

Leitfaden

zum

**Respektvollen Umgang mit Patient:innen in Praxis
und Klinik in der Gynäkologie und Geburtshilfe**

Inhalt

Einleitung	4
I. Allgemeiner Teil - Aufklärung der Patient:innen und Sensibilisierung der Untersuchenden – wichtige Ansatzpunkte für einen respektvollen Umgang	5
Diskriminierung / Wertung	6
Ärztliche Selbstreflexion über die Beziehungs-Situation: Asymmetrie und Intimität	7
Asymmetrie.....	7
Intimität	8
Organisation	8
Sprachbarrieren	8
Datenschutz	8
Zeitmanagement.....	9
Aus- und Weiterbildung.....	9
Kommunikation	9
Vorgespräch.....	9
Indikation.....	9
Informed consent	10
Evidenzbasierte Information und Beratung über Nutzen der Untersuchung versus Risiko bei Unterlassung.....	10
Thema Sexualität	10
Abklärung von Ängsten und möglichen Gewalterfahrungen	11
Nachbesprechung.....	13
Erklärung der weiteren Diagnostik und Therapie im Sinne von Shared Decision Making	13
Umfassende Dokumentation und Mitgabe von Informationsmaterial.....	13
II. Praktischer Teil:	15
Besonderheiten der vaginalen Untersuchung in Praxis und Klinik	15
Privatsphäre - Räumlichkeiten und Ungestörtheit	15
Kultursensible Aspekte	15
Equipment	15
<i>Untersuchung</i>	16
<i>Erklären der Untersuchungsschritte</i>	16
<i>Mimik und Sprache während der Untersuchung</i>	16
Besonderheiten der ärztlichen Visite in der Klinik	17

Atmosphäre und Umgebungsfaktoren	17
Respektvoller Umgang im Operationssaal	18
Lagerung zur Operation	18
<i>Respektvoller Umgang in der Geburtshilfe</i>	19
Welche Aufgaben stellen sich?	19
Besonderheiten der geburtshilflichen Untersuchung	20
Kommunikation rund um Interventionen	20
Verpflichtung zur Nachbesprechung	21
Beteiligte Autor:innen	22
Literatur.....	23
Allgemeiner Teil	23
Praktischer Teil.....	24
Geburtshilflicher Teil	25

Einleitung

Respektvoller Umgang miteinander ist der wesentliche Schritt, um Gewalt zu verhindern.

Eine Gesundheitsversorgung, die diskriminierungssensibel und inklusiv ist, ermöglicht es allen Patient:innen gesundheitliche Hilfe aufzusuchen, wenn sie darauf angewiesen sind. In der Gesundheitsversorgung ist kaum ein medizinischer Bereich so intim wie das Fachgebiet der Gynäkologie und Geburtshilfe. Versorgungsmaßnahmen bedürfen hier besonderer Aufmerksamkeit, damit Fehleinschätzungen und Missverständnisse bis hin zu Grenzüberschreitungen, Diskriminierung, Herabwürdigung oder Gewalterfahrung im medizinischen Bereich vermieden werden.

Der vorliegende Leitfaden hat das Ziel, die Diskrepanz im Erleben von Patient:innen und Untersuchenden wahrzunehmen und das Bewusstsein und die Wahrnehmung für verschiedene Formen von Diskriminierung, Stigmatisierung und Benachteiligung zu schärfen. Sie möchte Formen einer Kommunikation und einem Umgang befördern, die respektvoll sind und zur Prävention von negativen Erfahrungen und Traumatisierung im Kontext der Gynäkologie und Geburtshilfe beitragen.

Auf das Recht jeder Frau auf eine würdevolle und wertschätzende Gesundheitsversorgung machte die World Health Organization (WHO) 2014 mit einer Erklärung aufmerksam. Studien und Berichte dokumentieren weltweit, dass Gebärende u.a. im Rahmen der Geburtshilfe sowie außerhalb von geburtshilflichen Einrichtungen unzureichenden Respekt, Grenzüberschreitungen und seelische und körperliche Traumatisierungen erfahren. Dies kann auf unterschiedlichen Ebenen vorkommen: Aspekte von Respektlosigkeit und Gewalterfahrungen treten sowohl auf Interaktionsebene zwischen der Patient:in und den sie Betreuenden auf als auch durch systemisches Versagen auf Ebene der Gesundheitseinrichtung und des jeweiligen Gesundheitssystems (1). Die Erklärung der WHO ruft zu einem vermehrten Engagement, mehr Dialog, Forschung und Fürsprache im Hinblick auf dieses gravierende Problem der öffentlichen Gesundheit und der Menschenrechte auf.

I. Allgemeiner Teil

Aufklärung der Patient:innen und Sensibilisierung der Untersuchenden – wichtige Ansatzpunkte für einen respektvollen Umgang

Die Berücksichtigung von Individualität und Diversität sind Grundlagen für einen respektvollen und wertschätzenden Umgang. Wichtig sind Begegnung und Kommunikation unter Einbezug von Gendersensibilität sowie inklusiven und transkulturellen Aspekten. Es gibt viele Personen, die eine Untersuchung durch eine Gynäkologin/einen Gynäkologen in Anspruch nehmen wollen. Für andere ist die Untersuchung unangenehm bis schmerzhaft und/oder mit Gefühlen von Scham und Angst verbunden (Beckermann 2004, Begenau 2010, Güneş / Karaçam 2017, Gras 2019). Bei einem Teil der Patient:innen sind zurückliegende Gewalterfahrungen zu erwarten. Zur Gestaltung des Untersuchungsablaufes gehören neben dem rein medizinischen Fachwissen auf ärztlicher Seite auch Feingefühl, Selbstreflexion sowie kommunikative Kompetenz.

Auch organisatorische Aspekte, Räumlichkeiten, Equipment und Zeitmanagement können einen Einfluss auf die Behandlungsqualität, das Erleben und die Bewertung der Versorgungssituation durch Patient:innen haben.

Adäquate Aufklärungsgespräche sollen Patient:innen informieren und in die Lage versetzen, eine aufgeklärte Entscheidung treffen zu können. Ziel ist es, unseren Patient:innen möglichst viel Wissen über Gesundheit und Krankheit zu vermitteln und zu ihrem Empowerment beizutragen.

Sowohl im Hinblick auf die Gesprächssituation als auch bei der gynäkologischen Untersuchung sollte es das Ziel sein, einen von der Patient:in eher passiv erlebten oder erwarteten Ablauf zu einem aktiv stärkenden Prozess werden zu lassen, den die Patient:in als gesundheitsfördernd abspeichert. Die Regelmäßigkeit, mit der wir Gynäkolog:innen auf Patient:innen treffen und sie durch das Leben begleiten, gibt uns die Möglichkeit, dieses Zusammentreffen von Anfang an so zu gestalten, dass jede Patient:in diese Versorgungssituation als vertrauensvoll und selbstbestimmt bewertet.

Sprache schafft Realität, daher ist es gerade in der Medizin wichtig, allen Menschen auch Platz in unserer Sprache einzuräumen. Nicht alle Personen, die in eine gynäkologische Praxis kommen, identifizieren sich als Frau. Mit dem Begriff Patient:innen sind alle Personen gemeint, die eine gynäkologische Praxis/Klinik aufsuchen, sei es zur Beratung, zur Untersuchung oder zur Behandlung. Bei der Verwendung des Begriffs „Patient:in“ wird akzeptiert, dass diese Bezeichnung für einige Menschen eine Assoziation zur Krankheit beinhaltet. Diese Assoziation ist in der Gynäkologie häufig nicht vorhanden, zum Beispiel bei der Beratung zur Kontrazeption, bei Früherkennungsuntersuchungen oder auch bei der Betreuung in der Schwangerschaft und unter der Geburt.

Diskriminierung / Wertung

Diskriminierung und Angst vor wertender oder herabwürdigender Behandlung kann dazu führen, dass der Kontakt zu Ärzt:innen gemieden wird (Hädicke / Wiesemann 2021). Das Wissen darum sollte in allen gynäkologischen Praxen und Abteilungen präsent sein und von allen Beteiligten berücksichtigt werden. Dabei geht es zum Beispiel um Menschen, die sich außerhalb des eigenen vordefinierten Wertesystems befinden oder eine andere Meinung zu medizinischen und fachlichen Themen haben.

Konkret vermindert oder vermieden werden können Diskriminierung und undifferenzierte Wertung durch die Auseinandersetzung des gesamten Teams mit folgenden Themen:

- a. **Physischer, psychischer und sexualisierter Gewalt als gesellschaftlich relevantem und weit verbreitetes Phänomen.** Eine Fortbildung des Teams für die Wahrnehmung von Hinweisen für emotionale Betroffenheit / Angst / Gewalterfahrung und für die entsprechende Kommunikation kann die Schlüsselfunktion von Gynäkolog:innen gerade im Kontext von häuslicher Gewalt vergegenwärtigen (Schumann 2020). Poster, z.B. zum „Hilfetelefon Gewalt gegen Frauen“ oder ähnliche Hilfsangebote, die im Wartebereich platziert werden, können signalisieren, dass das Thema Gewalt bekannt und ansprechbar ist. Entsprechende Info-Kärtchen könnten in den Toilettenräumen ausgelegt werden, um ein diskretes Einstecken zu ermöglichen.
- b. **Diskriminierung von Menschen mit Behinderung (Ableismus) und von alten Menschen (Ageismus).** Barrierefreiheit sollte in allen Praxen und Ambulanzen, wenn technisch möglich, angestrebt werden. Bei Bedarf sollten entsprechende Optimierungen implementiert werden. Praxis und Untersuchungsräume sollten für Rollstuhlnutzer:innen, für ältere/gebrechliche Personen zugänglich sein; Dokumente auch in leichter Sprache sind hilfreich; adäquate Zeitfenster sollten im Terminkalender eingeplant werden.
- c. **Diskriminierung von lesbischen, trans-, inter-, nichtbinären Personen in der Medizin** und Umstellung der cis-sexistischen bzw. binären Geschlechterwahrnehmung, um Inklusion zu ermöglichen. Beispiele: Nicht automatisch nach dem Ehemann/ Partner, sondern nach nahestehenden Personen oder Angehörigen fragen; außer ‚weiblich‘ auf Formularen wie dem Anamnesebogen auch andere Möglichkeiten vorgeben; im Einzelfall situativ erfragen, wie jemand angesprochen werden möchte. In öffentlichen Räumen (Flur/Wartezimmer) kann durch entsprechende Plakate und Informationsmaterialien Offenheit für Themen rund um Genderidentität und sexuelle Orientierung LGBTQIA+ (lesbisch, schwul (gay), bisexuell, trans, queer/questioning, intersexuell, asexuell) signalisiert werden
- d. **Gewichtsdiskriminierung.** Praxen/Ambulanzen sollten auch für mehrgewichtige Personen als gut zugänglich gestaltet werden. Beispiel: Der gynäkologische Stuhl sollte für mehrgewichtige Menschen ausgelegt sein; Vorhaltung breiterer Manschetten für die Blutdruck-Messung; vor einem potentiellen Wiegen nachfragen, ob eine Gewichtsmessung akzeptabel ist; keine wertenden Kommentare über das Gewicht.
- e. **Strukturellen Rassismus sowie Antisemitismus im Bereich der Medizin,** um der Ausgrenzung von ethnischen oder religiösen Diversitäten und den damit

verbundenen negativen Auswirkungen im Gesundheitswesen entgegenzuwirken (Gießelmann 2022). Zusätzlich hilfreich für die ärztliche Haltung ist die Auseinandersetzung mit Unter-, Über- und Fehlversorgung von Migrant:innen (Borde und David 2003).

- f. **Abwertenden oder moralisierenden Beurteilungen im gynäkologischen Kontext** z.B. über Sexarbeiter:innen, Drogenkonsument:innen, HIV-positiven Menschen. Beispiel: Signum der „Aktion Stöckelschuh“ sichtbar anbringen (dieser Aufkleber signalisiert, dass Sexarbeiter:innen in der Praxis willkommen sind und professionelle Betreuung erwarten können (Langanke / Kimmich-Laux 2017).
- g. **Klassismus als Diskriminierung von Personen aufgrund ihrer sozialen Herkunft und/oder Position.** Beispiele: keine (ab)wertenden Kommentare über Kleidung oder Körperpflege von Patient:innen, transparente Kommunikation zu möglichen zusätzlichen Kosten bspw. bei sogenannten individuellen Gesundheitsleistungen.

Ärztliche Selbstreflektion über die Beziehungs-Situation: Asymmetrie und Intimität

Asymmetrie

Vor dem Hintergrund von fachlicher Kompetenz und Autorität der Ärzt:innen besteht eine für die Medizin typische asymmetrische Beziehungssituation zwischen Ärzt:innen und Patient:innen. Zur ärztlichen Betreuung gehört es, sich dieser fundamentalen Asymmetrie bewusst zu sein und sie in der Gesprächs- und Untersuchungssituation zu berücksichtigen. Die Situation der gynäkologischen Untersuchung kann die Wahrnehmung von Asymmetrie bei Patient:innen verstärken. Während diese Untersuchung für Ärzt:innen zur alltäglichen medizinischen Routine gehört, können sich Patient:innen in der Untersuchungsposition exponiert erleben, die Position kann mit Gefühlen von Scham bis hin zur Hilflosigkeit und Bloßstellung assoziiert sein.

Mangelhafte oder fehlende Informationen und ein gesellschaftliches Tabu bei gynäkologischen Themen führen bei Patient:innen oft zu falschen Vorstellungen oder Nicht-Wissen und in der Konsequenz zu Verunsicherung. Das Entblößen der Brüste und vor allem des Unterleibs kann für Patient:innen mit großem Scham besetzt sein. Gerade die vaginale digitale Palpation ist ein „Eingriff“ in den Körper. Das kann ebenso wie das Einführen der US-Sonde als invasiv erlebt werden. Unsicherheit, Ängste und Unbehagen können Verkrampfung und/oder Schmerzen bei der Untersuchung verstärken. Nicht alle Patient:innen haben die Möglichkeit, die Asymmetrie für sich aufzuheben oder auch empfundenen Unbehagen bis hin zu Gewaltempfinden zu erkennen und/oder kritisch anzusprechen.

Im Spannungsfeld alltäglicher Routine ist eine Selbstreflektion der Behandelnden erforderlich, welche die strukturell-bedingte Asymmetrie oder Machtposition umfasst. (gynecologie suisse.Richtlinie 2011). Eine ärztliche Haltung, welche die Gefühle der Patient:innen respektiert, sie nicht wertet sowie Patient:innen verständlich informiert und ihre Bedürfnisse ernst nimmt, kann zu mehr Symmetrie in der Arzt:in-Patient:innen-Beziehung beitragen. Ziel ist es, dass Patient:innen nicht in ihrer Würde verletzt werden und dass sie durch einen besseren Wissensstand und mehr Kompetenz darin gestärkt werden, Einfluss

auf Art und Umfang der Untersuchung zu nehmen. Entsprechend geeignete Informations-Broschüren können eine zusätzliche Unterstützung bieten.

Intimität

Bei aller professionellen Distanz ist die Nähe zu Intimität und Sexualität bei der gynäkologischen Untersuchung offensichtlich. Das gilt für beide Seiten: Die Untersuchungssituation kann nicht nur bei den Patient:innen, sondern auch bei den Fachleuten, Frauenärzten wie Frauenärztinnen, Gefühle von Scham ebenso wie von Erotik auslösen (Kastendieck 1997), die von Beteiligten zumeist mehr oder weniger bewusst abgewehrt oder ganz verdrängt werden können. Besonders für Ärzt:innen gilt es, eigene Gefühle zu reflektieren und bewusst damit umzugehen. Die Psychoanalytikerin V. Frick-Bruder hat als Ziel formuliert: „Wenn es gelingt, die erotischen Gefühle und Empfindungen, die in der Begegnung mit der Patient:in ausgelöst werden, zu fühlen ohne handeln zu müssen, können sie in einem guten diagnostischen und therapeutischen Sinn wirksam werden für beide Seiten“ (Frick-Bruder 1997). Sexuelle Übergriffe durch Ärzt:innen in der Praxis kommen nachweislich vor, dies betrifft alle Fachgebiete der Medizin. Dass es sie auch in der Gynäkologie gibt, ist bekannt (Schmidt 2021 BGH-Urteil), das Ausmaß der Grenzüberschreitungen ist unbekannt. Vor diesem Hintergrund hat die Richtlinie der gynécologie suisse/Schweizer gynäkologischen Gesellschaft mit dem Titel „Sexuelle Übergriffe in der Arztpraxis“ formuliert: „Die gynäkologische Untersuchung ist prädisponierend für Grenzverletzungen“. Unsere Stellungnahme versucht mit diesem Thema professionell umzugehen, um sowohl die Ärzteschaft als auch Patient:innen für diese Problematik zu sensibilisieren.

Organisation

Sprachbarrieren

Bestehen Sprachbarrieren, haben Patient:innen Anspruch auf Dolmetscherdienste; das gilt auch für gehörlose Personen. Es geht darum, dass die kommunizierten Inhalte korrekt und vollständig übersetzt werden und der Datenschutz gewahrt ist. Die zeitnahe Organisation eines Dolmetscherdienstes inkl. Regelung der Kostenübernahme können im klinischen Alltag schwierig zu organisieren sein. Mögliche Alternative sind die webbasierte Kommunikation (www.zanzu.de, google translator) oder telefonische/online Dolmetscher:innendienste (triaphon). Angehörige, vor allem Kinder, sollten nur in Ausnahmefällen medizinische Gespräche übersetzen.

Datenschutz

Auch wenn der Datenschutz prinzipiell für jede ärztliche Praxis gilt, sollte er in der gynäkologischen Praxis besonders sorgfältig beachtet werden: Gerade gynäkologische Themen wie die „Pille danach“, (ungewollte) Schwangerschaft, sexuell übertragbare Infektionen können sehr „intim“ sein. Der Anmeldebereich sollte entsprechend möglichst gut abgegrenzt und vor „fremden Ohren“ geschützt sein.

Zeitmanagement

Ziel sind verlässliche Wartezeiten ebenso wie möglichst stressfreie Begegnungen. Ein gutes Einbestellmanagement mit unterschiedlich langen Terminfenstern ist extrem hilfreich, z.B. mit längeren Terminen bei neuen Patient:innen, Karzinomnachsorgen, Diagnosebesprechungen nach Krankenhausentlassungen, bei älteren oder behinderten Patient:innen und kürzeren Zeitfenstern bei Kontroll- oder Krebs-Früherkennungsuntersuchungen. Gesonderte Terminfenster sollten für Notfallbehandlungen und sexualtherapeutische Gespräche angestrebt und mit dem Team erarbeitet werden. Pausen für Ärzt:innen und das gesamte Team müssen eingeplant werden. Bei unerwartetem Gesprächsbedarf sollte man sich das Thema berichten lassen, die Wichtigkeit einschätzen und benennen und einen neuen Termin zur weiteren Besprechung anbieten.

Aus- und Weiterbildung

Während der ärztlichen Aus- und Weiterbildung gibt es Situationen, in denen Medizinstudierende oder Ärzt:innen Eingriffe und Untersuchungen lernen bzw. üben müssen. Der Umgang damit ist eine der Medizin inhärente ethische Frage. Patient:innen müssen vorab über das Lernen und Üben von bestimmten Eingriffen und Untersuchungen aufgeklärt werden. Eine ausdrückliche Zustimmung muss eingeholt werden.

Kommunikation

Vorgespräch

Eingerahmt durch ein konzentriertes Vor- und Nachgespräch, in dem ausreichend Platz für Fragen und Vorschläge ist, erhält die Untersuchungssituation für Patient:innen einen überschaubaren und kontrollierbaren Rahmen. Das Vorgespräch spielt eine wichtige Rolle für einen guten Ablauf der Begegnung. Der Umfang des Vorgesprächs ist abhängig:

- von der Situation (Früherkennung oder Beschwerden?)
- von der Beziehung (neue/r Patient:in – seit Jahren bekannt)

Manche Themen sind vor allem beim ersten Kontakt mit Patient:innen wichtig und erübrigen sich später, manches wird wiederholt oder erst bei späteren Kontakten zum Thema. Was und wann angesprochen wird, hängt von der individuellen Situation und dem Bedarf ab.

Indikation

Für jeden einzelnen Teil der Untersuchung und der Behandlung sollte es eine eigene Indikation mit relevanter Konsequenz für die Untersuchte geben. Dabei können Inspektion, Palpation und Sonographie gesondert betrachtet werden.

Da evidenzbasierte Studien zur Effektivität der bimanuellen Palpation fehlen (ACOG Committee 2018, Evans et al. 2019), ist der Anspruch an die Indikation für diese

Untersuchung hoch. Das gilt besonders für alle Screening-Untersuchungen ohne Beschwerden, sei es in der Schwangerschaft oder zur Krebs-Früherkennung.

Nicht bei jeder Konsultation – wie z.B. bei der Verschreibung von oralen Kontrazeptiva, bei unkomplizierten Schwangerschaften – ist eine vaginale Untersuchung notwendig. Wenn die Patient:in diese trotzdem explizit wünscht, sollte das mit ihr erörtert und abgesprochen werden.

Informed consent

Vor jeder Untersuchung ist es wichtig, den Grund der Konsultation und evtl. bestehende Beschwerden zu erfragen. Bei jeder Untersuchung geht es ebenso wie vor jedem diagnostischen und therapeutischen Eingriff um den „informed consent“: Ist überhaupt eine Untersuchung erforderlich – und wenn ja: welche? Je nach Situation sollte den Patient:innen klar sein, was auf sie zukommt, oder auch, warum eine Untersuchung nicht erforderlich ist. Gerade letzteres führt nicht selten zu Nachfragen, zum Beispiel, wenn bei der Schwangerschaftsvorsorge nicht vaginal untersucht wird.

Evidenzbasierte Information und Beratung über Nutzen der Untersuchung versus Risiko bei Unterlassung

Wenn Patient:innen trotz bestehender ärztlicher Indikation eine Untersuchung ablehnen, sollten sie verständlich und evidenzbasiert über den Nutzen der vorgeschlagenen Untersuchung versus die Risiken bei deren Unterlassung informiert werden. Zusätzlich sollten mögliche Alternativen erörtert werden: Untersuchung zu einem anderen Zeitpunkt/von einer anderen Person; Selbstabnahme HPV-Abstrich vaginal; reduzierte Untersuchung, z.B. nur Palpation ohne Spekulum Einstellung oder nur vaginaler Ultraschall ohne Palpation, je nach Indikationsstellung.

Die Entscheidung sollte gemeinsam getroffen werden; die Verantwortung bleibt bei den Patient:innen. Notfälle (z.B. starke Blutung in der Schwangerschaft) können eine Ausnahme darstellen, in denen eine Untersuchung dringlich herbeigeführt werden sollte. Das Procedere sollte dokumentiert werden, besonders mit Blick auf die Verantwortung / Entlastung der behandelnden Ärzt:innen. Auch ohne Untersuchung sollte den Patient:innen die weitere Betreuung eingeräumt werden, wenn das aus Perspektive der Ärzt:innen möglich ist.

Ebenfalls zum Vorgespräch gehört eine Erklärung, warum auffällige Befunde gfls. erst zu einem späteren Termin, wenn alle Untersuchungsergebnisse vorliegen, ausführlich besprochen werden können.

Thema Sexualität

Das Thema Sexualität sollte situativ aktiv angesprochen werden; zum Beispiel: „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Sexualität?“ „Hat sich in Ihrer Partnerschaft etwas verändert?“ Dabei sollte nicht automatisch angenommen werden, dass Sexualität Geschlechtsverkehr mit „vaginaler Penetration“ bedeutet. Der Fokus der Sexualität auf Penetration weist auf ein binäres und heteronormatives Wertesystem hin, das Sexualität eher aus männlicher Perspektive betrachtet. Es besteht die Möglichkeit „vaginale Penetration“ durch „vaginale Zirkusion“ (Umschließung) zu ersetzen, was ein aktiveres Wording aus der Perspektive der

Patient:innen bedeutet. Nach Operationen, wie zum Beispiel Hysterektomie oder Kürettage, ist Sexualität oft schon möglich, wenn vaginale Penetration/Zirkulation noch nicht erlebbar ist. Gynäkolog:innen können bewusst auf Bausteine der Sexualität hinweisen, die auf eine starke Fixierung der „vaginalen Penetration“ verzichten.

Abklärung von Ängsten und möglichen Gewalterfahrungen

Es ist gerade bei neuen Patient:innen im Erstkontakt sinnvoll, nach etwaigen Ängsten und negativen Vorerfahrungen zu fragen und danach, ob etwas die anstehende gynäkologische Untersuchung erleichtern könnte z.B. die Anwesenheit einer vertrauten dritten Person, die Untersuchung auf der Liege statt auf dem gynäkologischen Stuhl, die Palpation der Vagina vor Einführen der Spekula?

Zusätzlich kann vor der (ersten) Untersuchung ein Stopp-Signal vereinbart werden, z.B. das Wort „Stopp/Halt“ oder ein Heben der Hand, verbunden mit der Zusage: „Bei diesem Signal wird sofort und ohne Diskussion die Untersuchung abgebrochen und nur nach Absprache wiederaufgenommen.“

Gibt es Erfahrungen mit Gewalt? Niedergelassene Gynäkolog:innen sind oft die erste Anlaufstelle für Frauen, die von Gewalt betroffen waren oder aktuell sind (Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG) und der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e. V. (DGPF) zu Gewalt gegen Frauen (Aktualisierung der Stellungnahme von 2010, überarbeitete Fassung 2020).

Wie frage ich nach Gewalterfahrung?

Viele Frauen (und Männer), die Gewalt in der Partnerschaft oder durch eine andere nahestehende Person erleben, berichten aus Scham und Angst nicht von sich aus darüber.

Studien belegen eindrucksvoll, dass Frauen es begrüßen, konkret nach möglichen Gewalterfahrungen gefragt zu werden und sie sich dann eher öffnen. Besonders häufig sind Frauen in der Schwangerschaft und nach der Geburt von häuslicher Gewalt betroffen.

- Es sollte deutlich gemacht werden, dass Sie für das Thema Gewalterfahrungen sensibel sind und bei Bedarf Unterstützung anbieten, zum Beispiel: "Wir wissen, dass in vielen Partnerschaften Gewalt ausgeübt wird. Darüber zu sprechen ist nicht leicht. Wir haben uns angewöhnt, mögliche Gewalterfahrungen offen anzusprechen und Unterstützung anzubieten." Haben Sie keine Sorgen vor weiteren Verletzungen durch Ihren offenen Umgang mit dem Thema: Betroffene setzen selbst die Grenze, was sie wem wann berichten. Die Expertise als Traumaexpert:in ist keine Voraussetzung. Es ist ausreichend, zuzuhören und bei Bedarf auf entsprechende Beratungsstellen zu verweisen.
- Mögliche Gewalterfahrungen sollten nur angesprochen werden, wenn sie mit der Patientin oder dem Patienten alleine sind bzw. keine Begleitperson anwesend ist: Es kann sein, dass genau diese begleitende Person Gewalt ausgeübt hat und die Betroffene deshalb nicht offen sprechen kann. Sollte eine Übersetzung notwendig werden, sollten professionelle Übersetzer:innen bevorzugt werden. Begleitende

Familienangehörige oder Kinder sollten nicht als Übersetzer:innen herangezogen werden. Auf eine zugewandte und geschützte Gesprächssituation ist zu achten.

Patient:in bejaht Gewalterfahrungen:

- Die Patientin sollte ermutigt werden, über Ihre Erlebnisse zu sprechen. Wichtig ist es dabei, den Mut und das entgegengebrachte Vertrauen zu wertschätzen. Die Patientin sollte darauf hingewiesen werden, dass für das gesamte betreuende Team Schweigepflicht besteht.
- Offene und unvoreingenommene Aufmerksamkeit wirkt unterstützend. Dabei sollten Schilderungen nicht in Zweifel gezogen werden, auch wenn Sie vielleicht bruchstückhaft, widersprüchlich oder nur schwer nachvollziehbar erscheinen.
- Der Patientin sollte vom Gefühl entlastet werden, dass sie für die erlittene Traumatisierung verantwortlich ist. Gewalt bleibt Unrecht.
- Wenn Sie einen begründeten Verdacht auf Gewalt haben, bieten sich Fragen an wie: "Ich möchte Ihnen nicht zu nahe treten, aber ich kenne solche Verletzungen auch als Folge von Schlägen..."

Patient:in verneint Gewalterfahrung:

- Die Antwort ist zu respektieren. Die Patientin hat wirklich keine Gewalt erlitten oder als Betroffene Ohnmacht erlebt – und sollte deshalb in der jetzigen Situation erfahren, dass sie das Gespräch steuern kann. Es sollte trotzdem darauf hingewiesen werden, dass Ihnen das Thema wichtig ist.
- Verdachtsmomente sollten weiter überprüft und auf Anzeichen von Gewalt geachtet werden. Wenn begründete Befürchtungen bestehen bleiben, können diese in einem Folgetermin adressiert und Gesprächs- und Unterstützungsangebot angeboten werden.
- Der Patientin sollten Telefonnummern und Adressen von weiterführenden Beratungs-, Hilfe- und Schutzeinrichtungen angeboten werden, am besten auf einer Liste, die die Betroffene einstecken kann. Die Patientin sollte darauf hingewiesen werden, dass es gefährlich für sie sein kann, diese mit sich zu tragen. Bei Bedarf kann die ärztliche Kontaktaufnahme zu einer Beratungs- oder Zufluchtseinrichtung eine wichtige Unterstützung sein.

Checkliste möglicher Interventionsschritte bei Patientinnen mit Verdacht auf Erfahrungen mit sexueller Gewalt

1. Bereitschaft signalisieren

Bereits im Wartezimmer ausgelegtes Material signalisiert der Patientin, dass Sie bereit sind, sich mit Gewalt gegen Frauen zu befassen.

2. Ansprechen, zuhören, fragen

Betroffene Patientinnen empfinden es oft als Erleichterung, wenn sie nicht selbst das Thema Gewalt ansprechen müssen, sondern befragt werden.

3. Untersuchen

Alle Untersuchungen sollen im Einverständnis mit der Patientin in einer ungestörten Atmosphäre erfolgen.

4. Schützen

Versuchen Sie herauszufinden, ob die Patientin derzeit schutzbedürftig ist. Die betroffene Patientin kann ihre Situation selbst am besten einschätzen. Wichtig ist, ihr bei Bedarf Schutzmöglichkeiten aufzuzeigen. Ihre Entscheidung, solche nicht in Anspruch zu nehmen, müssen wir respektieren. Die Polizei soll nur mit ihrer Zustimmung eingeschaltet werden.

5. Dokumentieren

Notieren und dokumentieren Sie alle Untersuchungsergebnisse und Antworten der Patientin. Sollte die Patientin juristische Schritte einleiten, sind sie möglicherweise von Bedeutung.

6. Informieren und weitervermitteln

Der Patientin sollten Telefonnummern und Adressen von Beratungsstellen angeboten werden. Sie sollen ihr jedoch nicht aufgedrängt werden, und sie muss darauf hingewiesen werden, dass es auch gefährlich sein kann, diese mit sich zu tragen. Bieten Sie an, den Kontakt zu Beratungsstellen oder Schutzeinrichtungen zu vermitteln.

Quelle: <https://www.rosenfluh.ch/gynaekologie-2013-02/patientinnen-nach-sexueller-gewalt-in-der-gynaekologischen-praxis>

Nachbesprechung

Bei der Nachbesprechung sollte die Patient:in wieder voll angekleidet sein und für ein gemeinsames Gespräch auf Augenhöhe gegenüber sitzen. In dieser Besprechung geht es um die Konsequenzen aus den erhobenen Befunden und um deren Dokumentation. Letzteres ist von besonderer Bedeutung, wenn Patient:innen Gewalt erlebt haben bzw. wegen einer mutmaßlichen sexuellen Gewaltanwendung vorstellig werden. (Siehe: Ärztliche Gesprächsführung, Untersuchung und Nachbetreuung von Frauen nach mutmaßlicher sexueller Gewaltanwendung; Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. Leitlinien, Empfehlungen, Stellungnahmen Stand Juni 2009).

Erklärung der weiteren Diagnostik und Therapie im Sinne von Shared Decision Making

Im Sinne des Shared Decision making geht es um die Konsequenzen, die sich aus der Untersuchung ergeben. Bei pathologischem Befund: Wie sieht die Behandlung aus? Gibt es Alternativen? Wann sollte das Ergebnis kontrolliert werden? Ist eine Verlaufskontrolle oder weitere Untersuchungen angebracht? Wohin sollen sich die PatientInnen wenden? Wer vereinbart einen Folgetermin? Bei Früherkennungs-Untersuchung: Wann ist das Ergebnis zu erwarten? Wann und wie werden die Patient:innen informiert (schriftlich, telefonisch?). In jedem Fall muss genug Zeit für Fragen eingeräumt werden, evtl. verbunden mit dem Angebot, sich bei später aufkommenden Fragen telefonisch erneut melden zu können,

Umfassende Dokumentation und Mitgabe von Informationsmaterial

Jeder Befund sollte dokumentiert werden. Vordrucke / Stempel / Vorformulierungen (bei elektronischer Datei), in die das konkrete Untersuchungsergebnis eingefügt wird, sparen Zeit und helfen beim Strukturieren. Wenn Patient:innen Gewalt erlebt haben und Folgen davon

noch festzustellen sind (Verletzungen, Hämatome, psychische Erschütterung) oder sie von akuter sexualisierter Gewalt berichten, sollte eine gerichtsfeste Dokumentation angeboten werden (wertfreie Beschreibung, Fotos, Einzeichnen in Körperschema, Abnahme von gezielten Abstrichen). Falls das abgelehnt wird, muss das respektiert und dokumentiert werden.

Für die gerichtsfeste Dokumentation gibt es Anleitungen und Vordrucke (z.B. www.signal-intervention.de). Nicht alle Ärzt:innen sehen sich ausreichend ausgebildet für eine umfassende Dokumentation, oft mangelt es auch an Zeit. Besonders nach einer Vergewaltigung sollte die Patientin zeitnah an eine kompetente Stelle (Krankenhaus-Ambulanz, Rechtsmedizin, Frauennotruf) verwiesen werden, möglichst verbunden mit dem Angebot, sie bei Bedarf später weiter zu betreuen.

Bei neuen Diagnosen/Fragestellungen sollten Patient:innen Adressen von weiterführenden Beratungsstellen, seriösen Internetseiten und Informationsmaterial angeboten werden.

II. Praktischer Teil:

Besonderheiten der vaginalen Untersuchung in Praxis und Klinik

Privatsphäre - Räumlichkeiten und Ungestörtheit

Im Untersuchungszimmer sollte sich eine Umkleidekabine mit Tür oder Vorhang befinden, zumindest aber ein kleiner Paravent oder Vorhang, hinter dem sich Patient:innen ungestört ausziehen können. Die sichtgeschützte Umkleidekabine befindet sich möglichst in der Nähe des Untersuchungsstuhls, damit nur wenige Schritte unbekleidet durch den Raum erforderlich sind. Untersuchungsstuhl bzw. -liege sollten mit dem Fußende nicht Richtung Tür weisen: Das könnte die dort liegende entblößte Person beunruhigen; eine Stellwand zum Abgrenzen kann hilfreich sein.

Besonders für die vaginale Untersuchung gilt: Was für Fachleute alltägliche Aufgabe ist, ist für viele Patient:innen eine Ausnahmesituation, die als belastend erlebt werden kann. Diese Diskrepanz zwischen Routine auf der einen und Verunsicherung auf der anderen Seite gilt es zu beachten.

Mit den Mitarbeiter:innen muss abgesprochen sein, dass niemand unaufgefordert während einer Untersuchung den Raum betritt. Für dringlich notwendige Ausnahmen sollte es klare Regeln geben (z.B. zweimal anklopfen, und abwarten, bis die Patientin informiert ist und sich evtl. mit einem Tuch bedecken kann). Falls während der Untersuchung zusätzlich eine Assistenz erforderlich ist, sollte darüber informiert und erst dann – z.B. mit einem Tonsignal – die Assistenz gerufen werden.

Kultursensible Aspekte

Zu einer kultursensiblen Haltung gehören Wissen und Akzeptanz, dass die in Deutschland gewohnte Untersuchung auf dem gynäkologischen Stuhl nicht überall „Standard“ ist. So kann es für eine Person (z.B. aus dem angelsächsischen Raum) üblich sein, dass sie auf der Liege untersucht wird; für eine Japaner:in kann es dazu gehören, dass ein Stoffschirm, quer über ihren Unterleib angebracht wird, der den Blickkontakt zwischen ihr und der untersuchenden Person verhindert.

Equipment

- Verwendung stabiler und gleichzeitig „bequemer“ Untersuchungsstühle mit der Möglichkeit der elektrischen Höhe- und Lageverstellung, hilfreich besonders für ältere / mehrgewichtige Menschen mit körperlichen Einschränkungen oder mit einer körperlichen Behinderung. Bei modernen Stühlen werden die Füße auf entsprechende Halter aufgestellt. So bleibt es der Patient:in überlassen, wie weit sie die Beine spreizen will / kann. Als gute Alternative für die Untersuchung sollte auch eine Liege im Raum stehen, evtl. mit entsprechender Haltevorrichtung für die Füße.
- Spekula in unterschiedlicher Größe vorhalten und angewärmt lagern. Das kleinstmögliche Speculum vor dem Einführen mit Wasser oder Gleitgel befeuchten, beim Einführen die Vulvalippen vorsichtig spreizen.

- Bei entsprechender Allergie, Latex- bzw. Vinylhandschuhe anbieten.
- Handspiegel für evtl. Demonstration (z.B. Kondylome, Labien) bereithalten.
- US-Sonde außen mit Gel befeuchten - warmes Kontaktgel für abdominalen Ultraschall verwenden.
- Das Ultraschallgerät sollte so platziert sein und schwenkbar sein, dass die untersuchte Person die dargestellten Organe auf dem Bildschirm problemlos sehen und die Untersuchung nachvollziehen kann, wenn sie das möchte. Das sollte besonders bei der Untersuchung bei ungewollter Schwangerschaft bedacht werden.

Untersuchung

Mammae und Genitale sollten separat untersucht werden (der jeweils andere Bereich ist bekleidet). Patient:innen sollten wissen, dass sie sich nur partiell entkleiden müssen; ein längeres T-Shirt oder ein Rock erleichtern die Schritte von der Umkleidekabine zum Untersuchungsstuhl. Eine Alternative ist ein Einmal-Wickeltuch oder ein selbst mitgebrachtes Handtuch zur Bedeckung von Brust oder Unterleib.

Bei der digitalen vaginalen Untersuchung sollte möglichst nur mit einem Finger getastet werden. Bei mehrgewichtigen oder sehr verspannten Patient:innen kann anstelle der digitalen vaginalen Untersuchung die Untersuchung per US-Sonde hilfreich und für die Betroffenen angenehmer sein.

Erklären der Untersuchungsschritte

Vor allem bei der ersten Untersuchung bzw. adaptiert an die jeweilige Situation kann es sinnvoll sein, jeden Untersuchungsschritt kurz und klar anzukündigen: „Ich sehe mir jetzt die Labien an – führe die Spekula ein – der Muttermund sieht glatt aus – die Entnahme des Zellabstrichs kann etwas piksen.“ Wichtig ist dabei in jedem Fall, mit der Patient:in in Kontakt zu bleiben.

Der Bedarf ist unterschiedlich: Für viele ist die ruhige Beschreibung des Tuns und eventueller Befunde hilfreich: „Jetzt taste ich Ihre Gebärmutter ab, jetzt die Eierstöcke, den Druck spüren Sie wahrscheinlich etwas.“ Manche nehmen gerne das Angebot an, mit einem Handspiegel zum Beispiel Kondylome oder auch den Muttermund selbst anzusehen, oder lassen sich auf dem US-Bildschirm die Organe/Befunde zeigen. Für andere kann ein ablenkendes Gespräch angenehmer sein, sie wollen nicht erklärt bekommen, was gerade untersucht wird.

Mimik und Sprache während der Untersuchung

Unabhängig von allen Äußerungen lesen Patient:innen im Gesicht der Untersuchenden, besonders dann, wenn wenig gesagt oder gar geschwiegen wird. Entsprechend sollte die Mimik in angemessene Erläuterungen übersetzt werden.

Bewertungen wie „Ihre Gebärmutter ist sehr klein“ oder „Sie sind sehr eng gebaut“ können Befürchtungen auslösen, die oft über Jahre belasten: „Meine Gebärmutter ist zu klein (fürs Kinderkriegen)“; „Meine Scheide ist zu eng, ich werde Probleme haben beim Sex“. Bei Anspannung wird zur Beruhigung häufig gesagt: „Es geht ganz schnell“ oder „Es ist gleich vorbei“. Diese Sätze können als Trigger wirken bei Menschen, die sexuelle

Gewalterfahrungen genau mit diesen Sätzen erlebt haben, und entsprechend starke emotionale Reaktionen bis hin zu einer Dissoziation hervorrufen. Als solche bezeichnet man das (teilweise bis vollständige) Auseinanderfallen von psychischen Funktionen, die normalerweise zusammenhängen.

Besonderheiten der ärztlichen Visite in der Klinik

Atmosphäre und Umgebungsfaktoren

Herstellung einer ruhigen und professionellen Atmosphäre

Die ärztliche Visite stellt in Bezug auf das Schaffen einer vertrauten Atmosphäre eine besondere Herausforderung für die Ärzt:in, aber auch für die Patient:in selbst dar. Selbstverständlich ist eine persönliche Vorstellung mit Namen und Funktion.

Zumeist handelt es sich bei der Lokalisation der Visite um ein Patient:innenzimmer mit mehreren Patient:innen, in dem die Wahrung der Intimsphäre mit besonderen Schwierigkeiten vergesellschaftet ist. Eine klare Reihenfolge der zu visitierenden Patient:innen pro Zimmer schafft Routine für das gesamte Visitenteam und transportiert Professionalität und Eingespieltheit gegenüber den zu visitierenden Patient:innen (z.B. immer vom Fenster zur Tür visitieren). Die Tür des Patient:innenzimmers sollte nach dem Eintreten in den Raum geschlossen werden und die ärztliche Visite für alle anwesenden Personen verständlich angekündigt werden.

Visitenposition

Generell sollte versucht werden, die ärztliche Visite mit den zu visitierenden Patient:innen auf Augenhöhe durchzuführen. Liegt die Patient:in (krankheitsbedingt) im Bett, sollte ihr zumindest ausreichend Zeit eingeräumt werden, um sich entsprechend einer für sie angenehmen Sprechposition, aufzurichten oder sich ggf. sogar hinzusetzen. Die Entscheidung, ob die ärztliche Konsultation dann „stehend neben dem Bett“ oder „mit Stuhl neben dem Patient:innen-Bett“ stattfindet, hängt substantiell von der Indikation der Visite ab. Die tägliche Morgenvisite mit dem gesamten Visitenteam wird aus Praktikabilitätsgründen meistens in stehender Position durchgeführt. Sofern ein Prognosegespräch oder relevante Therapieentscheidungen während der Visite zu besprechen sind, sollte das Gespräch auf Augenhöhe und in sitzender Position bevorzugt werden. Zur Adressierung von Problemfeldern (z.B. Überbringung schlechter Nachrichten), sollte ein separates Gespräch zu einem späteren Zeitpunkt in geschütztem Rahmen angeboten werden, um mit ausreichend Zeit und in angemessenem Setting auf die Bedürfnisse der Patient:in und ggf. nahestehender Personen eingehen zu können.

Abschirmung der Umgebung

Obwohl die ärztliche Visite im Patient:innenzimmer häufig kein Gespräch unter vier Augen zulässt, sollte versucht werden, eine möglichst angemessene Abschirmung gegenüber äußeren Störfaktoren herzustellen. Dabei steht die Wahrung der Privatsphäre gegenüber den Mitpatient:innen an oberster Stelle. Angehörige der Mitpatient:innen müssen gebeten werden, das Patient:innenzimmer vor dem Anamnese- oder Visitengesprächs bzw. der

Untersuchung zu verlassen. Anschließend sollten die räumlichen Gegebenheiten, falls möglich, angepasst werden. Eine optische Abschirmung beispielsweise mittels Stellwänden oder einem Paravent zwischen den Patient:innenbetten sollte organisiert sein. Des Weiteren sollten die Fenster und Vorhänge geschlossen werden, insbesondere wenn Operationswunden angeschaut oder Untersuchungen am Patient:innenbett indiziert sind. Im Falle einer Chefärzt:innen- oder Oberärzt:innensite, bei der das Visitenteam, aus einer Vielzahl an Personen unterschiedlicher Professionalitäten (Assistenzärzt:innen, Student:innen, Praktikant:innen, etc.) besteht, sollten intime Untersuchungen nicht vor dem gesamten Visitenteam sondern im Nachgang durchgeführt werden.

Zeitfaktor

Im klinischen Alltag, der voller Unvorhersehbarkeiten steckt, spielt das Zeitmanagement in der Versorgung der Patient:innen bei der Visite eine entscheidende Rolle. Dabei sollte versucht werden, sich für die Visite jeder Patient:in ausreichend Zeit zu nehmen. Falls möglich, sollten für die Dauer der ärztlichen Visite etwaige Verantwortlichkeiten wie Funker und Diensttelefon an Dritte abgegeben werden, sodass die Konsultationen nicht durch ständiges Anfunken unterbrochen oder gestört werden. Andernfalls kann die Beantwortung des Funks je nach Dringlichkeit, ggf. nach Abschluss der persönlichen Visite außerhalb des Patient:innenzimmers und vor der Visite der nächsten Patient:in erfolgen.

Respektvoller Umgang im Operationssaal

Lagerung zur Operation

Die präoperative Lagerung der Patient:in auf dem Operationstisch erfolgt bei gynäkologischen Eingriffen meistens in Steinschnittlagerung (Ausnahme: mammachirurgische Eingriffe). Dabei erfolgt die Lagerung in Rückenlage mit gespreizter Beinhaltung. Generell sollte der Intimbereich der Patient:in während des Prozesses der Operationsvorbereitung inklusive der Lagerung so lange wie möglich bedeckt bleiben. Außerdem erfolgt die Entkleidung der sich zumeist in Vollnarkose befindlichen Patient:in erst kurz vor dem tatsächlichen Operationsbeginn. Auch in der Zeit, in der die Patient:in sich in Vollnarkose befindet, ist eine respektvolle Konversation v.a. über die Patient:in mit Dritten wichtig. Etwaige für die Patient:in möglicherweise unangenehme Prozeduren, wie beispielsweise das Legen des Dauerkatheters oder die präoperative gynäkologische Tastuntersuchung sollten nach Möglichkeit erst nach der Narkoseeinleitung durchgeführt werden.

Sofern eine auszubildende Person der Operation beiwohnt, und zu Ausbildungszwecken eine gynäkologische Untersuchung „geübt werden sollte“, muss vorab die ausdrückliche mündliche Einwilligung der Patient:in eingeholt werden. Etwaiges „Üben“ kann nur unter strenger Supervision der verantwortlichen Ärzt:in durchgeführt werden.

Respektvoller Umgang in der Geburtshilfe

Dies umfasst die Schwangerenvorsorge/-beratung, die vaginale und die vaginal-operative Geburt, den Kaiserschnitt und das Wochenbett.

Die WHO hat 2014 in ihrer Erklärung zur Vermeidung und Beseitigung von Geringschätzung und Misshandlung bei Geburten in geburtshilflichen Einrichtungen das Recht auf eine würdevolle und wertschätzende Gesundheitsversorgung formuliert.

Auch die AG Pränatal- und Geburtsmedizin der DGGG e.V. unterstützt die gemeinsame Aufgabe, die Achtung der Frauenrechte überall und ohne Einschränkungen sicherzustellen, um allen Frauen eine humane, respektvolle und ihrer Würde entsprechenden Unterstützung und Hilfe in der Schwangerschaft, während und nach der Geburt zuteilwerden zu lassen. Frauen- und Kinderrechte sind selbstverständliche Menschenrechte. Die Achtung dieser Grundrechte muss überall auf der Welt gewahrt werden.

Folgen von respektlosen Erfahrungen in der Geburtshilfe könnten sein:

- Eine Geburt als Trauma zu erleben,
- Mögliche schwerwiegende und dauerhafte gesundheitliche Belastungen und Folgen für die Frau, ihre Beziehung zum Neugeborenen und ihrer Familie auszulösen
- Dauerhafte psychische Belastungen von Hebammen und Geburtshelfer/Innen durch Zeugenschaft oder Mitwirken in konkreten Fällen

Welche Aufgaben stellen sich?

Respektlosigkeit und Traumatisierung in der Geburtshilfe sind in jeder Form zu verurteilen. Dabei macht es keinen Unterschied, ob das mit Absicht/Vorsatz oder unbeabsichtigt (nicht bewusst) geschehen ist. Das geburtshilfliche Team hat die Verpflichtung, stets achtsam, wertschätzend und fürsorglich im Umgang mit den ihnen anvertrauten Frauen umzugehen. Dazu gehört unabdingbar die Selbstreflexion über alle Handlungen und Unterlassungen in Bezug auf Respektlosigkeit oder Traumatisierung im Umgang mit der Patientin, dem Neugeborenen und den Begleitpersonen.

Dies gilt aber auch für den Umgang und das Verhalten den Mitarbeitenden im Gesundheitswesen gegenüber. In diversen Studien konnte dargestellt werden, dass Mitarbeitende in Gesundheitswesen und hier besonders in der Notfallversorgung häufiger Gewalterfahrungen und Respektlosigkeit ausgesetzt sind. Dies gilt auch für die Frauenheilkunde und der besonderen Arbeitssituation im Kreißaal und den Wochenbettstationen. Auch in diesen Bereichen werden zunehmend Stresssituationen durch verbale Respektlosigkeit, aber auch körperlicher Gewalterfahrungen berichtet.

Eine respektvolle und unterstützende Arbeitsumgebung in der Geburtshilfe hat eine positive Wirkung auf die Mitarbeiterinnen und die Arbeitszufriedenheit wird erhöht. Ein positiver Umgang im Arbeitsbereich kann den Mitarbeitenden dabei helfen, die hohen Anforderungen und emotional belastende Situationen besser zu meistern.

Besonderheiten der geburtshilflichen Untersuchung

Untersuchungen sollten generell nicht ohne vorherige Erläuterung über Indikation/ Notwendigkeit und nicht ohne Erlaubnis der Schwangeren/ Gebärenden/ Wöchnerin erfolgen. Dies gilt in besonderem Maß für vaginale und rektale Untersuchungen per Ultraschall oder manuell im Rahmen der Vorsorge, der Geburt oder im Wochenbett. Im Rahmen der Untersuchung sollte der Patientin jeder Schritt erläutert werden und die Patientin auf ggf. unangenehme Empfindungen hingewiesen werden. Die vaginale Untersuchung in Steinschnittlage (Rückenlage) sowie die Lagerung auf dem OP-Tisch bei Sectio sollten nicht ohne vorherige Erläuterung ihrer Notwendigkeit der Patientin gegenüber erfolgen, um Gefühle von Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein zu vermeiden. Grundsätzlich sollten vaginale Untersuchungen in der Schwangerschaft und unter der Geburt auf das medizinisch notwendige Maß beschränkt werden.

Eine respektvolle Geburtshilfe ist Menschenrecht!

Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWI) fasst das in ihrem Positionspapier vom 24.7.2020 konkret zusammen: „Das Grundgesetz sanktioniert in Artikel 1 die Unantastbarkeit der Menschenwürde, in Artikel 2 die körperliche Unversehrtheit und verbietet in Artikel 3 die Diskriminierung jeglicher Art. Das Patientengesetz (2013) liefert die Vorgaben für die geburtshilfliche Betreuung: Das geburtshilfliche Team (Behandler:innen) soll verständlich über die Umstände der geplanten Geburt informieren (§ 630 c), rechtzeitig ausführlich mündlich und schriftlich über geplante Maßnahmen aufklären (§ 630 e) und den „informed consent“ der Schwangeren zu den geplanten Maßnahmen einholen (§ 630 d).

Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG e.V.) und die Arbeitsgemeinschaft für Geburtshilfe und Pränatalmedizin in der DGGG (AGG) rufen alle Beteiligten auf, gemeinsam an diesen Zielen zu arbeiten. Ein wesentlicher Aspekt ist hierbei die gegenseitige Wertschätzung und der Respekt untereinander.

. Studien zeigen, dass Frauen, die während der Geburt respektvoll und freundlich behandelt werden, seltener Komplikationen wie Verletzungen, Blutungen oder Infektionen erleiden als Frauen, die während der Geburt unfreundlich behandelt werden.

Kommunikation rund um Interventionen

Geburtshilfe spielt sich im Spannungsfeld von zu viel und zu wenig Intervention ab. Auf der kommunikativen Ebene spiegelt sich dies in einer katastrophisierenden oder einer eher beschönigenden Darstellung ab. Eine adäquate Kommunikation auch im Notfall ist eine Teamherausforderung. Das Vorgehen muss jeweils abgestimmt und einvernehmlich vorgetragen werden. Auch im Notfall ist eine Einbindung der Schwangeren in der Regel möglich. Andernfalls ist die postpartale Aufarbeitung über Nachgespräche um so wichtiger.

Angebot zur Nachbesprechung

Wir empfehlen nach jeder Geburt dem Paar eine Nachbesprechung anzubieten, mit der Option die Geburt zu reflektieren und gegebenenfalls Fragen zu stellen oder auch Wünsche und Bedarfe zu äußern, die nicht zur Sprache gekommen waren. Wünschenswert wäre auch eine Nachbesprechungsmöglichkeit mit zeitlichem Abstand zur Geburt. Dieses Tool könnte ein Qualitätsindikator werden.

Die Entwicklung von validen, verlässlichen Parametern zur Messung von respektlosem Umgang von Frauen unter der Geburt, ist zeitnah wünschenswert, da hierzu unzureichende Daten vorliegen.

DGGG e.V. und AGG möchten mit den Frauen/ Patientinnen und Paaren und allen Akteur:innen rund um die Geburt weitere Interventionen entwickeln, um den respektvollen Umgang zu fördern und Strategien zur Vermeidung von Grenzüberschreitung und Traumatisierung in der Geburtshilfe zu etablieren. Forschung bezüglich der hochwertigen geburtshilflichen Versorgung unter der Geburt sollen die Aspekte des respektvollen Umgangs stets berücksichtigen und auch zukünftig zum Forschungsthema machen.

DGGG e.V. und AGG setzen sich ausdrücklich für eine frauen-, familien- und kinderzentrierte und menschenrechtsbasierte geburtshilfliche Versorgung in Deutschland ein. Die Grundlage guter Betreuung und eines respektvollen Umgangs sind angemessene Personalschlüssel in der Geburtshilfe und eine leitlinienkonforme 1:1 Betreuung, die unter den derzeitigen Gegebenheiten häufig nicht möglich ist. DGGG e.V., AGG und ihre Partnerorganisationen setzen sich intensiv und nachhaltig für entsprechende Strukturmaßnahmen ein.

Beteiligte Autor:innen

Koordinatorin: Prof. Annette Hasenburg

Allgemeiner Teil

Dr. Claudia Schumann-Doermer

Dr. Colette Gras

Dr. Wolf Luetje

Prof. Mandy Mangler

Dr. Klaus J. Doubek

Dr. Werner Harlfinger

Dr. Doris Tormann

Klinik & Praxis

Prof. Annette Hasenburg

Dr. Katharina Anic

Dr. Cornelia Hösemann

Dr. Carolin Klasen

Prof. Barbara Schmalfeldt

Dr. Werner Harlfinger

Dr. Doris Tormann

Dr. Claudia Schumann-Doermer

Geburtshilfe

Prof. Maritta Kuehnert

Prof. Michael Abou-Dakn

Prof. Kurt Hecher

PD Dr. Dietmar Schlembach

Prof. Ekkehard Schleussner

Prof. Stephanie Wallwiener

Dr. Nadja Zander

Dr. W. Lütje

Literatur

Allgemeiner Teil

ACOG Committee Opinion No. 754 (2018): The Utility of and Indications for Routine Pelvic Examination. *Obstet Gynecol* 132, e174–e180

Beckermann, M. Gynäkologische Untersuchung – Berührung ohne Grenzverletzung. In Beckermann, M., Perl, F. (Hgb.) *Frauen-Heilkunde und Geburts-Hilfe*. Schwabe Verlag, 2004

Begenau, J.: „Es gibt so viele Klippen“: Die Ärztin-Patientin-Beziehung in der Gynäkologie. In: Begenau, J. et al. (Hgb.): *Die Arzt-Patient-Beziehung* Hg. Kohlhammer Verlag, 2010

Borde T, David M (Hrsg.): *Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen*. Mabuse Verlag, 2003

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG) und Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e. V. (DGPFPG). *Stellungnahme Gewalt gegen Frauen*. <https://www.dggg.de/stellungnahmen/gewalt-gegen-frauen>, Zugriff 1.7.2022

Evans D, Goldstein S, Loewy A, Altman AD No. 385-Indications for Pelvic Examination. *J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC* 41,2019:1221–1234.

Frick-Bruder V: Erotische Spannung und sexueller Übergriff in der Arzt-Patientinnen-Beziehung – eine Grenzziehung. In: Bauer E. et al (Hgb.), *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe, Beiträge der Jahrestagung 1996/97*. Psychosozial Verlag, 1997

Gießelmann, K. Rassismus im Gesundheitswesen-Kein Einzelfall. In: *Deutsches Ärzteblatt* | Jg. 119 | Heft 17 2022:758-762.

Gras C: Konzepte zur Verbesserung der gynäkologischen Untersuchung; *FRAUENARZT* 60 (2019), Nr.3

SAMW Richtlinien Sexuelle Übergriffe in der Arztpraxis (2011)

[file:///C:/Users/Wohnung/Downloads/Richtlinien_Sexuelle_Uebergriffe_in_der_Arztpraxis_2011\(5\).pdf](file:///C:/Users/Wohnung/Downloads/Richtlinien_Sexuelle_Uebergriffe_in_der_Arztpraxis_2011(5).pdf) Zugriff 20.12.2022

Güneş G, Karaçam Z: The feeling of discomfort during vaginal examination, history of abuse and sexual abuse and post-traumatic stress disorder in women. *J Clin Nurs* 26, 2017:2362–2371

Hädicke M., Wiesemann C: Was kann das Konzept der Diskriminierung für die Medizinethik leisten? – Eine Analyse. *Ethik Med* 33,2021:369–386.

Kastendieck M: Erotik zwischen Frauenärztin und Patientin. In: Bauer E. et al (Hgb.), *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe, Beiträge der Jahrestagung 1996/97*. Psychosozial Verlag Gießen, 1997

Langanke H, Kimmich-Laux D. <https://dgpfg.de/blog/gyne-042017-sexarbeit-und-sexuelle-gesundheit-hat-die-frauenheilkunde-mit-der-prostitution-zu-tun/>, Zugriff am 01.07.2022

Schmidt, A.: Zum strafrechtlichen Schutz der sexuellen Selbstbestimmung bei sexuell motivierten unbefugten Bildaufnahmen von Genitaluntersuchungen durch den Arzt Zugl. Besprechung von BGH. HRRS 2021 Nr. 350 S. 214, <https://www.hrr-strafrecht.de/hrr/archiv/21-05/index.php?sz=7>, Zugriff 2.7.2022

Schumann-Doermer, C., Gras, C. (2021): Zur Diskussion. Leitfaden für die gynäkologische Unterleibsuntersuchung. www.arbeitskreis-frauengesundheit.de/2021/11/11/zur-diskussion-leitfaden-fuer-die-gynaekologische-unterleibsuntersuchung/, Zugriff 7.7.2022

Schumann C: Die frauenärztliche Praxis – Schlüsselrolle bei der Intervention gegen Gewalt an Frauen. In: Büttner M (Hrsg.): Handbuch Häusliche Gewalt. Klett-Cotta, 2020

WHO: The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth, (2014).

([https://de.wikipedia.org/wiki/Dissoziation_\(Psychologie\)](https://de.wikipedia.org/wiki/Dissoziation_(Psychologie))), Zugriff 22.10.22

Praktischer Teil

Ärztliche Gesprächsführung, Untersuchung und Nachbetreuung von Frauen nach mutmaßlicher sexueller Gewaltanwendung, Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. 2009

https://www.dggg.de/fileadmin/data/Presse/Pressemitteilungen/2009/In_hohem_Masse_einfuehlsam_-_Leitlinie_zum_Umgang_mit_Frauen_nach_sexueller_Gewalt/4-1-6-dggg-sexuelle-gewalt-2009.pdf

Ärztliches Praxishandbuch Gewalt Taschenbuch, Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und Hessisches Sozialministerium, Verlag S. Kramarz, 2013

Büttner M: Handbuch Häusliche Gewalt, Verlag Klett-Cotta, 2022

Büttner M, Sexuelle Störungen nach sexueller Gewalt, GYNE 04/2019, <https://dgpfg.de/blog/https-dgpfg-de-wp-content-uploads-2019-05-gyne-3-19-pdf-2-2/>, Zugriff 20.12.2022

Chang JC, Decker MR, Moracco KE et al. Asking about intimate partner violence: Advice from female survivors to health care providers. Patient Educ Couns, 2005

G-BA Krebsfrüherkennungs-Richtlinie Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen, 2020 <https://www.g-ba.de/richtlinien/17> Zugriff 20.12.2022

gynécologie suisse, Kommunikation im medizinischen Alltag (2013) https://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/3_Fachinformationen/2_Guidelines/De/Kommunikation_im_medizinischen_Alltag_2013.pdf

Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung, Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm (2003) https://www.signal-intervention.de/sites/default/files/2020-04/SIGNAL_2004_Handbuch_Einleitung.pdf

Schumann-Doermer, C., Gras, C. (2021): Zur Diskussion. Leitfaden für die gynäkologische Unterleibsuntersuchung. www.arbeitskreis-frauengesundheit.de/2021/11/11/zur-diskussion-leitfaden-fuer-die-gynaekologische-unterleibsuntersuchung/

[leitfaden-fuer-die-gynaekologische-unterleibsuntersuchung/](#), Zugriff 7.7.2022

MED-DOC-Card – Medizinische Befunddokumentation, <https://www.gesine-intervention.de/material-fuer-fachkraefte/>, Zugriff 20.12.2022 SAMW Richtlinien Sexuelle Übergriffe in der Arztpraxis (2011)

Schumann C, Gewalt gegen Frauen – die Schlüsselrolle der frauenärztlichen Praxis, GYNE 03/2020, <https://dgpfg.de/blog/https-dgpfg-de-wp-content-uploads-2019-05-gyne-3-19-pdf-2-3-2-2-2-2-2/> Zugriff 20.12.2022

Verantwortung liegt auch bei FrauenärztInnen: Häusliche Gewalt darf nicht unerkannt bleiben, Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V., 2020

https://www.dggg.de/fileadmin/data/Presse/Pressemitteilungen/2020/Verantwortung_liegt_auch_bei_FrauenaerztInnen_Haeusliche_Gewalt_darf_nicht_unerkannt_bleiben/DGGG-DGPFPG-Stellungnahme_Gewalt_gegen_Frauen_2020.pdf

Geburtshilflicher Teil

World Health Organisation. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. Geneva: World Health Organisation, 2014.

Weidner K et al: Traumatische Geburtsverläufe: Erkennen und Vermeiden. Z Geburtshilfe Neonatol 2018; 222(05):189-196. DOI: 10.1055/a-0641-6584

Vogel J, Bohren M, Tunçalp Ö et al. Promoting respect and preventing mistreatment during childbirth. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 2016; 123: 671-674. DOI: 10.1111/1471-0528.13750

La Torre G, Sestili C, Iavazzo E et al. [Workplace Violence in the health sector: validation of the Italian version of the WHO questionnaire]. Clin Ter 2017; 168: e199-e202. DOI: 10.7417/T.2017.2006

Kim E, Choi H, Yoon JY. Who Cares for Visiting Nurses? Workplace Violence against Home Visiting Nurses from Public Health Centers in Korea. Int J Environ Res Public Health 2020; 17. DOI: 10.3390/ijerph17124222

Bohle S, David M, Breckenkamp J et al. [Violence Against Staff in Delivery Rooms - Results of an Online-Survey and Structured Interviews in Obstetric Clinics in Berlin]. Z Geburtshilfe Neonatol 2022; 226: 121-128. DOI: 10.1055/a-1611-2958