

Weibliche Genitalverstümmelung und Osteopathie

Christine Bauer

Weibliche Genitalverstümmelung ist noch immer ein weltweites Problem, das v. a. Frauen und Mädchen in großen Teilen Afrikas, der arabischen Welt und einigen Teilen Asiens und Südamerikas betrifft. Derzeit sind mindestens 200 Millionen Mädchen und Frauen in mehr als 32 Ländern von FGM betroffen, weitere 4 Millionen gelten als gefährdet [1]. Durch anhaltenden Migrationsbewegungen hat das Thema auch in Europa an Bedeutung gewonnen. Umso wichtiger ist es, zu den verschiedenen Aspekten dieser frauenverachtenden Praxis gut informiert zu sein, um die Mädchen und Frauen ganzheitlich fachlich qualifiziert beraten und behandeln zu können. Osteopathie ist eine sanfte und respektvolle Möglichkeit, viele der strukturellen Komplikationen einer Genitalverstümmelung zu behandeln. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit FGM-geschulten Gynäkologinnen und Traumatherapeuten wird dringend empfohlen.

Anamnese

Ein 17-jähriges Mädchen kam wegen Dysmenorrhö zur osteopathischen Behandlung. Es war erst vor einigen Monaten mit seiner Mutter und 2 jüngeren Schwestern aus Nigeria nach Deutschland gekommen und lebte in einer Aufnahmeeinrichtung für geflohenen Frauen und Kinder. Zwei jüngere Brüder leben mit dem Vater im Heimatland. Eine Mitarbeiterin der Asylsozialberatung hatte ihr eine osteopathische Behandlung empfohlen. Die Verständigung auf Englisch klappte gut, sodass auf eine Übersetzerin verzichtet werden konnte. Menarche mit 14 Jahren, regelmäßiger Zyklus 29 + 4, bis vor etwa 18 Monaten beschwerdefrei. Laut Patientin sind nach einer Zystitis zunehmend krampfartige und ziehende Schmerzen im Unterleib aufgetreten, v. a. suprapubisch, ab etwa 2 Tagen vor Einsetzen der Blutung. Seitdem ist die Blutung schwächer und dunkler, dauert aber länger (7–8 Tage). Im Alter von 5 Jahren hatte die 17-Jährige einen Verkehrsunfall mit Unterschenkelfraktur rechts. Keine chronischen Erkrankungen, keine Allergien bekannt. Verdauung regelmäßig. Ein- und Durchschlafen sind schwierig. Manchmal treten Kopfschmerzen auf, keine Rückenschmerzen.

Formen der Dysmenorrhö

Die Dysmenorrhö, die schmerzhafteste Monatsblutung, wird in eine primäre und eine sekundäre Form unterteilt. Die Ursache der **primären Dysmenorrhö**, die meist kurz nach der Menarche mit Einsetzen der ovulatorischen Zyklen beginnt, ist nicht abschließend geklärt und hängt möglicherweise mit einem erhöhten Prostaglandinspiegel zusammen.

Starke Uteruskontraktionen und die damit einhergehende Ischämie verursachen wohl die krampfartigen Schmerzen. **Sekundäre Formen** sind die Folge unterschiedlichster entzündlicher Prozesse (z. B. an Ovar, Endometrium, Vagina oder Darm) oder struktureller Veränderungen der Beckenorgane, u. a. Uterus bicornis, Myome oder Zysten. Auch an eine Endometriose muss gedacht werden. Maligne Ursachen sind vor dem 25. Lebensjahr sehr selten. Eine Behandlung erfolgt i. d. R. mit NSAR (nichtsteroidale Antiphlogistika) wie Naproxen, bei Fortbestehen der Beschwerden kommen orale Kontrazeptiva, Anticholinergika, Muskelrelaxanzien oder Magnesium zum Einsatz. Wärme empfinden viele Frauen als wohltuend. Auch eine homöopathische Therapie kann hilfreich sein.

Osteopathischer Erstbefund und Behandlung

1. Behandlung

Der Erstbefund ergibt **wenig Vitalität** mit **mäßigem PRM** (primär respiratorischer Mechanismus) im Kraniaum sowie eine minimale Vitalität in der Beckensphäre. Es liegt eine Iliosakralgelenk-Blockade rechts vor, Uterus und Blase sind nach anterior geneigt, zu beobachten sind ein Verschiebeschmerz nach kranial und eine Abwehrspannung. An BWS und LWS liegen keine pathologischen Befunde vor. L3 als Punkt auf der zentralen Schwerkraftlinie kommt besondere Aufmerksamkeit zu, die untere BWS und die LWS sind entscheidend für die nervale und vaskuläre Versorgung der Beckenorgane.

Vor der **Korrektur der ISG-Blockade** wurde mithilfe der Technik der venösen Sinus nach Fryman die **Vitalität verbessert**. Anschließend wurden die **Positionen von Blase und Uterus** mit dem Ecoute-Test kontrolliert. Eine veränderte Lage des Uterus kann zu Zirkulationsstörungen mit verminderter Perfusion oder Stauung des Blutflusses führen und ursächlich für die Menstruationsbeschwerden sein. Eine Repositionierung des Uterus in Rückenlage der Patientin über eine Inhibition von Lig. teres uteri und Lig. latum sowie die Behandlung der vesikouterinen Faszie mit einer Induktionstechnik [12] führte zu keiner zufriedenstellenden Korrektur der Positionierung und Mobilität des Uterus und der Blase. Eine die Motilität verbessernde Technik, wie sie Barral [13] beschrieben hat, bei der eine Hand flach auf dem Bauch der Patientin und eine Hand am Os sacrum liegt, verringerte den Verschiebeschmerz. Nach **Behandlung des Zwerchfells** wurde zur Integration ein Core link (Duraschaukel) angewandt und ein Folgetermin nach der nächsten Mens vereinbart.

2. Behandlung

Bei der 2. Konsultation berichtete die Patientin über eine deutliche Verbesserung ihres Schlafs, an den **Regelschmerzen** hatte sich jedoch **nichts geändert**. Bei der Untersuchung fanden sich keinerlei Blockaden und ein kräftiger kranialer PRM, allerdings war die Beckensphäre gestaut und avital. In der Zwischenzeit war erneut eine Zystitis aufgetreten, die vom Hausarzt nach Urinuntersuchung (Nitrit und Leukos + + +) antibiotisch therapiert wurde.

In dieser Behandlungseinheit wurde der komplette **Aufhängeapparat** des **Uterus** und der **Adnexe** [14] von extern sowie die **zentrale Kette** nach Philippe Druelle behandelt. Auch am Ende dieser Behandlung war keine zufriedenstellende Mobilität und Positionierung des Uterus und der Blase zu spüren, allerdings ein deutlich kräftiger PRM. Dennoch wurde nach Rücksprache auch mit der Mutter, die auf Wunsch der Patientin stets dabei war, eine gynäkologische Abklärung empfohlen.

Gynäkologische Untersuchung

Die gynäkologische Untersuchung zeigte, dass das Mädchen eine **Klitorektomie** mit Entfernung der kleinen Schamlippen erlitten hatte (FGM Typ 2) und dabei die distale Urethra und das Perineum verletzt worden waren. Seine Beschwerden waren Folge des fibrosierten Narbengewebes und einer kleinen urethrovaginalen Fistel. Auf Nachfrage gab die Mutter zu, dass sie ihre Tochter im Alter von 15 Jahren in Nigeria auf Druck der Familie einer Beschneiderin zugeführt hatte. Da sie ihren anderen Töchtern dieses Leid ersparen wollte, hatte sie mit diesen Nigeria Richtung Europa verlassen.

Nach einer **chirurgischen Sanierung** der Fistel und einer **postoperativen osteopathischen Behandlung** hatte sich die Schmerzsymptomatik deutlich gebessert, die verlän-

gerte Blutungszeit wieder auf 4 Tage eingependelt. Eine Harninkontinenz hatte die Patientin stets verneint.

Eine **Traumatherapie** für das Mädchen und die Mutter, ebenfalls vom Typ 2 beschnitten und sexualisierter Gewalt auf der Flucht ausgesetzt, konnte über Refugio (www.refugio-muenchen.de) organisiert werden.

Aspekte der weiblichen Genitalverstümmelung

Die weibliche Genitalverstümmelung hat keinerlei gesundheitliche Vorteile für die betroffene Frau, aber zahlreiche zum Teil lebenslang anhaltende Nachteile. Diese betreffen nicht nur körperliche Verletzungen, sondern das gesamte weitere Leben der Betroffenen. Die FGM legt ihre Zukunft in der Gesellschaft als Ehefrau und Mutter fest und das bedeutet das Ende ihrer Schul- bzw. Ausbildung (unabhängig vom Lebensalter). Der Ehemann bestimmt ab nun über die Frau. Polygamie, Kinderehe und Teenagerschwangerschaft sind Alltag. Die FGM kann eine Vielzahl an akuten und chronischen Problemen nach sich ziehen und sollte je nach Hintergrund der Patientinnen nicht nur bei Menstruationsbeschwerden, sondern auch bei z. B. rezidivierenden Entzündungen im Beckenbereich, unerfülltem Kinderwunsch, Dyspareunie und Schmerzen unklarer Genese in der Schwangerschaft in Betracht gezogen werden.

Klassifikation der WHO

Als FGM werden alle Eingriffe und Veränderungen am weiblichen Genitale bezeichnet, die ohne medizinische Indikation vorgenommen werden. Laut WHO unterscheidet man **4 Typen der FGM** (► Abb. 1):

- **Typ 1:** partielle oder vollständige Entfernung der Klitoris und/oder der Klitorisvorhaut (Klitoridektomie)
- **Typ 2:** partielle oder vollständige Entfernung der Klitoris und der kleinen Schamlippen, mit oder ohne Entfernung der großen Schamlippen (Exzision)
- **Typ 3:** Verengung der Vaginalöffnung mit Herstellung eines bedeckenden, narbigen Hautverschlusses nach Entfernen der kleinen und/oder großen Schamlippen durch Zusammenheften oder -nähen der Wundränder, meistens mit Entfernung der Klitoris (Infibulation oder pharaonische Beschneidung). Die zusammenge wachsene Öffnung muss für Geschlechtsverkehr und Geburt geöffnet werden (Defibulation).
- **Typ 4:** zusätzlich zu den Maßnahmen von Typ 3 alle anderen schädigenden Eingriffe, welche die weiblichen Genitalien verletzen und keinem medizinischen Zweck dienen, z. B. Einstechen, Durchbohren, Einschneiden, Ausschaben, Ausbrennen oder Verätzen, Dehnen

Menschenrechtsverletzung

In Deutschland leben geschätzt knapp 103947 bereits von weiblicher Genitalverstümmelung betroffene Frauen, 17271 Mädchen gelten als gefährdet [6].

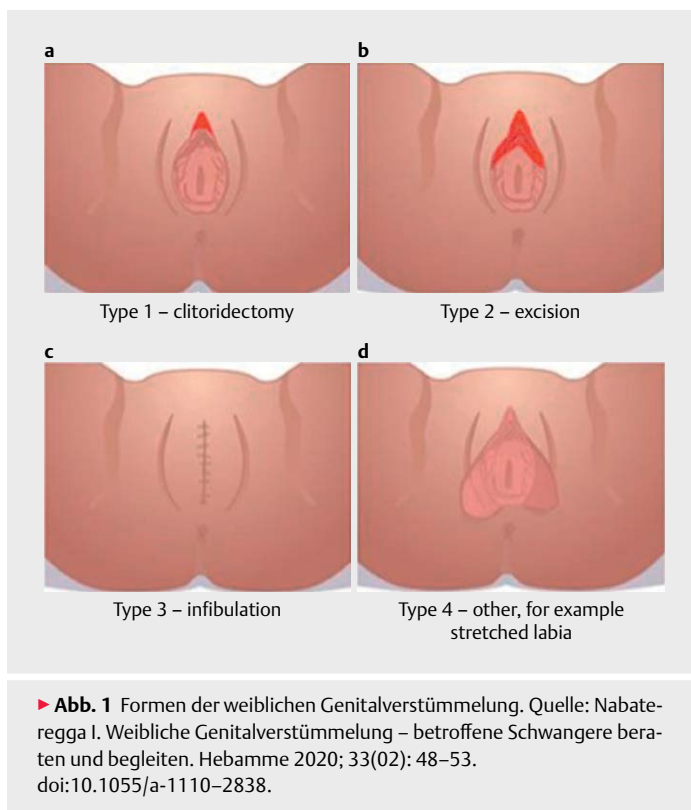
Trotz zahlreicher Aufklärungskampagnen und gesetzlicher Verbote werden Mädchen in den FGM praktizierenden Gesellschaften, die meist nach sehr traditionellen Ritualen organisiert sind, zu **Beginn der Pubertät** beschnitten, um einen Übergang vom Kind zur erwachsenen Frau zu markieren. Damit einhergehend darf das Mädchen nun verheiratet werden, oft erhält die Familie einen Brautpreis. Keine der großen Religionsgemeinschaften verlangt die weibliche Beschneidung, die Herkunft dieses grausamen Rituals ist unklar. Beschnittene Frauen gelten in FGM-praktizierenden Gesellschaften als rein, fleißig, treu und fruchtbar, beschnittene Genitalien als schön. Die Beschneidung soll zudem die Jungfräulichkeit bis zur Hochzeitsnacht garantieren. Unbeschnittenen Frauen werden Eigenschaften wie Faulheit, Unfruchtbarkeit oder Promiskuität zugeschrieben und sie finden nur schwer soziale Akzeptanz in ihrer Community. Von Diasporagemeinden, also Familien mit demselben Identitätshintergrund, die im Ausland gut miteinander vernetzt leben, weiß man, dass sie Traditionen und Bräuche wahren. Da die weibliche Genitalverstümmelung für die Zugehörigkeit der Töchter zur Gemeinschaft und für die Geschlechterrollenbilder (und dadurch für Familiengründung und Fortbestehen der eigenen Gruppe) wichtig zu sein scheint, wird sie weiter praktiziert. Die soziale Akzeptanz innerhalb der praktizierenden Gruppe, die oft mangelnde Integration bis hin zur jüngsten Generation in die Mehrheitsgesellschaft und die Tabuisierung, schützen vor Entdeckung und Strafverfolgung [6].

Weltweit ist FGM als **schwerwiegender Eingriff** in die **körperliche Unversehrtheit** als **Menschenrechtsverletzung** geächtet und erfüllt in Deutschland seit 2013 einen eigenen **Straftatbestand** (§ 226a StGB), der mit bis zu 15 Jahren Haft bestraft werden kann. Um sog. Ferienbeschneidungen im Heimatland zu verhindern, wird auch die Verstümmelung eines in Deutschland lebenden Mädchens im Ausland geahndet, selbst die Kenntnis darüber oder die Organisation einer Beschneidung sind strafbar ■ **Abb. 2.**

Komplikationen

FGM wird von sozial sehr angesehenen Beschneiderinnen meist unter katastrophalen hygienischen Bedingungen ohne Anästhesie oder Analgesie durchgeführt. Zum Einsatz kommen verschiedene Werkzeuge wie Rasierklingen, Messer oder Glasscherben. Eine anschließende adäquate Wundversorgung gibt es in der Regel nicht.

Da die Beschneiderinnen i.d.R. keinerlei medizinische oder anatomische Vorbildung haben und sich die Mädchen körperlich mit allen Kräften wehren, werden häufig benachbarte Strukturen wie Harnleiter, Blase, Vagina oder Darm verletzt. Auch von Frakturen der Rippen oder der Klaviku-



la wird berichtet. **Akut gefährdet** sind die Mädchen durch arterielle Blutungen, Infektionen bis hin zur Sepsis, Tetanus und Hypotonie. HIV wird oft über das Schneidewerkzeug übertragen. Die Liste der **Langzeitkomplikationen** ist lang und hängt vom Beschneidungstyp ab – aufgeführt sind z. B. Beeinträchtigung durch Wundheilungsstörungen, Narbenbildung bis zu Synechien der Labien, Abszessen, Fistelbildung, Miktionsstörungen, Menstruationsproblemen, Komplikationen in der Schwangerschaft und perinatal. Die Genitalverstümmelung kann ein schwerwiegendes Trauma hinterlassen: Gewalt und Schmerz, aber auch der Verrat durch die eigene Mutter und nahe Angehörige, die dieses unmenschliche Ereignis zugelassen haben, sind zutiefst verstörend für ein Kind. Ein befriedigendes Sexualleben ist für viele Betroffene unmöglich, und da das Opfer oft Scham empfindet, wird das Thema auch innerhalb der weiblichen Gruppe nicht angesprochen, sondern tabuisiert. Zur Sterblichkeit gibt es aufgrund der hohen Dunkelziffer keine verlässliche Aussage.

Umgang mit betroffenen Mädchen und Frauen

Beim Umgang mit betroffenen Mädchen und Frauen sollte man sehr respektvoll, umsichtig und sensibel sein. Ein geschützter, ruhiger Raum für Anamnese und Behandlung sind unerlässlich. Keinesfalls darf man die Patientin bedrängen, mehr über die Beschneidung und ihre Folgen zu berichten, als sie an diesem Tag preisgeben möchte.

Genauso wenig sollte man das Gehörte bewerten oder sein Entsetzen kundtun. Bei der Befundung und Behandlung darf die Patientin selbstverständlich bekleidet bleiben, die Anwendung interner Techniken ist obsolet.

Wie immer bei der Arbeit mit traumatisierten Patienten sollte man vorbereitet sein, falls es zu einer starken emotionalen Reaktion während der Behandlung kommt [7]. Sachliche Informationen zu Spezialsprechstunden, operativen Korrekturmöglichkeiten, Psychotherapieangeboten oder Selbsthilfegruppen helfen den Patientinnen, den für sie besten Weg zu finden, mit FGM umzugehen [8, 9].

Autorinnen/Autoren



Christine Bauer

ist Ärztin und Osteopathin (DOK) und hat sich 2007 mit einer Osteopathiepraxis für Kinder und Mütter selbstständig gemacht. Seit 2011 arbeitet sie jedes Jahr einige Wochen für Divinity Foundation in Kenia, wo sie Erfahrungen mit genitalverstümmelten Patientinnen sammeln konnte. 2016 hat sie eine ehrenamtliche Sprechstunde für geflohene Frauen und Kinder in München initiiert und betreut in Kooperation mit Dr. Eiman Tahir (Gynäkologie) von FGM betroffene Frauen. Sie ist Co-Autorin der Checkliste Kinderosteopathie.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Christine Bauer DO
Osteopathie für Kinder
Münchner Str. 26
81379 München
Deutschland
Kinderosteopathie.bauer@web.de

Literatur

- [1] United Nations Population Fund (UNFPA). Accelerating change. UNFPA-UNICEF Joint Programme on the Elimination of Female Genital Mutilation. Annual Report 2018 www.unfpa.org/fgm-annual-report#/intro; Stand: 20.12.2022
- [2] von Fritschen U, Strunz C, Scherer R. Female genital mutilation: medizinische Beratung und Therapie genitalverstümmelter Mädchen und Frauen. Berlin: De Gruyter; 2020
- [3] von Saldern C. Female Genital Mutilation: Sprechstunde für Frauen und Mädchen mit Female Genital Mutilation in der Münchner Universitätsfrauenklinik Rechts der Isar. Bayerisches Ärzteblatt 2022; 5: 232–233

- [4] Deutscher Bundestag – Wissenschaftliche Dienste. Sachstand zur Praktizierung weiblicher Genitalverstümmelung in Deutschland, wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestag, WD9-3000-098120, 4.12.20 www.bundestag.de/resource/blob/816846/c8cb7909b38ac1e42efae18fc586c14/WD-9-098-20-pdf-data.pdf; Stand: 20.12.2022
- [5] Gruber F, Kulik K, Binder U. Studie zu weiblicher Genitalverstümmelung. Tübingen: Terre de Femmes 2005; 25–30
- [6] Terre des Femmes – Pressemitteilung vom 6.10.2022 Dunkelzifferschätzung zur weiblichen Genitalverstümmelung in Deutschland. Berlin: Pressemitteilung Terre de Femmes; 2022
- [7] Heuer I, Thann M. Traumasensible Vorgehensweise in der osteopathischen Praxis. DO 2022; 20: 4–10
- [8] Zerm C, Kentenich H. Empfehlung für den Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung. Berlin: Bundesärztekammer; 2016
- [9] Kentenich H, Utz-Billing I. Weibliche Genitalverstümmelung: Lebenslanges Leiden. Deutsches Ärzteblatt 2006; 103: A842–A845
- [10] Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ). Weibliche Genitalverstümmelung – der Beitrag der deutschen Entwicklungspolitik zur Überwindung dieser Menschenrechtsverletzung an Mädchen und Frauen. BMZ-Strategiepapier 2. Bonn BMZ; 2015
- [11] Jirovsky-Platter E. Weibliche Genitalverstümmelung (FGM) – ein Überblick für Hausärzt*innen aus medizinanthropologischer Perspektive. ZFA 2021; 1: 10–16
- [12] Paoletti S. Faszien. Anatomie, Strukturen, Techniken, spezielle Osteopathie. 2. Aufl. München: Elsevier; 2011
- [13] Barral J-P, Mercier P. Lehrbuch der viszeralen Osteopathie. Band 2. München: Elsevier; 2005
- [14] Wagner G. Spezielle Überlegungen zu weiblichen geschlechtsspezifischen Organen. In: Riedl KH, Schleupen A. Osteopathie in der Frauenheilkunde. München: Elsevier; 2010
- [15] Nabaterega I. Weibliche Genitalverstümmelung – betroffene Schwangere beraten und begleiten. Hebamme 2020; 33: 48–53

Bibliografie

DO – Deutsche Zeitschrift für Osteopathie 2023; 21: 1–5
DOI 10.1055/a-1996-7101
ISSN 1610-5044
© 2023. Thieme. All rights reserved.
Georg Thieme Verlag, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany

ZUSAMMENFASSUNG

Durch anhaltende Migrationsbewegungen hat das Thema der weiblichen Genitalverstümmelung (FGM, female genital mutilation) auch in Europa an Bedeutung gewonnen. Umso wichtiger ist es, zu den verschiedenen Aspekten dieser frauenverachtenden Praxis gut informiert zu sein, um die Mädchen und Frauen ganzheitlich fachlich qualifiziert beraten und behandeln zu können. Osteopathie ist eine sanfte und respektvolle Möglichkeit, viele der strukturellen Komplikationen einer Genitalverstümmelung zu behandeln. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit FGM-geschulten Gynäkologinnen und Traumatherapeuten wird dringend empfohlen.

Key words

Weibliche Genitalverstümmelung, FGM, Osteopathie, Menstruationsbeschwerden, unerfüllter Kinderwunsch, rezidivierende pelvine Infektionen, Schwangerschaftskomplikationen, Trauma, Uterusanteversion