altersentsprechende soziale Rang eines Ortsansässigen wird durch für die Gemeinschaft gut ersichtliche Mutilationen dokumentiert und ihre Anbringung oft mit Festen zelebriert. Neben Zahn- und Genitalmutilationen finden sich bei den Massai weitere Mutilationen wie die Skarifikation.[407] Letztere werden in diversen Lebensabschnittswechseln flexibel praktiziert und lassen sich nicht in den „klassisch“ dargelegten Lebensablauf eingliedern. Mögliche Skarifikationsanlässe sind Phasen des Übergangs vom Mädchen zur Frau, das Gebären von Kindern oder ein für die Fruchtbarkeit gesetztes Zeichen bzw. der Bereitschaft, Kinder zu bekommen.[408]
Bedeutsam ist, dass die Initiationsstufen bei den weiblichen Massai im Gegensatz zu den männlichen wesentlich flexibler gestaltet sind und individuell relativ unabhängig vom Alter stattfinden können.[409]

Folgender exemplarischer Lebenszyklus kann bei den Massai gelten:

1. Altersspanne 0 bis 15 Jahre - Status als „Mädchen“
    - <u>2 Jahre: Entfernung der unteren beiden Milchinzisivi (IOM):</u>
      Zahnmutilation sind bei den Massai oft das Resultat von in der Tradition tief verankerten Riten, die auch heute noch anzutreffen sind. Die Prävalenz der Zahnmutilationen liegt nach vorliegenden statistischen Erhebungen bei 284 Kindern im Alter von 14-18 Jahren in der Population der Massai aus Kenia bei 61%.[410] Die Entfernung der unteren Milchinzisivi steht unter dem rituellen Motiv der Initiation. Dies lässt sich dadurch belegen, dass nach Beobachtungen von Garve et al. die Kinder zunächst vollkommen gesund sind. Enukleation werden bei den Massai

[406] Übersetzung d. Autors nach Hayashi 2017, S. 95, Originalquelle: „A home, and specifically the kitchen, is considered a woman’s space. It is considered undesirable for a man or a young man to enter the kitchen.“
[407] Garve et al. 2017a, S. 710.
[408] The New Times Reporter 2010.
[409] Hayashi 2017, S. 104.
[410] Kemoli et al. 2018, S. 4.

auf der Grundlage von Erkrankungen durchgeführt. Allerdings wird eine Extraktion auch ohne diese vorgenommen.[411]

- Enukleation bei Krankheit (IOM):

  Sind Kinder beispielsweise an Diarrhöe oder Vomitation erkrankt, wird eine Enukleation durchgeführt.[412] Eckzähne werden mit „bösen Geistern" („bad spirits") assoziiert. Ihr Herausschneiden im Alter von 0-2 Jahren durch traditionelle Heiler*innen mit einem scharfen Messer bringt nach dem Verständnis der Massai eine Kuration.[413] Eine Nachbehandlung erfolgt mit Wasser, gemischt mit Milch und Natriumkarbonat (Soda). Ebenso kann Honig auf die Wunde aufgetragen werden.[414] Die zur Rede stehende Mutilationsform ist nach Schröder dem Typ III zuzuordnen. Kommt es durch Elongationsprozesse zur Vorbiegung der oberen Inzisivi, kann man zusätzlich von einem Schröder Typ VII sprechen.

- Entfernung der bleibenden unteren Inzisivi (IOM):

  Nach einem Durchbruch der bleibenden unteren Inzisivi werden diese ebenso entfernt.[415] Das für die Mutilation genutzte Instrumentarium besteht beispielsweise aus einem Messer, einer Kalkschale und einem mit Milch gefülltem Beutel (s. Abb. 36). Die Milch wird nach dem Extrahieren der Zähne auf die Wunden gegeben. Bemerkenswert ist, dass die genannten Utensilien sowohl für die Zahnmutilation als auch die Genitalmutilation benutzt werden. Bei beiden Verstümmelungen findet dieses seinen Grund in dem rituellen Charakter. [416]

2. Alterspanne 15 bis 16 Jahre

   - Initiationsprozess – Emurata

     Das wichtigste Kernelement im gesamten Lebenszyklus der Massai stellt im Übergang vom Kind zum Erwachsenen das „Emurata" dar. Dieses bezeichnet Talle als „den Schmutz der Kindheit entfernen".[417] Baumann datiert diese Mutilation auf das 12. Lebensjahr.[418] Im Gegensatz dazu stellt Hayashi heraus, dass das Emurata mittlerweile im Alter von 15-16

[411] Garve et al. 2016, S. 1103.
[412] Mutai et al. 2010, S. 96–97; Hassanali et al. 1995, S. 207–209.
[413] Hassanali et al. 1995.
[414] Mutai et al. 2010, S. 96–97.
[415] Garve et al. 2016, S. 1103.
[416] Nach Aussage Prof. Garves in einem persönlichen Interview mit dem Autor
[417] Übersetzung d. Autors nach Talle 1988, S. 105, Originalquelle: „remove the dirt of the childhood"
[418] Baumann 1894, S. 161.

Jahren direkt nach dem Schulabschluss der Mädchen durchgeführt wird.[419]

Der Initiationsprozess vollzieht sich in den nachfolgend beschriebenen Schritten.

a. Vorbereitung – Rasieren und Waschen:

   Am Tag vor der Emurata rasieren sich die Mädchen sowohl die Haare als auch die Augenbrauen. Um diese Bereiche einzureiben, wird ein Tier geschlachtet und das Fett bzw. die Milch des Tieres aufgetragen.[420]

   Am darauffolgenden Tag waschen sich die Mädchen mit kaltem Wasser, um den Schmerz während der Emurata zu lindern. Die bisher getragene Kleidung und Schmuckstücke der Kindheit werden abgelegt.[421]

b. Emurata:

   Eine ältere Frau, die sogenannte „Enkamuratani“, führt die Beschneidung ohne Anästhesie mittels eines kleinen Messers („eembe“) durch. Dabei werden große Teile des weiblichen Genitals entfernt. In der heutigen Zeit erfolgt eine Eingrenzung auf Bereiche, die dem Genitalmutilationstyp I und seltener Typ II nach der WHO-Einteilung entsprechen.[422] Durchgeführt wird die Emurata meistens in dem Haus der Mutter. Verheiratete Frauen wohnen der Zeremonie oft als Augenzeuginnen bei. Sie helfen erforderlichenfalls dabei, das Mädchen zu fixieren, damit diese selbst bei Schmerzen in Position bleibt.[423] Im Gegensatz zu den männlichen Stammesmitgliedern dürfen die Frauen ihren Schmerz durch Weinen und Schreien zum Ausdruck bringen. Erwartet wird jedoch große Tapferkeit. Diese wird mit einem Tiergeschenk oder einer besseren Chance auf einen Ehemann honoriert.[424] Die Männer warten abseits, bis die Prozedur beendet ist.

[419] Hayashi 2017, S. 95–117.
[420] Katz 2014.
[421] Talle 1988, S. 105.
[422] Muchene et al. 2018, S. 3.
[423] Hayashi 2017, S. 105–106; Talle 1988, S. 105.
[424] Talle 1988, S. 105; Gruber et al. 2005, S. 28; Shilabukha 2010, S. 64–73.

c. Nachsorge und Feierlichkeiten

Die Beschneidung endet damit, dass die Wunde gesäubert und in einigen Berichten mit Butter eingeschmiert wird.[425] Zur Stärkung erhält das Mädchen Tierblut zum Trinken.[426] Anschließend wird von dem gesamten Stamm ein großes Fest aus Anlass der Beschneidung gefeiert. Ein Ehemann für das Mädchen wird laut Talle bereits vor der Initiation ausgesucht. So kann das Brautgeschenk während der Zeremonie überreicht werden.[427]

Ähnlich der Emurata können weitere Zeremonien mit Anbringung von Zahnverstümmelungen durchgeführt werden. Diese lassen sich in der Schröder Einteilung dem Typ III und VII zuordnen. „Die beiden oberen, vorderen Schneidezähne werden bei beiden Geschlechtern vorgebogen, die entsprechenden unteren ausgebrochen […]".[428] Darüber hinaus können im Zuge des Übergangs vom Mädchen zur Frau Skarifikationen angebracht werden.[429]

3. Phase nach Emurata (1-4 Monate) - Enkaibartani/Inkaibartak
    - Das Enkaibartani umfasst eine monatelange Isolationsperiode im Haus der Mutter mit strikten Regeln bezogen auf Kontakte und sexuellem Verhalten. Talle übersetzt diese Phase als „derjenige, um den man sich kümmert".[430] Das Mädchen ist dazu angehalten, rituelle bedeutsame Kleidung zu tragen. Talle beschreibt darüber hinaus, dass das Mädchen in dieser Phase möglichst gesund essen soll und von sämtlicher Arbeit befreit ist. In der Phase des Inkaibartak ist die Frau zwar erwachsen, jedoch noch nicht „reif" genug für eine Heirat.[431] Letztlich dient dieser Zeitraum dazu, die komplizierte Wundheilung zu ermöglichen.
4. Altersspanne 15 bis 20 Jahre - „unverheiratete Frau"
    - Erst die direkt nach der Enkaibartani-Phase stattfindende Hochzeit verleiht dem Mädchen der Massai den Status einer ordnungsgemäßen

[425] Talle 1988, S. 106.
[426] Katz 2014.
[427] Talle 1988, S. 108.
[428] Baumann 1894, S. 159.
[429] The New Times Reporter 2010.
[430] Übersetzung d. Autors nach Talle 1988, S. 105, Originalquelle: „the one who is being looked after"
[431] Talle 1988, S. 108.

Erwachsenen.[432] Herausgestellt wird dieses durch Evelia et al. in folgender Aussage: „Maasai-Männer fühlen sich geehrt, wenn sie ein beschnittenes Mädchen heiraten[…]“.[433] Bezogen auf die aktuelle Zeiten stellt Hayashi demgegenüber fest, dass die Mädchen zunächst die weiterführende Schule besuchen oder im Elternhaus bleiben. Erst im Anschluss daran findet die arrangierte Hochzeit zu einem späteren Zeitpunkt statt. Den Status einer Erwachsenen erreicht ein Mädchen unabhängig davon nach Bestehen der Emurata.[434] Generell nimmt die Frau nach der Beschneidung eine neue Rolle mit neuen Verpflichtungen ein. Die sexuellen Freiheiten sind trotz bestehender Polygamie eingeschränkt. Letztlich ist die Frau den Regeln unterworfen, die der Ehemann setzt.[435]

5. Heirat – Enkiyama
    - Die Eheschließung mit dem bereits seit der Beschneidung bekannten Bräutigam findet als zweigeteilte Zeremonie statt. Der erste Teil steht im Zeichen des Verlassens des Elternhauses. Dazu erhält die Braut den Segen des Vaters. Er gibt ihr Anweisungen, wie sie sich in der Ehe zu verhalten hat.[436] Damit ist die Grundlage für eine klare Rollenverteilung gelegt. Die Frau wird in das aufwendige Brautgewandt gekleidet, was oft von ihrem rituellem Weinen begleitet ist, da ihr eine ungewisse Zukunft bevorsteht.[437] Dann macht sich die Braut zu Fuß auf den Weg zu dem Haus des Bräutigams. Für diese Strecke wird unter Umständen mehr als einen Tag benötigt. Ihr ist es nicht erlaubt, sich dabei umzuschauen oder gar umzukehren. Sie wird von weiblichen Verwandten begleitet und möglicherweise folgen ihr der Bräutigam und seine Begleiter. Der zweite Teil der Hochzeit besteht in dem Ankommen der Braut im Haus ihres zukünftigen Mannes.[438] Sie wird von der Familie ihres Mannes und mit ganz besonderer Hinwendung von der Schwiegermutter in Empfang genommen. Die männlichen Stammesmitglieder bilden ein Spalier,

[432] Talle 1988, S. 111.
[433] Übersetzung d. Autors nach Evelia et al. 2007, S. 6, Originalquelle: „Maasai men feel honoured if they marry a circumcised girl […]“.
[434] Hayashi 2017, S. 106.
[435] Talle 1988, 108, 111.
[436] Asilia Africa News 2018.
[437] Talle 1988, S. 127–128; Asilia Africa News 2018.
[438] Asilia Africa News 2018; Talle 1988, S. 127–128.

durch das Trauzeuge, Brautpaar und Eltern gehen.[439] Anschließend wird die Heirat in einem großen Fest mit dem kompletten Stamm gefeiert. Die Braut wird erneut vielfach gesegnet.[440]

6. Altersspanne 20 Jahre bis zum Lebensende - Verheiratete Frau
    - Mit der Heirat im Alter von etwa 20 Jahren soll die Frau nach Auffassung der Massai ihren Pflichten als Ehefrau nachkommen und Kinder gebären. Die altersgebunden flexibel angebrachten Skarifikationen werden im Laufe des Lebens der Frau erweitert. Grundlage dafür ist beispielsweise Das-zur-Welt-Bringen der Kinder.[441]

***Abb. 36**: Beschneidungsmesser und Utensilien (Milchgefäß, Kalkkrug), die sowohl für die Zahn- als auch für Genitalmutilation benutzt werden (eigenes Foto, aufgenommen in Privatsammlung von Prof. R. Garve)*

[439] Irene 2017.
[440] Talle 1988, S. 129–130; Irene 2017.
[441] The New Times Reporter 2010.

5 Diskussion und Ausblick

Nach umfassender Detailbeschreibung der Zahn- und Genitalmutilationen sowie weiteren Mutilationen sind bezüglich der Motive, Ausformungen und Effekte Korrelationen auf vielen Ebenen festzustellen.

Eines der wichtigsten Motive findet sich in der ethniengebundenen Einteilung in Lebensabschnitte mit Initiationsriten. Diese erhöhen ein gemeinsames Auftreten unterschiedlicher Mutilationen erheblich.

Weiter bildet das jeweils originäre Motiv den Anlass für Mutilationen. Diese können protektiv wie beim sog. Brustbügeln sein. Sie können ästhetisch gebunden sein wie beispielsweise bei der Elongation der Labien. Sie können zusätzlich zur ästhetischen Komponente dem Anspruch auf Abhärtung wie bei der Skarifikation Rechnung tragen. Sie können mit einer Orientierung an Askese wie bei den Skopzen oder auch einer Kuration wie bei der Enukleation und Tea-Tea realisiert werden.

Bezüglich der Mutilationen ist festzustellen, dass diese bei den meisten Ethnien selbst angesichts der unterschiedlichsten Motive als Komplex mit verschiedenen Mutilationsarten auftreten.

Die dentalen Verstümmelungen stellen sich in ihrer geographischen Verteilung als sogenannter „Zahnmutilationsgürtel“ dar. Dieser ist dem subsaharischen Raum zuzuordnen. Genitale Mutilationen werden etwas weiter nördlich praktiziert. Sie korrespondieren umfänglich und gleichermaßen als territorialer Gürtel mit dem der Zahnmutilationen.

Die ethnienspezifische Auswertung der Literatur und ihre entsprechende tabellarische Darstellung liefern direkt erfassbare Korrelationen der Mutilationsarten. Entsprechend finden sich Parallelen zwischen den Siedlungsgebiete und der geographisch erfassten Übereinstimmungszone. Liegen Korrelation der Mutilationen vor, tritt bezüglich Zahnmutilationsformen am häufigsten der Schröder Typ III auf, das Ausbrechen von Zähnen, gefolgt von Schröder Typ I, der einfachen Zuspitzung. Letztere ist ubiquitär im afrikanischen Kontinent am häufigsten vorzufinden.[442] Bislang lässt sich eine kausale Begründung für die genannten Häufigkeiten in der Literatur nicht vorfinden. Es ist anzunehmen, dass das Ausbrechen und die Zuspitzung aus Gründen erfolgen, die einer Annäherung an ein Totemtier nachkommt oder einer stammesgeschichtlichen

[442] Straube 1964, S. 671; Lignitz 1921-1922, S. 922.

Tradition entspricht. Weiterhin können manche IOM wie die Enukleation dem Schröder Typ III zugeordnet werden und die Prävalenzzahlen der Verstümmelungsform weiter erhöhen.

Genitale Mutilationen finden sich bei Korrelationen zu anderen Mutilationen am häufigsten in dem WHO-Typ I, der Klitorektomie, gefolgt von Typ II, der Exzision. In vielen Fällen kann nur das Vorhandensein dokumentiert werden. Eine genaue Zuordnung in die Klassifizierung ist nicht möglich. Die Gesamtentwicklung der weiblichen Verstümmelungen zeigt eine abnehmende Prävalenz.[443] Daraus lässt sich folgern, dass durch ein Umdenken weniger invasive Vorgehen praktiziert werden. Wird nicht komplett auf die FGM verzichtet, werden immerhin die folgenreicheren Formen vermieden und dementsprechend Typ I am häufigsten praktiziert.

Ursachen für eine geringe Anzahl Betroffener liegen in verschiedenen Komponenten. Diese sind die z.B. großangelegte Aufklärungskampagnen. Auch spielen gesetzliche Vorgaben als juristischer Faktor ein Rolle. Diese werden allerdings in der Praxis noch kaum umgesetzt. Da Genitalmutilationen aufgrund der enormen sozial bedeutsamen Relevanz für u.a. Heiratsfähigkeit und Beibehaltung der Traditionen einer Ethnie nicht immer verhindert werden können, wird zusätzlich die Möglichkeit von „alternativen" Initiationsriten geschaffen. Alternative Initiationsriten (ARP – „alternative rites of passage") ermöglichen ohne Mutilationen einen Übergang von einem Lebensabschnitt zum nächsten, z.B. vom Jugendlichen zum Erwachsenen.[444] Festlichkeiten oder Inszenierungen mythischer Vorstellungen werden als inhaltliche Komponente beibehalten und so an die nachfolgenden Generationen weitergegeben.[445] Erweitert werden die Inhalte beispielweise um Aufklärungsgespräche über gesundheitliche Risiken der FGM. Dieses ist bei den Kuria und Kisii bereits ins Stammesgeschehen integriert.[446] Allerdings stellen Graamans et al. bei Befragungen von Massai und Samburu in Kenia fest, dass alternative Riten aus Sicht vieler Stammesmitglieder als mangelhaft eingestuft werden, da sie nicht mit der „konventionellen" Beschneidung gleichzusetzen sind.[447] Letztlich können nur erweiterte Beratungs- und Aufklärungsangebote ein Umdenken und die Abwendung von weiblicher Genitalverstümmelung bewirken und damit eine positive zukünftige Entwicklung

[443] Batyra et al. 2020, S. 3092.
[444] Hughes 2018, 274, 282-283.
[445] Graamans et al. 2019, S. 89.
[446] Oloo et al. 2011, S. 29.
[447] Graamans et al. 2019, S. 89–90.

ermöglichen. Stark verringerte Zahlen von Genitalmutilationen gibt es eher in den Ländern, die generell ohnehin unterdurchschnittliche Prävalenzen aufweisen. In Ländern mit hohen Prävalenzen zeigt sich demgegenüber eine gleichbleibende oder sogar steigende Zahl an mutilierten Frauen.[448] Vor diesem Hintergrund und auch in Anbetracht andauernden Globalisierungstendenzen ist davon auszugehen, dass die Erkenntnisse dieser Doktorarbeit auch in der zukünftigen Entwicklung von Bedeutung sein werden.

Im Hinblick auf künftige wissenschaftliche Forschung sollen einige Punkte der Korrelationssuche kritisch reflektiert werden.

Die zu Zahnmutilationen existierende und hier verwendete Literatur erweist sich als ausreichend im Sinne eines Korrelationsbeweises. Allerdings muss sie aufgrund der geringen Aktualität mancher Literaturquellen und Studien und der oftmals relativ geringen Anzahl der Studienteilnehmer*innen als Ausgangspunkt für weitere wissenschaftliche Betätigung gesehen werden.

Bei den Ergebnissen dieser Arbeit ist zu beachten, dass sich quantitätsbedingte Einschränkungen auswirken. Bestimmte Ergebnisse weisen nur örtlich eingegrenzt oder ethnienspezifisch ihre Gültigkeit auf. Das Thema Genitalmutilationen bietet durch seine größere Popularität eine breitere Studienlage und dient daher besser als Vergleichsebene.

Geboten erscheint eine umfassende, gezielte wissenschaftliche Untersuchung von Zahnmutilationen im Kontext zu Genitalmutilationen im subsaharischen Raum mit einer dazugehörigen Ethnienbeschreibung und Lokalisation zur Gewinnung aktueller Daten. Dabei sind allgemeingültige Klassifizierungen für eine Vergleichbarkeit der Forschungsergebnisse zu dentalen Verstümmelungen zu entwickeln. Entsprechend existiert eine Vergleichbarkeit der genitalen Mutilationen aktuell bereits durch die vorliegende WHO-Einteilung.

Die in der Arbeit entwickelte geographische Übereinstimmung kann nicht näher quantifiziert werden, da die Karte von Lignitz keine Aussagen über Prävalenzen liefert und im Sinne einer aktualisierten Analyse reevaluiert werden sollte. Zur Entscheidung hinsichtlich der geographischen Eingrenzung der notwendigen Studien kann die Karte allerdings herangezogen werden, um Gebiete mit hoher Wahrscheinlichkeit der Übereinstimmung zu bestimmen. Ebenso beinhaltet sie im Vergleich zu vielen

[448] Batyra et al. 2020, S. 5.

aktuelleren Karten den Vorteil, nicht nur Zahnmutilationen im Zuge von IOM aufzuzeichnen, sondern die generelle Verbreitung von Veränderungen der Zähne zu illustrieren.
In Ergänzung weiterer Studien zu quantitativen Grundlagen sind auch qualitative Dimensionen wie z.B. motivationale Übereinstimmungen zu erforschen.
Wird die Betrachtung der Mutilationen auf eine globale Sichtweise erweitert, ist zu erkennen, dass das Phänomen der dentalen Verstümmelungen nicht auf Afrika beschränkt ist.[449] Da auch auf Kontinenten wie Südamerika und Australien Mutilationen anzutreffen sind, sind diese gleichermaßen mit einer Korrelationssuche zu analysieren. Es ist von besonderer Bedeutung, dass im Zuge allgemeiner Globalisierungsprozesse überdies von Zuwanderungen aus anderen Kontinenten auszugehen ist.

Betrachtet man die Situation in Deutschland, ist hier weiterhin mit genitalverstümmelten Frauen zu rechnen. Grund dafür sind Globalisierungsprozesse und fortlaufend hohe Prävalenzzahlen in einigen afrikanischen Ländern. Für die medizinische Diagnostik, Therapie und auch in der Präventivmedizin sind kontextgebundene Einordnungen mit Berücksichtigung der ethnienspezifischen Eigenschaften unumgänglich. So können beispielsweise bei gegebener Diagnosenotwendigkeit für eine Frau mit vorliegenden Mutilationen an der Brust non-invasive Diagnostikmittel wie der Ultraschall erneute Traumatisierungen verhindern.
Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Zahnmedizin, Ethnomedizin, Ethnozahnmedizin, Gynäkologie und Ethnologie zur möglichen Entwicklung eines neuen medizinischen Arbeitsbereiches bzw. einer neuen Fachdisziplin scheint für den adäquaten Umgang mit mutilierten Frauen unumgänglich.

[449] Garve 2015, S. 10–41.

6 Zusammenfassung

Die weltweit zunehmende gesellschaftliche Mobilität, Globalisierungsbewegungen, Flüchtlingsströme und der Fernreisetourismus führen verstärkt zur Einreise von Migrant*innen mit genitalen, dentalen und weiteren Mutilationen ihres Körpers nach Europa. Dieses hat neben der gesellschaftlichen eine außerordentliche medizinische Relevanz. Eine patientenorientierte, erfolgreiche medizinische Behandlung ohne negative psychische und physische Folgen ist nur auf der Grundlage profunder Kenntnisse der kulturellen und ethnienspezifischen Besonderheiten möglich. Die Doktorarbeit wendet sich daher zunächst der Analyse von Zahndeformierungen mit ihren Ursachen, Folgen und den assoziierten Mutilationen zu und beschreibt bekannte Formen. Diese sind innerhalb des subsaharischen Raums Afrikas die einfache Zuspitzung der Zähne, die Zacken- und Lückenfeilung der Zähne, das Ausbrechen von Zähnen und das Verdrängen der Zähne aus ihrer ursprünglich anatomisch korrekten Stellung. In einem folgenden Schritt werden die genitalen Mutilationen wie u.a. die Klitorektomie, Labienexzision und Infibulation dargestellt und dazu die Ursachen, Folgen, juristische Dimension sowie Handlungsmöglichkeiten erläutert. Weiterhin werden Mutilationsformen aufgeführt, die im europäischen Raum kaum populär sind. Zu diesen zählen das sog. „Brustbügeln“, die Brustinzisionen, die Verlängerung der Genitalien sowie die Mutilationen der Skopzen. Die Prozedur des Brustbügelns ist in der Arbeit hinsichtlich ihres protektiven Motivs und ihrer mutilationsspezifischen Eigenheiten eingehend beschrieben. Die Brustinzisionen erfolgen bei der gezielten Anlegung von Narben (Skarifikationen) innerhalb eines Abhärtungsprozesses. Die Elongation der Labien richtet sich durch exzessives Dehnen der Genitalien auf eine rein ästhetische Komponente. In der Sekte der Skopzen wird die weibliche Brust mit dem Ziel eines Askesezustandes entfernt.

Weiter zählen zu den Mutilationspraktiken die im Kindesalter angebrachten „Infant Mutilation“. Mit der Enukleation, dem Ausreißen von Zahnkeimen und dem „Tea-Tea, der Zufügung von Schnitten auf der Brust, soll im Fall einer kindlichen Krankheit eine vermeintliche Kuration erreicht werden.

Mutilationspraktiken des subsaharischen Raums sind nach Literatur, allgemeinen Berichten und Berichten von Augenzeugen und Augenzeuginnen nicht auf einen Körperteil begrenzt und werden nicht auf lediglich eine Art ausgeführt. Es gibt einzelne Hinweise darauf, dass sie in Kombination auftreten. Dieses mögliche Auftreten von

Kombinationen begründet in der vorliegenden Arbeit die Entwicklung der elementaren These, dass bei dem Vorhandensein offensichtlich erkennbarer Mutilationen im Sinne einer Korrelation auf weitere vorhandene Mutilationen zu schließen ist.

Für den Beleg dieser These wird auf der Grundlage einer systematischen Literaturrecherche aus einer tabellarischen Erfassung, einer kartographischen und einer inhaltlichen Betrachtung das zentrale Fazit dieser Arbeit gewonnen.

Die genannte tabellarische Auflistung erfasst in einer Dreigliederung einerseits Ethnien mit Zahndeformierungen, kategorisiert gemäß der Einteilung von Schröder, andererseits gleichzeitig auftretende Genitalmutilationen, kategorisiert gemäß der Einteilung der WHO und letztlich weitere Mutilationen. Die quantitativ am stärksten mit Korrelationen vertretene Zahnmutilationsart ist das Ausbrechen von Zähnen (Typ III), gefolgt von der einfachen Zuspitzung der Zähne (Typ I). Hinsichtlich der genitalen Verstümmelungen zeigt die Kliterektomie (WHO-Typ I), gefolgt von der Labienexzision (WHO-Typ II) die meisten Korrelationen.

Die genannte Auswertung kartographischen Materials lässt den Schluss zu, dass sich ein räumlich geographisches Vorkommen dentaler und genitaler Mutilationen wie ein Gürtel über den afrikanischen Kontinent zieht und mit geringen Ausbreitungs-unterschieden im subsaharischen Raum beträchtliche Korrespondenzen aufweist. Der genannte Überschneidungsbereich verläuft gleichermaßen gürtelartig. Dieser ist in einer eigenhändig erstellten Karte dargestellt und ermöglicht Ärzt*innen schnell eine Risikoeinschätzung ihrer Patientinnen bei Wissen um deren Herkunft.

Die letzte und inhaltliche Korrelationsebene ergibt sich aus ethnienspezifischen Grundlagen. Bei vielen afrikanischen Völkern ist das Leben in Abschnitte mit unterschiedlichen gesellschaftsinternen Rechten und Verpflichtungen gegliedert. Die jeweilige Stufe findet ihren Ausdruck in entsprechend angebrachten Mutilationen. Die sog. „Initiationsstufen“ werden im Lebenszyklus durchlaufen. Es werden sukzessive Mutilationen an unterschiedlichen Körperstellen vorgenommen. Sofern eine Ethnie dem Initiationsritus folgt, ist das Vorliegen mehrerer Mutilationsarten wahrscheinlich und künftige Deformierungen sind nicht auszuschließen. Entsprechend ist dieses exemplarisch für den Lebenszyklus der Massai dargelegt.

Die vorliegende Arbeit soll einen wichtigen Beitrag zur medizinischen Aufklärung über subsaharische Mutilationspraktiken leisten. Sie gibt Hilfestellung für ein interdisziplinäres Vorgehen in Diagnostik und Therapie. Die Dissertation soll als Ausgangspunkt für weitere interdisziplinäre Forschung verstanden werden.

7 Literaturverzeichnis

28 Too Many (2022): FGM in central african republic: short report, S. 1–6. Online verfügbar unter https://www.28toomany.org/media/uploads/Country%20Research%20and%20Resources/CAR/car_short_report_v2_(september_2022).pdf, zuletzt geprüft am 02.01.2023.

Abdalla, Salma M.; Galea, Sandro (2019): Is female genital mutilation/cutting associated with adverse mental health consequences? A systematic review of the evidence. In: *BMJ global health* 4 (4), 1-12. DOI: 10.1136/bmjgh-2019-001553.

Abdoli, Sara; Masoumi, Seyedeh Zahra; Jenabi, Ensiyeh (2021): Investigation of Prevalence and Complications of Female Genital Circumcision: A Systematic and Meta-analytic Review Study. In: *Current pediatric reviews* 17 (2), S. 145–160. DOI: 10.2174/1573396317666210224143714.

Accorsi, Sandro; Fabiani, Massimo; Ferrarese, Nicoletta; Iriso, Robert; Lukwiya, Matthew; Declich, Silvia (2003): The burden of traditional practices, ebino and tea-tea, on child health in Northern Uganda. In: *Social science & medicine (1982)* 57 (11), S. 2183–2191. DOI: 10.1016/s0277-9536(03)00082-0.

Africa Health Organisation (2019): Breast Ironing Fact Sheet. Online verfügbar unter https://aho.org/fact-sheets/breast-ironing-fact-sheet, zuletzt aktualisiert am 22.03.2019, zuletzt geprüft am 08.03.2022.

African Union (1990): African Charter on the Rights and Welfare of the Child. Addis Ababa. Online verfügbar unter https://au.int/sites/default/files/treaties/36804-treaty-african_charter_on_rights_welfare_of_the_child.pdf, zuletzt geprüft am 08.10.2021.

African Union (2003): Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa. Maputo. Online verfügbar unter https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WG/ProtocolontheRightsofWomen.pdf, zuletzt geprüft am 08.10.2021.

African Union (2019): List of countries which have signed, ratified/acceded to the Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa. Online verfügbar unter https://au.int/sites/default/files/treaties/37077-sl-PROTOCOL%20TO%20THE%20AFRICAN%20CHARTER%20ON%20HUMAN%20AND%20PEOPLE%27S%20RIGHTS%20ON%20THE%20RIGHTS%20OF%20WOMEN%20IN%20AFRICA.pdf, zuletzt geprüft am 05.01.2023.

AG Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit (AG FIDE e.V.) (2007): Empfehlungen für Angehörige des Gesundheitswesens und weitere potentiell involvierte Berufsgruppen. Weibliche genitale Beschneidung - Umgang mit Betroffenen und Prävention, S. 1–36. Online verfügbar unter https://www.frauenrechte.de/images/downloads/fgm/EmpfehlungenFGM-2007.pdf, zuletzt geprüft am 09.07.2022.

Agbor, A. M.; Azodo, C. C.; Naidoo, S. (2015): Ritual tooth modification among the Baka pygmies in Cameroon. In: *Odonto-stomatologie tropicale = Tropical dental journal* 38 (151), S. 21–30.

Alabi, G. O.; George, A. O. (1989): Cutaneous sarcoidosis and tribal scarifications in West Africa. In: *International journal of dermatology* 28 (1), S. 29–31. DOI: 10.1111/j.1365-4362.1989.tb01305.x.

Amahazion, Fikrejesus (2021): Breast ironing: A brief overview of an underreported harmful practice. In: *Journal of global health* 11, S. 3055–3059. DOI: 10.7189/jogh.11.03055.

Andro, Armelle; Cambois, Emmanuelle; Lesclingand, Marie (2014): Long-term consequences of female genital mutilation in a European context: self perceived health of FGM women compared to non-FGM women. In: *Social science & medicine (1982)* 106, S. 177–184. DOI: 10.1016/j.socscimed.2014.02.003.

Anjum, Zoha; Bridge, Gemma; Bedi, Raman (2022): Infant oral mutilation: data collection, clinical management and public health guidelines. In: *British dental journal* 233 (12), S. 1042–1046. DOI: 10.1038/s41415-022-5317-0.

Ankermann, Bernhard (1905): Kulturkreise und Kulturschichten in Afrika. In: *Zeitschrift für Ethnologie* 37 (1), S. 54–90. Online verfügbar unter http://www.jstor.org/stable/23030091.

Ankermann, Bernhard (1915): Verbreitung und Formen des Totemismus in Afrika. In: *Zeitschrift für Ethnologie* 47 (2/3), S. 114–180. Online verfügbar unter http://www.jstor.org/stable/23031225.

Asilia Africa News (2018): Tying the Knot : The Maasai Way. Online verfügbar unter https://www.asiliaafrica.com/blog/tying-the-knot-the-maasai-way/, zuletzt aktualisiert am 09.05.2022, zuletzt geprüft am 09.05.2022.

Audet, Carolyn M.; Blevins, Meridith; Cherry, Charlotte Buehler; González-Calvo, Lazaro; Green, Ann F.; Moon, Troy D. (2017): Understanding intra-vaginal and labia minora elongation practices among women heads-of-households in Zambézia Province, Mozambique. In: *Culture, health & sexuality* 19 (5), S. 616–629. DOI: 10.1080/13691058.2016.1257739.

Auricchio, Valeria; Garzon, Simone; Pomini, Paola; Laganà, Antonio Simone; Casarin, Jvan; Cromi, Antonella et al. (2021): Clitoral reconstructive surgery after female genital mutilation: A systematic review. In: *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives* 29, S. 100619. DOI: 10.1016/j.srhc.2021.100619.

Babatunde, Olaitan Peter; Oyeronke, Atiba Eunice (2010): Scarification practice and scar complications among the Nigerian Yorubas. In: *Indian journal of dermatology, venereology and leprology* 76 (5), S. 571–572. DOI: 10.4103/0378-6323.69058.

Bagnol, Brigitte; Mariano, Esmeralda (2008): Vaginal practices: eroticism and implications for women's health and condom use in Mozambique. In: *Culture, health & sexuality* 10 (6), S. 573–585. DOI: 10.1080/13691050801999071.

Bartmann, Peter; Bauer, Carl-Peter; Berner, Reinhard; Bialek, Ralf; Böhlers, Hansjosef; Dockter, Gerhard (2018): Pädiatrie. 5., vollständig überarbeitete Auflage. Stuttgart: Thieme (Duale Reihe).

Barzangi, Jir; Arnrup, Kristina; Unell, Lennart; Skovdahl, Kirsti (2019): Experiences and perceptions of infant dental enucleation among Somali immigrants in Sweden: a phenomenographic study. In: *Acta Odontologica Scandinavica* 77, S. 566–573. DOI: 10.1080/00016357.2019.1620330.

Bass-Krueger, Maude (2019): Das Korsett: Seine spannende Geschichte im Vogue-Lexikon. Hg. v. Vogue. Vogue. Online verfügbar unter https://www.vogue.de/mode/artikel/vogue-lexikon-das-korsett, zuletzt aktualisiert am 18.06.2019, zuletzt geprüft am 09.03.2022.

Batyra, Ewa; Coast, Ernestina; Wilson, Ben; Cetorelli, Valeria (2020): The socioeconomic dynamics of trends in female genital mutilation/cutting across Africa. In: *BMJ global health* 5 (10), S. 3088–3097. DOI: 10.1136/bmjgh-2020-003088.

Baumann, Oscar (1894): Durch Massailand zur Nilquelle. Reisen und Forschungen der Massai-Expedition des deutschen Antisklaverei-Komité in den Jahren 1891 - 1893. Berlin: Reimer.

Becker, Joachim H.; Ebert, Helmut; Pastoors, Sven (2018): Praxishandbuch berufliche Schlüsselkompetenzen. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

Behrendt, Alice (2011): Listening to African Voices. Female Genital Mutilation/Cutting among Immigrants in Hamburg: Knowledge, Attitudes and Practice, 2011, S. 27–85. Online verfügbar unter https://epub.sub.uni-hamburg.de/epub/volltexte/2015/44253/pdf/Plan_International_Listening_to_African_Voices_Studie_2011_engl.pdf, zuletzt geprüft am 08.03.2022.

Behrendt, Alice; Moritz, Steffen (2005): Posttraumatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation. In: *The American journal of psychiatry* 162 (5), S. 1000–1002. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.5.1000.

Berg, R. C.; Odgaard-Jensen, J.; Fretheim, A.; Underland, V.; Vist, G. (2014): An updated systematic review and meta-analysis of the obstetric consequences of female genital mutilation/cutting. In: *Obstetrics and gynecology international* 2014, S. 1–8. DOI: 10.1155/2014/542859.

Berg, R. C.; Taraldsen, S.; Said, M. A.; Sørbye, I. K.; Vangen, S. (2018): The effectiveness of surgical interventions for women with FGM/C: a systematic review. In: *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology* 125 (3), S. 278–287. DOI: 10.1111/1471-0528.14839.

Bissek, Anne-Cécile Zoung-Kanyi; Tabah, Earnest Njih; Kouotou, Emmanuel; Sini, Victor; Yepnjio, Faustin N.; Nditanchou, Rogers et al. (2012): The spectrum of skin diseases in a rural setting in Cameroon (sub-Saharan Africa). In: *BMC dermatology* 12, S. 7–16. DOI: 10.1186/1471-5945-12-7.

Bommas-Ebert, Ulrike; Teubner, Philipp; Voss, Rainer (2011): Kurzlehrbuch Anatomie und Embryologie. 3., aktual. und erw. Aufl. Stuttgart: Thieme (Kurzlehrbücher (Thieme)).

Brockhaus (2021): Skopzen. In: Brockhaus Enzyklopädie Online: NE GmbH | Brockhaus. Online verfügbar unter https://brockhaus.de/ecs/permalink/F18ECB0A4970F319B540806DB3C352A4.pdf.

Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (2022): Das Hilfetelefon Gewalt gegen Frauen. Online verfügbar unter https://www.hilfetelefon.de/das-hilfetelefon/angebot-im-ueberblick.html, zuletzt aktualisiert am 29.09.2022, zuletzt geprüft am 29.09.2022.

Bundesärztekammer (2016): Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung (female genital mutilation Abk.: FGM). Stand: April 2016, S. 1–2. Online verfügbar unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Empfehlungen/2016-04_Empfehlungen-zum-Umgang-mit-Patientinnen-nach-weiblicher-Genitalverstuemmelung.pdf, zuletzt geprüft am 09.07.2022.

Bundesgerichtshof, Beschluss vom 15.12.2004, Aktenzeichen XII ZB 166/03.

Bundesgesundheitsministerium (2021): Genitalverstümmelung. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/g/genitalverstuemmelung.html, zuletzt aktualisiert am 08.10.2021, zuletzt geprüft am 08.10.2021.

Bundesminesterium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2020): Weibliche Genitalverstümmelung. Online verfügbar unter https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/gleichstellung/frauen-vor-gewalt-schuetzen/weibliche-genitalverstuemmelung-80720, zuletzt aktualisiert am 08.10.2021, zuletzt geprüft am 08.10.2021.

Bundesministerium für Familie; Senioren; Frauen und Jugend (2018): Übereinkommen über die Rechte des Kindes. VN-Kinderrechtskonvention im Wortlaut mit Materialien. Online verfügbar unter https://www.bmfsfj.de/resource/blob/93140/78b9572c1bffdda3345d8d393acbbfe8/uebereinkommen-ueber-die-rechte-des-kindes-data.pdf, zuletzt geprüft am 08.10.2021.

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2021): Afrikanische Charta der Menschenrechte und Rechte der Völker (Banjul-Charta). Online verfügbar unter https://www.bmz.de/de/service/lexikon/afrikanische-charta-der-menschenrechte-banjul-60240, zuletzt aktualisiert am 08.10.2021, zuletzt geprüft am 08.10.2021.

Bundeszentrale für politische Bildung (2019): 30 Jahre UN-Kinderrechtskonvention. Online verfügbar unter https://www.bpb.de/politik/hintergrund-aktuell/195229/30-jahre-un-kinderrechtskonvention, zuletzt aktualisiert am 18.11.2019, zuletzt geprüft am 08.10.2021.

Buschan, Georg (1914): Die Sitten der Völker. 4 Bände. Stuttgart, Berlin, Leipzig: Union Deutsche Verlags-Gesellschaft (1).

Buschan, Georg (1916): Die Sitten der Völker. 4 Bände. Stuttgart, Berlin: Union Deutsche Verlags-Gesellschaft (3).

Canada: Immigration and Refugee Board of Canada (2005): Namibia: Existence of female genital mutilation (FGM) and, if so, the prevalence of this practice, the time and among which ethnic groups it is performed, the availability of protection for women who refuse to have this practice performed and the possibility of Internal Flight Alternative (IFA) (1995 - September 2005). NAM100579.E (corrected March 2008). Ottawa. Online verfügbar unter https://www.refworld.org/docid/440ed72f2.html, zuletzt aktualisiert am 25.02.2022, zuletzt geprüft am 25.02.2022.

Craven, Spencer; Kavanagh, Alex; Khavari, Rose (2016): Female genital mutilation management in the ambulatory clinic setting: a case study and review of the literature. In: *Journal of surgical case reports* 2016 (6). DOI: 10.1093/jscr/rjw104.

Davidovich, Esti; Kooby, Eli; Shapira, Joseph; Ram, Diana (2013): The traditional practice of canine bud removal in the offspring of Ethiopian immigrants. In: *BMC Oral Health* (13), S. 34–38. DOI: 10.1186/1472-6831-13-34.

Der Spiegel (2020): Neun von zehn Mädchen betroffen: Sudan verbietet Genitalverstümmelung. Hg. v. Der Spiegel. Online verfügbar unter https://www.spiegel.de/ausland/sudan-verbietet-genitalverstuemmelung-neun-von-zehn-maedchen-betroffen-a-9f5e3d11-9bcf-49c0-9b30-d010ac0f179d, zuletzt aktualisiert am 10.07.2020, zuletzt geprüft am 02.01.2023.

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) e.V.; Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG); Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC) (2022): Reconstructive and aesthetic operations on the female genitalia. Guideline of the DGGG, DGPRAEC and OEGGG. (S2k-Level, AWMF Registry No. 009/019, August 2022), S. 1–118. Online verfügbar unter https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/009-019, zuletzt geprüft am 04.01.2023.

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) e.V.; Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG); Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG) (2020): Female genital malformations. Guideline of the DGGG, SGGG and OEGGG. (S2k Level, AWMF Registry Number 015/052, March 2020), S. 1–219. Online verfügbar unter https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-052, zuletzt geprüft am 04.01.2023.

Die Bibel. Nach Martin Luthers Übersetzung: Lutherbibel (2016). Revidiert 2017, Jubiläumsausgabe "500 Jahre Reformation". Stuttgart: Deutsche Bibelgesellschaft.

Diedrich, Klaus (Hg.) (2007): Gynäkologie und Geburtshilfe. Mit 97 Tabellen ; [völlig neu mit Fallquiz]. 2., völlig neu bearb. Aufl. Heidelberg: Springer-Medizin-Verl. (Springer-Lehrbuch).

Doccheck (2014): Genitalverstümmelung: Neue Lappenplastiken. Online verfügbar unter https://www.doccheck.com/de/detail/articles/5218-genitalverstuemmelung-neue-lappenplastiken, zuletzt aktualisiert am 30.04.2014, zuletzt geprüft am 29.09.2022.

Ebermann, Robert; Elmadfa, Ibrahim (2011): Lehrbuch Lebensmittelchemie und Ernährung. 2., korrigierte und erw. Aufl. Vienna: Springer-Verlag Vienna.

El-Dirani, Zeinab; Farouki, Leen; Akl, Christelle; Ali, Ubah; Akik, Chaza; McCall, Stephen J. (2022): Factors associated with female genital mutilation: a systematic review and synthesis of national, regional and community-based studies. In: *BMJ sexual & reproductive health* 48 (3), S. 169–178. DOI: 10.1136/bmjsrh-2021-201399.

Esu, Ekpereonne; Udo, Atim; Okusanya, Babasola O.; Agamse, David; Meremikwu, Martin M. (2017): Antepartum or intrapartum deinfibulation for childbirth in women with type III female genital mutilation: A systematic review and meta-analysis. In:

International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics 136 Suppl 1, S. 21–29. DOI: 10.1002/ijgo.12055.

Evelia, Humphres; Abdi, Maryam; Njue, Carolyne; Askew, Ian (2007): Contributing towards efforts to abandon female genital mutilation/cutting in Kenya: A situation analysis, 2007, S. 6–10.

Fabian, F. M.; Mumghamba, E. G. S. (2007): Tooth and lip mutilation practices and associated tooth loss and oral mucosal lesions in the Makonde People of southeast Tanzania. In: *East African medical journal* 84 (4), S. 183–187. DOI: 10.4314/eamj.v84i4.9523.

Farouk, Zubaida Ladan; Slusher, Tina M.; Danzomo, Abba Ahmed; Slusher, Ida L. (2019): Factors Influencing Neonatal Practice in a Rural Community in Kano (Northern), Nigeria. In: *Journal of tropical pediatrics* 65 (6), S. 569–575. DOI: 10.1093/tropej/fmz012.

Feller, Liviu; Khammissa, Razia A. G.; Altini, Mario; Lemmer, Johan (2019): Noma (cancrum oris): An unresolved global challenge. In: *Periodontology 2000* 80 (1), S. 189–199. DOI: 10.1111/prd.12275.

Fischer, Uwe; Baum, Friedemann (2014): Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms. 1. Aufl. Stuttgart: Thieme.

Foundation for Women's Health, Research and Development (FORWARD) (2017): Research on female genital mutilation in freetown, Sierra Leone, S. 4–19. Online verfügbar unter https://www.forwarduk.org.uk/wp-content/uploads/2019/06/Forward-Bondo-Report-2017-Updated-Branding-WEB.pdf, zuletzt geprüft am 26.02.2022.

Frazer, James George (2011): Totemism and exogamy: a treatise on certain early forms of superstition and society. Hamburg: Severus Verlag.

Friedrich, Adolf (1912): Vom Kongo zum Niger und Nil Band II. Leipzig: Brockhaus (2).

Galukande, Moses; Kamara, Joseph; Ndabwire, Violet; Leistey, Elisabeth; Valla, Cecilia; Luboga, Sam (2015): Eradicating female genital mutilation and cutting in Tanzania: an observational study. In: *BMC public health* 15. DOI: 10.1186/s12889-015-2439-1.

Garve, Miriam (2011): Rituelle Deformierungen der Zähne und deren Einfluss auf das orofaziale System bei Naturvölkern am Beispiel der Bench in Südwest-Äthiopien. Dissertation. Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Greifswald. Institut für Anatomie und Zellbiologie. Online verfügbar unter https://d-nb.info/1019786191/34, zuletzt geprüft am 16.03.2022.

Garve, Roland (2008): Zahnschmuck fremder Kulturen - Raubtierzahn, Lippenscheibe und Zackenfeilung. In: *Zahnärztliche Mitteilungen* (1), S. 25–32. Online verfügbar unter https://www.zm-online.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=1468&token=50f0263cfae6b399630097840b9c7fa236be61a8, zuletzt geprüft am 16.03.2022.

Garve, Roland (2015): Zahn, Kultur und Magie. Orofaziale und kraniale Mutilationen des Menschen im kulturellen Kontext. Berlin: Quintessenz-Verlag.

Garve, Roland; Garve, Miriam; Link, Katharina; Türp, Jens C.; Meyer, Christian G. (2016): Infant oral mutilation in East Africa - therapeutic and ritual grounds. In: *Tropical medicine & international health : TM & IH* 21 (9), S. 1099–1105. DOI: 10.1111/tmi.12740.

Garve, Roland; Garve, Miriam; Türp, Jens C.; Fobil, Julius N.; Meyer, Christian G. (2017a): Scarification in sub-Saharan Africa: social skin, remedy and medical import. In: *Trop Med Int Health* 22 (6), S. 708–715. DOI: 10.1111/tmi.12878.

Garve, Roland; Garve, Miriam; Türp, Jens C.; Meyer, Christian G. (2017b): Labrets in Africa and Amazonia: medical implications and cultural determinants. In: *Trop Med Int Health* 22 (2), S. 232–240. DOI: 10.1111/tmi.12812.

Girgis, S.; Gollings, J.; Longhurst, R.; Cheng, L. (2016): Infant oral mutilation - a child protection issue? In: *British dental journal* 220 (7), S. 357–360. DOI: 10.1038/sj.bdj.2016.264.

Glover Williams, Alessandra; Finlay, Fiona (2020): Breast ironing: an under-recognised form of gender-based violence. In: *Archives of disease in childhood* 105 (1), S. 90–91. DOI: 10.1136/archdischild-2019-317441.

Graamans, Ernst; Ofware, Peter; Nguura, Peter; Smet, Eefje; Have, Wouter ten (2019): Understanding different positions on female genital cutting among Maasai and Samburu communities in Kenya: a cultural psychological perspective. In: *Culture, health & sexuality* 21 (1), S. 79–94. DOI: 10.1080/13691058.2018.1449890.

Gruber, Franziska; Kulik, Katrin; Binder, Ute (2005): Studie zu weiblicher Genitalverstümmelung. In: *TERRE DE FEMMES e.V.*, S. 5–46. Online verfügbar unter https://www.frauenrechte.de/images/downloads/fgm/EU-Studie-FGM.pdf, zuletzt geprüft am 24.09.2021.

Gwilym, S. E.; Linnard, S. R.; Lavy, C. (2001): Could cultural scarification contribute to the high prevalence of HIV in central Africa? In: *Trop Doct* 31 (3), S. 186. DOI: 10.1177/004947550103100332.

Hassanali, J.; Amwayi, P.; Muriithi, A. (1995): Removal of deciduous canine tooth buds in Kenyan rural Maasai. In: *East African medical journal* 72 (4), S. 207–209.

Hayashi, Manami (2017): The State of Female Genital Mutilation among Kenyan Maasai: The View from a Community-Based Organisation in Maa Pastoral Society. In: *Senri Ethnological Reports* (143), S. 95–117. Online verfügbar unter http://doi.org/10.15021/00008653.

Hayeshi, Asha H. (2017): The Experience of Wagogo Women Who Have Undergone Female Genital Mutilation (FGM) in Tanzania. Being a Thesis Submitted for the Degree of Doctor of Philosophy in the University of Hull. University of Hull. Online verfügbar unter https://hydra.hull.ac.uk/assets/hull:16889a/content, zuletzt geprüft am 26.02.2022.

Hellwig, Elmar; Schäfer, Edgar; Klimek, Joachim; Attin, Thomas (2018): Einführung in die Zahnerhaltung. Prüfungswissen Kariologie und Parodontologie. 7. überarbeitet, revidierte Ausgabe. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH (Zahnheilkunde - DZV).

Hitzig, Simon (2021): Afrikanische Charta der Menschenrechte und Rechte der Völker. humanrights.ch. Online verfügbar unter

https://www.humanrights.ch/de/ipf/grundlagen/rechtsquellen-instrumente/regionale/africa/charta/, zuletzt aktualisiert am 08.10.2021, zuletzt geprüft am 08.10.2021.

Hodgson, Dorothy L. (2001): Once intrepid warriors. Gender, ethnicity, and the cultural politics of Maasai development. Teilw. zugl.: Ann Arbor, MI., Univ., Diss. 1. Indiana Univ. Press paperback ed. Bloomington [u.a.]: Indiana Univ. Press. Online verfügbar unter http://www.h-net.org/review/hrev-a0c8w8-aa.

Hughes, Lotte (2018): Alternative Rites of Passage: Faith, rights, and performance in FGM/C abandonment campaigns in Kenya. In: *African Studies* 77 (2), S. 274–292. DOI: 10.1080/00020184.2018.1452860.

Iavazzo, Christos; Sardi, Thalia A.; Gkegkes, Ioannis D. (2013): Female genital mutilation and infections: a systematic review of the clinical evidence. In: *Archives of gynecology and obstetrics* 287 (6), S. 1137–1149. DOI: 10.1007/s00404-012-2708-5.

Ihering, Hermann von (1882): Die künstliche Deformierung der Zähne. In: *Zeitschrift für Ethnologie* 14, S. 213–262. Online verfügbar unter http://www.jstor.org/stable/23027424.

Ikaka Alen, Nzamio (2006): El pueblo fang o beti. Yaoundé. Online verfügbar unter Richnet/Impact.com.

Integra (2017): Eine empirische Studie zu Genitalverstümmelung in Deutschland, S. 22–25.

Internationale Gesellschaft für Menschenrechte (IGFM) (2013): Genitalverstümmelung auch in Deutschland. Interview mit Dr. Sabine Müller, Ärztin bei der Beratungsstelle ‘Balance’, die 1992 in Berlin gegründet wurde, S. 1–6. Online verfügbar unter https://www.igfm.de/genitalverstuemmelung-auch-in-deutschland/?pdf=5018, zuletzt geprüft am 08.10.2021.

Irene, G. (2017): Marriage in the Maasai Community. Hg. v. Daraja Academy. Online verfügbar unter https://daraja.org/marriage-maasai-community/, zuletzt aktualisiert am 08.09.2019, zuletzt geprüft am 09.05.2022.

Johnson, Crista; Nour, Nawal M. (2007): Surgical techniques: defibulation of Type III female genital cutting. In: *The journal of sexual medicine* 4 (6), S. 1544–1547. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2007.00616.x.

Kagina, Benjamin M.; Hussey, Hannah; Muloiwa, Rudzani; Hussey, Gregory D. (2018): Impfkampagnen in Afrika zeigen große Wirkung. Hg. v. Entwicklung und Zusammenarbeit (E+Z) (09). Online verfügbar unter https://www.dandc.eu/de/article/impfkampagnen-afrika-zeigen-grosse-wirkung, zuletzt aktualisiert am 02.09.2021, zuletzt geprüft am 02.09.2021.

Kahl-Nieke, Bärbel (2010): Einführung in die Kieferorthopädie. Diagnostik, Behandlungsplanung, Therapie ; mit 10 Tabellen. 3., überarb. Aufl. Köln: Dt. Ärzte-Verl.

Kamann, Walter K. (2009): Die Goldhämmerfüllung – Stand der Indikation und Technik. In: *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift* 2009 (09), S. 521–522. Online verfügbar unter https://www.online-dzz.de/fileadmin/user_upload/Heftarchiv/DZZ/article/2009/09/E1B09C20-9F00-487E-818F-

6F22881B82BC/E1B09C209F00487E818F6F22881B82BC_top_thema_kamann_1_original.pdf, zuletzt geprüft am 03.01.2023.

Katz, Andrew (2014): Blood, Fear and Ritual: Witness to Female Circumcision in Kenya. Hg. v. TIME. time.com. Online verfügbar unter https://time.com/3425529/blood-fear-and-ritual-witness-to-female-circumcision-in-kenya/, zuletzt aktualisiert am 06.02.2014, zuletzt geprüft am 03.03.2022.

Kemoli, Arthur; Gjørup, Hans; Nørregaard, Marie-Louise Milvang; Lindholm, Mark; Mulli, Tonnie; Johansson, Anders; Haubek, Dorte (2018): Prevalence and impact of infant oral mutilation on dental occlusion and oral health-related quality of life among Kenyan adolescents from Maasai Mara. In: *BMC Oral Health* 18 (1), S. 173–184. DOI: 10.1186/s12903-018-0631-2.

Kemoli, Arthur M. (2015): Raising the awareness of infant ora mutilation - myths and facts. In: *Contemp Clin Dent* 6 (Suppl 1), 137-138. DOI: 10.4103/0976-237X.166843.

Kemoli, Arthur Musakulu; Opondo, Immaculate Achieng (2021): A Fatal Case of Infant Oral Mutilation Practice. In: *Contemp Clin Dent* 12 (1), S. 76–80. DOI: 10.4103/ccd.ccd_319_20.

Kew, M. C.; Reis, P.; Macnab, G. M.; Seftel, H. C.; Bersohn, I. (1973): The witch-doctor and tribal scarification of the skin and the hepatitis B antigen. In: *South African medical journal = Suid-Afrikaanse tydskrif vir geneeskunde* 47 (50), S. 2419–2420.

Khonsari, Roman Hossein; Corre, Pierre; Perrin, Jean-Philippe; Piot, Benoît (2009): Orthodontic consequences of ritual dental mutilations in northern Tchad. In: *Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons* 67 (4), S. 902–905. DOI: 10.1016/j.joms.2008.06.098.

Kikwilu, E. N.; Hiza, J. F. (1997): Tooth bud extraction and rubbing of herbs by traditional healers in Tanzania: prevalence, and sociological and environmental factors influencing the practices. In: *International journal of paediatric dentistry* 7 (1), S. 19–24. DOI: 10.1111/j.1365-263x.1997.tb00268.x.

Kirunda, W. (1999): 'Ebino' (false teeth): how the problem was tackled in Tororo. In: *Trop Doct* 29 (3), S. 190. DOI: 10.1177/004947559902900328.

Klein, Elliot; Helzner, Elizabeth; Shayowitz, Michelle; Kohlhoff, Stephan; Smith-Norowitz, Tamar A. (2018): Female Genital Mutilation: Health Consequences and Complications-A Short Literature Review. In: *Obstetrics and gynecology international* 2018, S. 1–8. DOI: 10.1155/2018/7365715.

Koster, Marian; Price, Lisa Leimar (2008): Rwandan female genital modification: elongation of the Labia minora and the use of local botanical species. In: *Culture, health & sexuality* 10 (2), S. 191–204. DOI: 10.1080/13691050701775076.

Larsen, Josefine (2010): The social vagina: labia elongation and social capital among women in Rwanda. In: *Culture, health & sexuality* 12 (7), S. 813–826. DOI: 10.1080/13691058.2010.498057.

Laurent, Jacques (Hg.) (1988): Drunter. Eine Kultur- und Phantasie-Geschichte der weiblichen Dessous. Wien: Brandstätter.

Le Vaillant, François (1790): Voyage dans l'intérieur de l'Afrique, par le Cap de Bonne-Espérance. Dans les années 1780, 81, 82, 83, 84 & 85. 2 Bände. Paris: Leroy.

Lehmann, Klaus M.; Hellwig, Elmar; Wenz, Hans-Jürgen (2012): Zahnärztliche Propädeutik. Einführung in die Zahnheilkunde ; mit 32 Tabellen. 12., vollst. überarb. und erw. Aufl. Köln: Dt. Zahnärzte-Verl.

Leonard, Lori (1996): Female circumcision in southern Chad: Origins, meaning, and current practice. In: *Social Science & Medicine* 43 (2), S. 255–263. DOI: 10.1016/0277-9536(95)00376-2.

Lignitz, Hans (1921-1922): Die künstlichen Zahnverstümmlungen in Afrika im Lichte der Kulturkreisforschung. Mit 45 Abbildungen auf 5 Tafeln, 2 Textfiguren und 1 Karte. In: *Anthropos* (16-17).

Lurie, Jacob Michael; Weidman, Alessandra; Huynh, Samantha; Delgado, Diana; Easthausen, Imaani; Kaur, Gunisha (2020): Painful gynecologic and obstetric complications of female genital mutilation/cutting: A systematic review and meta-analysis. In: *PLoS medicine* 17 (3), 1-20. DOI: 10.1371/journal.pmed.1003088.

Martí, Josep (2010): Tradition and Change in Circumcision: Practices in Equatorial Guinea. In: *Zeitschrift für Ethnologie* 135 (1), S. 61–77. Online verfügbar unter http://www.jstor.org/stable/25843208.

Martínez Pérez, Guillermo; Mariano, Esmeralda; Bagnol, Brigitte (2015a): Perceptions of Men on Puxa-Puxa, or Labia Minora Elongation, in Tete, Mozambique. In: *Journal of sex research* 52 (6), S. 700–709. DOI: 10.1080/00224499.2014.949612.

Martínez Pérez, Guillermo; Mubanga, Mwenya; Tomás Aznar, Concepción; Bagnol, Brigitte (2015b): Zambian Women in South Africa: Insights Into Health Experiences of Labia Elongation. In: *Journal of sex research* 52 (8), S. 857–867. DOI: 10.1080/00224499.2014.1003027.

Martínez Pérez, Guillermo; Namulondo, Harriet (2011): Elongation of labia minora in Uganda: including Baganda men in a risk reduction education programme. In: *Culture, health & sexuality* 13 (1), S. 45–57. DOI: 10.1080/13691058.2010.518772.

Martínez Pérez, Guillermo; Namulondo, Harriet; Tomás Aznar, Concepción (2013): Labia minora elongation as understood by Baganda male and female adolescents in Uganda. In: *Culture, health & sexuality* 15 (10), S. 1191–1205. DOI: 10.1080/13691058.2013.811613.

Matee, M. I.; van Palenstein Helderman, W. H. (1991): Extraction of 'nylon' teeth and associated abnormalities in Tanzanian children. In: *African dental journal : official publication of the Federation of African Dental Associations = Journal dentaire africain* 5, S. 21–25.

Meyer, Christian G. (2021): Tropenmedizin. Infektionskrankheiten. 4., komplett überarbeitete und erweiterte Auflage. Landsberg: ecomed MEDIZIN.

Missailidis, K.; Gebre-Medhin, M. (2000): Female genital mutilation in eastern Ethiopia. In: *The Lancet* 356 (9224), S. 137–138. DOI: 10.1016/S0140-6736(00)02453-3.

Mogensen, H. O. (2000): False teeth and real suffering: the social course of 'germectomy' in eastern Uganda. In: *Culture, Medicine and Psychiatry* 24 (3), S. 331–351. DOI: 10.1023/A:1005615619241.

Mohamud, Ayaan; Qureshi, Zahida; Wildt, Gilles de; Jones, Laura (2021): Exploring Perceptions of Female Genital Mutilation/Cutting Abandonment (FGM/C) in Kenyan Health Care Professionals. In: *Qualitative Health Research* 31 (11), S. 1976–1989. DOI: 10.1177/10497323211015967.

Mpinga, Emmanuel Kabengele; Macias, Aurélie; Hasselgard-Rowe, Jennifer; Kandala, Ngianga-Bakwin; Félicien, Tshimungu Kandolo; Verloo, Henk et al. (2016): Female genital mutilation: a systematic review of research on its economic and social impacts across four decades. In: *Global health action* 9, S. 31489. DOI: 10.3402/gha.v9.31489.

Msuya, Sia E.; Mbizvo, Elizabeth; Hussain, Akhtar; Sundby, Johanne; Sam, Noel E.; Stray-Pedersen, Babill (2002): Female genital cutting in Kilimanjaro, Tanzania: changing attitudes? In: *Trop Med Int Health* 7 (2), S. 159–165. DOI: 10.1046/j.1365-3156.2002.00838.x.

Muchene, Keddy Wanjiru; Mageto, Irene Gacheri; Cheptum, Joyce Jebet (2018): Knowledge and Attitude on Obstetric Effects of Female Genital Mutilation among Maasai Women in Maternity Ward at Loitokitok Sub-County Hospital, Kenya. In: *Obstetrics and gynecology international* 2018, S. 1–5. DOI: 10.1155/2018/8418234.

Musinguzi, Norman; Kemoli, Arthur; Okullo, Isaac (2019): Prevalence and dental effects of infant oral mutilation or Ebiino among 3-5 year-old children from a rural district in Uganda. In: *BMC Oral Health* 19 (1), S. 204–2012. DOI: 10.1186/s12903-019-0890-6.

Mutai, J.; Muniu, E.; Sawe, J.; Hassanali, J.; Kibet, P.; Wanzala, P. (2010): Socio-cultural practices of deciduous canine tooth bud removal among Maasai children. In: *International dental journal* 60 (2), S. 94–98.

National FGM Centre (2018): Breast Flattening - An overview, S. 1–2. Online verfügbar unter http://nationalfgmcentre.org.uk/wp-content/uploads/2018/04/About-Breast-Flattening-Leaflet-.pdf, zuletzt geprüft am 08.03.2022.

National Institute of General Medical Sciences NIH (2021): Burns. Online verfügbar unter https://medlineplus.gov/burns.html, zuletzt aktualisiert am 22.12.2021, zuletzt geprüft am 23.12.2021.

Ndonko, Flavien; Ngo'o, Germaine (2006): Etude sur le modelage des seins au Cameroun [unveröffentlicht].

Neequaye, A. R.; Neequaye, J. E.; Biggar, R. J. (1991): Factors that could influence the spread of AIDS in Ghana, West Africa: knowledge of AIDS, sexual behavior, prostitution, and traditional medical practices. In: *Journal of acquired immune deficiency syndromes* 4 (9), S. 914–919.

Ngunshi, Rosaline (2011): Breast ironing… a harmful practice that has been silenced for too long. In: *Gender Empowerment and Development*, S. 1–10. Online verfügbar unter https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CEDAW/HarmfulPractices/GenderEmpowermentandDevelopment.pdf, zuletzt geprüft am 28.02.2022.

Njoh, Ambe J. (2006): Tradition, culture and development in Africa. Historical lessons for modern development planning. Aldershot, Burlington: Ashgate.

Nkwelle, Norbert Nicholas Njume (2019): The Long-Term Health-Related Outcomes of Breast Ironing in Cameroon. Ph.D, 2019, S. 56–60. Online verfügbar unter https://www.proquest.com/dissertations-theses/long-term-health-related-outcomes-breast-ironing/docview/2248747035/se-2?accountid=11262.

Noman, Anila Virani; Wong, Ferranti; Pawar, Ravikiran Ramakrishna (2015): Canine Gouging: A Taboo Resurfacing in Migrant Urban Population. In: *Case Reports in Dentistry* 2015, S. 1–5. DOI: 10.1155/2015/727286.

Ntetem, Marc (1983): Die negro-afrikanische Stammesinitiation. Religionsgeschichtliche Darstellung, theologische Wertung, Möglichkeit der Christianisierung. Zugl.: Würzburg, Univ., Diss., 1981/82. Münsterschwarzach: Vier-Türme-Verlag (Münsterschwarzacher Studien, 36).

Nuwaha, Fred; Okware, Joseph; Hanningtone, Timbyetaho; Charles, Mwebaze (2007): False teeth "Ebiino" and Millet disease "Oburo" in Bushenyi district of Uganda. In: *African health sciences* 7 (1), S. 25–32. DOI: 10.5555/afhs.2007.7.1.25.

Nzinga, Andy-Muller; Andrade Castanheira, Stéphanie de; Hermann, Jessica; Feipel, Véronique; Kipula, Augustin Joseph; Bertuit, Jeanne (2021): Consequences of Female Genital Mutilation on Women's Sexual Health - Systematic Review and Meta-Analysis. In: *The journal of sexual medicine* 18 (4), S. 750–760. DOI: 10.1016/j.jsxm.2021.01.173.

O'Dey, D. M. (2017): Die komplexe Rekonstruktion der Vulva nach weiblicher Genitalverstümmelung/Genitalbeschneidung. In: *Der Urologe. Ausg. A* 56 (10), S. 1298–1301. DOI: 10.1007/s00120-017-0485-2.

O'Dey, Dan mon (2019): Vulvar Reconstruction Following Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) and Other Acquired Deformities. Cham: Springer. Online verfügbar unter https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=5611911.

Office of the Senior Coordinator for International Women's Issues (2001): Report on Female Genital Mutilation (FGM) or Female Genital Cutting (FGC). Hg. v. United States Department of State. Online verfügbar unter https://www.refworld.org/docid/46d5787932.html, zuletzt aktualisiert am 26.02.2022, zuletzt geprüft am 02.01.2023.

Ohlinger, R.; Frese, H.; Schwesinger, G.; Schimming, A.; Köhler, G. (2005): Papillary intracystic carcinoma of the female breast--role of ultrasonography. In: *Ultraschall in der Medizin (Stuttgart, Germany : 1980)* 26 (4), S. 325–328. DOI: 10.1055/s-2004-813427.

Ohlinger, R.; Heyer, H.; Thomas, A.; Paepke, S.; Warm, H.; Klug, U. et al. (2006): Non-palpable breast lesions in asymptomatic women: diagnostic value of initial ultrasonography and comparison with mammography. In: *Anticancer research* 26 (5B), S. 3943–3955.

Ohlinger, Ralf (2002): Mammasonographie: DE GRUYTER.

Ohlinger, Ralf (2018): Mammasonographie. Beispiele Maligner und Benigner Befunde - Adaptiert an Die Aktuelle BIRADS® Klassifikation 2013. 2nd ed.

Berlin/Boston: De Gruyter Inc (Frauenärztliche Taschenbücher Ser). Online verfügbar unter https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=4927030.

Ohlinger, Ralf; Grunwald, Susanne (2009): Duktoskopie: Walter de Gruyter.

Okusanya, Babasola O.; Oduwole, Olabisi; Nwachuku, Nuria; Meremikwu, Martin M. (2017): Deinfibulation for preventing or treating complications in women living with type III female genital mutilation: A systematic review and meta-analysis. In: *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics* 136 Suppl 1, S. 13–20. DOI: 10.1002/ijgo.12056.

Oloo, Habil; Wanjiru, Monica; Newell-Jones, Katy (2011): Female genital mutilation practices in Kenya: The role of alternative rites of passage. A case study of Kisii and Kuria districts.

O'Neill, Sarah; Pallitto, Christina (2021): The Consequences of Female Genital Mutilation on Psycho-Social Well-Being: A Systematic Review of Qualitative Research. In: *Qualitative Health Research* 31 (9), S. 1738–1750. DOI: 10.1177/10497323211001862.

Organisation of African Unity (1981): African Charter on Human and Peoples' Rights. Online verfügbar unter https://www.achpr.org/legalinstruments/detail?id=49, zuletzt aktualisiert am 08.10.2021, zuletzt geprüft am 08.10.2021.

Pasquet, P.; Biyong, A. M.; Rikong-Adie, H.; Befidi-Mengue, R.; Garba, M. T.; Froment, A. (1999): Age at menarche and urbanization in Cameroon: current status and secular trends. In: *Annals of human biology* 26 (1), S. 89–97. DOI: 10.1080/030144699283001.

Pemunta, Ngambouk Vitalis (2016): The Social Context of Breast Ironing in Cameroon. In: *Athens Journal of Health* 3 (4), S. 335–360. Online verfügbar unter http://www.athensjournals.gr/health/2016-3-4-5-Vitalis-Pemunta.pdf.

Pindborg, J. J. (1969): Dental mutilation and associated abnormalities in Uganda. In: *American journal of physical anthropology* 31 (3), S. 383–389. DOI: 10.1002/ajpa.1330310313.

Plan International Deutschland e.V. (Hg.) (2018): Weibliche Genitalverstuemmelung im Flüchtlingskontext. Hamburg. Online verfügbar unter https://www.caritasnet.de/export/sites/dicv/fgm/.content/.galleries/downloads/Weibliche-Genitalverstuemmelung-im-Fluechtlingskontext.pdf, zuletzt geprüft am 22.12.2021.

Ploss, Hermann Heinrich; Bartels, Max (1895): Das Weib in der Natur- und Völkerkunde. 4., umgearb. und stark verm. Aufl. Leipzig: Th. Grieben's Verlag (L. Fernau).

Prange, Astrid (2006): Kulturschock in der Praxis. Ergebnisse der Umfrage zur Situation beschnittener Mädchen und Frauen in Deutschland. In: Deutsches Komitee für UNICEF e.V. (Hg.): Schnitte in Körper und Seele. Eine Umfrage zur Situation beschnittener Mädchen und Frauen in Deutschland. Köln, S. 4–8.

Raum, O. F. (1939): Female Initiation among the Chaga. In: *American Anthropologist* 41 (4), S. 554–565. Online verfügbar unter http://www.jstor.org/stable/663050.

Republic of Cameroon (2016): Law No. 2016/007 of July 12, 2016, relating to the Penal Code, S. 108. Online verfügbar unter https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/en/cm/cm014en.pdf, zuletzt geprüft am 28.02.2022.

Roberts, S. M.; Currell, S. D.; Abdalla, Y. (2019): Missing canines: a novel aetiology. In: *Australian dental journal* 64 (1), S. 103–105. DOI: 10.1111/adj.12667.

Rodd, H. D.; Davidson, L. E. (2000): 'Ilko dacowo:' canine enucleation and dental sequelae in Somali children. In: *International journal of paediatric dentistry* 10 (4), S. 290–297. DOI: 10.1046/j.1365-263x.2000.00213.x.

Roman, Jorge (2016): African Scarification. In: *JAMA dermatology* 152 (12), S. 1353. DOI: 10.1001/jamadermatol.2016.0086.

Rühl, Bettina (2006): "Ich brauche kein Mitleid!". In: Deutsches Komitee für UNICEF e.V. (Hg.): Schnitte in Körper und Seele. Eine Umfrage zur Situation beschnittener Mädchen und Frauen in Deutschland. Köln, S. 9–11.

Rwenge, Mburano (2000): Sexual Risk Behaviors among Young People in Bamenda, Cameroon. In: *International Family Planning Perspectives* 26 (3), S. 118–120. DOI: 10.2307/2648300.

Santoni, Sylvain; Sakka, Laurent Jean; Garcier, Jean-Marc (2005): Dental arch relations analysed in a 14th century fossil skull of the Sao tribe, Cameroon. In: *Collegium antropologicum* 29 (2), S. 421–427.

Sarayloo, Khadijeh; Latifnejad Roudsari, Robab; Elhadi, Amy (2019): Health Consequences of the Female Genital Mutilation: A Systematic Review. In: *Galen medical journal* 8, e1336. DOI: 10.22086/gmj.v8i0.1336.

Scamell, Mandie; Ghumman, Aliyha (2019): The experience of maternity care for migrant women living with female genital mutilation: A qualitative synthesis. In: *Birth (Berkeley, Calif.)* 46 (1), S. 15–23. DOI: 10.1111/birt.12390.

Schillig, Anne (2015): Geliebt und verfemt. Das Korsett - Diskursgeschichte eines Kleidungsstücks.

Schröder, Hermann (1906): Die künstliche Deformation des Gebisses. Eine zahnärztlich-ethnologische Studie. Greifswald: Abel.

Shilabukha, Khamati (2010): The Persistence of Female Genital Cutting Among the Abagusii and Maasai Communities of Kenya. In: *A Tapestry of Human Sexuality in Africa*, S. 64–73.

Skwar, Fredi (2019): Zur Kindeswohlgefährdung aufgrund der Gefahr einer Genitalverstümmelung. Online verfügbar unter https://xn--rabro-mva.de/zur-kindeswohlgefaehrdung-aufgrund-der-gefahr-einer-genitalverstuemmelung/, zuletzt aktualisiert am 01.02.2019, zuletzt geprüft am 17.10.2021.

Sömmering, Samuel Thomas von (1793): Über die Wirkungen der Schnürbrüste. In: *In der Vossischen Buchhandlung*, S. 94. Online verfügbar unter https://iiif.wellcomecollection.org/pdf/b21167709, zuletzt geprüft am 09.03.2022.

Sow, P. S.; Diop, B. M.; Barry, H. L.; Badiane, S.; Coll/Seck, A. M. (1993): Tétanos et pratiques traditionnelles à Dakar (à propos de 141 cas). In: *Dakar medical* 38 (1), S. 55–59.

Srour, M. Leila; Marck, Klaas; Baratti-Mayer, Denise (2017): Noma: Overview of a Neglected Disease and Human Rights Violation. In: *The American journal of tropical medicine and hygiene* 96 (2), S. 268–274. DOI: 10.4269/ajtmh.16-0718.

stop mutilation e.v.: Leitfaden für medizinische Fachkräfte. Weibliche Genitalbeschneidung - Medizinische Versorgung un Prävention im Gesundheitsbereich, S. 1–20. Online verfügbar unter http://www.stop-mutilation.org/library/pdf/leitfaden_medizinische_fachkraefte.pdf.

stop mutilation e.v. (2022): Rekonstruktion der weiblichen Genitalien. Online verfügbar unter http://www.stop-mutilation.org/rekonstruktion.asp, zuletzt aktualisiert am 29.09.2022, zuletzt geprüft am 29.09.2022.

Straube, Helmut (1955): Die Tierverkleidungen der afrikanischen Naturvölker. In: Holger Jebens, Karl-Heinz Kohl und Richard Kuba (Hg.): Studien zur Kulturkunde, Bd. 13. Wiesbaden: Franz Steiner Verlag, 5-31, 671-672.

Straube, Helmut (1964): Beiträge zur Sinndeutung der wichtigsten künstlichen Körperverstümmelungen in Afrika. In: E. Haberland (Hg.): Festschrift für A.E. Jensen. München: Renner Verlag, S. 671–722.

Stuhlmann, Franz (1894): Mit Emin Pascha ins Herz von Afrika. Ein Reisebericht. Unter Mitarbeit von Eduard Schnitzer. Berlin: Reimer (Stuhlmann: Deutsch-Ost-Afrika. Bd 1).

Sylla, Fatoumata; Moreau, Caroline; Andro, Armelle (2020): A systematic review and meta-analysis of the consequences of female genital mutilation on maternal and perinatal health outcomes in European and African countries. In: *BMJ global health* 5 (12). DOI: 10.1136/bmjgh-2020-003307.

Taeger, C. D.; Horch, R. E.; Dragu, A.; Beier, J. P.; Kneser, U. (2012): Perforatorlappen. Eine neue Ära in der rekonstruktiven Chirurgie. In: *Der Chirurg; Zeitschrift fur alle Gebiete der operativen Medizen* 83 (2), S. 163–171. DOI: 10.1007/s00104-011-2137-1.

Talle, Aud (1988): Women at loss. Changes in maasai postoralism and their effects on gender relations. Zugl.: Stockholm, Univ., Diss., 1988. Stockholm: University of Stockholm (Stockholm studies in social anthropology, 19).

Tapscott, Rebecca (2012): Understanding Breast "Ironing": A Study of the Methods, Motivations, and Outcomes of Breast Flattening Practices in Cameroon, 2012, S. 6–34.

Taskforce FGM (2021): Gerichtsbeschlüsse. Online verfügbar unter https://www.taskforcefgm.de/2010/03/gerichtsbeschluesse/, zuletzt aktualisiert am 17.10.2021, zuletzt geprüft am 17.10.2021.

Tchoukou, Julie Ada (2014): Introducing the Practice of Breast Ironing as a Human Rights Issue in Cameroon. In: *J Civil Legal Sci* 03 (03), S. 121–139. DOI: 10.4172/2169-0170.1000121.

TERRE DE FEMMES (2021a): Brustbügeln – eine wenig bekannte harmful practice. Online verfügbar unter https://www.frauenrechte.de/unsere-arbeit/themen/weibliche-genitalverstuemmelung/aktuelles/archiv/2043-brustbuegeln-eine-wenig-bekannte-harmful-practice, zuletzt aktualisiert am 22.06.2021, zuletzt geprüft am 22.06.2021.

TERRE DE FEMMES (2021b): Menschenrechte für die Frau e.V. - Ägypten. Online verfügbar unter https://frauenrechte.de/unsere-arbeit/themen/weibliche-genitalverstuemmelung/unser-engagement/aktivitaeten/genitalverstuemmelung-in-afrika/fgm-in-afrika/1424-aegypten, zuletzt aktualisiert am 08.10.2021, zuletzt geprüft am 08.10.2021.

TERRE DES FEMMES (2019): Ein historischer Moment: Erstmals kommt es zu einer Verurteilung wegen weiblicher Genitalverstümmelung in Irland. Online verfügbar unter https://www.frauenrechte.de/unsere-arbeit/themen/weibliche-genitalverstuemmelung/aktuelles/4166-ein-historischer-moment-erstmals-kommt-es-zu-einer-verurteilung-wegen-weiblicher-genitalverstuemmelung-in-irland, zuletzt aktualisiert am 11/2019, zuletzt geprüft am 02.01.2023.

TERRE DES FEMMES (2021a): Menschenrechte für die Frau e.V. - Mali. Online verfügbar unter https://frauenrechte.de/unsere-arbeit/themen/weibliche-genitalverstuemmelung/unser-engagement/aktivitaeten/genitalverstuemmelung-in-afrika/fgm-in-afrika/1460-mali, zuletzt aktualisiert am 08.10.2021, zuletzt geprüft am 08.10.2021.

TERRE DES FEMMES (2021b): Menschenrechte für die Frau e.V. - Sudan. Online verfügbar unter https://www.frauenrechte.de/unsere-arbeit/themen/weibliche-genitalverstuemmelung/unser-engagement/aktivitaeten/genitalverstuemmelung-in-afrika/fgm-in-afrika/1431-sudan, zuletzt aktualisiert am 08.10.2021, zuletzt geprüft am 08.10.2021.

TERRE DES FEMMES (2022): Intervention bei weiblicher Genitalverstümmelung und Früh-/Zwangsverheiratung. Eine interdisziplinäre Handlungsempfehlung zur professionellen Arbeit mit gefährdeten oder betroffenen Mädchen und Frauen in Berlin Co-funded by the Eine interdisziplinäre Handlungsempfehlung zur professionellen Arbeit mit gefährdeten oder betroffenen Mädchen und Frauen in Berlin, S. 1–50.

Tessmann, Günter (1913): Die Pangwe Band II. Völkerkundliche Monographie eines westafrikanischen Negerstammes; Ergebnisse der Lübecker Pangwe-Expedition 1907 - 1909 und früherer Forschungen 1904 - 1907. Berlin: Wasmuth.

The New Times Reporter (2010): Tribal scars and scarification. In: *The New Times*, 15.05.2010. Online verfügbar unter https://www.newtimes.co.rw/section/read/81680, zuletzt geprüft am 18.03.2022.

Thierfelder, Clara; Tanner, Marcel; Bodiang, Claudia M. Kessler (2005): Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system. In: *European journal of public health* 15 (1), S. 86–90. DOI: 10.1093/eurpub/cki120.

Tirwomwe, J. F.; Agwu, Ezera; Ssamula, M. (2013): The magnitude of tooth bud extraction in Uganda. In: *International Journal of Medicine and Medical Sciences* 5, S. 450–455.

Tsiba, J. B.; Mabiala-Babela, J. R.; Lenga, Loumingou I.; Likiby, D.; Bounkouta, A. C.; Moussodji, D.; Moyen, G. M. (2011): Scarifications chez l'enfant hospitalisé au Congo. In: *Medecine tropicale : revue du Corps de sante colonial* 71 (5), S. 509–510.

Tungotyo, Martin (2017): Noma as a complication of false teeth (Ebiino) extraction: a case report. In: *Journal of medical case reports* 11 (1), S. 112–116. DOI: 10.1186/s13256-017-1276-5.

UNICEF (2016): Female genital mutilation/cutting (FGM/C) and child marriage in Sudan - Are there any changes taking place? And in-depth analysis using multiple indicators cluster surveys (MICS) sudan household health sureveys (SHHS), S. 13–18. Online verfügbar unter https://www.unicef.org/sudan/media/1071/file/Female-Genital-Mutilation-Cutting-Child-Marriage-Sudan-2016.pdf, zuletzt geprüft am 25.02.2022.

UNICEF (2021a): Female genital mutilation. Online verfügbar unter https://www.unicef.org/protection/female-genital-mutilation, zuletzt aktualisiert am 20.03.2022, zuletzt geprüft am 20.03.2022.

UNICEF (2021b): Female genital mutilation (FGM) Statistics. Online verfügbar unter https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/, zuletzt aktualisiert am 04.02.2022, zuletzt geprüft am 26.03.2022.

United Nations General Assembly (1979): Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. New York. Online verfügbar unter https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cedaw.aspx, zuletzt aktualisiert am 08.10.2021, zuletzt geprüft am 02.01.2023.

University of Pretoria (2023): Maputo Protocol Portal - Interactive Map. The Centre for Human Right, Faculty of Law: University of Pretoria. Online verfügbar unter https://www.maputoprotocol.up.ac.za/index.php/countries/interactive-map, zuletzt geprüft am 05.01.2023.

UN-Vollversammlung (1948): Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (2017[III] A). Paris. Online verfügbar unter https://www.un.org/depts/german/menschenrechte/aemr.pdf, zuletzt geprüft am 08.10.2021.

van der Kwaak, Anke (1992): Female circumcision and gender identity: A questionable alliance? In: *Social Science & Medicine* 35 (6), S. 777–787. DOI: 10.1016/0277-9536(92)90077-4.

Vera Cruz, Germano; Mullet, Etienne (2014): The practice of puxa-puxa among Mozambican women: a systematic inventory of motives. In: *Journal of sex research* 51 (8), S. 852–862. DOI: 10.1080/00224499.2013.795925.

Vereinte Nationen (UN) (2022): Die Pandemie könnte Fortschritte bei der Bekämpfung der weiblichen Genitalverstümmelung (FGM) rückgängig machen. Online verfügbar unter https://unric.org/de/040222-fgm/, zuletzt aktualisiert am 04.02.2022, zuletzt geprüft am 02.01.2023.

Vloeberghs, Erick; van der Kwaak, Anke; Knipscheer, Jeroen; van den Muijsenbergh, Maria (2012): Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in The Netherlands. In: *Ethnicity & health* 17 (6), S. 677–695. DOI: 10.1080/13557858.2013.771148.

Walk, Leopold (1928): Initiationszeremonien und Pubertätsriten der südafrikanischen Stämme. Ein Beitrag zum Studium des Erziehungswesens und der Mysterienkulte der Naturvölker. In: *Anthropos* 23 (5/6), S. 861–966.

Waller, Richard D.; Spear, Thomas T. (Hg.) (1993): Being Maasai. Ethnicity et identity in East Africa. Suffolk: James Currey (Eastern African studies). Online verfügbar unter https://www.cambridge.org/core/product/identifier/9781782049814/type/BOOK.

Westerhaus, Michael Jon; Zabulon, Yoti (2008): Of 'microbes' and 'millet': the practice of tea tea in northern Uganda. In: *Trop Doct* 38 (2), S. 116–118. DOI: 10.1258/td.2007.060182.

Wettig, Hannah (2018): Der Grund für Genitalverstümmelung. jungle.world. Online verfügbar unter https://jungle.world/blog/von-tunis-nach-teheran/2018/03/der-grund-fuer-genitalverstuemmelung, zuletzt aktualisiert am 07.10.2021, zuletzt geprüft am 07.10.2021.

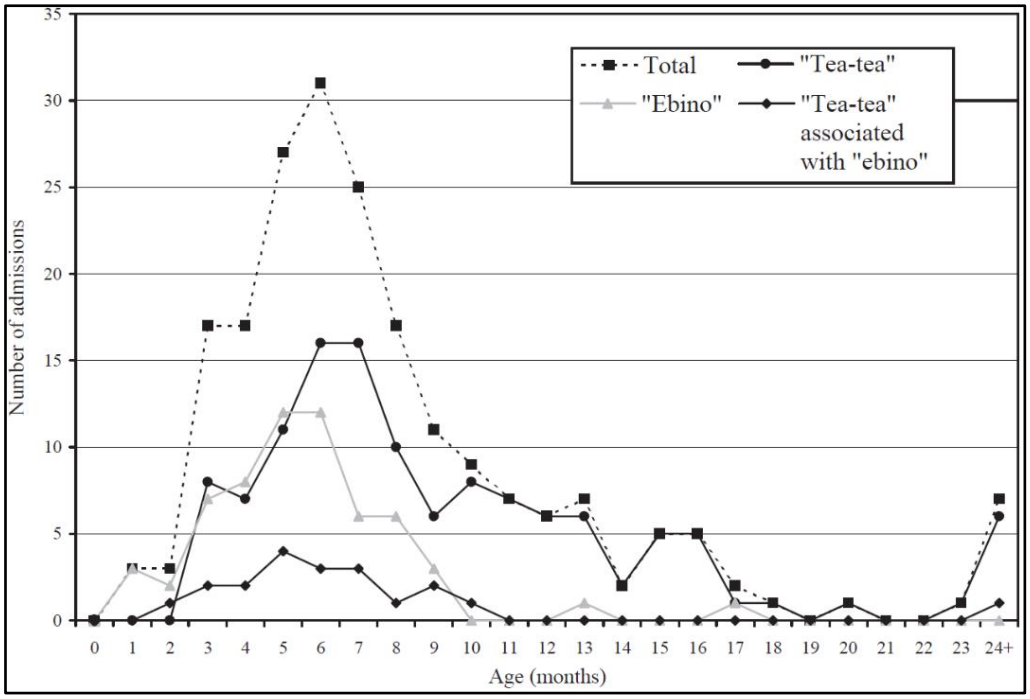
Wordley, Valerie; Bedi, Raman (2019): The Addis Ababa Declaration to end infant oral mutilation. In: *British dental journal* 227 (10), S. 863–864. DOI: 10.1038/s41415-019-0891-5.

World Health Organization (WHO) (1997): Types of female genital mutilation. Online verfügbar unter https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-(srh)/areas-of-work/female-genital-mutilation/types-of-female-genital-mutilation, zuletzt geprüft am 02.01.2023.

World Health Organization (WHO) (2022): Female genital mutilation. Online verfügbar unter https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation, zuletzt aktualisiert am 07.12.2022, zuletzt geprüft am 02.01.2023.

8 Anhang

8.1 Altersverteilung der Fälle von „Ebino“ und „Tea-tea“ nach Accorsi et al.[450]



[450] Accorsi et al. 2003, S. 2187.

8.2 Originalquelle der Typen der Genitalverstümmelung (WHO-Klassifikation)[451]

„Type I – Partial or total removal of the clitoral glans (the external and visible part of the clitoris, which is a sensitive part of the female genitals, with the function of providing sexual pleasure to the woman), and/or the prepuce/clitoral hood (the fold of skin surrounding the clitoral glans).

Type Ia – Removal of the prepuce/clitoral hood only.

Typ Ib – Removal of the clitoral glans with the prepuce/clitoral hood.

Type II – Partial or total removal of the clitoral glans and the labia minora (the inner folds of the vulva), with or without removal of the labia majora (the outer folds of skin of the vulva)

Type IIa – Removal of the labia minora only

Type IIb – Partial or total removal of the clitoral glans and the labia minora (prepuce/clitoral hood may be affected).

Type IIc – Partial or total removal of the clitoral glans, the labia minora and the labia majora (prepuce/clitoral hood may be affected).

Typ III – (Often referred to as **infibulation).** Narrowing of the vaginal opening with the creation of a covering seal. The seal is formed by cutting and repositioning the labia minora, or labia majora. The covering of the vaginal opening is done with or without removal of the clitoral prepuce/clitoral hood and glans (Type I FGM).

Typ IIIa – Removal and repositioning of the labia minora.

Typ IIIb – Removal and repositioning of the labia majora.

Typ IV – All other harmful procedures to the female genitalia for non-medical purposes, for example pricking, piercing, incising, scraping and cauterization“

[451] World Health Organization (WHO) 1997.

8.3 Tabellarische Auflistung der Ethnien mit Korrelationen

Ethnie	Ort	Zahnmutilation	Genitalmutilation	Weitere Mutilationen
Massai	Tansania, Kenia	**Schröder Typ II:** Zacken- und Lückenfeilung[452] **Schröder Typ III:** Ausbrechen der Zähne (untere Schneidezähne), IOM[453] **Schröder Typ VII:** Vorbiegen der beiden oberen Schneidezähne[454]	**FGM WHO-Typ I, II**[455]**;** „Beschneidung“, vermutlich Typ II[456]	Skarifikationen im Gesicht[457]
Ovambo (von den Ovadonga)	Angola, Namibia	**Schröder Typ III:** Ausschlagen der unteren mittleren Inzisivi[458]	„Kleine Schnitte um die Schamlippen“[459]	
Wagogo (Mgogo)	Tansania	**Schröder Typ III:** Ausbrechen der Zähne[460], Zahnmutilationen[461]	**FGM WHO-Typ II**[462]	
Bondo	Sierra-Leone	**Schröder Typ I:** Zuspitzung[463]	**FGM WHO-Typ II, III**[464]	

[452] Lignitz 1921-1922, S. 882; Njoh 2006, S. 148; Schröder 1906, 41, 101.
[453] Njoh 2006, S. 148; Lignitz 1921-1922, 882, 914, 256; Baumann 1894, S. 159; Schröder 1906, 57, 101; Garve et al. 2016, S. 1103.
[454] Lignitz 1921-1922, 904, 256; Baumann 1894, S. 159.
[455] Galukande et al. 2015, S. 4; Mohamud et al. 2021, S. 1979; Evelia et al. 2007, S. 4; Muchene et al. 2018, S. 3.
[456] Ploss und Bartels 1895, S. 173–175.
[457] Garve et al. 2017a, S. 712; The New Times Reporter 2010.
[458] Walk 1928, S. 950; Lignitz 1921-1922, S. 916; Schröder 1906, 41, 101.
[459] Übersetzung d. Autors nach Canada: Immigration and Refugee Board of Canada 2005, Originalquelle: „Minor cutting around the vaginal lips“
[460] Lignitz 1921-1922, 251, 873.
[461] Schröder 1906, S. 15.
[462] Hayeshi 2017, S. 117; Stuhlmann 1894, S. 843.
[463] Lignitz 1921-1922, 259, 930.
[464] Foundation for Women’s Health, Research and Development (FORWARD) 2017, S. 4–15.

Banyang	Kamerun	**Schröder Typ II:** Feilungen der oberen Schneidezähne[465]		Brustbügeln[466]
Wanyaturu	Tansania	**Schröder Typ III:** Ausbrechen der unteren Schneidezähne[467]	FGM, zu 68% **WHO-Typ I**[468]; Bescheidungen (nicht genauer klassifiziert)[469]	
Sara	Tschad	**Schröder Typ I, II:** Zuspitzung, Verschmälerung der oberen Schneidezähne[470]	FGM, **meist Typ I**, teils auch **Typ II**[471]	
Nyanja (Chewa)	Malawi, Sambia, Mosambik, Simbabwe	**Schröder Typ I:** Zuspitzung[472]		Labien-Elongation[473]
Kamba	Kenia	**Schröder Typ I, III:** Zuspitzen oberer Zähne, Ausbrechen der unteren[474]	FGM (nicht genauer definiert)[475]	
Hamar	Äthiopien	**Schröder Typ III:** Ausschlagen der unteren, mittleren Schneidezähne, IOM[476]	Beschneidungen (nicht genauer definiert)[477]	

[465] Lignitz 1921-1922, 263, 939; Schröder 1906, 14, 27.
[466] Nkwelle 2019, S. 54.
[467] Lignitz 1921-1922, 869, 914.
[468] Msuya et al. 2002, S. 161.
[469] Lignitz 1921-1922, S. 914.
[470] Lignitz 1921-1922, 915, 262, 935, 937-938; Schröder 1906, 13, 100.
[471] Leonard 1996, S. 260–261.
[472] Straube 1964, S. 709.
[473] Martínez Pérez et al. 2015b, S. 860.
[474] Straube 1964, S. 712.
[475] Office of the Senior Coordinator for International Women's Issues 2001; Evelia et al. 2007.
[476] Ntetem 1983, 335, 343; Garve et al. 2016, S. 1103.
[477] UNICEF 2016, S. 16; Ntetem 1983, S. 336.

Karo	Äthiopien	**Schröder Typ III:** Ausschlagen der unteren, mittleren Schneidezähne, IOM[478]	Beschneidungen (nicht genauer definiert)[479]	
Banna	Äthiopien	**Schröder Typ III:** Ausschlagen der unteren, mittleren Schneidezähne als IOM[480]	Beschneidungen (nicht genauer definiert)[481]	
Torgiss, Garora, Gaja, Itsante, Garangudo, Ris, Wale	Nicht genannt	**Schröder Typ III:** Fehlende untere mittlere Inzisivi[482]	Beschneidungen (nicht genauer definiert)[483]	
Ovaherero (syn. Herero)	Angola, Namibia, Botswana	**Schröder Typ II, III:** Extraktion der unteren Inzisivi, Zacken-/Lückenfeilung der mittleren oberen Inzisivi, IOM[484]	Beschneidungs-fest (WHO-Klasse ungenannt)[485]	
Damara	Namibia	**Schröder Typ III:** Ausschlagen der Inzisivi, Enukleation[486]	FGM (nicht genauer spezifiziert)[487]	
Monbuttu (Mangbetu)	D.R. Kongo	Zahnverstümmelungen (nicht genauer differenziert)[488]	Beschneidungen (nicht genauer differenziert)[489]	

[478] Ntetem 1983, S. 335; Garve et al. 2016, S. 1103.
[479] Ntetem 1983, S. 336.
[480] Ntetem 1983, S. 335; Garve et al. 2016, S. 1102.
[481] Ntetem 1983, S. 336.
[482] Ntetem 1983, S. 386.
[483] Ntetem 1983, S. 386.
[484] Lignitz 1921-1922, S. 906; Schröder 1906, 14, 41, 45–46, 101; Walk 1928, S. 948; Garve et al. 2016, S. 1103.
[485] Walk 1928, S. 950.
[486] Njoh 2006, S. 147; Garve et al. 2016, S. 1102.
[487] 28 Too Many 2022, S. 4 nach Journal de Bangui 2016, Originalquelle nicht auffindbar.
[488] Lignitz 1921-1922, S. 249
[489] Lignitz 1921-1922, S. 249.

Fang	Zentral-afrika	**Schröder Typ I:** Zuspitzung der Zähne[490]	Beschneidung (nicht genauer klassifiziert)[491]	
Wahehe	Tansania	**Schröder Typ III:** Ausbrechen der Zähne[492]	Beschneidung (nicht genauer klassifiziert)[493]	
Dschagga (syn. Chaga)	Tansania	**Schröder Typ I, II, III:** Zuspitzung der Zähne[494]; Dreieckige Lücke in den oberen, mittleren Schneidezähnen, Ausbrechen der unteren mittleren Schneidezähne[495]	Beschneidung (nicht genauer klassifiziert)[496]	
Kikuyu	Kenia	**Schröder Typ III:** Entfernung der unteren Schneidezähne[497]	**WHO-Typ I:** Kliterektomie[498]	
Oromo (Galla)	Kenia, Äthiopien	**Schröder Typ III:** Zahnlücken[499]	**WHO-Typ III:** Infibulation[500]	
Wafiomi	„Deutsch-Ostafrika“ (Tansania, Burundi, Ruanada, Mosambik)	**Schröder Typ III, VII:** Ausbrechen der unteren Schneidezähne[501], Vorbiegen der Schneidezähne[502]	Beschneidung (nicht genauer klassifiziert)[503]	

[490] Lignitz 1921-1922, 250, 260, 935.
[491] Martí 2010, S. 77 nach; Ikaka Alen 2006
[492] Lignitz 1921-1922, S. 251.
[493] Hayeshi 2017, S. 111.
[494] Lignitz 1921-1922, S. 880.
[495] Lignitz 1921-1922, S. 904; Schröder 1906, S. 41.
[496] Raum 1939, S. 554.
[497] Lignitz 1921-1922, S. 913.
[498] Evelia et al. 2007, S. 4.
[499] Lignitz 1921-1922, S. 913.
[500] Missailidis und Gebre-Medhin 2000, S. 137.
[501] Lignitz 1921-1922, S. 914.
[502] Baumann 1894, S. 172.
[503] Lignitz 1921-1922, S. 914.

Warangi	Tansania	**Schröder Typ II, III:** Lückenaussplitterung, Ausschlagen der unteren Schneidezähne[504]	FGM, zu 68% davon **WHO-Typ I**[505]	
Bafiote	D.R. Kongo Gebiet	**Schröder Typ I, II, III:** Ausbrechen von Zähnen, Zuspitzung, Lückenfeilung[506]		Brust-Hochbinden[507]
Wawamba	Nord-westlich des Ruwenzori-Gebirge, daher D.R. Kongo oder Uganda	**Schröder Typ I:** Zuspitzen der Frontzähne[508]	Beschneidung (nicht genauer klassifiziert)[509]	
Duala	Kamerun	**Schröder Typ II:** Verschmälerung sämtlicher oberer Schneidezähne[510]		Brustbügeln[511]
Mandja (syn. Mandschia)	Zentral-afrik. Republik	**Schröder Typ I:** Zuspitzen der Inzisivi[512]	Beschneidung (nicht genauer klassifiziert)[513]	
Tonga	Malawi, Botswana, Simbabwe	**Schröder Typ III:** Entfernung/Mutilation der oberen Schneidezähne[514]		Labien-Elongation[515]

[504] Lignitz 1921-1922, S. 914.
[505] Msuya et al. 2002, S. 161.
[506] Lignitz 1921-1922, S. 917–918; Schröder 1906, 44, 14.
[507] Ploss und Bartels 1895, S. 227 nach Pechuel-Lösche, Originalquelle nicht mehr vorhanden.
[508] Lignitz 1921-1922, S. 927; Schröder 1906, S. 102.
[509] Lignitz 1921-1922, S. 927.
[510] Lignitz 1921-1922, S. 935.
[511] Nkwelle 2019, S. 54.
[512] Lignitz 1921-1922, 917, 937.
[513] Lignitz 1921-1922, S. 937.
[514] Straube 1964, S. 712.
[515] Martínez Pérez et al. 2015b, S. 860.

Babemba (syn. Bemba)	Sambia	Zahnmutilationen (nicht genauer definiert)[516]		Labien-Elongation[517]
Wakamba	Kenia	**Schröder Typ I, III:** Zuspitzen der oberen Schneidezähne, Ausschlagen der unteren mittleren Schneidezähne[518]	Beschneidung (nicht genauer klassifiziert)[519]	
Wataïta, Ussambára-Bev., Irámba, Túru, Umbúgwe, Irángi, Wakagúru	Kenia, Tansania	**Schröder Typ VII:** Vordrängen der beiden oberen mittleren Schneidezähne, Entfernen der unteren beiden Schneidezähne[520]	Beschneidung (nicht genauer klassifiziert)[521]	
Acholi	Uganda	**Schröder Typ II:** Ebino/Enuklation[522][523]		Tea-Tea[524]
Surma	Äthiopien, Sudan	**Schröder Typ III:** Ausbrechen der unteren Inzisivi[525]		Inzisionen an der Brust, Skarifikationen[526]
Baganda	Uganda	**Schröder Typ III:** Ebino/Enuklation[527]		Labien-Elongation[528]

[516] Schröder 1906, S. 15.
[517] Martínez Pérez et al. 2015b, S. 860.
[518] Schröder 1906, S. 32; Lignitz 1921-1922, S. 925; Stuhlmann 1894, S. 842.
[519] Schröder 1906, S. 32.
[520] Stuhlmann 1894, 843, 325, 433; Schröder 1906, S. 101.
[521] Stuhlmann 1894, S. 843.
[522] Accorsi et al. 2003, S. 2186; Musinguzi et al. 2019, S. 2.
[523] Musinguzi et al. 2019, S. 2.
[524] Accorsi et al. 2003, S. 2186.
[525] Garve et al. 2017b, S. 238
[526] Garve et al. 2017a, S. 709–711.
[527] Musinguzi et al. 2019, S. 2.
[528] Martínez Pérez et al. 2013, S. 1191–1205; Martínez Pérez und Namulondo 2011, S. 45–47.

8.4 Tabellarische Auflistung der Ethnien mit noch nicht aufgefundenen Korrelationen

Ethnie	Ort	Zahnmutilation	Genitalmutilation	Weitere Mutilationen
Gelleba		**Schröder Typ III:** Extraktion unterer, mittlerer Inzisivi[529]		
Arbore	Äthiopien	**Schröder Typ III:** Fehlende unter mittlere Inzisivi[530]		
Mursi				Lippenplatten [531]
Jidenitsch (Batscha)		**Schröder Typ I:** Spitzgefeilte Zähne[532]		
Ovakuan-jama		**Schröder Typ II, III:** Extraktion der unteren Inzisivi, Feilung der mittleren oberen Inzisivi[533]		
Tuareg		**Schröder Typ I:** Zuspitzung der Zähne[534]		
Niamniam		**Schröder Typ I:** Zuspitzung der Zähne[535]		
Amatonga	Delgoabai	**Schröder Typ I:** Zuspitzung der oberen Schneidezähne (briefliche Mitteilung Hartmanns an Ihering)[536]		

[529] Ntetem 1983, S. 335.
[530] Ntetem 1983, S. 386.
[531] Ntetem 1983, S. 402.
[532] Ntetem 1983, S. 415.
[533] Walk 1928, S. 950.
[534] Lignitz 1921-1922, S. 250.
[535] Lignitz 1921-1922, S. 250.
[536] Lignitz 1921-1922, S. 250.

Makalaka	Sambesi-Bogen	Ausschlagen oberer Inzisivi[537]		
Manjema		Zahnverstümmelung, nicht genauer differenziert[538]		
Wakassu		Zahnverstümmelung, nicht genauer differenziert[539]		
Walesse		**Schröder Typ II**: Lückenfeilung[540]		
Ababua		**Schröder Typ II**: Lückenfeilung[541]		
Maschinsche	Zwischen Kuango und Kuengo	**Schröder Typ I:** Zuspitzung[542]		
Hollo, Kamawa, Mananga, Kalunda, Kioque (Kioko), Tupende, Bangala	Zwischen Maladje, nördlich des Mittellaufs des Kuanza und dem Kassai	**Schröder Typ I:** Zuspitzung[543]		
Ganguella, Luimba, Lolua		**Schröder Typ II:** Dreieckiges Schleifen der Frontzähne[544]		

[537] Lignitz 1921-1922, S. 252 nach Holub, Originalquelle nicht genannt.
[538] Lignitz 1921-1922, S. 258.
[539] Lignitz 1921-1922, S. 258.
[540] Lignitz 1921-1922, S. 258.
[541] Lignitz 1921-1922, S. 258.
[542] Lignitz 1921-1922, S. 259.
[543] Lignitz 1921-1922, S. 259.
[544] Lignitz 1921-1922, S. 260.

Luchaze-Cambuta		**Schröder Typ II:** Dreieckiges Schleifen der Frontzähne[545]		
Ishongo, Apono, Aschango		**Schröder Typ I, III:** Zuspitzung der Frontzähne, Ausbrechen mittleren oberen Schneidezähne[546]		
Bakossi, Balundu		**Schröder Typ II:** Lückenfeilung[547]		
Pangwe		**Schröder Typ I:** Zuspitzung der Frontzähne[548]		
Nord, Mabum		**Schröder Typ II:** Feilungen der oberen Schneidezähne[549]		
Mabea, Ngumba, Jambassi		**Schröder Typ I:** Zuspitzung der Frontzähne[550]		
Dinka, Waschaschi		**Schröder Typ III:** Ausbrechen der unteren Schneidezähne[551]		
Murle, Taweta, Wanjamwesi		**Schröder Typ III:** Ausbrechen der Schneidezähne[552]		
Bakuba		**Schröder Typ III:** Ausschlagen der oberen Schneidezähne[553]		

[545] Lignitz 1921-1922, S. 260.
[546] Lignitz 1921-1922, S. 260.
[547] Lignitz 1921-1922, 261–262, 908.
[548] Lignitz 1921-1922, S. 262.
[549] Lignitz 1921-1922, S. 262.
[550] Lignitz 1921-1922, S. 262.
[551] Lignitz 1921-1922, S. 869.
[552] Lignitz 1921-1922, S. 873.
[553] Lignitz 1921-1922, S. 876.

Wazimba		**Schröder Typ I:** Zuspitzung der Zähne[554]		
Wapare, Wambugug, Waschamba, Wagueno		**Schröder Typ I:** Zuspitzung der Zähne[555]		
Bongo		**Schröder Typ II, III:** Seitliches Ausfeilen der oberen Schneidezähne, Ausbrechen der unteren Schneidezähne[556]		
Kredj		**Schröder Typ I, II:** Spitzfeilung der unteren Schneidezähne oder Lückenfeilung[557]		
Golo		**Schröder Typ II:** Ausfeilung der mittleren Schneidezähne[558]		
Dissu		**Schröder Typ I:** Zuspitzung[559]		
Kru-Neger		**Schröder Typ I:** Zuspitzung[560]		
Bakwiri, Ugolo,	Kamerun	**Schröder Typ II:** Lückenaussplitterung[561]		
Nord-mabum		**Schröder Typ II:** Zahnfeilung[562]		

[554] Lignitz 1921-1922, S. 880.
[555] Lignitz 1921-1922, S. 882.
[556] Lignitz 1921-1922, S. 910.
[557] Lignitz 1921-1922, S. 905.
[558] Lignitz 1921-1922, S. 905.
[559] Lignitz 1921-1922, S. 908.
[560] Lignitz 1921-1922, S. 908.
[561] Lignitz 1921-1922, S. 908.
[562] Lignitz 1921-1922, S. 908.

Ewe	Togo	**Schröder Typ II:** Zahnfeilung zu Dreieck[563]		
Djur, Dinka, Schuli, Luri, Schefalu, Wanyoro, Tschopi, Berri, Nuer, Moru, Mundo, Bari		**Schröder Typ III:** Ausbrechen der 4 unteren Schneidezähne[564]		
Makraba		**Schröder Typ I:** Zuspitzung[565]		
Kivumbiro, Koki, Nkole, Unyoro, Wageia, Wasoba, Myoro, Wanyoro, Lango-Wakidi, Bantu, Yaluo (Jaluo)	Viktoria-Nyansa	**Schröder Typ III:** Ausschlagen der unteren Schneidezähne[566]		
Wpakomo		**Schröder Typ III:** Entfernung untere Schneidezähne[567]		
Murle, Turkana, Nandi, Suk, Bakene,		**Schröder Typ III:** Entfernung untere Schneidezähne[568]		

[563] Lignitz 1921-1922, S. 909.
[564] Lignitz 1921-1922, S. 910.
[565] Lignitz 1921-1922, S. 910.
[566] Lignitz 1921-1922, S. 911–912.
[567] Lignitz 1921-1922, S. 913.
[568] Lignitz 1921-1922, S. 913.

Bageschu, Tatoga, Wataturu, Wanjamwesi				
Wafipa, Walungu, Wajika		**Schröder Typ I, III:** Ausschlagen oder Anspitzen[569]		
Kinga (Hanzi, Hasi), Wania-manga		**Schröder Typ I, III:** Ausstoßen Frontzähne, Feilung FZ[570]		
Baholoholo		**Schröder Typ II:** Lückenaussplitterung[571]		
Somray		**Schröder Typ III** Ausbrechen von Zähnen[572]		
Banda, Nielim, Tunia, Bua		**Schröder Typ I:** Zuspitzung[573]		
Tschamba	Kamerun	**Schröder Typ I, III:** Ausbrechen unterer vier ZS, Anspitzen oberer mittlere SZ[574]		
Bali, Bamingi		**Schröder Typ I, III:** Zuspitzung Schneidezähne Männer, Frauen Ausbrechen oberer Schneidezähne und Zuspitzen unterer Schneidezähne[575]		

[569] Lignitz 1921-1922, S. 915.
[570] Lignitz 1921-1922, S. 915.
[571] Lignitz 1921-1922, S. 915.
[572] Lignitz 1921-1922, S. 915.
[573] Lignitz 1921-1922, S. 917.
[574] Lignitz 1921-1922, S. 917.
[575] Lignitz 1921-1922, S. 917.

D'Zem		**Schröder Typ IIII:** Ausbrechen unterer Schneidezähne[576]		
Ischogo, Apono, Aschango		**Schröder Typ I, III:** Ausschlagen oberer Schneidezähne, Spitzfeilung[577]		
Muschu-rengo		**Schröder Typ I, II, III:** Ausbrechen von Zähnen, Zuspitzung, Lückenfeilung[578]		
Cabinda, Mayombe, Bakongo, Aboma, Wabuma, Bateke		**Schröder Typ I, III:** Ausbrechen von Zähnen, Zuspitzung[579]		
Muschikongo		**Schröder Typ I, III, IV:** Ausbrechen von Zähnen, Zuspitzung, Horizontalfeilung[580]		
Babinga		**Schröder Typ I, III:** Entfernen oberer Schneidezähne, Zuspitzen[581]		
Baufungunu, Bondjio		**Schröder Typ III:** Ausbrechen oberer Schneidezähne[582]		

[576] Lignitz 1921-1922, S. 917.
[577] Lignitz 1921-1922, S. 917.
[578] Lignitz 1921-1922, S. 917–918; Schröder 1906, S. 44.
[579] Lignitz 1921-1922, S. 917–918; Schröder 1906, S. 29.
[580] Lignitz 1921-1922, S. 917–918; Schröder 1906, 76, 102.
[581] Lignitz 1921-1922, S. 919.
[582] Lignitz 1921-1922, S. 919.

Gagern (Benguella)		**Schröder Typ III:** Ausbrechen obere und untere SZ[583]		
Bayaka, Babala		**Schröder Typ I, III:** Anspitzen oberer Schneidezähne oder Ausschlagen SZ[584]		
Bahuana		**Schröder Typ III:** Ausschlagen oberer Schneidezähne[585]		
Bassongo, Bakuba, Baschilele, Badima, Bangodi, Badinga		**Schröder Typ III:** Ausschlagen oberer Schneidezähne[586]		
Balunda, Muemba, Molua		**Schröder Typ II, III:** Ausfeilen oberer SZ, Ausbrechen untere SZ[587]		
Matonga, Bet-schuanen (Boguera), Makalaka, Batoka		**Schröder Typ III:** Ausbrechen oberer SZ[588]		
Maschu-kulumbu		**Schröder Typ III:** Ausbrechen aller Vorderzähne[589]		
Makololo, Babimpe		**Schröder Typ III:** Ausbrechen der Zähne[590]		

[583] Lignitz 1921-1922, S. 919.
[584] Lignitz 1921-1922, S. 919.
[585] Lignitz 1921-1922, S. 919.
[586] Lignitz 1921-1922, S. 920.
[587] Lignitz 1921-1922, S. 920.
[588] Lignitz 1921-1922, S. 920–921.
[589] Lignitz 1921-1922, S. 920–921.
[590] Lignitz 1921-1922, S. 922.

Muiza/ Moviza, heute Babissa, Matuboka, Manganja		**Schröder Typ I:** Zuspitzung[591]		
Wampoto		**Schröder Typ I:** Spitzschlagen resp. Spitzfeilen[592]		
Wamarungu, Wassafua, Wamanganja, Wajao, Wamuera, Wama-tambwe, Wamakua, Wajao, Makua, Matambwe, Wandamba		**Schröder Typ I:** Zuspitzen der Schneidezähne[593]		
Wama-konde, Makonde	Tansania	**Schröder Typ I:** Zuspitzen der Schneidezähne[594]		
Waruri		**Schröder Typ I:** Zuspitzen der Schneidezähne[595]		
Wapare, Wagueno	Kili-mandjaro Gegend	**Schröder Typ I:** Zuspitzen der SZ[596]		

[591] Lignitz 1921-1922, S. 922.
[592] Lignitz 1921-1922, S. 923.
[593] Lignitz 1921-1922, S. 923.
[594] Fabian und Mumghamba 2007, S. 184; Lignitz 1921-1922, S. 923; Schröder 1906, S. 32.
[595] Lignitz 1921-1922, S. 123.
[596] Lignitz 1921-1922, S. 925.

Wa-schamba, Wakilindi, Wambugu	Usambara	**Schröder Typ I, VII:** Spitzfeilung, Vorbiegung der SZ[597]		
Wateita,		**Schröder Typ I:** Zuspitzen der SZ[598]		
Uhyeya, Wabonyele, Walumbi, Wangoi, Bakumu, Walengole, Wawira-Walegga, Wassongora, Wawira		**Schröder Typ I:** Zuspitzen der SZ[599]		
Walesse, Wakussu, Manjema		**Schröder Typ II:** Lückenfeilung[600]		
Waregga, Walengole, Wabonyele, Walumbi		**Schröder Typ I:** Zuspitzen der SZ[601]		
Wadjoko		**Schröder Typ I:** Zuspitzen der SZ[602]		
Wakumu, Bakumu, Wane Mpungu, Wahoko,		**Schröder Typ I:** Spitzfeilung[603]		

[597] Lignitz 1921-1922, S. 925.
[598] Lignitz 1921-1922, S. 925.
[599] Lignitz 1921-1922, S. 925.
[600] Lignitz 1921-1922, S. 926.
[601] Lignitz 1921-1922, S. 927.
[602] Lignitz 1921-1922, S. 927.
[603] Lignitz 1921-1922, S. 927.

Waholi, Babussesse, Badjo				
Ababua		**Schröder Typ I, II:** Spitzfeilung, Lückenfeilung[604]		
Banda (Runga, Kuti), Makraka		**Schröder Typ I:** Spitzfeilung[605]		
Balunda, Lunda-neger		**Schröder Typ I, III:** Zuspitzen, Ausbrechen unterer SZ[606]		
Molua (Balunda), Muiza (Babissa), Chevas		**Schröder Typ I:** Zuspitzen[607]		
Songo, Basanschi, Mayo, Baluba, Malundo, Kipuataschito		**Schröder Typ I:** Zuspitzen[608]		
Hollo, Kamawu, Mananga, Bangala, Maschinsche, Kalunda, Kioque	Kassai	**Schröder Typ I, III:** Zuspitzen[609], oft auch Entfernen von SZ		

[604] Lignitz 1921-1922, S. 928.
[605] Lignitz 1921-1922, S. 929.
[606] Lignitz 1921-1922, S. 929.
[607] Lignitz 1921-1922, S. 930.
[608] Lignitz 1921-1922, S. 930.
[609] Lignitz 1921-1922, S. 930.

(Kioko), Tupende (Bapende), Baschilange, Babala, Bayaka				
Batoba, Bassongo-Mino, Bagule, Tumba		**Schröder Typ I:** Zuspitzen[610]		
Balolo		**Schröder Typ I:** Zuspitzen[611]		
Lukolela, Bangala, Wangata, Wabuma, Aboma	(Oberer Kongo)	**Schröder Typ I:** Zuspitzen[612]		
Wambundu, Balali, Bateke, Wabari, Bakongo		**Schröder Typ I:** Zuspitzen[613]		
Mayombe, Okande, Osyeba, Aschira, Aschango, Ischogo, Apono		**Schröder Typ I:** Zuspitzen[614]		

[610] Lignitz 1921-1922, S. 931.
[611] Lignitz 1921-1922, S. 931.
[612] Lignitz 1921-1922, S. 931.
[613] Lignitz 1921-1922, S. 931–932.
[614] Lignitz 1921-1922, S. 934.

Ndam, Tumak, Lakka		**Schröder Typ II:** Verschmälerung sämtlicher oberer SZ[615]		
Buli, Bule, D'Zem, Babongo, Busserus (Bondjio), M'Bwaka, Yamoka, Banda, Budja, Mobenge		**Schröder Typ I:** Zuspitzen, teils auch Entfernen SZ[616]		
Ba-Binga, Lutos, Tanes, Rutons, (Reste der Banda)		**Schröder Typ I:** Zuspitzen der Inzisivi[617]		
Tunia, Niellim (Rasse Bua), Kabba, Tuburi		**Schröder Typ III:** Ausbrechen unterer SZ[618]		
Dissa, Dendje, Ndam, Tumak, Lakka, Mbum, Dari, Baya, Tengelin,		Diverse Zahnmutilationen[619]		

[615] Lignitz 1921-1922, S. 935.
[616] Lignitz 1921-1922, S. 936.
[617] Lignitz 1921-1922, S. 937.
[618] Lignitz 1921-1922, S. 937.
[619] Lignitz 1921-1922, S. 938.

Bokko, Durru, Yelu, Tschamba				
Wute, Batschinga, Batschenga	Sanaga-mulde	**Schröder Typ I:** Zuspitzung[620]		
Banyong		**Schröder Typ I:** Zuspitzung[621]		
Jaunde, Jambassi, Bali, Bamingi, Mabes, Ngumbe		**Schröder Typ I:** Zuspitzung[622]		
Kalbongo, Bakwiri, Croß-flußneger, Muntschi, Akpoto		**Schröder Typ I:** Zuspitzung[623]		
Bassa		**Schröder Typ I:** Zuspitzung[624]		
Ewe, Kratyi	Togo	**Schröder Typ II:** Lückenaussplitterung[625]		
Kusas, Mampulugu, Moab, Kongkomba, Kusas		**Schröder Typ II:** Zahnfeilung[626]		

[620] Lignitz 1921-1922, S. 939.
[621] Lignitz 1921-1922, S. 939.
[622] Lignitz 1921-1922, S. 939.
[623] Lignitz 1921-1922, S. 939.
[624] Lignitz 1921-1922, S. 940.
[625] Lignitz 1921-1922, S. 941.
[626] Lignitz 1921-1922, S. 941.

Konkomba		Gezackte Schneidezahnkanten[627]		
Tamberma, Losso		**Schröder Typ I:** Zuspitzung[628]		
Mande, Urbewohner: Guins, Turkas	Niger-bogen am Oberlauf des Komoe-flusses	**Schröder Typ I:** Zuspitzung[629]		
Wei, Timmanier, Mandiog, Fullah, Baniuins, Tenda		**Schröder Typ I:** Zuspitzung[630]		
Sonjo		**Schröder Typ III:** Ausbrechen eines Zahnes[631]		
Pangwe, Luimbi		**Schröder Typ I:** Zuspitzung[632]		
Adamauas		**Schröder Typ II:** Krallenfeilung [633]		
Dinka		Zahnmutilation, nicht genauer definiert[634]		
Burun, Unyoro		**Schröder Typ III:** Ausbrechen der Zähne[635]		
Herero		**Schröder Typ III:**		

[627] Lignitz 1921-1922, S. 941.
[628] Lignitz 1921-1922, S. 941.
[629] Lignitz 1921-1922, S. 941.
[630] Lignitz 1921-1922, S. 942–943.
[631] Straube 1964, S. 708.
[632] Straube 1964, S. 709.
[633] Straube 1964, S. 709.
[634] Straube 1964, S. 709.
[635] Straube 1964, S. 712.

		Entfernung/Mutilation oberer Schneidezähne[636]		
Schilluk, Dinka		**Schröder Typ III:** Ausbrechen untere SZ[637]		
Tonka		**Schröder Typ III:** Ausbrechen untere SZ[638]		
Pangwe, Lamba, Yergum, Montol, Dimmuk, Kwolla, Meek		**Schröder Typ II:** Feilung[639]		
Mandigo, Soninkie, Nalu, Dsalonke, Susu, Temne, Mende, Kissi, Bullom, Wai, Gbese, Kru		Nicht genauer definierte Zahnmutilationen[640]		
Bambara, Bidiga, Wangaraua (Wakore), Bolamas, Fulbe, Haussa, Adamauas,		Nicht genauer definierte Zahnmutilationen[641]		

[636] Straube 1964, S. 712.
[637] Straube 1964, S. 712.
[638] Straube 1955, S. 32.
[639] Straube 1955, S. 33.
[640] Schröder 1906, S. 13.
[641] Schröder 1906, S. 13.

Ewe, Kratyi, Kebuh				
Avekvom, Asehanti, Asante, Dahome, Schari, Somrao, Tummok, Bai, Tibbu, Borku, Daza, Baele		Nicht genauer definierte Zahnmutilationen[642]		
Schilluk, Dinka, Nuehr, Bor, Bongo, Dor, Mandari, Sir, Lattuka, Bari, Makraka, Njamjam, Kredj, Fertit, Abukaja, Mundu, Luri, Schuili, Dinkaui, Jabilaui, Wanoro, Golo, Jsere, Walumbi, Lendu, Wasogo, Scheffalu		Nicht genauer definierte Zahnmutilationen[643]		

[642] Schröder 1906, S. 13.
[643] Schröder 1906, S. 14.

Fan, Mpongwe, Pahouin, Balumba, Bawiti, Ballali, Bawendi, Bayaka, Kakongo, Muschikonko, Muserongo		Nicht genauer definierte Zahnmutilationen[644]		
Bali, Bakwili,, Bayang, Yaunde, Kalbongos		Nicht genauer definierte Zahnmutilationen[645]		
Gan-guellas, Dschinga, Ambuella, Laschaze		Nicht genauer definierte Zahnmutilationen[646]		
Balunda, Walegga, Baluba, Bakuba, Bassongo-Mino, Damba, Wabwira, Kalunda, Manyema, Wawira Waholi, Barotse-		Nicht genauer definierte Zahnmutilationen[647]		

[644] Schröder 1906, S. 14.
[645] Schröder 1906, S. 14.
[646] Schröder 1906, S. 14.
[647] Schröder 1906, S. 15.

Mambunda, Batoka, Bakololo, Makololo				
Ussam-bara, Useguha, Unguu, Usagara, Ukiti, Jramba, Khutu, Ukussu		Nicht genauer definierte Zahnmutilationen[648]		
Wasaramo, Wadoe, Babena, Wan-yamwesi, Wanika, Wanituru, Wassukumu, Djagga, Wkaguru, Watuta, Makonde, Wakomba, Wataiti		Nicht genauer definierte Zahnmutilationen[649]		
Basongo		Nicht genauer definierte Zahnmutilationen[650]		
Massitu, Matumbe, Manganya, Wanyassa,		Nicht genauer definierte Zahnmutilationen[651]		

[648] Schröder 1906, S. 15.
[649] Schröder 1906, S. 15.
[650] Schröder 1906, S. 15.
[651] Schröder 1906, S. 15.

Marawi, Mag-wangwara				
Matambwe, Makua, Manyoro, Baroro, Batoka		Nicht genauer definierte Zahnmutilationen[652]		
Wapokomo, Wakidi, Mangati, Wande-robo, Wakuafi, Beschah, Bischari		Nicht genauer definierte Zahnmutilationen[653]		
Tengelin, Baiero		**Schröder Typ I:** Zuspitzung[654]		
Dualla, Banyong, Fanneger	Kamerun	**Schröder Typ I:** Zuspitzung[655]		
Kalunda		Rundfeilung[656]		
Bevölkerung Bolamas		**Schröder Typ I:** Zuspitzung[657]		
Golo, Isere, Kabindas, Mayombes, Bayansi, Wabari, Bangala, Wambudu,		**Schröder Typ I, II:** Zuspitzung[658], teils auch Dreiecksfeilung		

[652] Schröder 1906, S. 15.
[653] Schröder 1906, S. 15.
[654] Schröder 1906, S. 27.
[655] Schröder 1906, S. 27.
[656] Schröder 1906, S. 28.
[657] Schröder 1906, S. 28.
[658] Schröder 1906, S. 29.

Balali, Wangatta, Wabuende, Otando, Jschogo, Aschango, Apono, Bali, Tolteken, Okande, Banda, Wabonyele, Walumbi, Wanga, Wakumu, Walengole, Wawira, Walegga, Wawira, Wadsoko, Orani, Wahoko, Waholi, Momfu, Wambuba, Walesse,				
Wahoko, Wakuma, Walengola, Bawira, Babira, Wakondjo, Lendu,		**Schröder Typ I:** Zuspitzung[659]		

[659] Schröder 1906, S. 30.

Wawira, Babussese, Wande-dodo, Wanda-sama, Wakondjo				
Bassongo-Mino, Batoba, Muschinsche, Mussangana, Iloja-Mala, Baqua-Lukalen, Matum-boka, Manganja, Amatonga, Marambo, M' Tschingoli, Barotse, Muiza, Manganja,		**Schröder Typ I:** Zuspitzung[660]		
Tuschilange, Makua, Makonde, Matambwe, Wawra, Üangani, Wateita, Wagueno		**Schröder Typ I:** Zuspitzung[661]		

[660] Schröder 1906, S. 31.
[661] Schröder 1906, S. 32.

Kisii, Kuria	Kenia		Beschneidung, nicht genauer klassifizierbar[662]	
Taita Taveta, Kalenjin, Embru			Beschneidung, nicht genauer klassifizierbar[663]	
Abagusii			**WHO-Typ I:** Kliterektomie[664]	
Meru			**WHO-Typ I:** Kliterektomie[665]	
Somali, Borana, Rendille, Samburu			**WHO-Typ III:** Infibulation[666]	
Orma, Boni, Malakote, Wardey, Somali, Rendille, Samburu, Gabra, Meru, Maasai, Sabaot, Sabei, Kurisa			Beschneidung, nicht genauer klassifizierbar[667]	
Bongo		**Schröder Typ II, III:** Zacken-Lückenfeilung, Ausbrechen unterer SZ[668]		
Usambara, Useguha,		**Schröder Typ II, III:**		

[662] Evelia et al. 2007, S. 4.
[663] Evelia et al. 2007, S. 4.
[664] Evelia et al. 2007, S. 4.
[665] Evelia et al. 2007, S. 4.
[666] Evelia et al. 2007, S. 4.
[667] Evelia et al. 2007, S. 4.
[668] Schröder 1906, S. 40.

Unguru, Usagara, Ukami, Khutu, Wasaramo, Wadoe		Zacken-Lückenfeilung, Ausbrechen unterer SZ[669]		
Jramba, Waseguha, Wassegora		**Schröder Typ II:** Zacken/Lückenfeilung[670]		
Wad-schagga, Waseguha		**Schröder Typ II:** Zacken/Lückenfeilung[671]		
Walesse, Wakussu, Manyema		**Schröder Typ II:** Zacken/Lückenfeilung[672]		
Omuherero		**Schröder Typ II, III:** Zacken/Lückenfeilung, Ausbrechen untere SZ[673]		
Bayaka		**Schröder Typ II:** Zacken/Lückenfeilung[674]		
Damba		**Schröder Typ II, III:** Ausbrechen oder Zacken/Lückenfeilung[675]		
Ganguellas, Luchaze, Ambuellas	Kongo	**Schröder Typ II:** Zacken/Lückenfeilung[676]		
Kratyi, Kebuh, Bewea, Bwea		**Schröder Typ II:**		

669 Schröder 1906, S. 40.
670 Schröder 1906, S. 40.
671 Schröder 1906, S. 41.
672 Schröder 1906, S. 41.
673 Schröder 1906, S. 41.
674 Schröder 1906, S. 44.
675 Schröder 1906, S. 45.
676 Schröder 1906, S. 45–46.

		Zacken/Lückenfeilung[677]		
Goulbourn		**Schröder Typ III:** Ausschlagen der Zähne[678]		
Macquarie, Camaragal		**Schröder Typ III:** Ausschlagen der Zähne[679]		
Bali, Somrao, Tommock, Daza, Tibu, Baele, Borku, Bongo		**Schröder Typ III:** Ausschlagen von Zähnen[680]		
Faschoda, Mitu, Madi, Dinkaui, Jabilaui, Schuil, Luri, Wanyoro, Dor, Scheffalu, Turu, Lattuka, Okeba		**Schröder Typ III:** Ausschlagen von Zähnen[681]		
Somrao, Tibu, Daza, Baele, Njamnjam, Bongo, Kredj (Fertit) und Lendu	Ober-guinea, Aschanti, Togo, Umgebung Tsade	**Schröder Typ III:** Ausbrechen der Zähne[682]		

[677] Schröder 1906, S. 46.
[678] Schröder 1906, S. 49.
[679] Schröder 1906, S. 49.
[680] Schröder 1906, S. 52.
[681] Stuhlmann 1894, 325, 433.
[682] Schröder 1906, S. 100.

Baschilele, Badinga, Bassongo, Kalunda, Barotse, Mambunda, Basu-kulombwe	Kongo, Sambesi	**Schröder Typ III:** Ausbrechen der Zähne[683]		
Usambara, Ukussu, Wanituru	Deutsch-Afrika	**Schröder Typ III:** Ausbrechen der Zähne[684]		
Makololo, Maschinga, Balungu, Urungu	Njassasee	**Schröder Typ III:** Ausbrechen der Zähne[685]		
Jramba		**Schröder Typ II, III:** Ausbrechen der Zähne und Zacken/Lückenfeilung[686]		
Apono, Bali, Wagueno		**Schröder Typ I, III:** Ausbrechen der Zähne und Spitzfeilung[687]		
Mandingo, Bullom, Kru, Golo, Isere, Njamnjam, Fertit, Lendu, Okande, Otando, Banda,		**Schröder Typ I:** Spitzfeilung[688]		

[683] Schröder 1906, S. 100.
[684] Schröder 1906, S. 101.
[685] Schröder 1906, S. 101.
[686] Schröder 1906, S. 101.
[687] Schröder 1906, S. 101.
[688] Schröder 1906, S. 101–102.

Wawira, Walengola, Wabonyele, Waholi, Walumbi, Wanga, Wakumu, Watuta, Makua, Amatonga, Adamauas, Tengelin, Baiero, Yaunde, Bayang, Wabari, Mino, Muiza, Pangani, Muiza, Manganya, Tuschilange				
Dahome, Kratyileute, Bakwili, Basanschi, Ambuellas, Msagara, Ukami, Useguha, Wanika, Wassum-kuma, Khutu		**Schröder Typ II:** Zacken- und Lückenfeilung[689]		

[689] Schröder 1906, S. 102.

Wabuma		**Schröder Typ IV:** Horizontalfeilung[690]		
Koranna, Betschuanen (Hottentotten)				Labien-Elongation[691]
Kamtschadaline, Basutho				Labien-Elongation[692]
Mandingos, Ibbos			Vergrößerung der Klitoris[693]	
Namaqua				Labien-Elongation[694]
Gallas, Agows, Gaffats, Gongas,			**FGM WHO-Typ II:** kleine Schamlippen, Klitoris mit Klitorisvorhaut[695]	
Susus, Mandingos, Peuhls, Wakuasi			Beschneidung (aus Sachkontext wird WHO-Typ II vermutet)[696]	
Gallas, Agows, Matokiss, Wakuasi, Peuhls			Beschneidung (vermutlich **WHO-Typ II**) [697]	

[690] Schröder 1906, S. 102.
[691] Ploss und Bartels 1895, S. 165.
[692] Ploss und Bartels 1895, S. 166.
[693] Ploss und Bartels 1895, S. 169 nach Park, Originalquelle nicht auffindbar.
[694] Ploss und Bartels 1895, S. 170 nach Le Vaillant, Originalquelle nicht auffindbar.
[695] Ploss und Bartels 1895, S. 172.
[696] Ploss und Bartels 1895, S. 173.
[697] Ploss und Bartels 1895, S. 175.

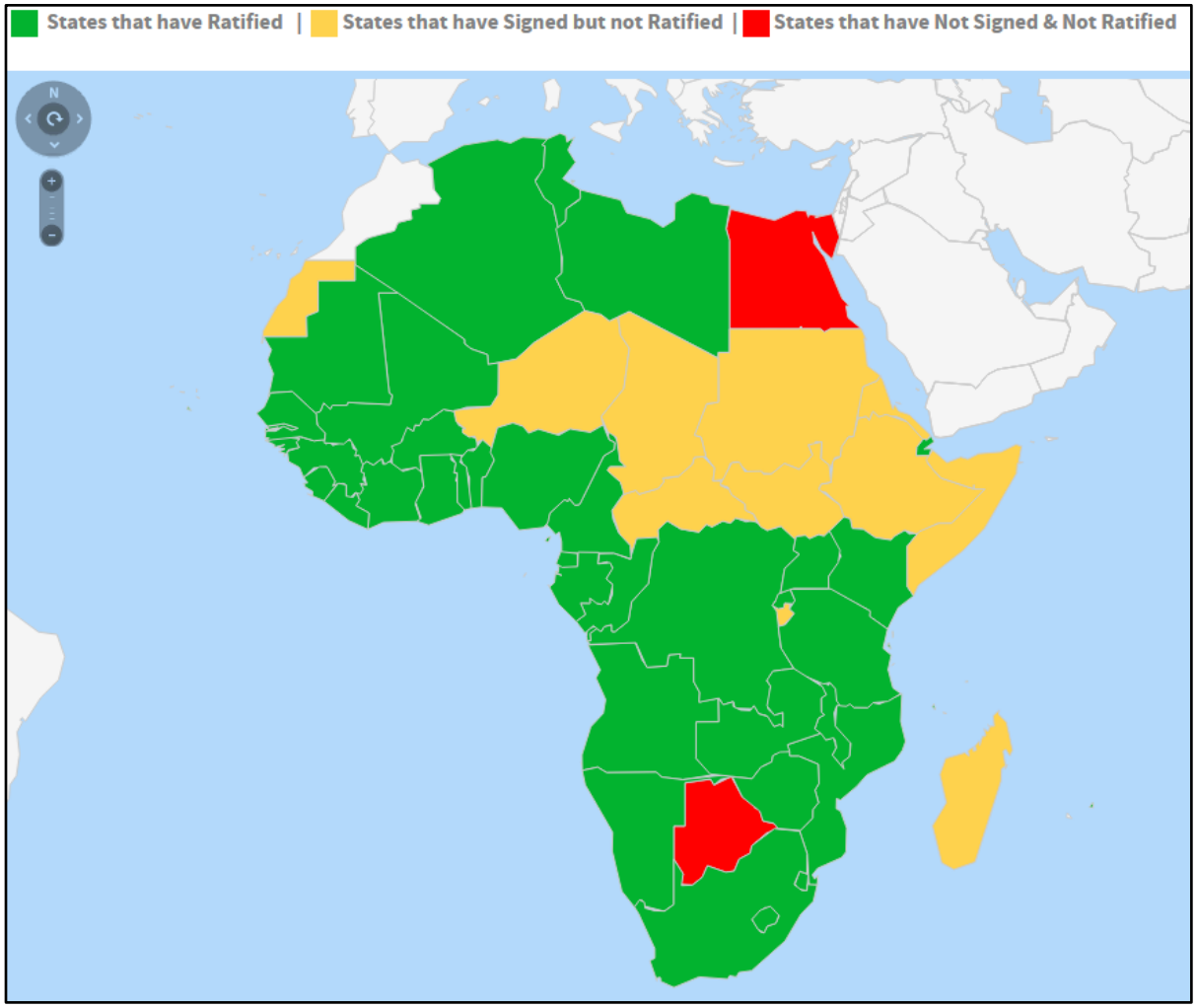
Malinke, Bambara			Beschneidung, vermutlich **WHO-Typ II**[698]	
Galla, Somali, Harari, Einwohner Massaua, Somali, Danakil			**FGM WHO-Typ III**[699]	
Chartum, Metamme, Schendi, Mussalam-ije, Walad, Madani, Refaa, Haras, Sennaar			Reinfundibulation nach Infundibulation[700]	
Ejagham, Akwaya, Bamilike, Bafut, Eton				Brustbügeln[701]
Lango		Ebino/Enuklation[702]		
Jop‘ Adhola	Uganda	Ebino/Enuklation, **Schröder Typ III:** Entfernen der vier unteren Inzisivi[703]		
Basoga, Itesots, Langi	Uganda	Ebino/Enuklation[704]		

[698] Ploss und Bartels 1895, S. 175 nach Gallieni, Originalquelle nicht auffindbar.
[699] Ploss und Bartels 1895, S. 179 nach Magrizi, Originalquelle nicht auffindbar.
[700] Ploss und Bartels 1895, S. 182 nach Hassan, Originalquelle nicht auffindbar.
[701] Nkwelle 2019, S. 54.
[702] Accorsi et al. 2003, S. 2186.
[703] Mogensen 2000, S. 331; Musinguzi et al. 2019, S. 2.
[704] Musinguzi et al. 2019, S. 2.

Bakiga, Bugisu, Kigezi, Toro, Batoros	Uganda	**Schröder Typ III:** Extraktion der unteren bleibenden SZ[705]		
Macua, Tewe, Mwani, Machuabo				Labien-Elongation[706]
Hausa, Fulani	Nigeria		FGM, nicht genau klassifiziert[707]	
Nyanga, Bemba, Lozi, Bisa, Nsenga				Labien-Elongation[708]

[705] Pindborg 1969, S. 383–389
[706] Vera Cruz und Mullet 2014, S. 855.
[707] Farouk et al. 2019, 571, 573.
[708] Martínez Pérez et al. 2015b, S. 860.

8.5 Karte der unterzeichnenden und ratifizierenden Mitglieder des Maputo-Protokolls in Afrika nach der University of Pretoria



Legende:

Grün: *Staaten, die das Maputo-Protokoll ratifiziert und unterschrieben haben*

Gelb: *Staaten, die das Maputo-Protokoll unterschrieben, aber nicht ratifiziert haben*

Rot: *Staaten, die das Maputo-Protokoll nicht unterschrieben und nicht ratifiziert haben*

(Stand: 05.01.2023)[709]

[709] University of Pretoria 2023.

9 Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Dissertation selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Die Dissertation ist bisher keiner anderen Fakultät, keiner anderen wissenschaftlichen Einrichtung vorgelegt worden.

Ich erkläre, dass ich bisher kein Promotionsverfahren erfolglos beendet habe und dass eine Aberkennung eines bereits erworbenen Doktorgrades nicht vorliegt.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

Sjard Sören Stelter

10 Danksagung

Zunächst möchte ich Herrn Prof. Dr. med. Zygmunt, Direktor der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, für die Möglichkeit einer Dissertation in diesem Fachbereich danken.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. Ohlinger und Herrn Prof. Dr. med. dent. Dr. phil. Garve für die Zurverfügungstellung des Themas und die umfassende Betreuung.
Die vielzähligen konstruktiven Anregungen, Hinweise und Beratungen ermöglichten mir oft neue Blickwinkel, die ich in die Arbeit miteinfließen lassen konnte.
Weiterhin bin ich dankbar für das zur Verfügung gestellte Bildmaterial aus der Privatsammlung von Prof. Garve.

Ich möchte mich außerdem bei meiner Familie für den Rückhalt und die warmherzige Unterstützung bedanken. Meine Eltern Birgit Ursula und Jens Joachim Willy Stelter sowie meine Geschwister Synne und Rul Saxo Stelter haben mich stets auf meinem Weg unterstützt und in meinem Werdegang bestärkt.
Besonderer Dank gilt meinem Vater, der mich von Beginn meines Studiums bei fachlichen und persönlichen Angelegenheiten beriet und in jeder Situation Zeit für mich fand.

Auch möchte ich meiner Freundin, Kateryna Katerbursky, danken, die mir in beanspruchenden Tagen einen stetigen Pfeiler des Rückhalts bot.

Abschließend danke ich Tom Nico Diringer, auf den ich mit vollem Vertrauen zählen kann und der mir die notwendige Abwechslung im Laufe der Arbeit zugegen brachte.