

Abklärung nach sexueller Gewalt bei Migrantinnen

Problematik, Vertrauensbildung, ärztliches Vorgehen

Viele Migrantinnen, vor allem solche aus Nicht-EU/EFTA-Staaten, sind in vielfacher Weise stigmatisiert, benachteiligt und belastet. Bei Verdacht auf sexuelle Gewalt sollte der Patientin, auch wenn sie sich abweisend verhält, mit Achtung begegnet werden. Vertrauensbildung ist die Basis für Anamnese, Infektdiagnostik und Therapie. Die ärztliche Beziehung zielt darauf ab, der Patientin die Ermächtigung über ihren Körper zurückzugeben.

CHRISTINA SCHLATTER GENTINETTA

Viele Migrantinnen sind in mehrfacher Hinsicht stigmatisiert: als Frauen, als Fremde mit einem oftmals provisorischen Aufenthaltsstatus in der Schweiz, als wenig Verdienende und anderes. Sie sind zudem häufig mehrfach belastet mit Hausarbeit, Kinder- und/oder Altenbetreuung und eventuell auch mit «Sexarbeit».

Aufenthaltsbewilligungen sind in der Regel an Arbeits- oder Eheverträge gebunden. Die Schweiz erlaubt keine Einwanderung für unqualifizierte Arbeitskräfte ausserhalb der EU/EFTA-Staaten. Man geht jedoch davon aus, dass zwischen 50 000 und 300 000 Menschen ohne Aufenthaltspapiere in der Schweiz leben. Viele dieser sogenannten «sans papiers» sind Frauen, die meisten haben keine Krankenversicherung.

Die gynäkologische Sprechstunde in belastenden Situationen

Eine Genfer Studie, an der Frauen mit Wunsch nach Schwangerschaftsabbruch teilgenommen haben, zeigt, dass Sans-papiers-Migrantinnen häufiger als Einwanderinnen mit einer Niederlassungsbewilligung Chlamydieninfektionen (13 vs. 4,4%; OR 3,2; 95%-KI 1,4; 7,3) haben und gehäuft eine inadäquate Kontrazeption betreiben (1). Diese Gruppe von Frauen zeigt also – freiwillig oder unfreiwillig – ein Verhalten mit höherem sexuellem Risiko.

Die psychosozial belastende Situation der Migrantinnen erhöht zudem das Risiko für sexuelle Übergriffe (2). Verschiedene kulturelle und religiöse Kontexte tabuisieren jedoch insbesondere häusliche Gewalt. Nicht immer wird die Gynäkologin deshalb offen mit dem Problem eines Sexualdelikts konfrontiert. Die Frauen wenden sich – manchmal in Begleitung eines männlichen Beobachters – wegen Verletzungen oder Schmerzen an die Ärztin, sprechen aber nicht über die erfahrene Gewalt.



Fremd in der Schweiz: Gerade Frauen aus anderen Kulturkreisen (z.B. hier Türkei), die sich integrieren und an Freizeitangeboten teilnehmen möchten, fühlen sich oft von eigenen Landsleuten verstanden. Unsicherheit, fehlende Integration und andere «Wertmassstäbe» dieser Gruppen können das Risiko für Gewalterfahrung verstärken.

Grundsätze

Die gynäkologische Untersuchung soll möglichst ohne Beobachter stattfinden. Oftmals sind mehrere Sitzungen nötig, um das notwendige Vertrauen zwischen Ärztin und Patientin aufzubauen. Erst mit einer Vertrauensbasis ist es möglich, über leicht verdrängbare unangenehme Erfahrungen sprechen zu können. Nur so haben unsere gut gemeinten Ratschläge («Sie sollten sich wirklich mit Kondomen schützen!») Chancen auf eine erfolgreiche Umsetzung. Es ist wichtig, zu beachten, dass die gynäkologische Untersuchung keine erneute Grenzüberschreitung bedeutet.

Anamnese unter Reflexion des eigenen und des Verhaltens der Patientin

Einer Fremden von Gewalterfahrungen zu erzählen, braucht viel Überwindung vonseiten der Betroffenen. In vielen Kulturen ist schon das Sprechen über Se-

xualität fremden Amtspersonen gegenüber ganz unüblich, insbesondere wenn es um Probleme mit dem eigenen Partner oder aber um «Sexarbeit» geht. Ausserdem fehlen den Migrantinnen in den meisten Fällen Informationen über die rechtlichen Möglichkeiten. Angst vor einer Ausweisung aus der Schweiz kann sie daran hindern, den Täter anzuzeigen.

Die Ärztin braucht daher Geduld. Oft ist man befremdet, weil die traumatisierte Frau scheinbar völlig gleichgültig da sitzt, alles kommentarlos über sich ergehen lässt oder sich überhaupt nicht kooperativ verhält. Manchmal löst ein solches Verhalten bei der Untersucherin selbst Aggressionen aus, die – da unreflektiert – die Gefahr eines erneuten Übergriffs für die Patientin bedeuten. Weder das sexuelle Vorleben noch die Frage nach einer Ursache für den Übergriff sind von Bedeutung. Die Ärztin soll Kontaktbereitschaft zeigen, gerade dann, wenn ein Kontakt scheinbar nicht erwünscht ist.

In diesem Zusammenhang ist es wichtig, sich als Ärztin bewusst zu machen, dass traumatisierte Patientinnen auf ganz typische Weise emotional inadäquat reagieren. Mangelnde Compliance bedeutet also nicht unbedingt Unglaubwürdigkeit oder Interesselosigkeit. Es handelt sich vielmehr um eine oft beobachtete Reaktion nach einer Traumatisierung. Spuren von Gewalterfahrungen sind nicht immer am Körper ablesbar, zeigen sich jedoch häufig in Form einer psychischen Traumatisierung.

Auch wenn eine Frau nicht bei der ersten Begegnung mit der Ärztin über das Trauma sprechen kann, sind für das Aufnehmen ihrer Geschichte *offene Fragen* wichtig. Auf vorschnelle Hypothesen soll möglichst verzichtet werden. Es ist nicht Aufgabe der Ärztin, die Patientin auf unlogische Aspekte oder Widersprüche hinzuweisen. Vielmehr soll die Erzählung möglichst lange unabgeschlossen bleiben, damit sie sich der wachsenden Vertrauensbeziehung anpassen kann. Auch der unkooperativen, sich in Widersprüche verirrenden Frau sollte die Ärztin also *Offenheit, Interesse und vor allem Achtung* entgegenbringen. Selbstvorwürfe sollen entkräftet werden, denn jede Frau hat das Recht, dass ihre Grenzen respektiert werden.

Die Dokumentation des Tathergangs in der Krankenakte muss möglichst wortgetreu und in indirekter Rede erfolgen. Auf medizinische Ausdrücke soll nach Möglichkeit verzichtet werden.

Die sexualmedizinische Untersuchung

Generell soll eine sexualmedizinische Untersuchung nur nach ausdrücklicher Einwilligung erfolgen. Hat die Patientin zum Beispiel Bedenken gegenüber einem Drogenscreening, so soll sie darauf aufmerksam gemacht werden, dass die Resultate auch entlastend wirken können (z.B. wenn ihr vorgeworfen werden sollte, sie hätte noch viel mehr Drogen eingenommen). Auch bewusstlose, nicht ansprechbare Frauen sollten meiner Ansicht nach nur gynäkologisch untersucht werden, wenn eine akute Gefährdungssituation besteht (z.B. eine starke vaginale Blutung). Ich bitte die Frau allein hinein, ohne Mutter oder Partner. Wenn die Betroffene jedoch unter vier Augen wünscht, eine Begleitperson bei der Untersuchung dabeizuhaben, so wird dieser Bitte entsprochen. Auch bei Sexarbeiterinnen kann die sexualmedizinische Untersuchung von grossen Widerständen begleitet sein und bedarf unsererseits Geduld. Ich biete den Frauen ein Tuch an und informiere vor jedem Untersuchungsschritt genau über Art und Ziel meiner Massnahme.

Körperliche und gynäkologische Untersuchung

Die Untersuchung soll den ganzen Körper einbeziehen und kann bereits bei vollständiger Bekleidung begonnen werden. Es können sich Sekretspuren und Verschmutzung im Haar, Gewaltspuren im Gesicht, an den Fingernägeln (usw.) finden. Häufig finden sich Abwehrverletzungen an Mund (Zuhalten), Hals (Würgemale), an den Oberarmen oder Handgelenken, an der ulnaren Unterarmkante (Parierverletzung), den Schulterblättern (Fixierverletzung durch Pressen auf die Erde), Oberschenkelinnenseiten (Auseinanderdrücken der Beine) und an den Konjunktiven (Stauungsblutungen durch Würgen).

Bei der gynäkologischen Untersuchung muss ebenfalls auf Risse und Blutungsquellen geachtet werden. Der Zustand

des Hymen bedarf einer genauen Beschreibung: Zeigt es Einrisse? Ist es gut östrogenisiert, weich und dehnbar oder sklerotisiert und eng? Bei der Beurteilung der Befunde gilt es allerdings zu beachten, dass bei Erwachsenen auch nach einer Vergewaltigung häufig keine Hymenverletzungen sichtbar sind. Die vaginale Einstellung erfolgt möglichst ohne Gel, um eine unverfälschte Sekretentnahme von Introitus, Scheidengewölbe und Zervikalkanal zu ermöglichen. Spermaspuren werden mithilfe eines feuchten Wattetupfers, der anschliessend luftgetrocknet wird, entnommen. Hat der Samenerguss an anderen Körperstellen (Bauch, Beine) stattgefunden, müssen entsprechende Krusten asserviert werden. Auch Speichelspuren können mit feuchten Wattetupfern abgerieben werden.

Dokumentation

Für die Spurensicherung stehen vollständige Untersuchungssets zur Verfügung. Eine korrekte Asservierung des verlangten Materials empfiehlt sich auch in Fällen, wo zunächst keine polizeiliche Anzeige erfolgt ist. Sie ist immer dann sinnvoll, wenn Tat- und Untersuchungszeitpunkt nicht mehr als wenige Tage auseinanderliegen. Wenn die Kleider noch nicht gewechselt worden sind, sollten sie ebenfalls asserviert werden. Meines Erachtens ist im Intimbereich eine sorgfältige schriftliche Dokumentation der Befunde ebenso wertvoll, aber weniger traumatisierend als Fotografien. Befunde sollen sachlich beschrieben, jedoch nicht interpretiert werden (d.h., nicht «Würgemal», sondern: «2 cm breite oberflächliche Hautschürfungen mit punktförmigen Einblutungen, zirkulär um den Hals auf Höhe Kehlkopf»; nicht: «frische Defloration», sondern: «am Hymen radiäre Einrisse bei 5h und 7h, bis an die Basis reichend, leicht blutend»).

Weitere präventive Massnahmen

Zervikalabstriche auf Gonokokken und Chlamydien sowie eine Hepatitis- und HIV-Serologie sind in der Regel sinnvoll. Ebenfalls sollte eine Postexpositionsprophylaxe für HIV in Erwägung gezogen und bei fehlendem Konzeptionsschutz die «Pille danach» (Levonorgestrel [Norlevo Uno®] 1,5 mg) abgegeben werden. Auch Selbstverletzungen können Aus-

Ärztliche Aufgaben bei Verdacht auf sexuelle Gewalt

Ablklärung nach Sexualdelikt

- Geschichte aufnehmen
 - nach Partner fragen
 - Ängste ansprechen
- Selbstvorwürfe entkräften
- geplante Untersuchungen erklären
- Untersuchungszimmer zeigen
- bei Einverständnis gynäkologisch untersuchen

Untersuchung nach Sexualdelikt

- Kleidung (Verschmutzung? Risse?)
- von Kopf bis Fuss: Abwehrverletzungen?
- Fremdblut, Speichel, Sperma
- relevante Begleitverletzungen
 - stumpfes Bauchtrauma?
 - Schädelhirntrauma?

Gynäkologische Untersuchung:

- Risse, Blutungsquellen (vorhanden?)
- Hymen (Beschreibung)
- Anus: nur bei entsprechender Anamnese untersuchen (Untersuchung kann schmerzhaft sein)
- SpekulumEinstellung möglichst ohne Gel (Spurensicherung)
- Sekretentnahme von Introitus, Scheidengewölbe und Zervikalkanal (Spurensicherung)
- Infektdiagnostik (Nativ-, Zervikalabstriche mit Gensonde auf Chlamydien/Gonokokken, evtl. Serologien: HIV, Hepatitis)

druck einer nicht verarbeiteten Gewalterfahrung sein. Typischerweise liegen diese in einem gut zugänglichen Bereich (Vulva, Bauchdecke, Unterarminnen-seite), sind gleichförmig und parallel liegend. In dieser Situation ist es besonders wichtig, dass die Ärztin nicht zur Komplizin eines möglichen Täters wird, indem sie Narben als Selbstverletzung entlarvt und fremde Gewaltanwendung damit ausschliesst.

Die rechtliche Situation

Wenn eine ausländische Ehefrau von Gewalt betroffen ist und sich trennen will, so entfällt mit der Trennung der rechtliche Grund für die Aufenthaltsbewilligung, sofern sie nicht mindestens drei Ehejahre in der Schweiz nachweisen kann. Erschwerend in solchen starken Konflikt-

situationen kommt oft dazu, dass die getrennte Frau im Heimatland Verachtung erwartet und es dort an Unterstützung fehlt. Wenn aber häusliche Gewalt (z.B. mit einem Arztzeugnis) nachgewiesen werden kann, so besteht Anspruch auf eine Verlängerung des Verbleiberechts, sofern zusätzlich die soziale Wiedereingliederung im Herkunftsland stark gefährdet erscheint. Allerdings fehlt hier zurzeit noch eine verbindliche praktische Regelung.

Seit dem 1. April 2007 ist im Kanton Zürich ein Gewaltschutzgesetz (GSG) in Kraft. Die Polizei kann aufgrund des neuen Gesetzes eine Person aus der Wohnung oder dem Haus weisen, jemandem untersagen, von der Polizei bezeichnete, eng umgrenzte Gebiete zu betreten, jemandem verbieten, mit einer bestimmten Person und dieser nahestehenden Personen in irgendeiner Form Kontakt aufzunehmen. Die Massnahme gilt für 14 Tage. Sexuelle Nötigung und Vergewaltigung in der Ehe gelten als Offizialdelikte. Das heisst, sie werden nicht mehr nur auf Antrag, sondern von Amtes wegen verfolgt. So kann die Betroffene von der Entscheidungsverantwortung für einen Strafantrag entlastet werden. Weil aber nicht alle gewaltbetroffenen Frauen ein Interesse an der Inhaftierung des Täters haben (z.B. wegen finanzieller Einbussen, manchmal haben die Frauen kein eigenes Konto), besteht die Gefahr, dass aus Angst vor den Folgen weniger Delikte angezeigt werden.

Wichtig ist aus diesen Gründen die Vermittlung von Informationen und Adres-

sen von lokalen Frauenhäusern und Beratungsstellen.

Schlussfolgerungen

Transkulturelle Kompetenz erfordert keinen Verzicht auf Vorurteile, aber eine kritische Reflexion derselben. Wir müssen bereit sein, uns auf ein fremdes Wertesystem einzulassen in Berücksichtigung der individuellen Wirklichkeit der Patientin und ihrer Angehörigen. Wenn wir in der uns gegenüberstehenden Migrantin nicht nur ein Opfer, sondern den eigenständigen, ganz speziellen Menschen sehen, der uns eine interessante Lebenswelt vermittelt – dann wird die medizinische Beziehung nicht nur für beide Seiten angenehmer: In diesem Fall kann sie auch therapeutisch wirken. ■



Dr. med. Christina Schlatter Gentinetta
Klinik für Gynäkologie
Dept. Frauenheilkunde
UniversitätsSpital Zürich
8091 Zürich
E-Mail:
Christina.Schlatter@usz.ch

Quellen:

1. Wolff H et al.: Chlamydia trachomatis prevalence in undocumented migrants undergoing voluntary termination of pregnancy: prospective cohort study. *BMC Public Health* 2008; 8: 91.
2. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Gesundheit – Gewalt – Migration. Eine vergleichende Sekundäranalyse zur gesundheitlichen und Gewaltsituation von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland. www.bmfsfj.de

Empfohlene weiterführende Literatur:

- Alempijevic D et al.: Forensic medical examination of victims of trafficking in human beings. *Torture* 2007; 17(2): 117–21.
- Becker MJ: Gynäkologische Untersuchung – Berührung ohne Grenzverletzung, und Ehrentreich S, Rothmund I: Sexualisierte Gewalt gegen Frauen. In: *Frauen-Heilkunde und Geburts-Hilfe*, Band 1, Basel 2004.
- Eckert J, Rommel A, Weiland C: Gesundheitliche Lage und Gesundheitsverhalten in der Migration. Ergebnisse des Gesundheitsmonitorings der schweizerischen Migrationsbevölkerung (GMM) 2004. www.bag.admin.ch/kmt/index.html?lang=de
- John R et al.: Domestic violence: prevalence and association with gynaecological symptoms. *BJOG* 2004; 111(10): 1128–32.
- Leithner K et al.: Physical, sexual, and psychological violence in a gynaecological-psychosomatic outpatient sample: prevalence and implications for mental health. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009; 144(2): 168–72.
- Paras ML et al.: Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and metaanalysis. *JAMA* 2009; 302(5): 550–61.
- Wolff H et al.: Undocumented migrants in Switzerland: Geographical origin versus legal status as risk factor for tuberculosis. *J Immigrant Minority Health*. *BMC* 2008; 8: 93.

merksätze

Einer Migrantin mit Gewalterfahrung soll mit Achtung begegnet werden, auch wenn sie emotional abweisend oder auffällig ist. Die ärztliche Beziehung soll zum Ziel haben, der Patientin die Ermächtigung über ihren eigenen Körper zurückzugeben.

Voraussetzung dafür sind:

- eine tragende Vertrauensbasis
- eine sorgfältige Dokumentation körperlicher und psychischer Gewaltspuren sowie eine adäquate Infektdiagnostik, -prophylaxe bzw. -therapie.