

Zur Diskussion:
Leitfaden für die gynäkologische
Unterleibs-Untersuchung

Claudia Schumann / Colette Gras

Version 1 / November 2021

Inhalt

1	Hintergrund und Einführung	3
1.1	Warum dieser Leitfaden	3
1.2	Eingriff mit Indikation.....	3
1.3	Gendersensible Sprache	4
1.4	Zielgruppen	4
2	Leitfaden zur gynäkologischen Untersuchung	5
2.1	Ärztliche Einstellung und Haltung	5
2.2	Inhaltliche Vorbereitung im Team	6
2.3	Technische Voraussetzungen.....	7
2.4	Gespräch vor der Untersuchung.....	9
2.5	Ablauf der Untersuchung.....	10
2.6	Gespräch nach der Untersuchung	13
	Entstehung des Leitfadens.....	14
	Quellenverzeichnis.....	14

1 Hintergrund und Einführung

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 Bedeutung, die diese Untersuchung für Patient*innen hat, korrespondiert nicht mit der entsprechenden Aufmerksamkeit in Fachkreisen: Es findet sich dafür bislang keine verbindliche Anleitung.

Das ist ein Defizit, das zur Idee für die Entwicklung dieses Leitfadens führte. Neben dem rein medizinischen Fachwissen gehören viel Selbstreflexion, Feingefühl, kommunikative Kompetenz und auch Organisation dazu, den gesamten Untersuchungsablauf so zu gestalten, dass verlässliche Ergebnisse erhalten werden ohne übermäßige Belastung der Patient*innen. Gespräch, Wahrnehmung und die Untersuchung selbst, das heißt die Berührung mit den Händen: Alles zusammen prägt die Beziehung zwischen Patient*innen und Ärzt*innen (Danzer 2012). Entsprechend müssen alle diese Aspekte in einem Leitfaden berücksichtigt werden.

Dazu kommt: Auch wenn es bei jeder medizinischen Untersuchung eine gewisse Asymmetrie zwischen Ärzt*innen und Patient*innen gibt, nimmt die gynäkologische Untersuchung eine Sonderstellung ein.

Für die Patient*innen bedeutet die Untersuchung eine besonders exponierte Situation: Sie müssen sich entblößen, sich hinlegen, die Beine spreizen und akzeptieren, dass von einer fremden Person der Intimbereich ausgeleuchtet und angeschaut wird, dass jemand Finger oder Ultraschall-Sonde in die Vagina einführt und ihr Genitale beurteilt. Die Nähe zu Intimität und Sexualität ist evident. Es gibt viele Patient*innen, die unbefangen zur gynäkologischen Untersuchung gehen. 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; Hoyo 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 zur alltäglichen Routine: Sie stehen angezogen einer halbnackten Person gegenüber oder sitzen zwischen deren gespreizten Beinen, mustern professionell ihre Vulva und Vagina, untersuchen sie mithilfe der bimanuellen Palpation und gegebenenfalls mit Ultraschall, entnehmen Abstriche und ordnen alles fachlich ein. Eine möglichst neutrale Haltung ist Teil der erwarteten medizinischen Rolle.

Die mit der Untersuchung verbundenen Gefühle und Erwartungen sind entsprechend je nach Rolle sehr unterschiedlich.

1.2 Eingriff mit Indikation

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 zusammen mit den Patient*innen geklärt und deren Zustimmung 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, das heißt auch nicht darum, WAS mit welcher Methode gefunden

werden kann, sondern um das WIE der gynäkologischen Untersuchung und die intendierten Ziele.

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 Selbstreflexion 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.

1.3 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 diese Bezeichnung 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.

1.4 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**.

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

Fachleute anderer Disziplinen (z.B. Psychotherapeut*innen, Sexualberater*innen, Physiotherapeut*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 in Planung, welches in der Praxis verteilt und auf der Website hinterlegt werden kann, mit Erläuterungen zur individuellen Vorbereitung auf die Untersuchung und mit einer graphischen Darstellung zum Ablauf der Untersuchung.

2 Leitfaden zur gynäkologischen Untersuchung

Der Leitfaden sollte individuell passend zur jeweiligen Situation und zum Alter der Patientinnen eingesetzt werden. Manches gilt vor allem für den ersten Kontakt mit Patient*innen und die erste Untersuchung und erübrigt sich bei späteren Terminen.

2.1 Ärztliche Einstellung und Haltung

1. Selbstreflektion über 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/Reflektion der möglichen (eigenen) sexuellen/erotischen Gefühle, sowie auch der möglichen Gefühle von Ablehnung und/oder Ekel

1. Das unausgesprochene **Machtgefälle** zwischen Ärzt*innen und Patient*innen hängt vor allem zusammen mit der fachlichen Kompetenz und Autorität der Ärzt*innen. Zur ärztlichen Einstellung gehört, sich dieser primären Asymmetrie bewusst zu sein. Wichtig erscheint außerdem, sich auf das unterschiedliche jeweilige intellektuelle und sprachliche Niveau der Patient*innen bewusst einzustellen. Durch gezielte angemessene Information (s. Info-Flyer, in Planung) und wertschätzende Kommunikation kann das Machtgefälle reduziert werden. Patient*innen können somit gestärkt werden (Empowerment) und dadurch 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 **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 ‚geregelten Ablauf‘ angeboten werden.
3. Bei allen Beteiligten kann die intime Untersuchungssituation **erotische/sexuelle Gefühle** auslösen. 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). Sexuelle Gefühle zwischen Ärzt*innen und Patient*innen sind tabuisiert. Es kann hilfreich sein, sich in einem vertrauten kollegialen Kreis, zum Beispiel in einer Balint-Gruppe, darüber auszutauschen.

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 wertende professionelle Haltung beizubehalten. Negative Reaktionen können das – bei Patient*innen nicht selten vorkommende – Gefühl verstärken, dass sie „untenrum“ nicht ansehenswert sind (Schumann 2017).

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. Sprachprobleme und kulturelle Unterschiede kennen und den Umgang damit

1. Diskriminierung – auch ungewollte und indirekte – führt im Gesundheitssystem zu schädigenden Effekten (Hädicke/ 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.
 - b. der (mangelnden) Barrierefreiheit der Praxis/Ambulanz und bei Bedarf Implementierung von Änderungen. Beispiele: Praxis und Untersuchungen zugänglich für Rollstuhlnutzer*innen, für ältere/gebrechliche Personen; Dokumente auch in leichter Sprache; genug Zeit im Terminkalender einplanen
 - c. ... der 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, 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.
 - 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),

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).

Die zeitnahe Organisation eines Dolmetscherdienstes inkl. Regelung der Kostenübernahme kann allerdings im klinischen Alltag schwierig sein. Eine mögliche Alternative ist webbasierte Kommunikation (bspw. www.zanzu.de oder www.triaphon.org). Infokarten zu Zanzu können ausgelegt oder mitgegeben werden, damit Patient*innen sich zu Hause in Ruhe vorbereiten können.

Eine große Chance liegt in der Einbeziehung und Weiterbildung der MFA: 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 Sprache sollten bekannt sein, um Patient*innen mit entsprechenden sprachlichen/kognitiven Behinderungen 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 der Nähe
3. unterschiedliche (Form, Größe) angewärmte Spekula 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 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. Als gute Alternative für die Untersuchung sollte 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 gute 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; es gibt sie auch mit aufgesetztem Lämpchen, so dass keine spezielle Lichtquelle erforderlich ist. 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 Scheide weniger unangenehm ist. Für die Palpation weiche Latex-Handschuhe (cave Latexallergie!) verwenden. Eine Alternative sind Vinyl-Handschuhe, ein spezielles Plastik-Produkt. Für die Demonstration (z.B. Vulvalippen, Condylome, Muttermund, Fluor) sollte ein Handspiegel bereit liegen. Für die im Einzelfall (z.B. bei Krebsverdacht) erforderliche digitale rektale Untersuchung sind zusätzlich Fingerlinge plus Vaseline notwendig.
4. Die vaginale Ultraschall-Sonde wird mit einer Schutzhülle überzogen, das Einführen durch etwas außen aufgetragenes Gleitgel erleichtert. Beim abdominalen Ultraschall ist

warmes Kontaktgel angenehmer (Wärmeeinrichtung für Babyflaschen). Das Ultraschall-Gerät sollte so platziert 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 vor allem bedacht werden bei der Untersuchung bei ungewollter Schwangerschaft.

2.4 Gespräch vor der Untersuchung

1. „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. 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 keine gynäkologische Untersuchung.
 - b. Eine digitale rektale Untersuchung (DRU) zusätzlich zur vaginalen Palpation kann erforderlich sein bei entsprechender Indikation.
(Hinweis: 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); das Gespräch 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, oder nur vaginaler Ultraschall ohne Palpation.

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 „verbale Übergriffe“; bei auffälligem Befund (empathischer) Verweis auf spätere Erörterung; Tipps aus der Praxis für den Umgang mit schwierigen Untersuchungssituationen nutzen
3. eigenes Verhalten/Mimik/Sprache beachten: Bemerkungen können Emotionen und Ängste triggern

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 Telefon
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 Untersuchung bzw. angemessen zur Situation kann es sinnvoll sein, jeden Untersuchungsschritt kurz + klar anzukündigen: *„Ich sehe mir jetzt die Labien an – führe die Spekula ein – der Muttermund sieht glatt aus – die Entnahme des Zellabstrichs kann etwas pieksen.“* Wichtig ist dabei, mit der Patient*in 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.“* Manche nehmen gerne das Angebot an, mit einem Handspiegel zum Beispiel Condylome 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 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 Intimrasur“.*

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.

Tipps für die Untersuchung aus der Erfahrung von Kolleg*innen:

Die vaginale Palpation nur mit einem Finger kann angenehmer sein als das (oft übliche) Einführen von zwei Fingern. Gelegentlich ist es schwierig, die Portio einzustellen (z.B. bei retroflektiertem/ hochstehenden Uterus). Abhilfe: Abbrechen der Untersuchung, Palpation der Portio, erneut gezielte Einstellung, evtl. mit geteiltem Spekulum. Bei Anspannung des Beckenbodens kein Gegendruck, sondern (Einhand-)Spekulum wieder etwas schließen, einen Moment abwarten, Anspannung ansprechen, dann Spekulum langsam weiter öffnen. Oder: Bitten, ganz auf die Kante des gyn. Stuhls zu rutschen, um eine möglichst gerade Achse von Vagina und Portio zu erreichen. Dadurch kann die Portio mit geringerer Öffnung des Spekulum eingestellt werden.

3. Sprache und Mimik beachten: 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 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 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. 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 Beweisnöten 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 sollte sofort befolgt und die Untersuchung unterbrochen werden. 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 der Spekula. Den Patient*innen kann angeboten werden, die Spekula 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) oder psychische Erkrankungen. Es kann sein, dass hinter den negativen Gefühlen frühere schlechte Erfahrungen bei der Untersuchung stehen oder auch das Erleben von sexualisierter Gewalt. 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 Frau 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?
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 US-Bilder 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. 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? Sind eine Verlaufskontrolle oder weitere Untersuchungen angebracht? Wohin sollen sich die Patient*innen wenden, wer vereinbart einen Termin? 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 sein, evtl. verbunden mit dem Angebot, bei später aufkommenden 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 DGPFPG 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. Dann sollte die Patientin an eine kompetente Stelle (Krankenhaus-Ambulanz, Rechtsmedizin) weiter verwiesen werden.

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 extracurrikulär 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 DGPFPG (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 (DGPFPG-Tagung Jena März 2020) und mithilfe einer Mail-Umfrage im Sommer 2020, versandt an alle DGPFPG-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 DGPFPG 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.

Für eine zweite überarbeitete Fassung wollen wir die Perspektive der Betroffenen noch deutlich mehr einbeziehen: Eine online-Befragung ist in Vorbereitung.

Quellenverzeichnis

- ACOG Committee (2018): ACOG Committee Opinion No. 754: The Utility of and Indications for Routine Pelvic Examination. *Obstet Gynecol* 132, e174–e180
- 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
- Borde T, David M (Hrsg.): *Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen*. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main 2003
- Danzer G: *Personale Medizin*. Huber 2012
- 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
- 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, Wiesemann C (2021): Was kann das Konzept der Diskriminierung für die Medizinethik leisten? – Eine Analyse. *Ethik Med* 33, 369–386
- 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
- Kruse M: *Traumatisierte Frauen begleiten: Das Praxisbuch für Hebammenarbeit, Geburtshilfe, Frühe Hilfen*. 1. Auflage; Hippokrates, Stuttgart 2017
- 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
- Sahebi G (2021): Rassismus im Gesundheitssystem: Schutzlos im geschützten Raum. *Die Tageszeitung: taz*, 08.03.2021
- 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

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

Wright D, Fenwick J, Stephenson P, Monterosso L (2005): Speculum 'self-insertion': a pilot study. *J Clin Nurs* 14, 1098–1111

DGGG, DGPF. https://dgpfg.de/wp-content/uploads/2020/08/DGGG-DGPF-Stellungnahme_Gewalt_gegen_Frauen_2020.pdf; Zugriff am 25.07.2021

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 01.08.2021

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