

Leitfaden für die gynäkologische Untersuchung

Version 3/ 2026

Claudia Schumann-Doermer / Colette Gras

Lehre und Lernen der gynäkologischen Untersuchung/ 2026
Helen Deimel / Greta Ebeling / Nora Lennartz / Claudia Schumann-Doermer / Lydia Ziegler

Inhalt

1.1	Warum dieser Leitfaden?	3
1.2	Stellenwert von Indikation und Berührung.....	4
1.3	Ökonomisierung der Medizin	4
1.4	Ziele des Leitfadens	5
1.5	Gendersensible Sprache	5
1.6	Zielgruppen.....	5
2	Leitfaden zur gynäkologischen Untersuchung	6
2.1	Ärztliche Einstellung und Haltung.....	6
2.2	Inhaltliche Vorbereitung im Team	7
2.3	Technische Voraussetzungen.....	9
2.4	Gespräch vor der Untersuchung.....	10
2.5	Ablauf der Untersuchung.....	12
2.6	Gespräch nach der Untersuchung	15
3	Lehre und Lernen der gynäkologischen Untersuchung	16
3.1	Warum diese Erweiterung?.....	16
3.2	Möglichkeiten der gynäkologischen Ausbildung	17
3.3	Stufen-Modell für die Lehre der gynäkologischen Untersuchung	18
3.4	Untersuchung in Narkose	21
	Zur Entstehung des Leitfadens	22
	Quellenverzeichnis	24

Die vorliegende überarbeitete Version 3 des Leitfadens, erweitert um den Teil 3 Lehre und Lernen, wurde dem Vorstand der Deutschen Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPFPG) vorgelegt;

1.1 Warum dieser Leitfaden?

Zu kaum einer anderen Untersuchung gehen Patient*innen in Deutschland so oft und gleichzeitig mit so gemischten Gefühlen wie zur gynäkologischen Untersuchung. Die besondere Bedeutung, die vor allem die vaginale Untersuchung für Patient*innen hat, korrespondiert nicht mit der entsprechenden Aufmerksamkeit in Fachkreisen: Es findet sich dafür bislang keine verbindliche Anleitung.

Dieses Defizit führte zur Entwicklung dieses Leitfadens. Nach Veröffentlichung der ersten Fassung im November 2021 wurde von der DGGG eine Stellungnahme „Respektvoller Umgang mit Patient*innen“ entwickelt und im Oktober 2023 (DGGG 2023) veröffentlicht, den Aspekte dieses Leitfadens aufgenommen wurden.

Jede medizinische Untersuchung muss gelehrt und gelernt werden, die Auskultation der Lunge ebenso wie die Palpation der Bauchorgane. Auch wenn es bei jeder medizinischen Untersuchung eine gewisse strukturelle Asymmetrie zwischen Ärzt*innen und Patient*innen gibt, nimmt die gynäkologische Untersuchung eine Sonderstellung ein: Die intimsten Körperregionen werden dabei entblößt und berührt.

Diese Situation wird von den Beteiligten, den Untersuchten und Untersuchenden, sehr unterschiedlich erlebt:

Für die Patient*innen bedeutet besonders die vaginale Untersuchung eine exponierte Situation. Sie müssen sich halb entkleidet und mit gespreizten Beinen hinlegen und akzeptieren, dass ihr Intimbereich von einer fremden Person ausgeleuchtet und angeschaut wird, dass jemand Finger oder Ultraschall-Sonde in die Vagina einführt und ihr Genitale beurteilt. Auch die Entblößung und Palpation der Brust kann verunsichern. Die Nähe der Untersuchungssituation zu Intimität und Sexualität ist evident.

Es gibt viele Patient*innen, die unbefangen zur vaginalen Untersuchung gehen. Sie erwarten Sicherheit, dass alles „in Ordnung“ ist, oder eine Erklärung für ihre Beschwerden. Für andere ist die Untersuchung aber unangenehm bis schmerzhaft und/oder mit Gefühlen von Scham und Angst verbunden (Begenau et al. 2010), für manche ist sie unmöglich wegen starker vaginistischer Reaktionen. Einige meiden die Untersuchung ganz wegen der damit verbundenen negativen Erwartungen und Gefühle (Kahn et al. 2003; Smith et al. 2003; Hoyó et al. 2005; Ogedegbe et al. 2005). Das gilt besonders für Personen, die Gewalt erlebt haben und traumatisiert sind (Güneş und Karaçam 2017).

Für Ärzt*innen gehört die gynäkologische Untersuchung dagegen zu ihrem beruflichen Alltag. Sie haben verinnerlicht, dass Brüste, Vulva und Vagina Körperteile sind wie alle anderen auch, die sie in emotional möglichst unbeteiligter Haltung anschauen und sorgfältig abtasten. Das gilt ebenso für das Einführen der Spekula oder der Ultraschallsonde in die Vagina. Die Intimität wird ausgeblendet.

Was für die einen eine Ausnahmesituation ist, ist für die anderen Routine. Die damit verbundene emotionale Diskrepanz prägt die Untersuchungssituation und kann sie behindern, oft ohne dass das von ärztlicher Seite so wahrgenommen wird.

Das soll in diesem Leitfaden ausreichend Berücksichtigung finden in der Erwartung, dass eine bewusst gestaltete Untersuchungssituation es Patient*innen besser ermöglicht, selbstverständlich zur Untersuchung zu gehen, wenn es erforderlich ist.

1.2 Stellenwert von Indikation und Berührung

Die vaginale Untersuchung gehört zum Standard der gynäkologischen Praxis. Da sie potentiell ein „Eingriff“ ist, körperlich wie seelisch, steht am Anfang – wie bei jedem ärztlichen Eingriff – immer die Frage nach der Indikation: **Keine Untersuchung ohne Indikation**. Diese muss je nach Situation möglichst zusammen mit den Patient*innen geklärt und deren Zustimmung im Sinne des „informed consent“ eingeholt werden. Da es an evidenzbasiertem Wissen um die Effektivität der bimanuellen Palpation oder der präventiven Ultraschall-Untersuchung mangelt (ACOG Committee 2018; Evans et al. 2019), ist der Anspruch an die Indikation hoch zu stellen. In diesem Leitfaden geht es nicht um die Diskussion der Indikationen, sondern um das WIE der gynäkologischen Untersuchung. Unabhängig von der Frage der Indikation ist ein Aspekt aus psychosomatischer Sicht wichtig: Die Berührung mit den Händen hat eine eigene Bedeutung und Berechtigung (Schmid 2019). Durch Berührung kann das Gefühl vermittelt werden „in guten Händen zu sein“ (Böhme 2019). „High tech – low touch“ steht für eine technikorientierte Medizin, die die Beziehung vernachlässigt. Gerade das vorsichtige Abtasten und das Berührt-Werden kann für alle Beteiligten, Ärzt*innen wie Patient*innen, ein wichtiger Teil der Begegnung sein (Danzer 2012), der zur Klärung von Befinden und Beschwerden beiträgt. In Zeiten einer Sensibilisierung für Übergriffe – #MeToo – muss dabei betont werden: Berührung setzt eine tragfähige Beziehung voraus, sie muss erklärt werden und auch abgelehnt werden dürfen.

1.3 Ökonomisierung der Medizin

Die in diesem Leitfaden kritisch beleuchteten Aspekte der gynäkologischen Betreuung – zum Beispiel strukturelle Asymmetrie, Diskriminierung, Kommunikation – sind keine Einzelfälle, sondern schreiben sich in einem System ein. Die Probleme, die wir herausarbeiten, entstehen nicht aufgrund von ‚schlechten‘ oder ‚bösen‘ Behandler*innen.

Eine bedachte Untersuchung, wie in diesem Leitfaden propagiert, setzt vor allem gewisse Ressourcen wie bspw. **Zeit** voraus: Für das ausführliche Gespräch vor und nach der Untersuchung, für eine patient*innen-orientierte traumasensible Untersuchung, für Reflektionen im Team über mögliche Diskriminierung und den Umgang damit.

Unser Gesundheitssystem ist einer Logik des Profits untergeordnet (Kühn 2013).

Wir bewegen uns als Ärzt*innen innerhalb dieses Systems. Viele Behandelnde versuchen trotzdem gemäß ihrer persönlichen Arbeitsethik weiter einen humanistischen Beratungs- und Behandlungsansatz zu verfolgen. Auch in Zusammenarbeit mit wichtigen Gesundheitsinstitutionen werden Wege gesucht (Nationales Gesundheitsziel: Gesundheit rund um die Geburt, s. www.gesundheitsziele.de). Wir sehen aber, dass ein solches System durch seine Struktur unserem Versorgungsauftrag im Wege steht und die Möglichkeiten einer empathischen und salutogenetisch-orientierten Arbeitsweise wesentlich einschränken kann.

Wer sich intensiver mit der Ökonomisierung der Medizin und den damit verbundenen gefährlichen Folgen auseinandersetzen will, sei hingewiesen auf einige Organisationen und Publikationen zu dem Thema: Thesen zur Ökonomisierung der ärztlichen Berufstätigkeit der Bundesärztekammer (Bundesärztekammer 2022), Krankenhaus statt Fabrik (<https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de>), Jahrbücher für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften (bspw. Band 2, 5, 29, 44, 47 und 48), Bericht der Rosa Luxemburg Stiftung (Aus Sorge kämpfen 2022), <https://www.solidarisches-gesundheitswesen.de>.

1.4 Ziele des Leitfadens

Mit Blick auf die Patient*innen geht es vorrangig um Respekt vor Bedürfnis und Gefühlen, um Information und Beratung und um Stärkung der Selbstbestimmung/Empowerment. In diesem Sinn ist Ziel, dass der Eingriff nicht als Übergriff erlebt wird, sondern als wichtiger Teil der gynäkologischen Betreuung, den die Patient*innen mitbestimmen können; und dass auch Personen in die gynäkologische Praxis kommen, die zunächst eine Untersuchung ablehnen aufgrund ihrer negativen Vorerfahrungen oder Befürchtungen.

Aus Sicht der Fachleute geht es vorrangig um die kritische Selbstreflektion der Situation und der eigenen Haltung/Einstellung, um Aufmerksamkeit innerhalb des Teams für das Thema Gewalt und für unterschiedliche Diskriminierungsformen, um professionelle Kommunikation und um medizinisches ebenso wie technisches Know-how. Ziel ist, über den Aufbau einer tragfähigen Beziehung möglichst viel Wissen über Gesundheit und Krankheit der Patient*innen zu erhalten und zu vermitteln.

1.5 Gendersensible Sprache

In diesem Leitfaden wird bewusst die Bezeichnung **Patient*innen** verwendet. Mit dem Begriff Patient*innen sind alle Personen gemeint, die eine gynäkologische Praxis aufsuchen (wollen), unabhängig von dem aktuellen Anlass, sei es zur Beratung, zur Untersuchung oder zur Behandlung. Dabei wird in Kauf genommen, dass die Bezeichnung (Patient*in) für einige Menschen eine Assoziation zur Krankheit beinhaltet, die in der Gynäkologie öfters nicht vorhanden ist, zum Beispiel bei der Beratung zur Kontrazeption, bei Früherkennungsuntersuchungen oder auch bei der Betreuung in der Schwangerschaft. Mit dem Gendersternchen wird sichtbar gemacht, dass die gynäkologische Praxis nicht nur ein Ort für Frauen ist, sondern für alle Menschen – unabhängig von deren Genderidentität –, die gynäkologische Beratung und/oder Behandlung suchen.

1.6 Zielgruppen

Der Leitfaden wendet sich primär an **ärztliche Untersucher*innen**. Er ist nicht für andere Berufsgruppen (Hebammen, Physiotherapeut*innen) konzipiert, die ihre eigenen Standards haben und definieren. Besonders Studierende und Ärzt*innen, die am Anfang ihrer gynäkologischen Ausbildung stehen, sollen informiert werden über **Voraussetzungen, Vorbereitung und Ablauf der gynäkologischen Untersuchung**. Der 2026 angefügte Teil 3 "Lehre und Lernen" widmet sich noch detaillierter der Ausbildungssituation.

Darüber hinaus können erfahrene Ärzt*innen Anstöße erhalten, ihr Tun und Verhalten zu reflektieren und gegebenenfalls zu verändern.

Fachleute anderer Disziplinen (Psychotherapeut*innen, Sexualpädagog*innen, Pflegefachkräfte, Physiotherapeut*innen, Berater*innen) können bei der Lektüre mehr Wissen erhalten über die gynäkologische Untersuchung, um Patient*innen angemessen beraten zu können über das, was sie erwarten (können), wenn sie zu Gynäkolog*innen gehen.

Speziell für Patient*innen ist ein Informationsblatt über die gynäkologische Untersuchung weiterhin in Planung, mit Erläuterungen zur individuellen Vorbereitung auf die Untersuchung und mit einer graphischen Darstellung des Ablaufs. Es ist gedacht für die Auslage in Praxen und soll auch online zugänglich gemacht werden.

2 Leitfaden zur gynäkologischen Untersuchung

Der Leitfaden sollte individuell passend zur jeweiligen Situation und Patient*in eingesetzt werden. Manches gilt vor allem für den ersten Kontakt mit Patient*innen und die erste Untersuchung und erübrigt sich bei späteren Terminen. Routine-Untersuchungen zum Beispiel im Rahmen der Früherkennung unterscheiden sich von Untersuchungen aufgrund von Beschwerden.

2.1 Ärztliche Einstellung und Haltung

1. Selbstreflexion über die strukturelle Asymmetrie / das Machtgefälle zwischen Ärzt*innen und Patient*innen; Selbstbestimmungs- und Einflussmöglichkeiten der Patient*innen stärken
2. Respekt vor Scham/unangenehmen Gefühlen bei Patient*innen, Wahrnehmung ihres individuellen Bedürfnisses; Vermittlung von Sicherheit durch professionelle Selbstverständlichkeit
3. Wahrnehmen/Reflexion der möglichen (eigenen) sexuellen/erotischen Gefühle, sowie auch der möglichen Gefühle von Ablehnung und/oder Ekel

1. Die unausgesprochene strukturell-bedingte Asymmetrie zwischen Ärzt*innen und Patient*innen hängt vor allem zusammen mit der fachlichen Kompetenz und Autorität der Ärzt*innen. Sie kann zu einem Machtgefälle führen. Zur ärztlichen Einstellung gehört, sich dieser Situation bewusst zu sein und das Ungleichgewicht durch beispielsweise gezielte Information und wertschätzende Kommunikation möglichst zu reduzieren. Wichtig erscheint außerdem, sich auf die jeweils unterschiedlichen intellektuellen und sprachlichen Fähigkeiten der Patient*innen einzustellen. Patient*innen können so gestärkt mehr Einfluss auf Art und Umfang der Untersuchung gewinnen.
2. Wie eingangs dargestellt, ist die Untersuchungssituation für viele Patient*innen mit Scham oder Angst, manchmal auch mit Schmerz verbunden, während es für die Ärzt*innen zum Berufsalltag gehört. Diese Diskrepanz gilt es immer wieder **wahrzunehmen** und die damit verbundenen Gefühle ernst zu nehmen und **zu respektieren**. Die Erfahrung vieler Kolleg*innen spricht dafür, dass es für Patient*innen erleichternd sein kann, wenn die Untersuchung mit ‚professioneller Selbstverständlichkeit‘ durchgeführt und als alltägliche Routine mit klar geregelter Ablauf gestaltet wird, mit eindeutigen Informationen und Anweisungen. Dabei muss selbstverständlich Raum für Zustimmung bzw. Möglichkeit zum Abweichen vom ‚geregelter Ablauf‘ angeboten werden.
3. Bei allen Beteiligten kann die intime Untersuchungssituation **erotische/sexuelle Gefühle** auslösen, die mehr oder weniger bewusst abgewehrt oder ganz verdrängt werden (Bitzer 1998). Das gilt für Frauenärzt*innen ebenso wie für Frauenärzte (Kastendieck 1998). Die Fachleute sollten darauf vorbereitet sein, sie wahrnehmen können und klar die Grenzen kennen und respektieren, die nicht überschritten

werden dürfen (ausführlicher dazu Beckermann und Perl 2004; SGGG 2011). Sexuelle Gefühle zwischen Ärzt*innen und Patient*innen sind tabuisiert und dennoch wirksam (Frick-Bruder 1998; Schumann und Gras 2022). Auch Gefühle wie Ablehnung oder Ekel können im Kontext der Untersuchung ausgelöst werden, zum Beispiel durch ausgeprägte Mehrgewichtigkeit, unangenehmen Geruch oder unhygienische Verschmutzung des Genitale. Unabhängig von der spezifischen Situation gilt es, eine nicht diskriminierende/wertende professionelle Haltung beizubehalten. Negative Reaktionen können das – bei Patient*innen nicht selten vorkommende – Gefühl verstärken, dass sie „untenrum“ nicht ansehenswert sind (Schumann 2017). Es kann hilfreich sein, sich in einem vertrauten kollegialen Kreis, zum Beispiel in einer Balint-Gruppe, über die durch Patient*innen ausgelöste Gefühle auszutauschen, um so besser mit ihnen umgehen zu lernen.

2.2 Inhaltliche Vorbereitung im Team

1. Aufmerksamkeit im Team für das Thema Gewalt und für verschiedene Diskriminierungsformen, Fortbildungsangebote dazu, Selbstreflexion über die jeweils eigene Position; Poster/Infomaterial dazu anbieten
2. Sprachlichen und kulturellen Unterschiede Raum geben können

1. Diskriminierung – auch ungewollte und indirekte – führt im Gesundheitssystem zu schädigenden Effekten (Hädicke und Wiesemann 2021): „Wer Angst vor sich wiederholender herabwürdigender Behandlung hat, wird ggf. allein schon deshalb den Kontakt zu Ärzt:innen meiden“. Die Praxisatmosphäre sollte entsprechend bewusst gestaltet werden im Sinne der Sensibilisierung des gesamten Praxisteam. Unterstützend wirken ausgewählte Poster und Info-Material.

Konkret geht es um die **Auseinandersetzung mit ...**

- a. ... physischer, psychischer und sexualisierter Gewalt als gesellschaftlich relevantem und weit verbreitetem Phänomen. Fortbildung des Praxisteam für die Wahrnehmung von Hinweisen für emotionale Betroffenheit / Angst / Gewalterfahrung und für die entsprechende Kommunikation (Schumann 2020). Poster, z.B. zum „Hilfetelefon Gewalt gegen Frauen“ oder über ähnliche Hilfsangebote, ausgehängt im Wartebereich können signalisieren, dass das Thema Gewalt bekannt und ansprechbar ist. Entsprechende Info-Kärtchen in der Toilette auslegen, um unbemerktes Einstecken zu ermöglichen. Zum Themenkreis Gewalt gehört auch die weibliche Genitalverstümmelung (FGM = Female Genital Mutilation). Das Wissen über die verschiedenen Formen, die körperlichen Konsequenzen und den Umgang damit ist auch in Deutschland von Bedeutung (World Health Organization 2023).
- b.Ableismus/ Ageismus und der (mangelnden) Barrierefreiheit der Praxis/Ambulanz, bei Bedarf Implementierung von Änderungen. Beispiele: Praxis und Untersuchungen zugänglich für Rollstuhlnutzer*innen, für ältere/gebrechliche Personen; genug Zeit im Terminkalender einplanen; Dokumente auch in leichter oder einfacher Sprache;

- c. ... der Diskriminierung von lesbischen, trans, inter, nichtbinären Personen in der Medizin und Umstellung der cis-sexistischen bzw. binären Geschlechterwahrnehmung. Beispiele: Nicht automatisch nach dem Ehemann, sondern nach nahestehenden Personen oder Angehörigen fragen; außer ‚weiblich‘ auf Formularen auch andere Möglichkeiten vorgeben; Erfragen, wie jemand angesprochen werden will; Bewusstsein für (medizinische) Bedürfnisse von trans Menschen, besonders in der Transition; Auslage von Flyern zum Thema LGBTQIA+ (lesbisch, schwul (gay), bisexuell, trans, queer/questioning, intersexuell, asexuell) als „Signal“ für Patient*innen, dass die Themen bekannt und ansprechbar sind
- d.Gewichtsdiskriminierung im Bereich der Medizin und Implementierung von Änderungen, um die Praxis/Ambulanz besser zugänglich für mehrgewichtige Menschen zu gestalten. Beispiel: Gynäkologischer Stuhl ausgelegt auch für mehrgewichtige Menschen; breite Manschette für Blutdruck-Messung vorhalten; vor dem Weg auf die Waage fragen, ob eine Gewichtsmessung akzeptabel ist; keine wertenden Kommentare über das Gewicht
- e.strukturellem Rassismus im Bereich der Medizin, um der Ausgrenzung von Schwarzen, Indigenen, als muslimisch gelesenen Personen und People of Color entgegen zu wirken. Hilfreich für die ärztliche Haltung ist die Auseinandersetzung mit Unter-, Über- und Fehlversorgung von Migrant*innen (Borde und David 2003). Das Wissen über zum Teil rassistische Ursprünge von gynäkologischem Wissen sowie deren Auswirkungen auf die Gesundheit (Owens und Fett 2019; Sahebi 2021) ist noch wenig erforscht und verbreitet.
- 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 und Kimmich-Laux 2017)
- g. ... Klassismus als Diskriminierung von Personen aufgrund ihrer sozialen Herkunft und/oder Position. Beispiele: keine Bewertung des Auftretens oder der Kleidung einer Person, Bewusstsein über die möglichen Konsequenzen und tiefgreifende Einschränkungen (u.a. gesundheitlich und psychosozial), die mit Armut zusammenhängen.

2. Wenn **Sprachbarrieren** bestehen, haben Patient*innen Anspruch auf Dolmetscherdienste; das gilt auch für gehörlose Personen. Angehörige, vor allem Kinder, sollten nur in Ausnahmefällen medizinische Gespräche übersetzen (Sicherheit, dass die kommunizierten Inhalte richtig übersetzt werden / Datenschutz / Kinderschutz). Die zeitnahe Organisation eines Dolmetscherdienstes inkl. Regelung der Kostenübernahme kann allerdings im klinischen Alltag schwierig sein. Eine mögliche Alternative ist webbasierte Information (bspw. www.zanzu.de oder www.triaphon.org) als Hilfe für die Kommunikation. Infokarten zu Zanzu können ausgelegt oder mitgegeben werden, damit Patient*innen sich zu Hause in Ruhe vorbereiten können. Eine weitere neue Möglichkeit sind KI-basierte Sprachübersetzungs-Tools. Eine große Chance liegt in der Einbeziehung und Weiterbildung der MFAs: Sie erkennen Sprachbarrieren als erste und können mit den betroffenen Patient*innen im Vorfeld

klären, welche Probleme vorliegen und welche Möglichkeiten der Kommunikation denkbar sind. Ideal ist es, wenn Menschen mit unterschiedlichem kulturellen Hintergrund und Sprachschatz Teil des Teams sind.

Angebote in leichter oder einfacher Sprache sollten bekannt sein, um Patient*innen mit niedriger Gesundheitskompetenz oder sprachlichen/kognitiven Beeinträchtigungen gut betreuen zu können.

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 Japanerin kann dazu gehören, dass ein Stoffschirm, quer über ihren Unterleib angebracht, den Blickkontakt zwischen ihr und der untersuchenden Person verhindert.

2.3 Technische Voraussetzungen

1. Rezeption abgegrenzt gegen Mithören; Datenschutz beachten im Anmelde- und Wartebereich
2. „bequemer“ Gyn-Stuhl (Barrierefreiheit) ggf. mit Sichtschutz, alternativ Liege, Umkleidekabine in unmittelbarer Nähe; gute Lichtquelle
3. unterschiedliche (Form, Größe) angewärmte Spektula vorhalten, weiche Untersuchungshandschuhe; Handspiegel (zur Demonstration)
4. Ultraschall-Bildschirm in Sichtweite für Patient*innen, ggf. drehbar

1. Auch wenn der Datenschutz prinzipiell für jede ärztliche Praxis gilt, sollte er in der gynäkologischen Praxis besonders penibel beachtet werden: Gerade gynäkologische Themen (Pille-Danach/(ungewollte) Schwangerschaft/sexuell übertragbare Infektionen) können sehr „intim“ sein. Der Anmeldebereich sollte entsprechend möglichst gut abgegrenzt und vor „fremden Ohren“ geschützt sein
2. Untersuchungsstuhl bzw. -liege sollten mit dem Fußende nicht Richtung Tür weisen: Das kann die dort liegende entblößte Person (unnötig) beunruhigen. Eine Stellwand zum Abgrenzen des Untersuchungsbereichs kann hilfreich sein.
Es gibt optisch ansprechende, stabile und gleichzeitig „bequeme“ Untersuchungsstühle mit der Möglichkeit der elektrischen Höhe- und Lageverstellung, hilfreich gerade für Ältere/ mehrgewichtige Menschen/ Menschen mit körperlichen Einschränkungen und mit Behinderung. Statt der Fixation der gespreizten Beine im Kniegelenk, wie bei älteren Modellen üblich, werden bei modernen Stühlen die Füße auf entsprechende Halter aufgestellt. So bleibt es der Patient*in überlassen, wie weit sie die Beine spreizen will/ kann. Wichtig für die Inspektion von Vulva und Vagina ist eine einhändig zu bedienende gute Lichtquelle, meist an der Decke angebracht. Als gute Alternative für die Untersuchung sollte möglichst auch eine Liege im Raum stehen, evtl. mit entsprechender Haltevorrichtung für die Füße.
Die (mit Tür oder Vorhang abgetrennte) Umkleidekabine befindet sich möglichst in der Nähe des Untersuchungsstuhls, damit nur wenige Schritte unbekleidet durch den

Raum erforderlich sind.

In manchen Praxen wird ein Einmal-Wickeltuch für den Weg von der Kabine zum Untersuchungsstuhl angeboten, das dann gleichzeitig als Unterlage dienen kann. (Eine mögliche Alternative ist das selbst-mitgebrachte Handtuch, wie es in der DDR üblich war.) In der Kabine sollten ein (abwischbarer) Hocker und genügend Ablagefläche und Kleiderhaken vorhanden sein, sowie ein Haltegriff an der Wand. Zusätzliche Ausstattung: Papiertücher (zum Abwischen des Ultraschallgels), Slipeinlagen/Tampons, (geschlossener) Abfalleimer, langer Schuhlöffel, kleiner Wandspiegel.

3. Es gibt in Form und Größe unterschiedliche Spekula, die jeweils Vor- und Nachteile haben und entsprechend vorgehalten werden sollten. Einhand-Spekula („Entenschnabel“) erleichtern die Untersuchung ohne Assistenz. Die Spekula sollten angewärmt sein und mit Wasser oder mit einem Gleitgel auf Wasser-Basis (nicht mit Öl: kann den Zyto-Abstrich verfälschen) befeuchtet werden, damit das Einführen in die Vagina weniger unangenehm ist.

Für die Palpation weiche Latex-Handschuhe (cave Latexallergie!) verwenden. Eine Alternative sind Vinyl-Handschuhe, ein spezielles Plastik-Produkt.

In manchen Situationen ist es sinnvoll, das zu zeigen was die Patient*innen selbst nicht sehen können, zum Beispiel Vulvalippen, Condylome, Fluor: Dafür sollte ein Handspiegel bereit liegen, den sie selbst auf Wunsch in die Hand nehmen können. Für die im Einzelfall erforderliche digitale rektale Untersuchung sind zusätzlich Fingerlinge plus Vaseline notwendig.

4. Die vaginale Ultraschall-Sonde wird vorne mit einem Klacks Gel versehen und mit einer Schutzhülle überzogen. Etwas außen aufgetragenes Gleitgel erleichtert das Einführen. Beim abdominalen Ultraschall ist warmes Kontaktgel angenehmer (Wärmeeinrichtung für Babyflaschen). Das Ultraschall-Gerät sollte so platziert und schwenkbar sein, dass die Patient*innen die dargestellten Organe auf dem Bildschirm problemlos sehen und die Untersuchung nachvollziehen können, wenn von der Patient*in gewünscht. Das sollte vor allem bedacht werden bei der Untersuchung bei ungewollter Schwangerschaft, da es sein kann, dass manche Patient*innen in diesem Fall die Bilder nicht sehen wollen.

2.4 Gespräch vor der Untersuchung

1. Beziehungsaufbau; „Informed consent“ einholen für die geplante Untersuchung bzw. für das Unterlassen einer von der Patient*in erwarteten Untersuchung. Hinweis: ausführliche Erörterung der Befunde erst nach abgeschlossener Untersuchung
2. Besonders bei erstem Kontakt nach (negativen) Vorerfahrungen bzw. Ängsten fragen und danach, was die Untersuchung erleichtern würde
3. Vereinbarung eines Stopp-Signals bei Wunsch der Patient*innen für eine Pause/eine Beendigung
4. Bei Ablehnung der Untersuchung: evidenzbasierte Information und Beratung über Nutzen der Untersuchung versus Risiko bei Unterlassung.

1. Am Anfang steht der Beziehungsaufbau. Es sollte ein für die Patient*in sicherer Raum geschaffen werden, der das Vertrauen der Patient*in in die Behandler*in stärkt. Dazu gehören (je nach Situation) die namentliche Vorstellung und eine offene Frage am Anfang, zum Beispiel: „Was führt Sie heute zu mir?“ Dabei sollte mit Erwartungen, Befürchtungen und Emotionen sensibel umgegangen werden.
Im Vorgespräch sollte der Sinn der anstehenden Untersuchung verständlich erläutert werden: Was kann gefunden werden, was nicht? Oder auch: Warum ist in der konkreten Situation eine Untersuchung überflüssig bzw. erforderlich? Beispiele dafür:
 - a. Eine Verhütungsberatung bzw. das Verschreiben der Pille vor dem ersten Sex erfordern in der Regel keine gynäkologische Untersuchung.
 - b. Eine digitale rektale Untersuchung (DRU) zusätzlich zur vaginalen Palpation gehört nicht zur gynäkologischen Standard-Untersuchung, kann aber erforderlich sein bei entsprechender Indikation. (Bis 2008 gehörte die DRU im Rahmen der Früherkennungsmaßnahmen zum sogenannten Leistungsangebot für Frauen > 50 Jahren. Seit 2009 gehört die routinemäßige DRU nicht mehr zum Standard (<https://www.g-ba.de/richtlinien/17/>), zumal eine Evidenz hierfür nie belegt werden konnte.)

Ziel ist die informierte gemeinsame Entscheidung über Art und Umfang der Untersuchung. Dafür sollte – angemessen an die Situation – der **Auftrag bzw. die Zustimmung** eingeholt werden.

Für viele Patient*innen ist der Besuch in der gynäkologischen Praxis automatisch mit einer Untersuchung verbunden. Wenn aus ärztlicher Sicht **keine Indikation** für eine gynäkologische Untersuchung besteht, sollte das erörtert werden: Ein unerwarteter Verzicht kann als mangelhafte Behandlung erlebt werden, zum Beispiel eine Schwangerschaftsuntersuchung ohne vaginale Palpation. Im Einzelfall sollte die Situation mit den Patient*innen geklärt, ihre Bedürfnisse/ihre Sorgen respektiert und gemeinsam eine akzeptable Lösung gefunden werden.

Es erscheint aus Erfahrung sinnvoll, besonders bei unklaren Beschwerdebildern schon vor der Untersuchung darauf hinzuweisen, dass die Ergebnisse der Untersuchung erst im Anschluss daran ausführlich besprochen werden, nach dem Ankleiden: Die Untersuchungssituation als solche verstärkt, wie anfangs dargelegt, das Ungleichgewicht zwischen Ärzt*innen und Patient*innen und erschwert so eine Erörterung in „Augenhöhe“.

2. Besonders beim ersten Kontakt sollte nach möglichen negativen Vorerfahrungen gefragt werden (Ängste/Sorgen/Schmerzen). Die Anamnese sollte die Frage nach Gewalterfahrungen beinhalten. Letzteres gilt neben der Erstanamnese auch bei klinischen Auffälligkeiten und ggf. in/nach der Schwangerschaft: Nicht selten beginnt häusliche Gewalt in der Schwangerschaft oder nach der Geburt eines Kindes (Kruse 2017). Bei negativen Vorerfahrungen ist es sinnvoll zu erfragen, was die Untersuchung erleichtern könnte. Das kann zum Beispiel die Ablenkung durch ein Gespräch sein oder die Anwesenheit einer (vertrauten) dritten Person.

3. Vor der (ersten) Untersuchung sollte 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 unterbrochen bzw. abgebrochen.“*
4. 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 SpekulumEinstellung, nur vaginaler Ultraschall ohne Palpation, nur Abdominalsonographie.
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.
Es kann auch Situationen geben, in denen Ärzt*innen sich überfordert fühlen, eine weitere Betreuung der Patient*in zu übernehmen. Das sollte besprochen und nach einer Alternative gesucht werden.

2.5 Ablauf der Untersuchung

1. Entkleidung nur so weit, wie für die Untersuchung erforderlich
2. Während der Untersuchung im Kontakt bleiben, ggf. jeden Schritt ankündigen; Alternative ablenkendes Gespräch; keine „verbalen Übergriffe“; bei auffälligem Befund (empathischer) Verweis auf spätere Erörterung
3. eigenes Verhalten/Mimik/Sprache beachten: Bemerkungen können Emotionen und Ängste triggern; Nocebo-Effekte beachten.
4. kein (unangekündigtes) Eintreten einer Person während der Untersuchung; die Anwesenheit einer dritten Person von Anfang an ist nach Absprache möglich, aber kein „Muss“; kein Telefonat
5. Wunsch nach Pause/Ablehnen von Untersuchungsschritten sofort akzeptieren; alternative Untersuchungskonzepte in Erwägung ziehen
6. Professioneller + respektvoller Umgang mit Scham/ mit Anspannung / Schmerz / Dissoziation

1. „Erst unten rum?“ Patient*innen sollten wissen, dass sie sich nur partiell entkleiden müssen; ein längeres T-Shirt/ein Rock erleichtert die Schritte von der Umkleidekabine zum Untersuchungsstuhl. Eine Alternative ist ein Tuch über die Brust/um den Unterleib.

2. Vor allem bei der ersten vaginalen Untersuchung bzw. angemessen zur Situation kann es sinnvoll sein, den Beginn und jeden Untersuchungsschritt kurz + klar anzukündigen, gerade weil die liegenden Patient*innen nicht sehen können, was gemacht wird.: *„Ich fange jetzt an mit der Untersuchung, okay?“* ist ein guter Start-Satz. *„Ich sehe mir jetzt die Labien an – führe die Spekula ein – der Muttermund sieht gut und glatt aus – die Entnahme des Zellabstrichs kann etwas pieksen.... usw.“*. Es kann hilfreich sein, die erwähnten Instrumente zu zeigen. Wichtig ist dabei, tatsächlich im 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“*. Hinweis: Die vaginale Palpation nur mit einem Finger kann angenehmer sein als das (oft übliche) Einführen von zwei Fingern.

Manche nehmen gerne das Angebot an, mit einem Handspiegel zum Beispiel Condylome selbst anzusehen, oder lassen sich auf dem US-Bildschirm die Organe/Befunde zeigen. Für andere kann ein ablenkendes Gespräch angenehmer sein, sie wollen nichts davon hören, was gerade untersucht wird. Nicht angebracht sind wertende Aussagen, die als verbale Übergriffe erlebt werden können, zum Beispiel: *„Sie haben eine schicke Intimirasur“*.

Eine ausführliche Erörterung der Ergebnisse in dieser körperlich dysbalancierten Situation ist unangebracht, wie oben (2.4.1) schon dargelegt. Natürlich kann ein auffälliger Befund, z.B. der fehlende Herzschlag bei missed abortion, nicht kommentarlos übergangen werden. Darauf muss in kurzen Sätzen angemessen ruhig eingegangen werden, mit Verweis auf eine ausführliche Erörterung nach dem Ankleiden.

3. Sprache und Mimik beachten: Als negativ wahrgenommene Aussagen oder Bewertungen können bei der Patient*in ungewollt Ängste und körperliche Beschwerden auslösen (Nocebo-Effekt). Sätze 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 Gewalt genau mit diesen Sätzen erlebt haben, und entsprechend starke emotionale Reaktionen hervorrufen, bis hin zu einer Dissoziation.

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

4. Mit den Mitarbeiter*innen muss abgesprochen sein, dass niemand unaufgefordert während einer Untersuchung den Raum betritt. Für dringlich notwendige Ausnahmen muss es klare Regeln geben (z.B. zweimal anklopfen, und abwarten, bis die Patient*innen informiert sind und sich evtl. mit einem Tuch bedecken können). Falls

während der Untersuchung zusätzlich eine Assistenz erforderlich ist, sollte darüber informiert und erst dann – z.B. mit einem Tonsignal – die Assistenz gerufen werden. Manche Patient*innen wünschen die zusätzliche Anwesenheit einer vertrauten Person. Eine eindeutige Regelung zur Anwesenheit einer dritten Person bzw. eine Vorschrift dazu gibt es nicht laut Rückfrage beim Berufsverband der Frauenärzte (BVF). Die *aktuellste* Quelle ist demnach eine kurze Mitteilung des BVF von 1993 (FRAUENARZT 34, 6/1993). Darin wird die übliche Empfehlung der „*Gegenwart einer Arzthelferin*“ begründet mit eventuellen Beweismöglichkeiten des Arztes, „*wenn die Patientin behauptet, er habe die Untersuchung zur eigenen Befriedigung mißbraucht.*“ (Anmerkung: Ob Ärzt*innen Schutz brauchen vor falschen Anschuldigungen oder Patient*innen das Recht haben müssen, ihr Bedürfnis nach einer geschützten Atmosphäre zu äußern, ist kritisch zu diskutieren.)

Mögliche Störungen durch Telefon müssen im Vorfeld bedacht und geregelt werden (z.B. Abgabe des Diensthandys). Falls aus Gründen der (klinischen) Ausbildung eine andere Person – Medizinstudierende, Ärzt*innen, Hebamme – bei der Untersuchung anwesend sein soll, muss das vorab mit den Patient*innen abgesprochen und deren Zustimmung eingeholt werden.

5. Das im Vorgespräch vereinbarte Stopp-Signal soll befolgt und die Untersuchung sofort unterbrochen werden. Eine vaginistische Reaktion soll als solche akzeptiert und kann kurz als „*Verkrampfung der Muskulatur*“ erläutert werden, an der die Patient*in keine Schuld hat. Je nach Situation sind eine Pause mit Erklärung, wie es weiter geht/gehen könnte, oder ein Abbruch der Untersuchung die Konsequenz.

Wenn aus dem Vorgespräch oder aus Voruntersuchungen bekannt ist, dass bestimmte Untersuchungsschritte besonders belastend sind, sollte der Ablauf miteinander abgesprochen werden, zum Beispiel: erst sehr langsam und vorsichtig palpieren, dann Einführen des Spekulum. Den Patient*innen kann angeboten werden, das Spekulum selbst einzuführen, wenn sie das möchten (Wright et al. 2005). Üblich in Deutschland ist die Untersuchung auf dem gynäkologischen Stuhl. Für manche Patient*innen und auch im Verlauf der Schwangerschaft ist die Untersuchung auf der Liege eine mögliche und gelegentlich bessere Alternative.

6. Äußerungen von Schmerz, Scham und Anspannung sollten ernsthaft und respektvoll akzeptiert und professionell interpretiert werden; nicht alle Patient*innen weisen im Vorfeld auf etwaige Probleme hin. Bei Auffälligkeiten gilt: Nachfragen und die Patient*innen bestimmen lassen, in welchem Tempo bzw. ob überhaupt die Untersuchung weiter durchgeführt werden kann.

Schmerzen bzw. starke körperliche Anspannung können auch diagnostische Hinweise sein auf körperliche (z.B. Endometriose, Adnexitis) oder psychische Belastungen oder Erkrankungen. Nicht selten stehen hinter einer vaginistischen Reaktion frühere schlechte Erfahrungen bei der Untersuchung, schmerzhaft erlebter Sex oder auch das Erleben von sexualisierter Gewalt. Je nach Situation kann eine verständnisvolle Beratung bzw. eine Weiterleitung an professionelle Unterstützung erforderlich sein. Wenn Patient*innen von ihren Emotionen überschwemmt werden, kann es zur

Dissoziation kommen: Sie wirken dann wie weggetreten, wie bewusstlos. Das ist nicht gefährlich. Es gibt erprobte einfache Methoden, um sie wieder in die Realität zurückzuholen (Schumann 2020): „Hallo Frau Maier, ich bin Dr. Müller, ihre Ärztin“. Oder die Aufforderung, von 10 bis 1 zu zählen, Dinge im Raum zu benennen, oder sie vorsichtig berühren. „Ich fasse Sie jetzt am Arm an, können Sie das spüren?“ In Absprache kann die Untersuchung vorsichtig fortgesetzt oder abgebrochen werden.

2.6 Gespräch nach der Untersuchung

1. Verständliche und verständnisvolle Mitteilung der Ergebnisse im angemessenen Rahmen
2. Konsequenzen erläutern, Ziel: Shared Decision making: weitere Untersuchungen? Folgetermin? Überweisung? Therapie? Offenheit für weitere Fragen signalisieren
3. Umfassende Dokumentation der körperlichen Befunde (möglichst standardisiert) und psychosozialer Auffälligkeiten; nach Gewalterfahrung: gerichtsfeste Dokumentation anbieten / erstellen

1. Nach Abschluss der Untersuchung, wenn die Patient*innen angezogen wieder dem*der Ärzt*in gegenüber sitzen, werden die Ergebnisse der Untersuchung incl. etwaiger Ultraschallbefunde mitgeteilt und in Ruhe erörtert. Dafür sollte ein eigener ‚Ort‘ vorgesehen sein – räumlich und zeitlich. Die körperliche Untersuchung ist so in ein Vor- und ein Nachgespräch eingebettet.
2. Auch ein unauffälliger Befund sollte als solcher explizit mitgeteilt werden: „Soweit ich das heute beurteilen kann, sind keine Auffälligkeiten zu erkennen.“ Bei pathologischem Befund geht es um die Konsequenzen, die sich aus der Untersuchung ergeben: Was wurde gefunden? Sind weitere Untersuchungen angebracht? Wohin soll sich die Patient*in wenden, wer vereinbart einen Termin? Im Sinne des Shared Decision Making geht es um die Darstellung von Therapieoptionen, deren gemeinsame Verhandlung und die Entscheidung für eine Option. Das Verständnis der vermittelten Informationen kann überprüft werden, indem man die Patient*in bittet, in eigenen Worten die für sie wichtigen Punkte noch einmal zusammenzufassen (Teach back-Methode): „Was waren jetzt für Sie die wichtigsten Informationen? Wenn Sie jemanden erzählen würden, was wir heute besprochen haben, wie würden Sie das zusammenfassen?“
Bei Früherkennungs-Untersuchung (zytolog. bzw. HPV-Abstrich) und anderen Laborkontrollen sind genaue Angaben wichtig: Wann ist das Ergebnis zu erwarten? Wann und wie werden die Patient*innen informiert (schriftlich? telefonisch?). In jedem Fall muss genug Zeit für Fragen sein, evtl. verbunden mit dem Angebot, bei später auftretenden Fragen sich telefonisch zu melden.
3. Jeder Befund muss dokumentiert werden. Vordrucke/Stempel/Vorformulierungen (bei elektronischer Datei), in die das konkrete Untersuchungsergebnis eingefügt wird, sparen Zeit und helfen gegen Vergessen.
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) (DGGG und DGPF 2020). Falls das abgelehnt wird, muss das respektiert und dokumentiert werden. Für die gerichtsfeste Dokumentation gibt es Anleitungen und Vordrucke (www.signal-intervention.de). Nicht alle Ärzt*innen sehen sich ausreichend ausgebildet für eine solche umfassende Dokumentation, oft mangelt es auch an Zeit. Gerade die Untersuchung nach Vergewaltigung verlangt eine hohe kommunikative Kompetenz und Spezialwissen. Das gilt ganz besonders für die Versorgung von Minderjährigen (Balint et al. 2022). Im Zweifelsfall sollte die Patient*in nach entsprechender Beratung direkt an eine kompetente Stelle (Krankenhaus-Ambulanz, Rechtsmedizin) weiter verwiesen werden. Mit der Weiterverweisung sollte das Angebot verbunden sein, sich zur weiteren Betreuung wieder vorstellen zu können.

3 Lehre und Lernen der gynäkologischen Untersuchung

3.1 Warum diese Erweiterung?

Medizinstudierende wollen und sollen in der Ausbildung die gynäkologische Untersuchung kennenlernen - und das ebenso selbstverständlich wie andere körperliche Untersuchungen. Im Nationalen Lernzielkatalog Medizin (NKLM, Kapitel 14b Klinisch-praktische Fertigkeiten) ist dazu ausgeführt: „Die Absolventin/ der Absolvent können die Untersuchung des weiblichen Genitale einschließlich SpekulumEinstellung durchführen“ (NKLM. 14b.2.1.12, S.150). Als Lernziel legt der Katalog „manuelle Untersuchungskompetenzen situativ adäquat, hygienisch einwandfrei und in einer für die Patientinnen und Patienten respektvollen Weise“ fest und beinhaltet somit die Untersuchung an der „realen“ Patient*in.

Gleichzeitig stellt die gynäkologische Untersuchung aufgrund ihrer Intimität besondere Ansprüche an Lehrende und Lernende. Hier geht es nicht allein um die Technik der Untersuchungsschritte, sondern ganz besonders um einen guten Beziehungsaufbau, den Respekt der Würde und Autonomie der Patient*in, die informierte Zustimmung und das aktive Einbeziehen von Patient*innen.

Ein transparentes Curriculum mit klaren Vorgaben, etwa auf Grundlage des im Folgenden vorgestellten Stufenmodells, kann die Ausbildung für Lehrende und Lernende erleichtern und verbessern. Das gilt mit Blick darauf, dass die Lehre der gynäkologischen Untersuchung trotz der Vorgaben des NKLM derzeit bundesweit sehr unterschiedlich gestaltet wird: Teilweise findet die Untersuchung nur am Beckenmodell statt, mancherorts ergänzt durch die Kommunikation mit (dahinter sitzenden, angekleideten) Simulationspatient*innen. Manche Lernenden berichten von der Lehre an der Patient*in in Narkose oder/und an wachen Patient*innen.

3.2 Möglichkeiten der gynäkologischen Ausbildung

Am Modell lässt sich die Anatomie gut demonstrieren, ebenso die Inspektion, Palpation und der Untersuchungsablauf. Daneben kann eine bei der Modelluntersuchung anwesende Person Schmerzen simulieren und verbalisieren. Wie im Leitfaden ausführlich dargestellt, umfasst die gynäkologische Untersuchung jedoch weit mehr: Dazu gehören die Interaktion und Kommunikation mit der Patient*in im Vorfeld der Untersuchung, ein reflektierter Umgang mit Berührung, Nähe und Intimität sowie das Wahrnehmen und angemessene Reagieren auf Anspannung und Schmerz.

Obwohl die alleinige Lehre am Modell gelegentlich als ausreichend dargestellt wird (David et al. 2025), können wichtige Qualitäten der gynäkologischen Untersuchung in dieser Form nicht vermittelt werden (Le Lous et al. 2023). Entsprechende Überlegungen beschreibt eine der Autorinnen bereits 2019 in dem Artikel „Konzepte zur Verbesserung der gynäkologischen Untersuchung“ (Gras 2019). Darin werden unter anderem die im skandinavischen und angloamerikanischen Raum bereits in den achtziger Jahren etablierten „gynaecological teaching associates“ (GTA) vorgestellt: speziell ausgebildete Personen, die sich von Studierenden untersuchen lassen, mit ihnen interagieren und Feedback geben (Shain et al. 1982). Ein systematisches Review von Smith et al. zeigte, dass Studierende auf diese Weise sowohl bessere kommunikative als auch technische Fähigkeiten für die Untersuchung entwickelten (2015). Zusätzlich konnte die häufig mit Unsicherheit verbundene Befangenheit von Studierenden bei der ersten gynäkologischen Untersuchung reduziert werden (Grankvist et al. 2014).

Die Untersuchung von GTAs wird in der deutschen Lehre bislang nicht umgesetzt. Stattdessen wird für die Lehre die Untersuchung der „echten“ Patient*in empfohlen (Hamza et al. 2020). Wie in Teil 1 und 2 dargestellt, ist die gynäkologische Untersuchung eine besondere und intime Begegnung zwischen Patient*in und Ärzt*in. Insbesondere auf Seiten der Patient*in kann sie von Anspannung, Scham und Unsicherheit geprägt sein (Yanikkerem et al. 2010). Reaktionen während der Untersuchung, wie Schmerzäußerungen oder Anspannung, können wichtige diagnostische Hinweise auf körperliche und seelische Ursachen von Beschwerden geben, beispielsweise bei psychosomatisch bedingten Unterleibsbeschwerden nach Gewalterfahrungen (Weitlauf et al. 2010).

Gleichzeitig kann es zu Unsicherheiten auf Seiten der Untersuchenden kommen, insbesondere wenn es sich um noch Lernende handelt (Kirubarajan et al. 2021). Um diese zu minimieren ist die Gewissheit wichtig, dass die Untersuchung einvernehmlich geschieht und keine Grenze überschreitet (Barnes 2012). Studien zeigen, dass Patient*innen überwiegend bereit sind, sich von Studierenden untersuchen zu lassen (Tzschaschel et al. 2025, Hamza et al. 2020). Das gilt besonders, wenn sie in den Ablauf einbezogen werden und sich als Teil der Ausbildung von „guten“ Untersucher*innen verstehen. Die Patient*in ist dabei nicht Objekt, sondern Subjekt der Untersuchung: Sie ist die Expert*in ihres eigenen

Körpers, kann über Besonderheiten informieren und Rückmeldung zur eigenen Wahrnehmung der Untersuchung geben.

3.3. Stufen-Modell für die Lehre der gynäkologischen Untersuchung

1. Theoretische Vorbereitung:
Anatomie, Pathologien, ärztliche Haltung, Einstellung und Kommunikation
2. Untersuchung am Beckenmodell:
Handlungsablauf, Interpretation des Tastbefunds, Kommunikation
3. Klinische Untersuchung
 - a. Auswahl der Patient*in
 - b. Aufklärung der Patient*in und informierte Zustimmung
 - c. Beobachtendes Lernen:
Studierende miteinbeziehen, Patient*innen-freundliches Erklären
 - d. Eigenständiges Untersuchen:
Lehrende als Korrektiv, Patient*innenfeedback
 - e. Nachbesprechung:
Befundbesprechung mit Patient*in und „Lehr-Besprechung“

3.3.1 Theoretische Vorbereitung

Vorbedingung der Untersuchung am Beckenmodell sind das Wissen über die Anatomie, die Ziele der gynäkologischen Untersuchung und mögliche Pathologien. Neben Fachwissen gehören zur eigenen theoretischen Vorbereitung die Inhalte, die in Kapitel 2.1 - Ärztliche Einstellung und Haltung - bereits dargestellt wurden, sowie die Grundlagen einer gelungenen Kommunikation mit Patient*innen. Die erforderliche Reflexion über das strukturelle Machtgefälle zwischen Patient*in und Ärzt*in und die Intimität der Situation gilt auch für Studierende.

3.3.2 Untersuchung am Beckenmodell

Ziel der Übung sind das Erlernen des Handlungsablaufs, der Umgang mit dem Instrumentarium und die Interpretation eines Tastbefundes. Frei nach Peyton kann die Untersuchungslehre am Modell in Demonstration, Dekonstruktion, Verständnisprüfung und eigenständige Durchführung unterteilt werden (Peyton et Rodney 1998). Zunächst wird die Untersuchung durch eine dozierende Person demonstriert – dabei kann es sich auch um eine studentische Tutor*in handeln (Tolsgaard et al. 2013). Es folgt die Erklärung und Aufgliederung der einzelnen Untersuchungsschritte. Anschließend beschreibt die lernende Person den neu gelernten Handlungsablauf in eigenen Worten und führt die Untersuchung vor. Alternativ kann auf die Zwischenschritte verzichtet werden, in jedem Fall sollte jedoch eine Demonstration und abschließend die eigenständige Untersuchung erfolgen (Münster, et al. 2016). Bei dieser kann eine Dozent*in, Tutor*in oder eine Simulationspatient*in am Kopfende die Patient*in darstellen und mit der

untersuchenden Person kommunizieren. Neben den praktischen Fertigkeiten können so Anweisungen zur Position der Patient*in, Ansagen zur Handlungsabfolge und Fragen zum Befinden der Patient*in geübt werden (Smith et al. 2015).

3.3.3. Klinische Untersuchung

Wenn die Studierenden am Modell gezeigt haben, dass sie die gynäkologische Untersuchung beherrschen, können sie Untersuchungen abhängig von ihrem Ausbildungsstand an Patient*innen durchführen. Dies gilt insbesondere für interessierte Studierende, die beispielsweise eine mehrwöchige Famulatur oder das praktische Jahr in der Gynäkologie absolvieren. Voraussetzung für die Untersuchung durch Studierende ist immer die informierte Zustimmung der Patient*in. Nach entsprechender Vorbereitung (s.o.) sollten Lernende zunächst beobachtend teilnehmen und dann selbst untersuchen. Wenn Studierende mit bestimmten Aufgaben der Untersuchung noch nicht vertraut sind oder sich unsicher fühlen, sollten sie das offen ansprechen. Für den Lernerfolg entscheidend ist ein konstruktives und ehrliches Feedback der Lehrenden basierend auf einer Selbsteinschätzung der Studierenden.

a. Auswahl der Patient*in

Die Lehrperson wählt eine geeignete Patient*in aus. Im besten Fall handelt es sich um eine ihr bekannte Patient*in, sodass die Lehrperson die mögliche Belastung für die Patient*in sowie potenzielle Befunde einschätzen kann. Das gilt für die Ambulanz, die Station und den Kreißaal ebenso wie für die gynäkologische Praxis. Immer sollten die aktuelle physische und psychische Konstitution der Patient*in sowie die Komplexität der Erkrankung bzw. der gesundheitlichen Situation im Verhältnis zum Ausbildungsstand der Lernenden berücksichtigt werden.

b. Aufklärung der Patient*in und informierte Zustimmung

Für viele Personen ist die gynäkologische Untersuchung eine "Ausnahmesituation", wie in Teil 1.1/1.2 dargestellt. Das gilt besonders für die Untersuchung durch Studierende. Die Zustimmung kann Patient*innen leichter fallen, wenn sie den möglichen Mehrwert durch die Lehruntersuchung erfahren. Beispielsweise haben Studierende oft mehr Zeit für die Anamnese und Rückfragen der Patient*in, sie sind eventuell behutsamer und rücksichtsvoller bei der Untersuchung, die auch für sie eine Ausnahmesituation ist. Eine weitere Motivation könnte der Hinweis sein, dass Patient*innen durch ihre Bereitschaft zur Ausbildung einer sensiblen und respektvollen Ärzt*innengeneration beitragen können.

In jedem Fall muss die Patient*in explizit darauf hingewiesen werden, dass sie ohne negative Konsequenzen eine vorgeschlagene Lehruntersuchung ablehnen und ihre Zustimmung jederzeit widerrufen kann.

Das gilt auch für die Untersuchung in Narkose. Die Patient*in muss vor der Narkose informiert und ihre Zustimmung erfragt werden. Studierende sollten über diese Zustimmung informiert sein.

Die Zustimmung der Patient*in sollte aus forensischen Gründen dokumentiert

werden.

Möglichkeiten der Information:

- Aushänge im Wartebereich und an der Anmeldung informieren darüber, dass Studierende bei der Anamnese bzw. Untersuchung anwesend sein können.
- Die Patient*in wird vor ärztlichem Kontakt durch Mitarbeitende gefragt, ob eine studierende Person bei Anamnese und/oder Untersuchung anwesend sein darf.
- Die Patient*in wird in Anwesenheit der lernenden Person von der Ärzt*in informiert und nach ihrem Einverständnis gefragt.
- Die Patient*in wird bei der OP-Aufklärung informiert, dass Studierende bei der OP anwesend sein können, und, wenn vorgesehen, nach ihrem Einverständnis für eine Untersuchung in Narkose gefragt.

c. Beobachtendes Lernen

Nach dem alten Lehrsatz „see one, do one, teach one“ untersucht die (Fach-)Ärzt*in zunächst in Anwesenheit der lernenden Person (Kotsis et Chung 2013). Im Laufe der (gynäkologischen) Ausbildung können erfahrene Assistenzärzt*innen ihr Wissen weitergeben und davon selbst profitieren. Für den Ablauf der gynäkologischen Untersuchung wird auf die Abschnitte 2.4. und 2.5. verwiesen.

Während der Untersuchung sollten Lernende nur dann mit Blick auf den Intimbereich stehen, wenn dies für das Lernen erforderlich ist und beispielsweise Auffälligkeiten zu sehen sind. Sie können in die Untersuchung miteinbezogen werden und Spekula oder Abstriche anreichen. Vorab sollte gezeigt worden sein, wo sich diese befinden. Auffälligkeiten sollten Lernenden während der Untersuchung in einer Form erklärt werden, die auch für die Patient*in gut verständlich ist. Letzteres gilt auch für Nachfragen vonseiten der Studierenden. Eine vertiefende Diskussion mit potenziell sensiblem Inhalt erfolgt in der Nachbesprechung, ohne Anwesenheit der Patient*in.

d. Eigenständiges Untersuchen

Vor der Untersuchung sollten Lernende und Lehrende die Patient*innengeschichte und erforderliche Untersuchungsschritte besprechen.

Zu Beginn der Untersuchung erklärt die lehrende Person, dass die Student*in die Untersuchung eigenständig, vielleicht etwas langsamer, jedoch unter ihrer Aufsicht und Anleitung durchführt. Das vermittelt eine situative Sicherheit für alle Beteiligten. Kommunikation und Untersuchungsablauf (siehe Abschnitt 2.4 & 2.5) werden weitestgehend von der lernenden Person bestimmt, wobei die lehrende Person korrigierend unterstützt.

Bei Unsicherheiten sollte die lernende Person die lehrende Person aktiv einbeziehen. Je nach Situation kann sie ein Feedback der Patient*in einholen. Nachfragen zu sensiblen Themen oder Rückfragen zu Befunden sollten erst in der Nachbesprechung erfolgen. Lehrende sind bei der Untersuchung durch die Studierenden in einer beobachtenden Rolle. Nur wenn erforderlich, untersuchen die Lehrenden ergänzend. Auffälligkeiten und Verbesserungsvorschläge sollten im Nachgespräch, jedoch nicht während der Untersuchung angebracht werden.

e. Beobachtendes Lernen

Nach dem alten Lehrsatz „see one, do one, teach one“ untersucht die (Fach-)Ärzt*in zunächst in Anwesenheit der lernenden Person (Kotsis et Chung 2013). Im Laufe der (gynäkologischen) Ausbildung können erfahrene Assistenzärzt*innen ihr Wissen weitergeben und davon selbst profitieren. Für den Ablauf der gynäkologischen Untersuchung wird auf die Abschnitte 2.4. und 2.5. verwiesen.

Während der Untersuchung sollten Lernende nur dann mit Blick auf den Intimbereich stehen, wenn dies für das Lernen erforderlich ist und beispielsweise Auffälligkeiten zu sehen sind. Sie können in die Untersuchung miteinbezogen werden und Spekula oder Abstriche anreichen. Vorab sollte gezeigt worden sein, wo sich diese befinden. Auffälligkeiten sollten Lernenden während der Untersuchung in einer Form erklärt werden, die auch für die Patient*in gut verständlich ist. Letzteres gilt auch für Nachfragen vonseiten der Studierenden. Eine vertiefende Diskussion mit potenziell sensiblem Inhalt erfolgt in der Nachbesprechung, ohne Anwesenheit der Patient*in.

f. Eigenständiges Untersuchen

Vor der Untersuchung sollten Lernende und Lehrende die Patient*innengeschichte und erforderliche Untersuchungsschritte besprechen.

Zu Beginn der Untersuchung erklärt die lehrende Person, dass die Student*in die Untersuchung eigenständig, vielleicht etwas langsamer, jedoch unter ihrer Aufsicht und Anleitung durchführt. Das vermittelt eine situative Sicherheit für alle Beteiligten. Kommunikation und Untersuchungsablauf (siehe Abschnitt 2.4 & 2.5) werden weitestgehend von der lernenden Person bestimmt, wobei die lehrende Person korrigierend unterstützt.

Bei Unsicherheiten sollte die lernende Person die lehrende Person aktiv einbeziehen. Je nach Situation kann sie ein Feedback der Patient*in einholen. Nachfragen zu sensiblen Themen oder Rückfragen zu Befunden sollten erst in der Nachbesprechung erfolgen. Lehrende sind bei der Untersuchung durch die Studierenden in einer beobachtenden Rolle. Nur wenn erforderlich, untersuchen die Lehrenden ergänzend. Auffälligkeiten und Verbesserungsvorschläge sollten im Nachgespräch, jedoch nicht während der Untersuchung angebracht werden.

g. Nachbesprechung

Zunächst erfolgt die Befundbesprechung mit der Patient*in, die von der zuvor untersuchenden Person eingeleitet werden sollte. Hat die lehrende Person untersucht, kann sie im Gespräch die Technik der sorgsamem Befundmitteilung und des Shared Decision Making demonstrieren, wie oben im Leitfaden ausführlich dargestellt (2.6.). Hat die lernende Person untersucht, fasst sie selbst die Befunde

zusammen und erörtert eventuell mögliche Konsequenzen; dabei kann sie korrigierend durch die lehrende Person unterstützt werden. Zum Abschluss und um der Patient*in die erforderliche Sicherheit zu vermitteln, ordnet die lehrende Person alle Untersuchungsergebnisse ein und klärt das weitere Procedere bzw. die Therapieoptionen mit der Patient*in.

Nachdem die Patient*in den Raum verlassen hat, findet die „Lehr-Nachbesprechung“ statt. An dieser Stelle ergibt sich die Möglichkeit der theoretischen Vertiefung und es können Lernziele gesetzt werden. Auch Unsicherheiten in der technischen Untersuchung und der Kommunikation können hier angesprochen werden.

3.4 Untersuchung in Narkose

Es ist umstritten, inwieweit eine Untersuchung in Narkose für Lernende sinnvoll ist. Bei vielen gynäkologischen Operationen führen Operierende vorab eine Untersuchung in Narkose durch, um nichts Wesentliches zu übersehen. In dieser Situation können sie die Untersuchung anwesenden Studierenden demonstrieren. Die Narkoseuntersuchung kann für Studierende durchaus einige Vorteile bringen: Sie können die Palpation des inneren Genitale üben und pathologische Befunde abgrenzen lernen. Auch können schmerzhaft oder pathologische Befunde ohne Nachteil für die Patient*in gezeigt und ertastet werden.

Für die eigenständige Untersuchung durch Studierende ist jedoch in jedem Fall, wie bereits dargestellt, das vorherige Einverständnis der Patient*in Voraussetzung. Die Untersuchungsform hat zudem deutliche Nachteile: So fehlt das für das Lernen wichtige Feedback der Patient*in, für die bereits die wache gynäkologische Untersuchung ein Kontrollverlust darstellen kann (Yanikkerem et al. 2010). Dieser könnte bei der Vorstellung einer Untersuchung in Narkose als noch größer empfunden werden.

Insgesamt ist die Untersuchung in Narkose eher kritisch zu bewerten. Insbesondere für Studierende in einem Pflichtpraktikum, die nur einen kurzen Einblick in die Gynäkologie erhalten und sich dementsprechend wenig mit der sensiblen gynäkologischen Untersuchung auseinandersetzen konnten, ist die Untersuchung in Narkose nicht vorgesehen. Generell sollten Studierende und Lehrende den Nutzen der Narkose-Untersuchung in dem Bewusstsein abwägen, dass die Mehrheit der Patient*innen die wache Untersuchung vorziehen würde (Tzschaschel et al. 2025), von der auch Studierende mehr profitieren.

Zur Entstehung des Leitfadens

Der Leitfaden entstand aus der Kooperation von Dr.med. Colette Gras, Ärztin, die 2018 noch im Rahmen ihres Medizinstudiums die Studienlage zur vaginalen Untersuchung aufgearbeitet und veröffentlicht hat und sich extracurikulär für eine sichere, professionelle und möglichst diskriminierungsfreie gynäkologische Versorgung in Deutschland einsetzt, und Dr.med. Claudia Schumann-Doermer, Frauenärztin/Psychotherapeutin, langjährig aktiv im Vorstand des AKF (Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft) und der DGPF (Deutsche Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe), die auf fast 40 Jahre Erfahrung in Klinik und Praxis zurückschaut. In einem gemeinsamen Diskurs haben wir einen ersten Leitfaden entwickelt. In diesen Entwurf wurden in einem zweiten Schritt kritische Kommentare und Ergänzungen von über 100 Fachleuten eingearbeitet, gesammelt im Rahmen eines Workshops (DGPF-Tagung Jena März 2020) und mithilfe einer Mail-Umfrage im Sommer 2020, versandt an alle DGPF-Mitglieder und an die Frauenärzt*innen im AKF. Reagiert haben überwiegend Gynäkolog*innen, aber auch Hebammen, psychologische Psychotherapeut*innen, Gesundheitswissenschaftler*innen, Sexual- und Physiotherapeut*innen. Alle Angefragten sind verankert in der DGPF und/oder dem AKF, das heißt sie stehen für einen psychosomatisch geprägten Zugang zur Gynäkologie. Große Einigkeit herrschte darin, dass ein Leitfaden für die gynäkologische Untersuchung erforderlich und sinnvoll ist. Einige der Kolleg*innen haben den Leitfaden mit uns vertiefend diskutiert, ihnen gebührt unser besonderer Dank.

Uns sind die Einschätzung und Stimmen von Patient*innen sehr wichtig. In einem ersten Schritt haben wir auf der Basis des Leitfadens einige halbstandardisierte Gespräche mit uns bekannten Personen geführt über deren Erfahrung mit der gynäkologischen Untersuchung sowie deren Feedback zum Leitfaden eingeholt. Die so gewonnenen Impulse wurden eingearbeitet. Die geplante online-Befragung von Patient*innen konnte leider noch nicht durchgeführt werden. Damit sie belastbare Ergebnisse liefert, muss sie professionell durchgeführt werden, was aktuell unsere Möglichkeiten übersteigt. Unabhängig davon haben uns viele Personen immer wieder bestätigt, dass sie einen solchen Leitfaden sehr wichtig finden.

Der Leitfaden wurde im November 2021 auf der Website des AKF, später auch auf der der DGPF, zur Diskussion gestellt und seitdem vor unterschiedlichen Gruppierungen vorgestellt.

In die vorliegende 2.Fassung wurden Rückmeldungen aus dem Kreis von Kolleg*innen, weitere Literatur sowie einige weiterführende Aspekte eingearbeitet. Über weitere Rückmeldungen und Kommentare freuen wir uns.

Der Leitfaden wurde im Frühjahr 2025 auf der Arbeitstagung der Gynäkologinnen im AKF (Arbeitskreis Frauengesundheit) vorgestellt und diskutiert. Es zeigte sich, dass die Ausbildung sehr unterschiedlich gehandhabt wird. Defizite und Unsicherheiten wurden von Studierenden und Ärzt*innen in der gynäkologischen Weiterbildung benannt. Daraus entstand die Idee, den Leitfaden um einen Teil 3 „Lehre und Lernen“ zu erweitern. Dieser Teil wurde in Kooperation erarbeitet von stud.med. Helen Deimel, Dr.med. Greta Ebeling, Dr.med. Nora Lennartz, Dr.med. Claudia Schumann-Doermer und stud.med. Lydia Ziegler.

Kontakt:

Dr. med. Claudia Schumann-Doermer:

claudiaschumann@t-online.de

Dr. med. Colette Gras:

colette.gs@posteo.de

Quellenverzeichnis

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

Aus Sorge kämpfen (2022). Rosa Luxemburg Stiftung.
<https://www.rosalux.de/publikation/id/45949/aus-sorge-kaempfen>; abgerufen am 14.01.2024

Balint N, David M, Fegert JM, Fryszer LA, Helling-Bakki A, Herrmann B, Hirchenhain C, Schmidt U, Winter SM (2022): Statement of the DGGG – Recommendations on the Care and Support of Female Minors Suspected of Having Been Subjected to Acute Sexual Violence or Rape. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 82, 694–705

Barnes SS. Practicing pelvic examinations by medical students on women under anesthesia: why not ask first? *Obstet Gynecol*. 2012 Oct;120(4):941-3. doi: 10.1097/AOG.0b013e3182677a28. PMID: 22996113.

Beckermann MJ, Perl FM: *Frauen-Heilkunde und Geburts-Hilfe: Integration von Evidence Based Medicine in eine frauenzentrierte Gynäkologie*. 1., Edition; Schwabe Verlagsgruppe AG Schwabe Verlag, Basel 2004

Begenau J, Schubert C, Vogt W: *Die Arzt-Patient-Beziehung*. 1. Auflage; W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart 2010

Bitzer J: Der männliche Gynäkologe und seine Patientin – Wie gehen beide mit ihren erotisch-sexuellen Bedürfnissen um? In: Bauer E (Hrsg.): *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe 1996/97. Erotik, Lebensübergänge, Strukturen, Organverlust: Beiträge der Jahrestagung 1996/97*. 1. Aufl; Psychosozial Verlag, Gießen 1998

Böhme R: *Human Touch: Warum körperliche Nähe so wichtig ist*. C.H.Beck 2019

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

Bundesärztekammer (2022): *Thesen zur Ökonomisierung der ärztlichen Berufstätigkeit*.
https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Politik/Programme-Positionen/Thesen_zur_Oekonomisierung_der_aerztlichen_Berufstaetigkeit_DAEBL._Stand_19.08.2022.pdf; abgerufen am 17.01.2024
Danzer G: *Personale Medizin*. Huber 2012

David M, Balint N: Ist eine gynäkologische Patientinnenuntersuchung im Rahmen der Lehre noch zeitgemäß? *Die Gynäkologie* <https://doi.org/10.1007/s00129-025-05381-8>

- DGGG. <https://www.dggg.de/stellungnahmen/leitfaden-respektvoller-umgang-mit-patientinnen-in-praxis-und-klinik-in-der-gynaekologie-und-geburtshilfe-1> abgerufen am 2.04.2026
- DGGG, DGPF (2020): Stellungnahme Gewalt gegen Frauen. <https://www.dggg.de/stellungnahmen/gewalt-gegen-frauen> abgerufen am 2.04.2026
- Ebert AD, Lippschütz M, David M. Medizingeschichte. "Die Person, welche wir untersuchen, kann entweder liegen, stehen oder knien". Frauenarzt. Diagnostik + Therapie. 2020;61. 412-416.
- Evans D, Goldstein S, Loewy A, Altman AD (2019): No. 385-Indications for Pelvic Examination. J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC 41, 1221–1234
- Frick-Bruder V: Erotische Spannung und sexueller Übergriff in der Arzt-Patientinnen-Beziehung – eine Grenzziehung. In: Bauer E (Hrsg.): Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe 1996/97. Erotik, Lebensübergänge, Strukturen, Organverlust: Beiträge der Jahrestagung 1996/97. 1. Aufl; Psychosozial Verlag, Gießen 1998
- Grankvist O, Olofsson AD, Isaksson R-M. Can physicians be replaced with gynecological teaching women to train medical students in their first pelvic examination? A pilot study from Northern Sweden. Patient Education and Counseling. 2014 Apr; 96. 50-54. doi: 10.1016/j.pec.2014.04.013.
- Gras C. Konzepte zur Verbesserung der gynäkologischen Untersuchung. Frauenarzt. Diagnose + Therapie 2019; 60. 169-172.
- Güneş G, Karaçam Z (2017): The feeling of discomfort during vaginal examination, history of abuse and sexual abuse and post-traumatic stress disorder in women. J Clin Nurs 26, 2362–2371
- Hädicke M, Wieseemann C (2021): Was kann das Konzept der Diskriminierung für die Medizinethik leisten? – Eine Analyse. Ethik Med 33, 369–386
- Hamza A, Warczok C, Meyberg-Solomayer G, Takacs Z, Juhasz-Boess I, Solomayer EF, Radosa MP, Radosa CG, Stotz L, Findekle S, Radosa JC. Teaching undergraduate students gynecological and obstetrical examination skills: the patient's opinion. Arch Gynecol Obstet. 2020 Aug;302(2):431-438. doi: 10.1007/s00404-020-05615-1. Epub 2020 Jun 1. Erratum in: Arch Gynecol Obstet. 2022 Aug;306(2):577. doi: 10.1007/s00404-021-06324-z. PMID: 32488397; PMCID: PMC8595149.
- Hoyo C, Yarnall KSH, Skinner CS, Moorman PG, Sellers D, Reid L (2005): Pain predicts non-adherence to pap smear screening among middle-aged African American women. Prev Med 41, 439–445
- Kahn JA, Goodman E, Huang B, Slap GB, Emans SJ (2003): Predictors of Papanicolaou Smear Return in a Hospital-Based Adolescent and Young Adult Clinic. Am Coll Obstet Gynecol 101, 10

- Kastendieck M: Erotik zwischen Frauenärztin und Patientin. In: Bauer E (Hrsg.): Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe 1996/97. Erotik, Lebensübergänge, Strukturen, Organverlust: Beiträge der Jahrestagung 1996/97. 1. Aufl; Psychosozial Verlag, Gießen 1998
- Kirubarajan A, Li X, Got T, Yau M, Sobel M. Improving Medical Student Comfort and Competence in Performing Gynecological Exams: A Systematic Review. *Acad Med.* 2021 Sep 1;96(9):1353-1365. doi: 10.1097/ACM.0000000000004128. PMID:33883396.
- Kotsis SV, Chung KC. Application of the "see one, do one, teach one" concept in surgical training. *Plast Reconstr Surg.* 2013 May;131(5):1194-1201. doi: 10.1097/PRS.0b013e318287a0b3. PMID: 23629100; PMCID: PMC4785880.
- Kruse M: Traumatisierte Frauen begleiten: Das Praxisbuch für Hebammenarbeit, Geburtshilfe, Frühe Hilfen. 1. Auflage; Hippokrates, Stuttgart 2017
- Kühn H: Kritische Medizin. In: Bittlingmayer UH (Hrsg.): Gesundheitspolitik in der Arbeitswelt. Argument-Verlag 2013
- Langanke H, Kimmich-Laux D. <https://dgpfg.de/blog/gyne-042017-sexarbeit-und-sexuelle-gesundheit-hat-die-frauenheilkunde-mit-der-prostitution-zu-tun/>; abgerufen am 01.08.2021
- Le Lous M, Dion L, Le Ray C. Simulation training for pelvic examination: A systematic review. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2023 Dec;52(10):102666. doi: 10.1016/j.jogoh.2023.102666. Epub 2023 Sep 20. PMID: 37739264.
- Münster T, Stosch C, Hindrichs N, Franklin J, Matthes J. Peyton's 4-Steps-Approach in comparison: Medium-term effects on learning external chest compression - a pilot study. *GMS J Med Educ.* 2016 Aug 15;33(4):Doc60. doi: 10.3205/zma001059. PMID: 27579360; PMCID: PMC5003127.
- Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (2015) https://medizinische-fakultaeten.de/wp-content/uploads/2021/06/nklm_final_2015-12-04.pdf
- Ogedegbe G, Cassells AN, Robinson CM, DuHamel K, Tobin JN, Sox CH, Dietrich AJ (2005): Perceptions of barriers and facilitators of cancer early detection among low-income minority women in community health centers. *J Natl Med Assoc* 97, 162–170
- Owens DC, Fett SM (2019): Black Maternal and Infant Health: Historical Legacies of Slavery. *Am J Public Health* 109, 1342–1345
- Peyton, J. W. Rodney. *Teaching & Learning in Medical Practice*. Heronsgate Rickmansworth, Herts: Manticore Europe Ltd., 1998. Print.
- Sahebi G (2021): Rassismus im Gesundheitssystem: Schutzlos im geschützten Raum. Die Tageszeitung: taz, 08.03.2021
- Schmid W: Von der Kraft der Berührung. Suhrkamp Verlag 2019

- Schumann C: Frauenheilkunde mit Leib und Seele. Aus der Praxis einer psychosomatischen Frauenärztin. Psychosozial Verlag 2017
- Schumann C: Die frauenärztliche Praxis – Schlüsselrolle bei der Intervention gegen Gewalt an Frauen. In: Büttner M (Hrsg.): Handbuch Häusliche Gewalt. Klett-Cotta 2020
- Schumann C, Gras C (2022): Gyne 03/2022 – "...danach bin ich jahrelang nicht mehr zur Vorsorge gegangen": Leitfaden für die gynäkologische Unterleibsuntersuchung. <https://dgpfg.de/blog/unterleibsuntersuchung/>; abgerufen am 17.01.2024
- SGGG (2011): Richtlinien Sexuelle Übergriffe in der Arztpraxis.
- Shain RN, Crouch SH, Weinberg PC. Evaluation of the gynecology teaching associate versus pelvic model approach to teaching pelvic examination. *J Med Educ.* 1982 Aug;57(8):646-8. doi: 10.1097/00001888-198208000-00015. PMID: 7097743.
- Smith M, French L, Barry HC (2003): Periodic Abstinence From Pap (PAP) Smear Study: Women's Perceptions of Pap Smear Screening. *Ann Fam Med* 1, 203–208
- Smith PP, Choudhury S, Clark TJ. The effectiveness of gynaecological teaching associates in teaching pelvic examination: a systematic review and meta-analysis. *Medical Education* 2015 Nov; 49 (12): 1197-1206. doi: 10.1111/medu.12816
- Tolsgaard MG. Clinical skills training in undergraduate medical education using a student-centered approach. *Dan Med J.* 2013 Aug;60(8):B4690. PMID: 23905573.
- Tzschaschel M, Frevert ML, Goodwin B, Janni W, Schochter F, Polasik A, Huesmann S, Schütze J, Hancke K, Schütze S. Should the medical curriculum include gynecological examination of patients? What do patients think?. *Gynäkologie* 58, 197–206 (2025). doi: 10.1007/s00129-025-05338-x
- Weitlauf JC, Frayne SM, Finney JW, Moos RH, Jones S, Hu K, Spiegel D. Sexual violence, posttraumatic stress disorder, and the pelvic examination: how do beliefs about the safety, necessity, and utility of the examination influence patient experiences? *J Womens Health (Larchmt).* 2010 Jul;19(7):1271-80. doi: 10.1089/jwh.2009.1673. PMID: 20509787.
- World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>; abgerufen am 05.01.2024
- Wright D, Fenwick J, Stephenson P, Monterosso L (2005): Speculum 'self-insertion': a pilot study. *J Clin Nurs* 14, 1098–1111
- Yanikkerem E, Ozdemir M, Bingol H, Tatar A, Karadeniz G. Women's attitudes and expectations regarding gynaecological examination. *Midwifery.* 2009 Oct;25(5):500-8. doi: 10.1016/j.midw.2007.08.006. Epub 2007 Dec 20. PMID: 18086509; PMCID: PMC2801597.

Weiterführende Literatur

Gras Colette (2019) Konzepte zur Verbesserung der gynäkologischen Untersuchung;
FRAUENARZT 60

Rohde Anke, Dorn Almut, Hocke Andrea (2017) Psychosomatik in der Gynäkologie.
Schattauer

Weidner Kerstin et al. (2012) Leitfaden Psychosomatische Frauenheilkunde. Deutscher Ärzte-
Verlag

