

# MELDUNG VON SEXUELLEN ÜBERGRIFFEN

Studie zur Verbesserung der Prävention, Information und Versorgung in der Notfallstation nach einem sexuellen Übergriff

Sara Cottler-Casanova<sup>1</sup>; Véra Lourenço<sup>1</sup>; Cécile Guillot<sup>1</sup>; Antoine Poncet<sup>2</sup>; Bettina Schrag<sup>3</sup>; Daniela Huber<sup>4</sup>; Julien Flückiger<sup>5</sup>; Patrice Mathevet<sup>5</sup>; Fadhil Belhia<sup>6</sup>; Kyriaki Chatziioannidou<sup>7</sup>; Maria Pagnozza Mubiayi<sup>8</sup>; Maria Ekatomati<sup>9</sup>; Patrick Petignat<sup>1</sup>; Michal Yaron<sup>1</sup>; Tony Fracasso<sup>10</sup>; Jasmine Abdulcadir<sup>1</sup>

1. Klinik für Gynäkologie, Abteilung für Pädiatrie, Geburtshilfe und Gynäkologie, Universitätsspital Genf (HUG), Genf (Schweiz).
2. CRC und Abteilung klinische Epidemiologie, Abteilung für Gesundheit und Gemeinschaftsmedizin, Universität Genf und Universitätsspital Genf, Genf (Schweiz).
3. Fachbereich für Rechtsmedizin, Zentrales Institut der Spitäler des Kantons Wallis, Spital Wallis, Sitten (Schweiz).
4. Fachbereich für Gynäkologie und Geburtshilfe, Frau-Kind-Zentrum, Spital Wallis (CHVR), Sitten (Schweiz).
5. Klinik für Gynäkologie, Frau-Mutter-Kind-Zentrum, Universitätsspital Lausanne (CHUV), Lausanne (Schweiz).
6. Fachbereich für Gynäkologie und Geburtshilfe, Frau-Mutter-Kind-Zentrum, Ensemble Hospitalier de la Côte – Spital Morges, Morges (Schweiz).
7. Fachbereich für Gynäkologie und Geburtshilfe, Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique (GHOL), Nyon (Schweiz).
8. Fachbereich für Gynäkologie und Geburtshilfe, Spital Rennaz, Hôpital Riviera-Chablais, Rennaz (Schweiz).
9. Fachbereich für Gynäkologie, Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois, Spital Yverdon-les-Bains, Yverdon-les-Bains (Schweiz).
10. Universitätszentrum für Rechtsmedizin Lausanne–Genf (CURML), Universitätsspital Lausanne (CHUV), Lausanne, und Universitätsspital Genf (HUG), Genf (Schweiz).

## Kontakt

Jasmine Abdulcadir, Klinik für Gynäkologie, Abteilung für Pädiatrie, Geburtshilfe und Gynäkologie, Universitätsspital Genf (HUG), Genf (Schweiz). Jasmine.abdulcadir@hug.ch – +41 22 372 40 49

Finanzielle Projektunterstützung:



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
**Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung  
von Frau und Mann EBG**  
Finanzielle Unterstützung



Hôpitaux  
Universitaires  
Genève

# Inhaltsverzeichnis

---

---

<b>Einleitung</b>	3
<hr/>	
<b>Datenmaterial und Methodik</b>	4
Einschluss- und Ausschlusskriterien	4
Rechtsmedizinische und gynäkologische Untersuchung sowie Datenerhebung	4
Nachsorge nach drei und zwölf Monaten	5
Datenmanagement und Qualitätssicherung	6
Definitionen	6
Genehmigung durch die Ethikkommission und Finanzierung	6
Datenanalyse	6
<hr/>	
<b>Ergebnisse</b>	7
Soziodemografische Merkmale	8
Merkmale des Übergriffs	9
Gynäkologische Untersuchung	12
Genitale Verletzungen	13
Anale Verletzungen	14
Behandlung und Nachsorge	14
Vorerkrankungen	15
Konsultation Notfallstation – Ausgangsbefunde	16
GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder 7-item Scale)	17
PHQ-9 (Patient Health Questionnaire Depression Screener)	19
PCL-5 (PTSD-Checkliste für DSM-5)	21
PHQ-15 (Patient Health Questionnaire – Physical Symptoms)	23
FSFI (Female Sexual Function Index)	25
Zusammenfassung der Nachbefragungen nach drei und zwölf Monaten	25
<hr/>	
<b>Diskussion</b>	26
Kontinuität bezogen auf die Ergebnisse der retrospektiven Studie	26
Auswirkungen auf die psychische Gesundheit	26
Auswirkungen auf die sexuelle Gesundheit	27
Somatische Auswirkungen	28
Substanzkonsum	28
Zeitpunkt der Konsultation und Versorgungspfade	28
Gewalt und Verletzungen	29
Rechtsmedizinische und präventive Implikationen	29
Einschränkungen	30
Stärken	30
<hr/>	
<b>Schlussfolgerungen und Empfehlungen</b>	31
<hr/>	
<b>Referenzen</b>	32
<hr/>	

# Einleitung

---

Sexuelle Gewalt stellt ein erhebliches Problem der öffentlichen Gesundheit und eine Menschenrechtsverletzung dar, die tiefgreifende und langanhaltende Auswirkungen auf das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden der betroffenen Personen nach sich zieht. Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erlebt weltweit nahezu jede dritte Frau im Laufe ihres Lebens physische und/oder sexuelle Gewalt, meist durch den/die (Ehe-) Partner/in; sexualisierte Gewalt durch nicht-partnerschaftliche Täter/innen bleibt hingegen weitgehend untererfasst.<sup>(1)</sup> Opfer und Betroffene sexueller Gewalt sehen sich häufig mit erheblichen Hürden bei der Offenlegung und Inanspruchnahme von Hilfe konfrontiert – bedingt durch Stigmatisierung, Angst, dass man ihnen nicht glaubt sowie durch die emotionale Belastung, den Übergriff zu schildern. Diese Faktoren tragen zu Lücken in der Dokumentation und in der Versorgung bei. In der Schweiz wurde die Verbesserung der rechtsmedizinischen und gesundheitlichen Versorgung nach sexueller Gewalt – wie in vielen anderen Ländern – zur nationalen Priorität erklärt. Bekräftigt wurde dies durch die Ratifizierung der Istanbul-Konvention im Jahr 2018 sowie durch den Nationalen Aktionsplan 2022–2026 des Eidgenössischen Büros für die Gleichstellung von Frau und Mann (EBG).<sup>(2,3)</sup> Beide Initiativen betonen die Bedeutung einer verlässlichen Datenerhebung und eines koordinierten, trauma-informierten Versorgungspfads (GREVIO, 2022; Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann, 2022).<sup>(3,4)</sup>

Zwischen 2018 und 2021 wurde an den Universitäts- und Spitälern Genf (HUG) und Lausanne (CHUV) eine retrospektive Studie durchgeführt, die erstmals eine systematische Analyse von Fällen sexueller Übergriffe dokumentierte, die in den gynäkologisch-geburtshilflichen Notfallstationen der französischsprachigen Schweiz gemeldet wurden.<sup>(5)</sup> Diese Studie, basierend auf standardisierten, rechtsmedizinischen Berichten in Papierform (Fallmeldeformulare), beschrieb 740 Fälle und erfasste die soziodemografischen, klinischen und rechtsmedizinischen Merkmale der Personen, die sich zur rechtsmedizinischen Untersuchung und Dokumentation nach einer sexuellen Gewalttat vorstellten.<sup>(6)</sup> Die Ergebnisse zeigten, dass die meisten Betroffenen den/die Täter/in kannten, dass in fast einem Drittel der Fälle körperliche und anogenitale Verletzungen festgestellt wurden und dass die Mehrheit der Konsultationen innerhalb von 72 Stunden stattfand. Als Querschnittsanalyse, die sich auf die Akutphase beschränkte, konnte die Studie jedoch weder die mittel- und langfristigen gesundheitlichen Folgen sexueller Gewalt, noch die Erfahrungen der Betroffenen mit der erhaltenen medizinischen Versorgung und Nachsorge über einen längeren Zeitraum erfassen.

Die vorliegende prospektive, multizentrische Studie (2022–2024) wurde aus den Ergebnissen der retrospek-

tiven Phase entwickelt, um diese Lücken zu schliessen. Sie erweitert die Datenerhebung über die Standorte Genf (HUG) und Lausanne (CHUV) hinaus auf zusätzliche Spitäler in den Kantonen Waadt und Wallis und erhöht damit die Repräsentativität der Studienpopulation. Aufbauend auf demselben standardisierten rechtsmedizinischen Untersuchungs- und Dokumentationsverfahren wurde am Universitätsspital Genf (HUG) zudem ein elektronisches Fallmeldeformular für Sexualdelikte eingeführt, um eine einheitliche Dokumentation und Datenqualität sicherzustellen.<sup>(6)</sup> Erstmals ermöglichen Befragungen im Rahmen der Nachsorge nach drei und zwölf Monaten eine längsschnittliche Erfassung der psychischen, sexuellen und körperlichen Gesundheit der Patient/innen mittels validierter psychometrischer Instrumente.

Diese prospektive Phase markiert somit einen wesentlichen methodischen und konzeptionellen Fortschritt: Sie ermöglicht den Übergang von der retrospektiven Dokumentation der Akutversorgung zu einem integrierten, patientenzentrierten und längsschnittlichen Ansatz. Durch die Kombination klinischer und rechtsmedizinischer Daten sowie Eigenangaben der Betroffenen liefert sie neue Erkenntnisse über die anhaltende gesundheitliche Belastung nach sexuellen Übergriffen, über die Erfahrungen mit der Akutversorgung und schafft damit eine wissenschaftliche Grundlage für Prävention, Behandlung, Politik, Aus- und Weiterbildung sowie für die zukünftige Entwicklung eines kantonalen und nationalen Registers für Sexualdelikte in der Schweiz.

Ziel dieser laufenden prospektiven Studie ist es, die Merkmale, die gesundheitlichen Folgen und die Erfahrungen mit der erhaltenen medizinischen Versorgung von cisgeschlechtlichen und transidenten Frauen sowie queeren Personen ab 16 Jahren, unabhängig von deren sexueller Orientierung, zu erfassen, die sich zwischen November 2022 und Dezember 2024 in den teilnehmenden Notfallstationen in der Schweiz einer rechtsmedizinischen Untersuchung nach einem sexuellem Übergriff unterzogen.

Die vorliegende Studie umfasst die zweite Phase eines umfassenden Forschungsprojekts mit dem Titel „Sexual Assault Reporting – A study to improve prevention, information and care after sexual assault in emergency care settings“. Aufbauend auf den Ergebnissen der anfänglichen retrospektiven Analyse (2018–2021) an den Universitäts- und Spitälern Genf (HUG) und Lausanne (CHUV) erweitert die vorliegende prospektive multizentrische Studie die Datenerhebung auf mehrere Kantone (Genf, Waadt, Wallis), um eine breitere epidemiologische Datenbasis zu schaffen, die körperliche, psychische und sexuelle Gesundheit der Betroffenen über 12 Monate zu evaluieren und die Präventions- sowie Versorgungsstrukturen zu verbessern.

# Datenmaterial und Methodik

---

## Einschluss- und Ausschlusskriterien

Prospektive Daten wurden für alle Personen gesammelt, die zwischen dem 1. November 2022 und dem 31. Dezember 2024 in einer der teilnehmenden Notfallstationen der französischsprachigen Schweiz einen sexuellen Übergriff meldeten. Eingeschlossen wurden cisgeschlechtliche Frauen, nicht-binäre oder queere Personen, transidente Männer mit Vulva und Vagina sowie transidente Frauen, unabhängig von deren sexueller Orientierung, sofern sie mindestens 16 Jahre alt waren. Voraussetzung war die Entscheidungsfähigkeit der Patient/innen und eine schriftliche Einverständniserklärung. Jugendliche im Alter von 16 bis 18 Jahren konnten einbezogen werden, wenn sie von einer sorgeberechtigten Person begleitet wurden, die ebenfalls schriftlich einwilligte, oder wenn die Ärztin bzw. der Arzt deren Entscheidungsfähigkeit bestätigte; in diesem Fall genügte die Unterschrift der/des Jugendlichen.

Ausgeschlossen wurden Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren, cisgeschlechtliche Männer sowie Patient/innen, die während des Studienzeitraums mehr als drei sexuelle Übergriffe meldeten. Bei diesem wiederholt betroffenen Personenkreis wurden nur die ersten drei Fälle berücksichtigt. Diese Beschränkung wurde gewählt, weil bei den Nachsorgeterminen nach 3 und 12 Monaten mit Fragebögen (GAD-7, PHQ-9, PCL-5, PHQ-15, FSFI, WHO-ASSIST) auf die Symptome und den psychischen Zustand der jeweils letzten vier Wochen Bezug genommen wird. Bei mehrfachen Vorfällen innerhalb kurzer Zeiträume wäre die Zuordnung der Antworten zu einem bestimmten Ereignis schwierig gewesen. Eine Beschränkung auf die ersten drei Fälle verbessert die Zuverlässigkeit und Interpretierbarkeit der im Rahmen der Nachsorge ermittelten Daten und ermöglicht gleichzeitig die Erfassung sich wiederholender Viktimisierungsmuster.

Ausgeschlossen wurden ausserdem Personen, die sich nicht in einer der Studiensprachen oder über eine/n beeidigte/n Dolmetscher/in verständigen konnten sowie Personen ohne Entscheidungsfähigkeit. Die Analyse erfolgte auf Fallebene: Jeder gemeldete sexuelle Übergriff wurde als eigenständiger Fall behandelt, auch wenn mehrere Berichte dieselbe Person betrafen. Der Begriff queer bezieht sich in der vorliegenden Studie ausschliesslich auf die Geschlechtsidentität, nicht auf die sexuelle Orientierung.

## Rechtsmedizinische und gynäkologische Untersuchung sowie Datenerhebung

Das Universitätszentrum für Rechtsmedizin Lausanne-Genf (CURML - Centre universitaire romand de médecine légale), das sich an den beiden Universitätsspitälern

Lausanne (CHUV) und Genf (HUG) befindet, ist ein regionales Kompetenzzentrum für Rechtsmedizin, das gemeinsam von den beiden Universitätsspitälern der Westschweiz ins Leben gerufen wurde. Seit 2020 führen die Rechtsmediziner/innen des CURML auch Untersuchungen an regionalen Spitälern im Kanton Waadt durch, um den Patient/innen lange Anfahrtswege zu ersparen. Im Kanton Wallis erfolgen die Untersuchungen durch die lokale Abteilung für Rechtsmedizin, die dasselbe standardisierte Verfahren wie das CURML verwendet.

Sucht ein/e Patient/in die Notfallstation für Geburtshilfe und Gynäkologie der beteiligten Spitäler (HUG, CHUV, Hôpital Riviera-Chablais, EHC Morges, HIB Payerne, eHnv Yverdon-les-Bains, GHOL Nyon, Hôpital du Valais) auf oder wird dorthin überwiesen, wird er/sie dort durch eine spezialisierte Pflegefachperson triagiert und von einem/einer diensthabenden Rechtsmediziner/in sowie einem/einer Gynäkolog/in der betreffenden Notfallstation untersucht. Ziel ist eine möglichst kohärente und koordinierte Versorgung, die eine medizinisch-psychologische und rechtsmedizinische Betreuung kurz-, mittel- und langfristig gewährleistet.

Gemäss Triage-Verfahren werden Patient/innen, die wegen eines sexuellen Übergriffs die Notfallstation aufsuchen, der Dringlichkeitsstufe 2 für Blut-, Urin- und DNA-Proben und der Dringlichkeitsstufe 3 für die medizinische Untersuchung zugeordnet, da die Sicherung rechtsmedizinischer Beweise zeitkritisch ist – insbesondere müssen Blut-, Urin- und DNA-Proben rasch entnommen werden, um Beweisspuren nachweisen zu können. In Übereinstimmung mit dem standardisierten Verfahren werden Patient/innen daher innerhalb von rund 20 Minuten von einer Pflegefachperson Blut-, Urin- und DNA-Proben entnommen und innerhalb von zwei Stunden von dem/der Rechtsmediziner/in sowie dem/der Gynäkolog/in untersucht.

Die Behandlung umfasst Therapien zur Postexpositionsprophylaxe, Notfallverhütung und Nachsorgetermine, die je nach Standort leicht variieren. Am Universitätsspital Genf (HUG) erhalten Personen ab 16 Jahren auf Wunsch am Folgetag einen Termin mit einem Psychologen oder einer Psychologin in der Interdisziplinären Abteilung für Medizin und Gewaltprävention (Unité interdisciplinaire de médecine et de prévention de la violence - UIMPV), fünf Tage später eine Konsultation im HIV-Zentrum und etwa zehn Tage später einen Termin in der gynäkologischen Ambulanz. Am Universitätsspital Lausanne (CHUV) erhalten die Patient/innen innerhalb von maximal 30 Tagen nach dem sexuellen Übergriff einen (einzigen) Termin in der psychosomatischen und psychosozialen Abteilung der Klinik für Frauenheilkunde. In den übrigen Spitälern richtet sich die Nachsorge nach lokalen Abläufen, orientiert sich aber stets am

gleichen rechtsmedizinischen Standardverfahren. Für Patient/Innen unter 16 Jahren erfolgt die Nachsorge in der Pädiatrie.

Die rechtsmedizinische Untersuchung dient der schriftlichen und fotografischen Dokumentation für allfällige Strafverfahren – jedoch nur mit Zustimmung der betroffenen Person und unabhängig davon, ob sie Anzeige erstatten möchte. Seit 2022 verwendet das Universitätsspital Genf (HUG) ein standardisiertes elektronisches Fallmeldeformular für Sexualdelikte, das eine standortübergreifende Vergleichbarkeit sicherstellt [2]. Die für diese Studie verwendeten Daten stammen aus abgeschlossenen Berichten über sexuelle Übergriffe, die von den Rechtsmediziner/innen und Gynäkolog/innen verfasst und unterzeichnet wurden.

## Nachsorge nach drei und zwölf Monaten

### GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7)

Der GAD-7 ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen mit sieben Kriterien, der zur Erfassung einer generalisierten Angststörung eingesetzt wird. Er erfasst die Häufigkeit der in den letzten 14 Tagen aufgetretenen Symptome auf einer Skala von 0 („überhaupt nicht“) bis 3 („fast jeden Tag“). Der Gesamtwert reicht von 0 bis 21 und wird wie folgt interpretiert: 0–4 = minimale Angstsymptomatik, 5–9 = mild ausgeprägte Angstsymptomatik, 10–14 = mittelgradig ausgeprägte Angstsymptomatik, 15–21 = schwer ausgeprägte Angstsymptomatik. Im Rahmen dieser Studie galt ein Wert von  $\geq 10$  als klinisch relevant und zeigte die Wahrscheinlichkeit einer Angststörung, die eine weiterführende Abklärung erfordert. Dieses Instrument ist einfach anzuwenden und ermöglicht eine effiziente Kontrolle der Symptomveränderung im Zeitverlauf.

### PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9)

Der PHQ-9 ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen mit neun Kriterien zur Erfassung und Bestimmung des Schweregrads depressiver Symptome. Er bewertet die Häufigkeit der in den letzten 14 Tagen aufgetretenen Symptome auf einer Skala von 0 („überhaupt nicht“) bis 3 („fast jeden Tag“). Der Gesamtwert liegt zwischen 0 und 27 und wird wie folgt interpretiert: 0–4 = keine/minimale depressive Symptomatik, 5–9 = leichte depressive Symptomatik, 10–14 = mittelgradige depressive Symptomatik, 15–19 = mittelgradige schwere depressive Symptomatik und 20–27 = schwere depressive Symptomatik. Im Rahmen dieser Studie galt ein Wert von  $\geq 10$  als klinisch relevant.

### PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5)

Die PCL-5 ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen mit 20 Kriterien, der den Schweregrad posttraumatischer Belastungssymptome (PTBS) gemäss DSM-5 (5. Auf-

lage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) erfasst. Er deckt vier klinische Domänen ab: Intrusionssymptome (Erinnerungen, Albträume, Flashbacks), Vermeidungsstrategien, negative Veränderungen in Kognition und Stimmung (Schuldgefühle, Distanziertheit, negative Emotionen) sowie Übererregungssymptome (Reizbarkeit, Schreckreaktionen, Schlafstörungen). Jedes Kriterium wird von 0 („überhaupt nicht“) bis 4 („äusserst stark“) bewertet; der Gesamtwert reicht von 0 bis 80. In der vorliegenden Studie wurde zur Identifizierung einer potenziellen PTBS ein Schwellenwert von 32 zugrunde gelegt.

### WHO-ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test)

Der WHO-ASSIST ist ein von der Weltgesundheitsorganisation entwickeltes Screening-Instrument, das Personen mit einem mittleren oder hohen Risiko für den problematischen Konsum psychoaktiver Substanzen identifiziert. Ziel ist die frühzeitige Erkennung und gezielte Behandlung. Der Test erfasst den Konsum von Tabak, Alkohol, Cannabis, Beruhigungsmitteln, Kokain, Amphetaminen, Halluzinogenen, Opiaten und anderen Substanzen. Abgefragt werden die Häufigkeit des Konsums, Craving, gesundheitliche und soziale Konsequenzen, Beeinträchtigungen im Alltag, eine durch Dritte geäußerte Besorgnis sowie erfolglose Versuche den Konsum einzuschränken. Für jede Substanz wird ein Punktwert errechnet, der in drei Risikokategorien eingeteilt wird: geringer Konsum, riskanter Konsum (bedarf einer Kurzzeitbehandlung) und problematischer Konsum oder Abhängigkeit (bedarf einer spezialisierten Behandlung).

### PHQ-15 (Patient Health Questionnaire-15)

Der PHQ-15 ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung des Schweregrads 15 häufig auftretender körperlicher Symptome, jeweils bezogen auf die letzten vier Wochen. Jedes Symptom wird auf einer dreistufigen Skala bewertet (0 = „nicht beeinträchtigt“, 1 = „wenig beeinträchtigt“, 2 = „stark beeinträchtigt“). Der Gesamtwert liegt zwischen 0 und 30 und wird wie folgt interpretiert: 0–4 = minimale somatische Symptomstärke, 5–9 = milde somatische Symptomstärke, 10–14 = mittelgradig ausgeprägte Symptomstärke und 15–30 = schwer ausgeprägte Symptomstärke.

### FSFI (Female Sexual Function Index)

Der FSFI ist ein Fragebogen mit 19 Kriterien zur Erfassung der sexuellen Funktion bei Frauen, jeweils bezogen auf die letzten vier Wochen. Er umfasst sechs Dimensionen: Verlangen, Erregung, Lubrikation, Orgasmus, Zufriedenheit und Schmerz. Die Summenwerte der einzelnen Bereiche ergeben einen Gesamtwert zwischen 2 und 36. Ein Gesamtwert von  $< 26.55$  gilt als Hinweis für eine sexuelle Funktionsstörung.

## Datenmanagement und Qualitätssicherung

Die Daten aus den abgeschlossenen rechtsmedizinischen Berichten wurden von Studienmitarbeitenden – darunter ein/e Epidemiolog/in, Forschungslaborant/innen und Medizinstudierende – in REDCap eingegeben. Jeder Fall erhielt eine eindeutige Kennnummer zur Wahrung der Vertraulichkeit.

Am Universitätsspital Genf (HUG) wurden die Daten direkt aus dem elektronischen Fallmeldeformular für Sexualdelikte (eSAR) extrahiert, einer standardisierten digitalen Krankenakte, die seit 2022 verwendet wird und die strukturierte Erfassung aller relevanten Variablen gewährleistet. Am Universitätsspital Lausanne (CHUV) und im Hôpital du Valais wurden weiterhin Word-Vorlagen nach demselben Verfahren genutzt; dort erfolgte die Dateneingabe manuell durch das Forschungsteam.

Zur Qualitätskontrolle und zur Vermeidung von Fehlern bei der Datenerfassung wurden automatische Plausibilitäts- und Konsistenzprüfungen in REDCap durchgeführt. Zusätzlich wurden zufällig ausgewählte Fälle manuell mit den Originalberichten verglichen; festgestellte Diskrepanzen wurden korrigiert. Nach Abschluss der Validierung wurde der Datensatz für die Analyse gesperrt.

## Definitionen

Eine vollständige Liste aller Variablen und Definitionen findet sich in Anhang 1.

## Genehmigung durch die Ethikkommission und Finanzierung

Das Projekt wurde von den Forschungsethikkommissionen der Kantone Genf, Waadt, Wallis und Tessin genehmigt (CCER-Projektnummer 2022-01144) und gemäss der Deklaration von Helsinki, den Good Clinical Research Practices (GRCP), dem Humanforschungsgesetz (HFG) und der Humanforschungsverordnung (HFV) sowie weiteren lokal geltenden Richtlinien durchgeführt. (7–9) Die Finanzierung der Studie erfolgt durch das Eidgenössische Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann (EBG) sowie das Universitätsspital Genf (HUG) im Rahmen des Projekts "Sexual Assault Reporting – A study to improve prevention, information and care after sexual assault in emergency care settings".

## Datenanalyse

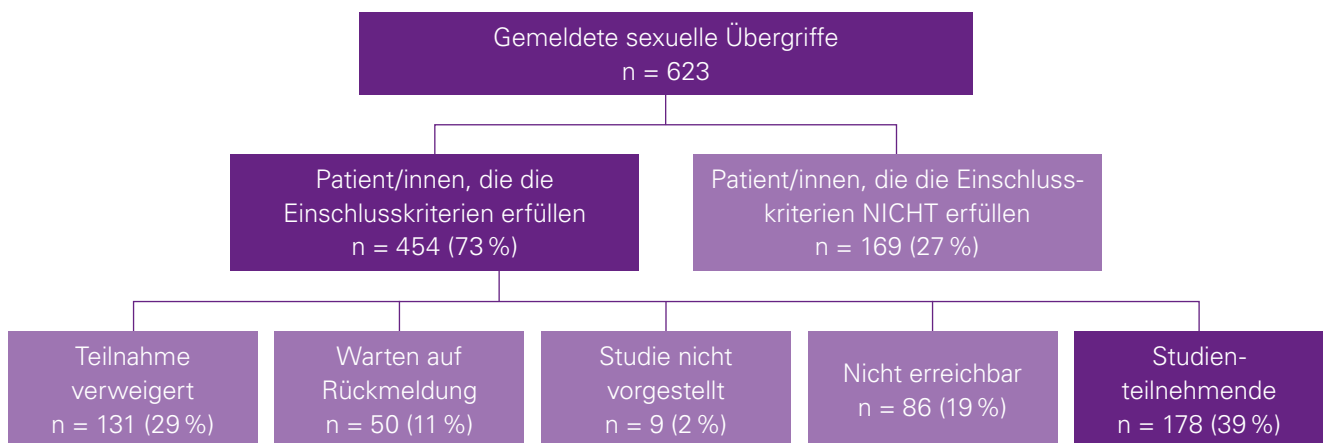
Es wurden deskriptive Statistiken erstellt, um die soziodemografischen und klinischen Merkmale der Patient/innen, die einen sexuellen Übergriff meldeten, sowie die Merkmale des eigentlichen Übergriffs zu beschreiben. Die statistischen Auswertungen erfolgten mit dem Basis-Paket der Software R, Version R-4.2.2 (R Foundation for Statistical Computing, Wien, Österreich; <https://www.R-project.org/>). Die der Studie zugrundeliegenden Daten und der verwendete Code werden nach Abschluss der Studie in einem offenen Datenarchiv zugänglich gemacht.

# Ergebnisse

Insgesamt wurden während des 25-monatigen Studienzeitraums (November 2022 bis Dezember 2024) 623 Fälle sexueller Übergriffe in den teilnehmenden Spitälern gemeldet. Davon erfüllten 454 die Einschlusskriterien. 169 wurden ausgeschlossen, wobei für mehrere Datensätze mehrere Ausschlusskriterien zutrafen. Von den 169 ausgeschlossenen Fällen betrafen 75 Minderjährige unter 16 Jahren, 6 entfielen auf cisgeschlechtliche Männer oder Jungen, 44 betrafen Patient/innen ohne Entscheidungsfähigkeit, bei 12 handelte es sich um wiederholt betroffene Patient/innen mit mehr als drei gemeldeten Übergriffen. 43 Fälle entfielen auf Patient/innen, die sich weder in einer der Studiensprachen noch über eine/n beeidigte/n Dolmetscher/in verständigen konnten.

Von den 454 Patient/innen, die die Einschlusskriterien erfüllten, lehnten 131 eine Teilnahme ab, 50 waren zum Zeitpunkt des Datenabschlusses noch unentschieden, 86 konnten nicht erreicht werden. Zum 31. Dezember 2024 wurden insgesamt 181 Patient/innen in die Studie einbezogen. Von diesen lag für 178 (39 % der teilnahmeberechtigten Patient/innen) ein abgeschlossener rechtsmedizinischer Untersuchungsbericht (Constat d'agression sexuelle, CAS) vor, der die analytische Stichprobe dieser Auswertung bildet. Drei Teilnehmende hatten der Weiterverwendung ihrer Daten zugestimmt, verfügten jedoch zum Zeitpunkt der Datenauswertung noch nicht über einen abschliessenden Bericht.

Abbildung 1: Flussdiagramm



## Soziodemografische Merkmale

**Tabelle 1:** Häufigkeit sexueller Übergriffe nach Jahr, Standort und soziodemografischen Merkmalen der in den teilnehmenden Spitälern gemeldeten Fälle (2022 – 2024). Alle Angaben in n (%).

Variable	Antworten	N=178	Variable	Antworten	N=178
Alter	Median (IQR)	27 (20-34)	Jahreszeit	Winter	53 (30)
	Spanweite	16-68		Frühling	48 (27)
Minderjährig	16-17 Jahre	21 (12)		Sommer	37 (21)
Standort	EHC	2 (1)		Herbst	40 (22)
	eHnv	3 (2)		Unbekannt	0
	GHOL	6 (3)	Zivilstand	Ledig	129 (82)
	HIB	1 (1)		Verheiratet	11 (7)
	HRC	4 (2)		Konkubinät	8 (5)
	HUG	105 (59)		Geschieden	6 (4)
	CHUV	29 (16)		Getrennt	4 (3)
VS	28 (16)	Keine Angabe	20		
Jahr des Übergriffs	2022	15 (8)	Nationalität der betroffenen Person (Region)	Europa	117 (81)
	2023	99 (56)		... Schweiz	67 (46)
	2024	64 (36)		Amerika	13 (9)
	Keine Angabe	0		Naher Osten und Nordafrika	8 (6)
Wochentag oder Wochenende	Wochentag (Mo.–Fr.)	88 (50)		Subsahara-Afrika	6 (4)
	Wochenende (Sa.–So.)	88 (50)		Asien	1 (1)
	Keine Angabe	2			

Tabelle 1 zeigt die soziodemografischen Merkmale der 178 Patient/innen, die sich nach einem sexuellen Übergriff in den Notfallstationen der teilnehmenden Spitäler vorstellten. Die Altersspanne reichte von 16 bis 68 Jahren, der Median lag bei 27 Jahren (IQR 20 – 34).

Fünzig Prozent (n = 88) aller sexuellen Übergriffe ereigneten sich am Wochenende, also an einem Samstag oder Sonntag. Die Wintermonate wiesen mit 30 % die höchste Häufigkeit der Konsultationen nach einem sexuellen Übergriff auf, gefolgt vom Frühling (27 %), Herbst (22 %) und Sommer (21 %).

Fast die Hälfte der Betroffenen stammte aus der Schweiz (46 %) oder anderen europäischen Ländern (35 %); 9 % aus Nord-, Mittel- oder Südamerika, 6 % aus dem Nahen Osten oder Nordafrika, 4 % aus Subsahara-Afrika und 1 % aus Asien. Bei 19 % fehlten Angaben zur Nationalität, da im Fallmeldeformular keine Staatsbürgerschaft erfasst wurde.

Von den 158 Fällen, bei denen Angaben zum Zivilstand vorlagen, waren 82 % ledig, 7 % verheiratet, 5 % lebten mit einem/einer Partner/in zusammen, 4 % waren geschieden und 3 % getrennt lebend. In 20 Berichten fehlten diese Angaben.

## Merkmale des Übergriffs

**Tabelle 2:** Häufigkeit der Merkmale sexueller Übergriffe in den teilnehmenden Spitälern (2022 – 2024).  
Alle Daten in n (%).

Variable	Antworten	N=178	Variable	Antworten	N=178
Ort des Übergriffs	Zuhause	98 (57)	Menarche	Nein	3 (2)
	...Wohnung Angreifer/in	48 (28)		Ja	173 (98)
	...Wohnung des Opfers	37 (21)		Keine Angabe	2
	...Wohnung Freund/in/Familienmitglied	9 (5)	Menopause	Postmenopausal	10 (6)
	...Wohnung des Paars	4 (2)		Nicht postmenopausal	160 (94)
	Öffentlicher Raum	33 (19)		Keine Angabe	3
	...Gemeinschaftsraum (Wohngebäude)	4 (2)	Menstruation zum Zeitpunkt des Übergriffs*	Ja	12 (8)
	...Strasse	16 (9)		Nein	144 (92)
	...Öffentliches Verkehrsmittel	1 (1)		Keine Angabe	4
	...Toilette	6 (3)	Verhütung*	Ja	70 (45)
	...Wald/Park	6 (3)		Nein	84 (55)
	Andere Orte	21 (12)		Keine Angabe	6
	...Hotel	9 (5)	Schwanger zum Zeitpunkt des Übergriffs*	Ja	2 (1)
	...Schule	3 (2)		Nein	157 (99)
	...Arbeitsplatz	6 (3)		Keine Angabe	1
	...Fahrzeug	3 (2)	Erste vaginale Penetration	Nein	157 (94)
	Keine Erinnerung (Amnesie)	18 (10)		Ja	10 (6)
Institutionelle Pflegeeinrichtung	3 (2)	Keine Angabe		11	
Keine Angabe	5	Kürzlicher Sexualkontakt (5 Tage)	Nein	116 (72)	
Anzahl der Täter/innen	Eine/r		135 (76)	Ja	44 (28)
	Mehrere		14 (8)	Keine Angabe	18
	... Keine Erinnerung (Amnesie)	20 (11)	Vor Untersuchung gebadet/geduscht	Nein	54 (34)
	...Unbekannt (keine Amnesie)	8 (5)		Ja	107 (66)
	Keine Angabe	1		Keine Angabe	17
Angreifer/in bekannt	Nein	48 (27)	Kleider gewechselt vor Untersuchung	Nein	44 (28)
	Ja / Ja & Nein (≥1 Angreifer/in)	105 (58)		Ja	111 (72)
	...Freund/in/Kolleg/in/Peer/Bekannte/r	52 (50)		Keine Angabe	23
	...Ehemalige/r Intimpartner/in	13 (12)	Üblicher Alkoholkonsum	Nein	40 (23)
	...Bekantschaft aus sozialem Netzwerk	13 (12)		Gelegentlich	101 (58)
	...Autoritätsperson/Betreuungsperson	11 (10)		Regelmässig	32 (18)
	...Derzeitige/r Intimpartner/in	9 (9)	Täglich	2 (1)	
	...Andere/r (dem Opfer bekannt)	4 (4)	Keine Angabe	3	
	...Familienmitglied	3 (3)	Alkoholkonsum vor dem Übergriff	Nein	55 (31)
	Keine Erinnerung (Amnesie)	24 (14)		Ja	121 (69)
	Keine Angabe	1		Keine Angabe	2
Beauftragt von der Polizei oder Staatsanwaltschaft	Ja	47 (26)	Üblicher Drogenkonsum	Nein	109 (62)
	Nein	131 (74)		Gelegentlich	48 (27)
Anzeige erstattet	Ja	40 (29)		Regelmässig	13 (7)
	Nein	100 (71)	Täglich	5 (3)	
	Keine Angabe	38	Keine Angabe	3	
Frühere sexuelle Übergriffe	Ja	70 (61)	Drogenkonsum vor dem Übergriff	Nein	138 (79)
	Nein	35 (38)		Ja	36 (21)
	Keine Angabe	63		Keine Angabe	4
Zeit bis zur Untersuchung	<24 h	80 (45)	Amnesie	Nein	106 (60)
	24–48 h	38 (21)		Teilweise	39 (22)
	48–72 h	27 (15)		Komplett	33 (19)
	72 h–4 Tage	8 (5)	Psychische Gewalt	Ja (>1 Typ möglich)	28 (16)
	4 Tage–1 Woche	15 (8)		...Einschüchterung / Drohungen	21 (75)
	1 Woche–1 Monat	8 (5)		...Erniedrigung	7 (25)
	>1 Monat	1 (1)		...Kontrolle	6 (21)
	Keine Angabe	1		...Belästigung	1 (4)
Körperliche Gewalt	Ja (>1 Typ möglich)	81 (46)		...Vernachlässigung / Isolation	1 (4)
	...Festgehalten	57 (70)		...Sonstige	5 (18)
	...Gestossen / geschubst	35 (43)	Nein	93 (54)	
	...Geschlagen (Ohrfeige, Tritt usw.)	15 (19)	Keine Erinnerung (Amnesie)	51 (30)	
	...Gewürgt / Luft abgedrückt	14 (17)	Keine Angabe	6	
	...An den Haaren gezogen	13 (16)			
	...Gebissen	4 (5)			
	...Sonstige	1 (1)			
	Nein	45 (26)			
	Keine Erinnerung (Amnesie)	50 (28)			
	Keine Angabe	2			

\* Prozentsätze wurden unter postmenarchalen, nicht menopausalen Patientinnen berechnet, wobei die Nenner je nach Datenverfügbarkeit variieren (fehlende Daten ausgeschlossen).

Bezüglich des Geschlechts identifizierten sich 177 Teilnehmende (99 %) als Frauen und eine Person (1 %) als trans Mann. Die sexuelle Orientierung war für 89 Teilnehmende dokumentiert: 79 (89 %) bezeichneten sich als heterosexuell, 4 (4 %) als homosexuell, 5 (6 %) als bisexuell und 1 Person (1 %) als pansexuell. Für die übrigen 89 Teilnehmenden lagen keine Angaben vor. Sofern Informationen verfügbar waren, war der Täter in 142 Fällen (99 %) männlich, mit Ausnahme eines Falls (1 %), bei dem mehrere Täter unterschiedlichen Geschlechts beteiligt waren. In den übrigen Fällen wurde eine Amnesie hinsichtlich des Geschlechts des Täters berichtet, mit Ausnahme von 13 Fällen, in denen die Information fehlte.

In 58 % der Fälle berichteten die Patient/innen, den/die Täter/in zu kennen, während 27 % angaben, den/die Angreifer/in nicht gekannt zu haben. Vierzehn Prozent konnten aufgrund von Amnesie nicht angeben, ob sie die Person kannten, und in 2 % der Fälle gab es sowohl bekannte als auch unbekannte Täter/innen. Unter jenen, die ihre Täter/innen kannten, gaben 50 % an, es habe sich um Freunde, Kolleg/innen, Bekannte oder Peers gehandelt. Aktuelle Intimpartner/innen (9 %) und ehemalige Intimpartner/innen (12 %) zählten ebenfalls zum Kreis der bekannten Täter/innen. Familienangehörige (3 %), Autoritätspersonen (10 %) und Kontakte über soziale Netzwerke oder das Internet (12 %) wurden ebenfalls als Täter/in genannt.

In 8 % der Fälle waren mehrere Täter/innen beteiligt, meist als Kombination aus bekannten und unbekannt Personen. In 76 % der Fälle gab es eine einzelne Täterperson, während 16 % der Patient/innen aufgrund von Amnesie die Anzahl der Täter/innen nicht angeben konnten. Unter den Patientinnen und Patienten, für die diese Information verfügbar war, gaben 39 % an, dass es sich um ihren ersten sexuellen Übergriff handelte, während 61 % angaben, bereits einen früheren Übergriff erlebt zu haben.

26 % der rechtsmedizinischen Untersuchungen wurden von der Polizei oder Staatsanwaltschaft angeordnet, während 74 % der Patient/innen die Notfallstation aus eigenem Antrieb aufsuchten. Unter den Patientinnen und Patienten, für die diese Information verfügbar war, gaben 29 % an, bereits Anzeige erstattet zu haben, während 71 % dies noch nicht getan hatten. Unter Letzteren gaben 5 % an, keine Anzeige gegen ihren Täter erstatten zu wollen, 5 % hatten die Absicht, dies zu tun, und 46 % wussten es noch nicht.

Fünfundvierzig Prozent nahmen innerhalb von 24 Stunden nach dem Übergriff medizinische Hilfe in Anspruch, 21 % innerhalb von 24 bis 48 Stunden und 15 % innerhalb von 48 bis 72 Stunden, was einer Gesamtquote von 81 % innerhalb der ersten drei Tage entspricht. Fünf Prozent meldeten sich zwischen 72 Stunden und 4 Tagen, 8 % zwischen 4 und 7 Tagen, 5 % zwischen einer Woche und einem Monat, und 1 % nach mehr als einem Monat.

Vierzig Prozent litten unter einer Form von Amnesie – entweder teilweise (22 %) oder vollständig (19 %). Es war nicht möglich zu unterscheiden, ob die Amnesie traumatisch bedingt (peri-traumatische Dissoziation) oder durch Alkohol- bzw. Substanzkonsum verursacht war.

Substanzkonsum war in dieser Stichprobe weit verbreitet: 69 % berichteten, vor dem Übergriff Alkohol konsumiert zu haben, 21 % Drogen und 29 % verschreibungspflichtige Medikamente. Auf die Frage nach ihren Trinkgewohnheiten antworteten 77 %, dass sie Alkohol trinken – davon 58 % gelegentlich, 18 % regelmässig und 1 % täglich. Auf die Frage nach ihren Drogengewohnheiten antworteten 38 %, dass sie Drogen konsumieren – davon 27 % gelegentlich, 7 % regelmässig und 3 % täglich. Bei den Personen, die Drogen konsumieren, waren die am häufigsten genannten Suchtmittel Cannabis oder Haschisch (83 %), Kokain (20 %) und Ecstasy/MDMA (9 %).

**Tabelle 3:** Penetrationsstellen und Art der Penetration (Penis, Finger, Zunge, Gegenstand, Sonstige) (n = 178). Mehrfachantworten möglich.

Stelle der Penetration	Ja	Nein	Unbekannt (keine Amnesie)	Keine Erinnerung (Amnesie)	Keine Angabe	Penile Penetration	Ejakulation (Ja)	Ejakulation (Nein)	Ejakulation (Unbekannt)	Ejakulation (keine Erinnerung)	Digital (Finger)	Zunge	Gegenstand
Vaginal	115 (65)	10 (6)	4 (2)	47 (27)	2 (1)	94 (82)	32 (34)	30 (32)	23 (24)	9 (10)	44 (38)	8 (7)	2 (2)
Anal	24 (14)	90 (51)	8 (5)	54 (31)	2 (1)	18 (75)	4 (22)	9 (50)	4 (22)	1 (6)	8 (33)	–	1 (4)
Oral	33 (19)	90 (51)	3 (2)	51 (29)	1 (1)	29 (88)	4 (14)	17 (59)	4 (14)	4 (14)	1 (3)	5 (15)	–

NSP = ne sait pas (does not know), NSSP = ne se souvient pas (does not remember)

Etwa 27 % der Patient/innen konnten sich aufgrund von Amnesie nicht daran erinnern oder die Art der Penetration (falls zutreffend) spezifizieren. Eine vaginale Penetration wurde von 65 %, eine anale Penetration von 14 % und eine orale Penetration von 19 % der Betroffenen angegeben (Tabelle 3). Einige Patient/innen gaben mehr als eine Penetrationsstelle an (zwei Penetrationsstellen: n = 36; drei Penetrationsstellen: n = 6).

Von den Personen, die eine vaginale Penetration angaben, wurde in 82 % der Fälle eine penile Penetration und in 38 % der Fälle eine Penetration mit dem Finger genannt.

Ein oral-genitaler Kontakt mit der Zunge wurde in 7 % der Fälle berichtet, eine Penetration mit einem Gegenstand entfiel auf 2 % der Fälle. In 9 % der Fälle gaben die Betroffenen an, dass während der vaginalen Penetration ein Kondom verwendet wurde. Bei 34 % der sexuellen Übergriffe mit vaginal-peniler Penetration wurde eine Ejakulation angegeben.

Von den Personen, die eine anale Penetration angaben, wurde in 75 % der Fälle eine penile Penetration und in 33 % der Fälle eine digitale Penetration genannt. Eine Penetration mit einem Gegenstand wurde in 4 % der Fälle angegeben. Die Verwendung eines Kondoms während der analen Penetration wurde in 6 % der Fälle berichtet. Eine Ejakulation wurde in 22 % der Übergriffe mit anal-peniler Penetration dokumentiert.

Eine orale Penetration wurde von 19 % der Patient/innen angegeben, am häufigsten mit dem Penis (88 %), gefolgt von der Zunge (15 %) und dem Finger (3 %). Die Verwendung eines Kondoms während der oralen Penetration wurde in 7 % der Fälle berichtet. Eine Ejakulation wurde in 14 % der oralen Penetrationen dokumentiert. Vier Patient/innen (14 %) gaben an, dass sie nicht sicher seien, und weitere vier (14 %) berichteten, dass sie sich aufgrund von Amnesie nicht erinnern konnten.

Eine Ejakulation an anderen Körperstellen, ausserhalb der Genitalbereiche oder des Mundes, wurde in 7 % der Fälle dokumentiert. Zwanzig Prozent der Patient/innen waren nicht sicher, und 19 % konnten sich aufgrund von Amnesie nicht erinnern.

Bei 10 Patient/innen (6 %) war der Übergriff die erste vaginale Penetration. Entsprechend der Altersstruktur der Stichprobe bestätigten 6 % der Patient/innen, dass sie postmenopausal waren. Fünfundvierzig Prozent der Patient/innen benutzten eine Form der Empfängnisverhütung, 8 % menstruierten zum Zeitpunkt des Übergriffs und 1 % war schwanger. Knapp 60 % erklärten, dass während des Übergriffs kein Kondom verwendet worden sei, nur 6 % der Betroffenen bestätigten die Verwendung eines Kondoms. In 32 % der Fälle konnte die Verwendung eines Kondoms aufgrund von Amnesie nicht mit Gewissheit bestätigt werden.

Bei 46 % der sexuellen Übergriffe wurden verschiedene Formen körperlicher Gewalt angewendet, wie z. B. Festhalten gegen den eigenen Willen (70 %), Stossen oder Schubsen (43 %), Schlagen (19 %) oder Würgen (17 %). Der Einsatz einer Waffe - am häufigsten ein Messer, gelegentlich auch stumpfe Gegenstände - wurde in 3 % der Fälle dokumentiert.

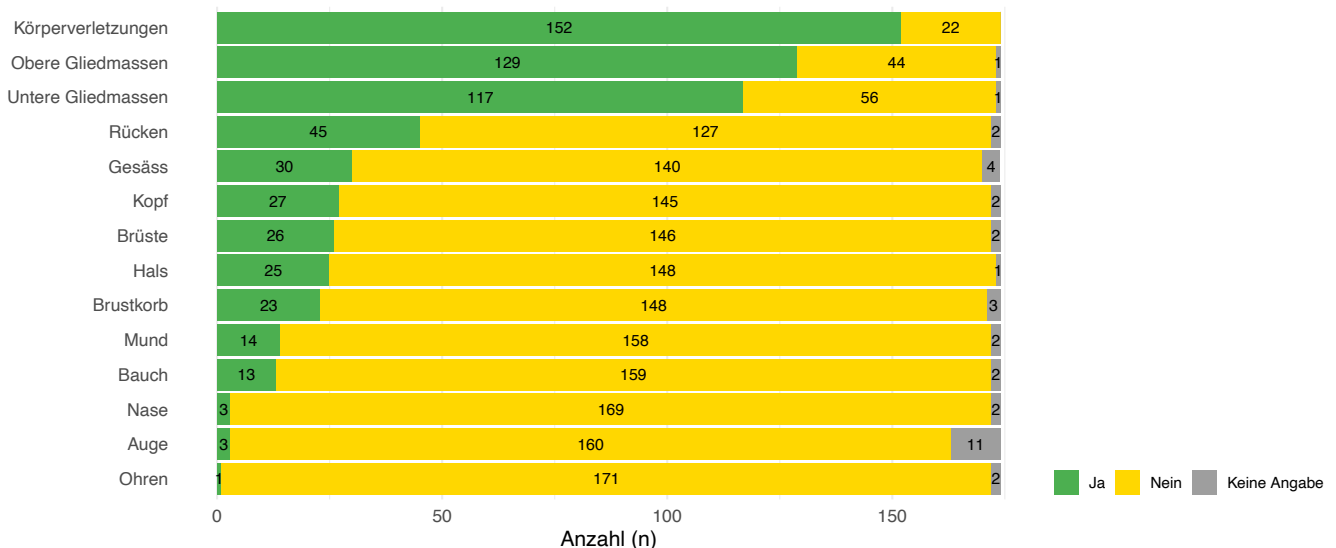
Bei 16 % der sexuellen Übergriffe wurde psychische Gewalt angewendet. Die am häufigsten genannten Formen waren Drohungen und Einschüchterung (75 %), gefolgt von Erniedrigung (25 %) und Kontrolle (21 %).

In 87 % der rechtsmedizinischen Berichte wurden Körperverletzungen dokumentiert. Am häufigsten betroffen waren die oberen (75 %) und unteren (68 %) Gliedmassen, gefolgt von Rücken (26 %), Gesäss (18 %), Kopf/ Gesicht (16 %), Brust (15 %), Hals (14 %) und Brustkorb (13 %).

## Gynäkologische Untersuchung

Von den 178 Patient/innen, die einen sexuellen Übergriff meldeten, wurde in 173 Fällen (98 %) eine gynäkologische Untersuchung durchgeführt. In fünf Fällen wurde keine Untersuchung vorgenommen: Drei wurden als nicht indiziert beurteilt, eine Untersuchung wurde abgelehnt, und in einem Fall fehlte die entsprechende Information.

**Abbildung 2:** Häufigkeit körperlicher Verletzungen bei Patient/innen, die sich einer rechtsmedizinischen Untersuchung unterzogen (n = 174). Alle Daten in n.

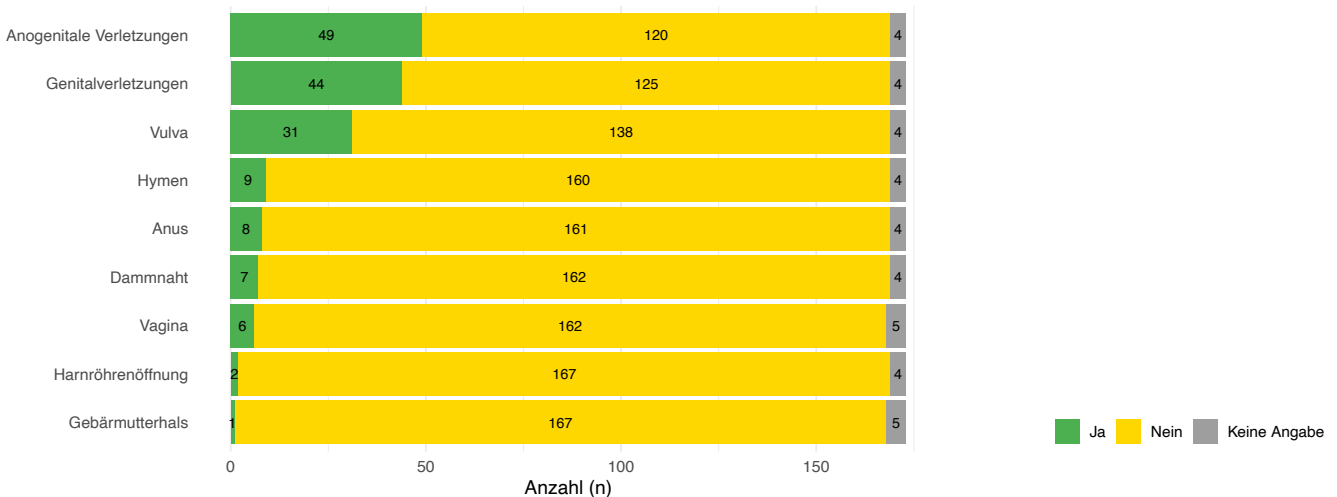


## Genitale Verletzungen

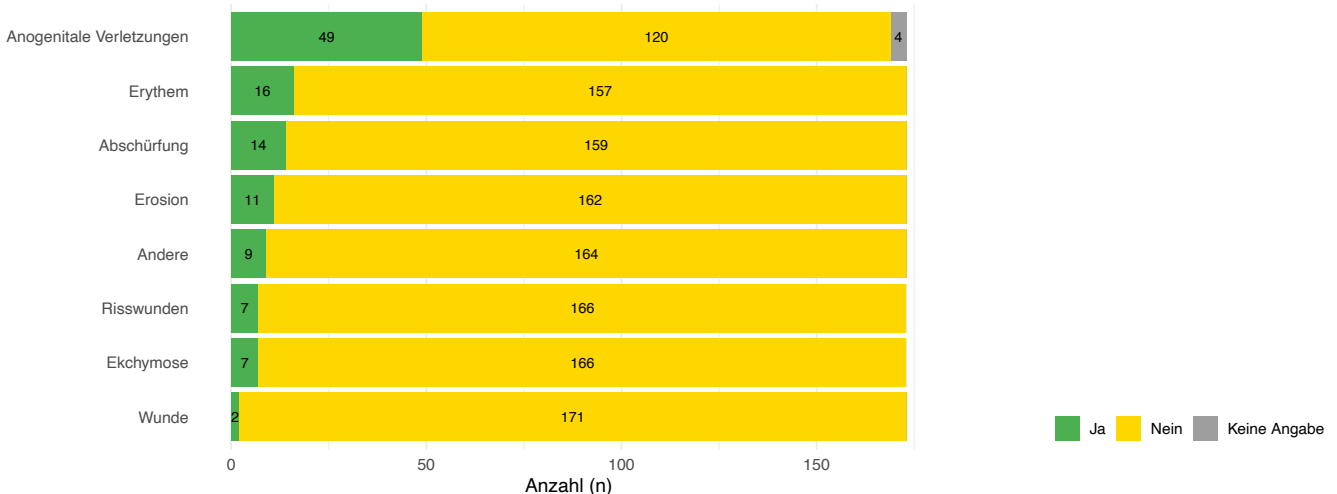
Von den 173 Patient/innen, die sich einer gynäkologischen Untersuchung unterzogen, wiesen 29 % anogenitale Verletzungen auf. Reine Genitalverletzungen wurden bei 44 Patient/innen (26 %) festgestellt, während anale Verletzungen bei 8 Patient/innen (5 %) dokumentiert wurden. Die am häufigsten betroffenen Bereiche waren die Vulva (18 %), gefolgt von Hymen (5 %), Dammschaden (4 %), Vagina (4 %), Harnröhrenöffnung (1 %) und Gebärmutterhals (1 %) (Abbildung 3).

Bei den Verletzungsarten wurden Erytheme (9 %), Abschürfungen (8 %), Erosionen (6 %) und Risswunden oder Ekchymosen (4 %) am häufigsten dokumentiert, während offene Wunden (1 %) seltener auftraten. Bei analen Verletzungen, sofern vorhanden, handelte es sich zumeist um Erytheme und oberflächliche Risswunden (Abbildung 4).

**Abbildung 3:** Häufigkeit der Genitalverletzungen bei Patient/innen mit gynäkologischer Untersuchung (n = 173). Alle Daten in n.



**Abbildung 4:** Häufigkeit genitaler Verletzungen bei Patient/innen mit gynäkologischer Untersuchung (n = 173). Alle Daten in n.



Die Mehrheit der Patient/innen mit Verletzungen war 18–49 Jahre alt (84 %), ein geringerer Anteil entfiel auf Jugendliche im Alter von 16 bis 17 Jahren (9 %) und Patient/innen ab 50 Jahren (9 %). Der Zeitpunkt der Konsultation war ein wichtiger Faktor: 44 % der Verletzungen wurden festgestellt, sofern die Untersuchung innerhalb von 24 Stunden nach dem Übergriff erfolgte, 23 % bei einer Untersuchung innerhalb von 24 bis 48 Stunden und 25 % bei einer Untersuchung innerhalb von 48 bis 72 Stunden. Nach mehr als 72 Stunden nahm die Nachweisrate deutlich ab, und nur vereinzelte Fälle wurden nach einer Woche dokumentiert.

Verletzungen an der Vulva traten am häufigsten auf, insbesondere an den inneren und äusseren Vulvalippen (7 %), der hinteren Kommissur (5 %) und der Fourchette (3 %).

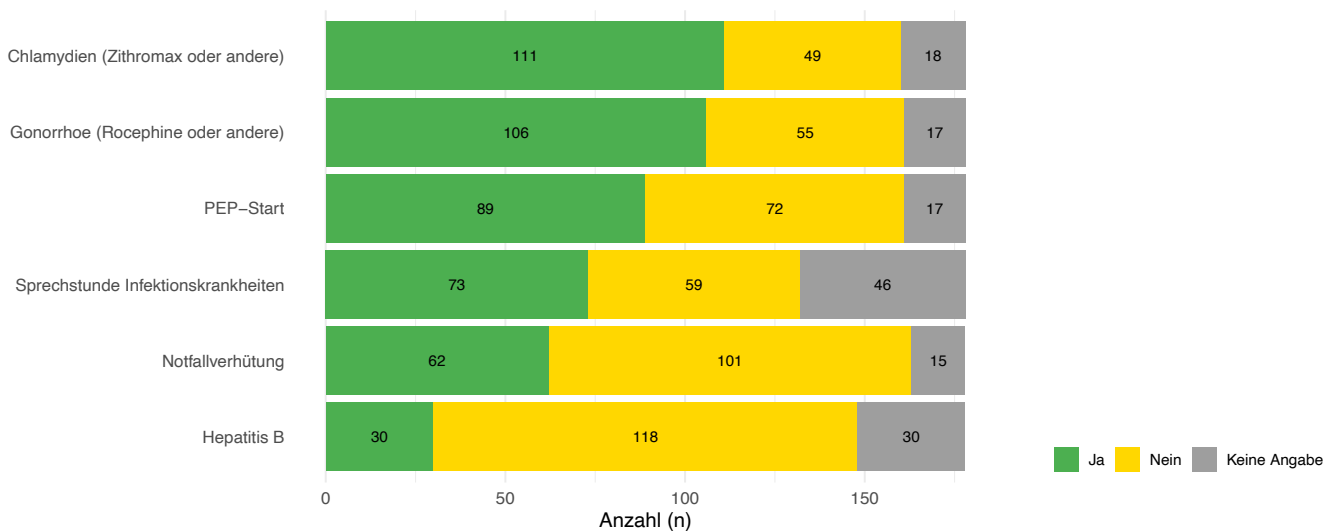
## Anale Verletzungen

Von den 173 gynäkologisch untersuchten Patient/innen wiesen 5 % anale Verletzungen auf. Von den 24 Patient/innen, die eine anale Penetration angaben, lag die Verletzungsquote bei 33 %.

## Behandlung und Nachsorge

62 Patient/innen (38 %) erhielten eine Notfallverhütung, bei 101 (62 %) wurde keine Notfallverhütung verordnet (Abbildung 5). Die Hauptgründe hierfür waren; laufende Verhütung (n = 56), Ablehnung (n = 10), keine Penetration angegeben (n = 8), Postmenopause (n = 7), verspätete Konsultation ausserhalb des empfohlenen Zeitfensters (n = 6) oder bestehende Schwangerschaft (n = 2). In 12 Fällen (8 %) war der Grund unbekannt oder wurde nicht angegeben.

**Abbildung 5:** Behandlung und vorgeschlagene Nachsorgetermine (n = 178). Alle Daten in n.



Eine Antibiotikaprophylaxe gegen Gonorrhoe (Ceftriaxon) wurde bei 106 Patient/innen (66 %) verschrieben. Bei 55 Patient/innen (34 %), die keine Prophylaxe erhielten, waren die Hauptgründe Ablehnung (n = 22) oder das Fehlen einer Penetration (n = 12). In 19 Fällen

wurde kein Grund angegeben. 111 Patient/innen (69 %) erhielten eine Antibiotikaprophylaxe gegen Chlamydien (Azithromycin). Bei 49 (31 %), die keine Prophylaxe erhielten, waren die Gründe Ablehnung (n = 19), keine Penetration (n = 10) oder unbekannt (n = 18).

30 Patient/innen wurden zur Prophylaxe gegen Hepatitis B (20 %) geimpft. Von den 118 Patient/innen (80 %), die keine Impfung erhielten, war der häufigste Grund ein vollständiger Impfstatus (n = 65). Zwölf Patient/innen lehnten die Impfung ab, acht Fälle betrafen Übergriffe ohne Penetration, und in 32 Fällen fehlten die entsprechenden Angaben.

Eine Postexpositionsprophylaxe zum Schutz vor einer HIV-Infektion (PEP) wurde bei 89 Patient/innen (55 %) verschrieben. Bei 72 Patient/innen (45 %), die keine PEP erhielten, waren die Gründe eine verspätete Konsultation ausserhalb des 48-Stunden-Zeitfensters (n = 35), keine Penetration (n = 10), Ablehnung (n = 9) oder eine medizinische Entscheidung ohne Indikation (n = 6). In einem Fall befand sich der/die Patient/in bereits unter antiviraler Therapie, in 10 Fällen war der Grund nicht angegeben.

73 Patient/innen (55 %) erhielten einen Termin zur Nachkontrolle bei einer Fachärztin oder einem Facharzt für Infektiologie, 59 (45 %) erhielten keinen entsprechenden Termin. In Genf wurden 90 % der Patient/innen an die UIMPV weitergeleitet. Die übrigen 10 % befanden sich zumeist bereits in psychiatrischer oder psychologischer Behandlung (n = 6) oder lehnten die Überweisung ab (n = 3).

## Vorerkrankungen

Bei 79 Patient/innen (44 %) wurden zum Zeitpunkt der rechtsmedizinischen Konsultation Vorerkrankungen dokumentiert (Tabelle 4). Davon litten 30 % (n = 54) an einer oder mehreren somatischen Erkrankungen, 26 % (n = 47) hatten psychiatrische Diagnosen in der Anamnese angegeben.

Zu den am häufigsten genannten somatischen Erkrankungen zählten Asthma (5 %), Hypothyreose (4 %) und Epilepsie (4 %), gefolgt von Hypertonie (1 %) sowie verschiedenen anderen medizinischen Diagnosen (20 %).

Bei den psychiatrischen Erkrankungen waren Depressionen (15 %) und Angststörungen (6 %) am häufigsten verbreitet, gefolgt von Borderline-Persönlichkeitsstörungen (4 %), Substanzgebrauchsstörungen (2 %), schizoaffektiven Störungen (2 %), bipolaren Störungen (2 %) und posttraumatischen Belastungsstörungen (1 %). Weitere psychiatrische Diagnosen wurden bei 6 % der Patient/innen angegeben.

Diese Daten zeigen, dass ein erheblicher Anteil der Personen, die sich nach einem sexuellen Übergriff vorstellten, bereits unter somatischen oder psychiatrischen Vorerkrankungen litt. Diese können zu einer erhöhten Vulnerabilität beitragen und sowohl den akuten als auch den langfristigen Gesundheitsverlauf nach dem Übergriff beeinflussen.

**Tabelle 4:** Vorerkrankungen bei an der Studie teilnehmenden Patient/innen (n = 178). Alle Daten in n.

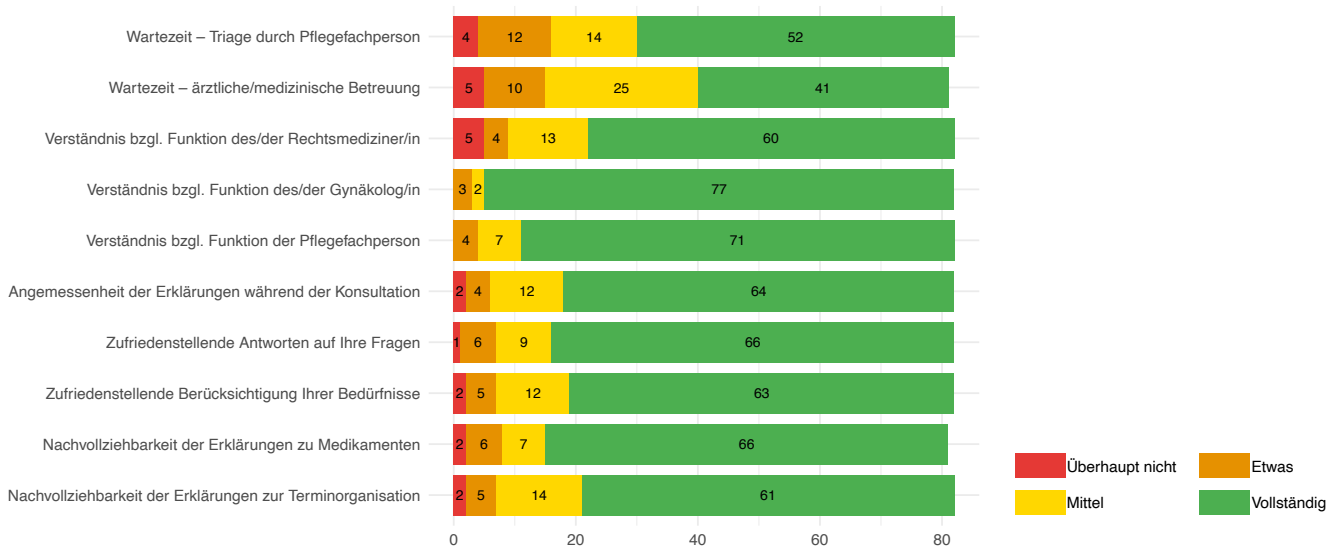
Kategorie	Erkrankung/Störung	N=178
Vorerkrankung	≥1 Vorerkrankung	79 (44)
Somatische Erkrankungen	≥1 somatische Erkrankung	54 (30)
	...Asthma	9 (5)
	...Hypothyreose	7 (4)
	...Epilepsie	7 (4)
	...Hypertonie	2 (1)
	...Weitere somatische Erkrankungen	36 (20)
Psychiatrische Erkrankungen	≥1 psychiatrische Erkrankung	47 (26)
	...Depression	27 (15)
	...Angststörungen	11 (6)
	...Borderline-Persönlichkeitsstörung	7 (4)
	...Substanzkonsumstörungen	4 (2)
	...Schizoaffektive Störung	4 (2)
	...Bipolare Störung	4 (2)
	...Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	2 (1)
	...Weitere psychiatrische Diagnosen	11 (6)

## Konsultation Notfallstation – Ausgangsbefunde

Die Patientinnen und Patienten (n = 178) zeigten sich insgesamt zufrieden mit der Qualität der Betreuung und den erhaltenen Informationen zum Zeitpunkt der Konsultation auf der gynäkologisch-geburtshilflichen Notfallstation. Die Mehrheit bestätigte ein sehr gutes Verständnis für die jeweilige Funktion des/der Gynäkolog/in, des/der Rechtsmediziners/in sowie der Pflegefachperson. Die Zufriedenheit mit den Erklärungen war ebenfalls hoch: 80 % gaben an, mit den Erläuterungen zu den vorgeschlagenen Behandlungen zufrieden zu sein, und ebenfalls 80 % zeigten sich mit den Antworten auf ihre Fragen und geäußerten Anliegen zufrieden. 74 % lobten die Organisation der Nachsorgetermine.

50 % der Patient/innen waren mit der Wartezeit bis zur ärztlichen Betreuung und 63 % mit der Wartezeit bis zur Triage durch die Pflegefachperson vollständig zufrieden. Auch wenn die Wartezeit etwas schlechter bewertet wurde als andere Aspekte, zeigten die Ergebnisse insgesamt einen hohen Grad der Zufriedenheit: Mindestens die Hälfte der Patient/innen war vollständig zufrieden. Die Patient/innen betonten insbesondere die Qualität des Zuhörens, die verständlichen Erklärungen und die Nachvollziehbarkeit des gesamten Behandlungsablaufs sowie der Funktion des beteiligten Fachpersonals.

**Abbildung 6:** Patientenzufriedenheit und Verständnis während der Notfallkonsultation (n = 82). Alle Daten in n.

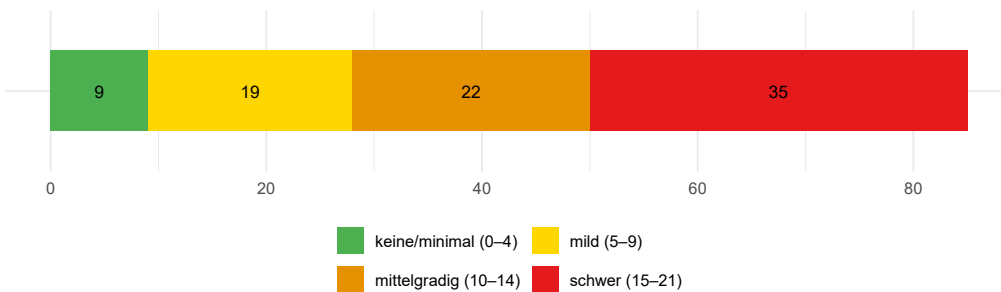


## GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder 7-item Scale)

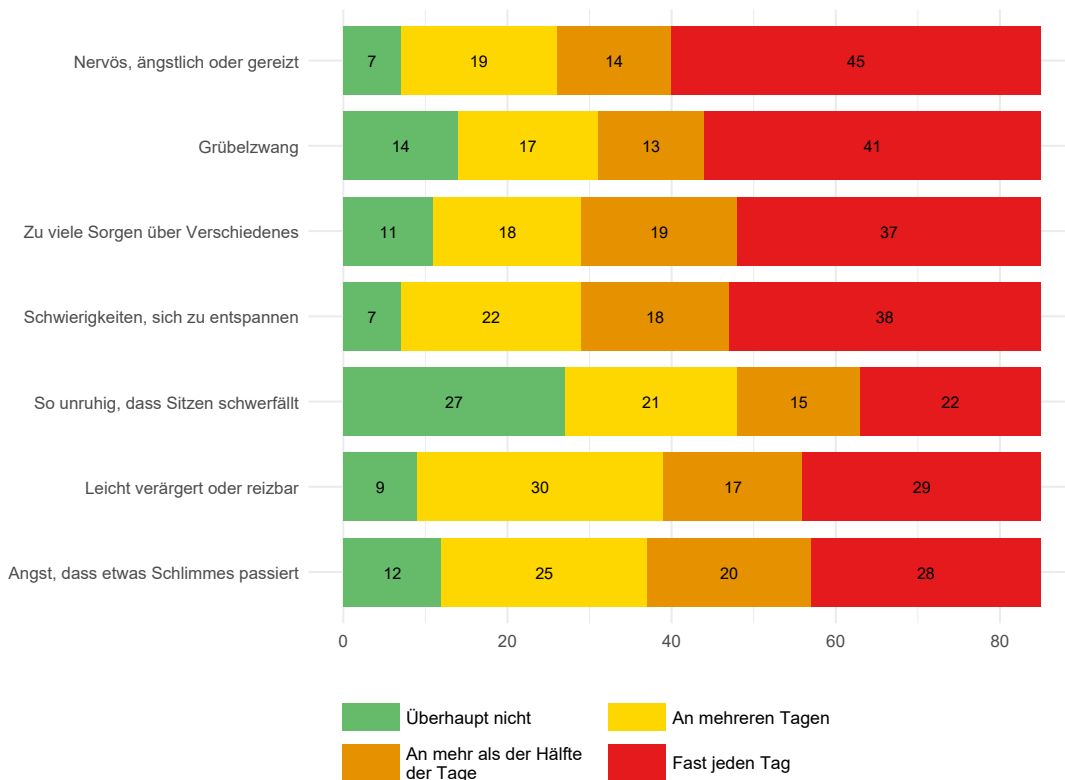
Nach drei Monaten füllten 85 Patient/innen den GAD-7-Fragebogen aus. Eine klinisch signifikante Angststörung (Wert  $\geq 10$ ) wurde bei 67 % der Befragten festgestellt, darunter fallen 35 Patient/innen (41 %) mit schwerer Angststörung (Werte 15–21) und 22 Patient/innen (26 %) mit mittelgradig ausgeprägter Angststörung (Werte 10–14). Weitere 19 Patient/innen (22 %) berichteten über milde Symptome, während 9 Patient/innen (11 %) minimale oder gar keine Symptome angaben.

Die am häufigsten beschriebenen Beschwerden waren Nervosität, Schwierigkeiten beim Entspannen, unkontrollierbarer Grübelzwang, Reizbarkeit und ausgeprägte körperliche Unruhe, was auf eine hohe psychische Belastung in der frühen Phase nach dem Übergriff hinweist.

**Abbildung 7:** Kategorien der Gesamtscores zu GAD-7 nach 3 Monaten (n = 85).



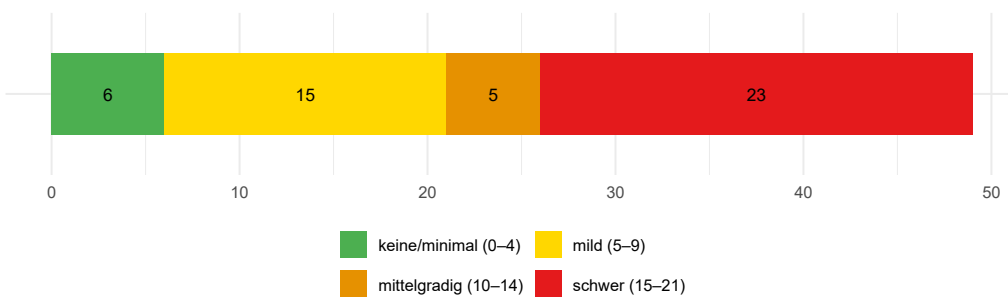
**Abbildung 8:** Item-Antworten zu GAD-7 nach 3 Monaten (n = 85). Alle Daten in n.



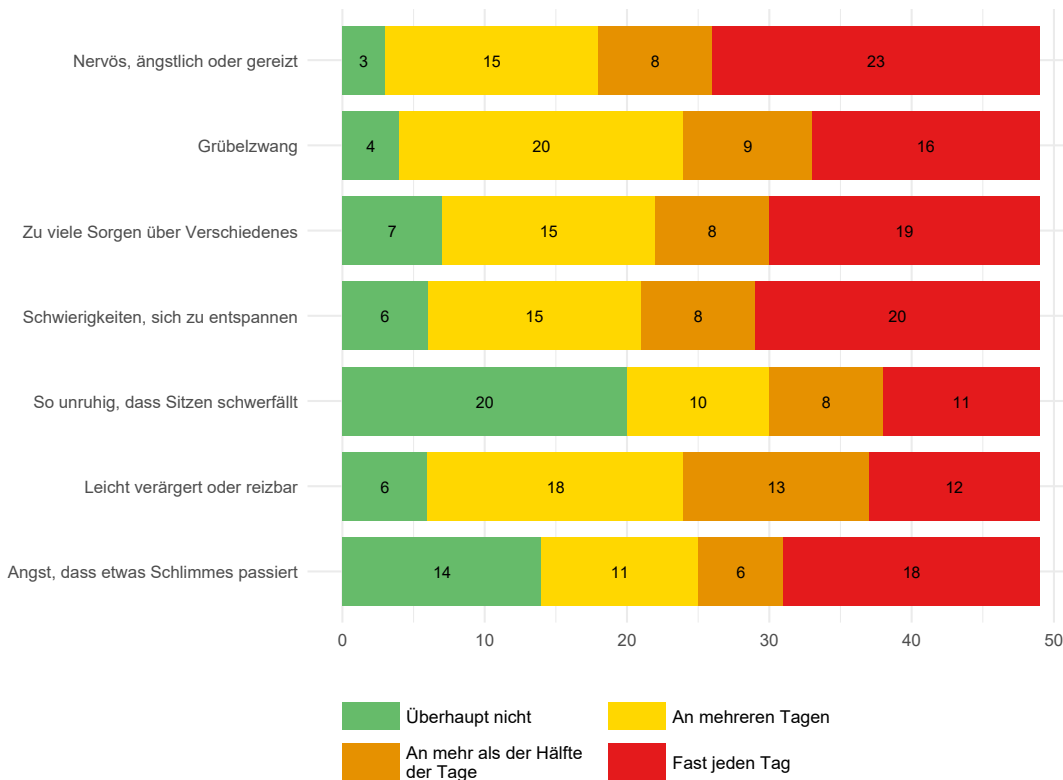
Nach zwölf Monaten füllten 49 Patient/innen den GAD-7-Fragebogen aus. Eine klinisch signifikante Angststörung bestand weiterhin bei 57 % der Befragten, darunter fielen 23 Patient/innen (47 %) mit schwerer Angststörung und 5 Patient/innen (10 %) mit mittelgradig ausgeprägter Angststörung. Weitere 15 Patient/innen (31 %) berichteten über milde Symptome und 6 Patient/innen (12 %) über minimale Symptome. Die häufigsten

Beschwerden waren weiterhin Nervosität, unkontrollierbarer Grübelzwang, Schwierigkeiten beim Entspannen, Reizbarkeit und motorische Unruhe. Obwohl die Gesamtprävalenz einer klinisch signifikanten Angststörung im Vergleich zur Befragung nach drei Monaten leicht abnahm, verdeutlicht das anhaltende Auftreten schwerer Angstzustände bei fast der Hälfte der Patient/innen die chronische Natur dieser Symptome.

**Abbildung 9:** Kategorien der Gesamtscores zu GAD-7 nach 12 Monaten (n = 49).



**Abbildung 10:** Item-Antworten zu GAD-7 nach 12 Monaten (n = 49). Alle Daten in n.

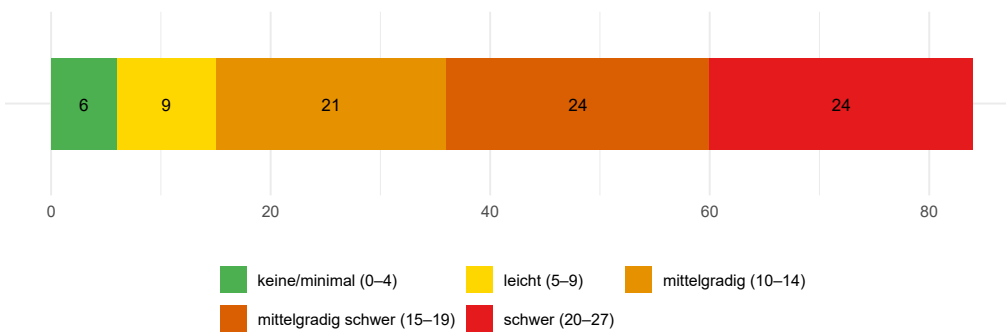


## PHQ-9 (Patient Health Questionnaire Depression Screener)

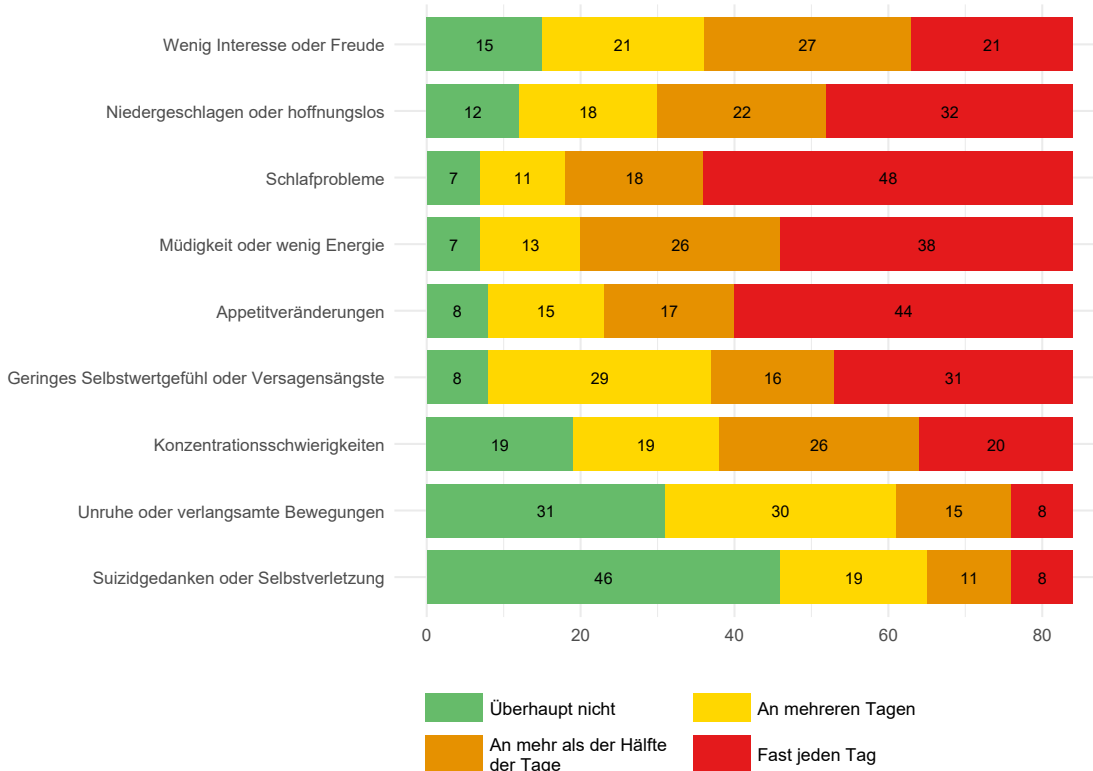
Nach drei Monaten füllten 84 Patient/innen den PHQ-9-Fragebogen aus. Eine klinisch signifikante Depression (Wert  $\geq 10$ ) wurde bei 82 % der Befragten festgestellt, darunter 24 Patient/innen (29 %) mit schwerer depressiver Symptomatik (Werte 20–27), 24 Patient/innen (29 %) mit mittelgradig schwerer depressiver Symptomatik (Werte 15–19) und 21 Patient/innen (25 %) mit mittelgradiger depressiver Symptomatik (Werte 10–14). Weitere 9 Patient/innen (11 %) berichteten über leichte depressive Symptomatik (Werte 5-9) und 6 Patient/innen (7 %) über keine/minimale depressive Symptomatik (0-4). Die am häufigsten berichteten depressiven Symptome waren Schlafstörungen (79 %), Müdigkeit oder Energiemangel (76 %), verminderter oder übermäßiger Appetit (73 %), Traurigkeit oder Hoffnungslosigkeit (64 %) und niedriges Selbstwertgefühl (56 %). 38 Patient/innen (45 %) berichteten über Suizidgedanken oder Gedanken an Selbstverletzung an mehreren Tagen oder häufiger in den letzten zwei Wochen.

innen (7 %) über keine/minimale depressive Symptomatik (0-4). Die am häufigsten berichteten depressiven Symptome waren Schlafstörungen (79 %), Müdigkeit oder Energiemangel (76 %), verminderter oder übermäßiger Appetit (73 %), Traurigkeit oder Hoffnungslosigkeit (64 %) und niedriges Selbstwertgefühl (56 %). 38 Patient/innen (45 %) berichteten über Suizidgedanken oder Gedanken an Selbstverletzung an mehreren Tagen oder häufiger in den letzten zwei Wochen.

**Abbildung 11:** Kategorien der Gesamtscores zu PHQ-9 nach 3 Monaten (n = 84).



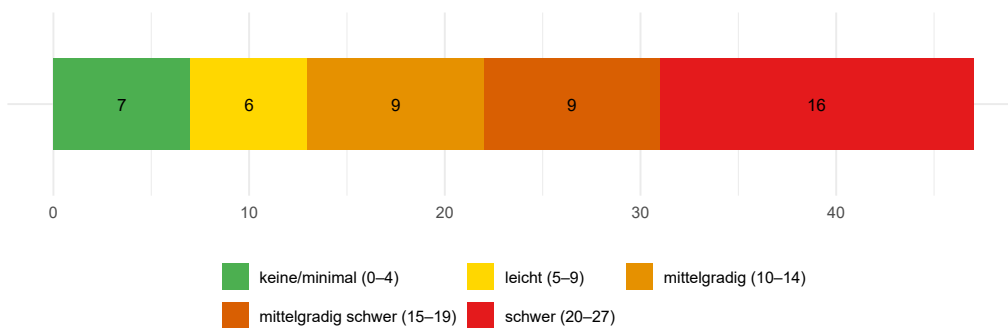
**Abbildung 12:** Item-Antworten zu PHQ-9 nach 3 Monaten (n = 84). Alle Daten in n.



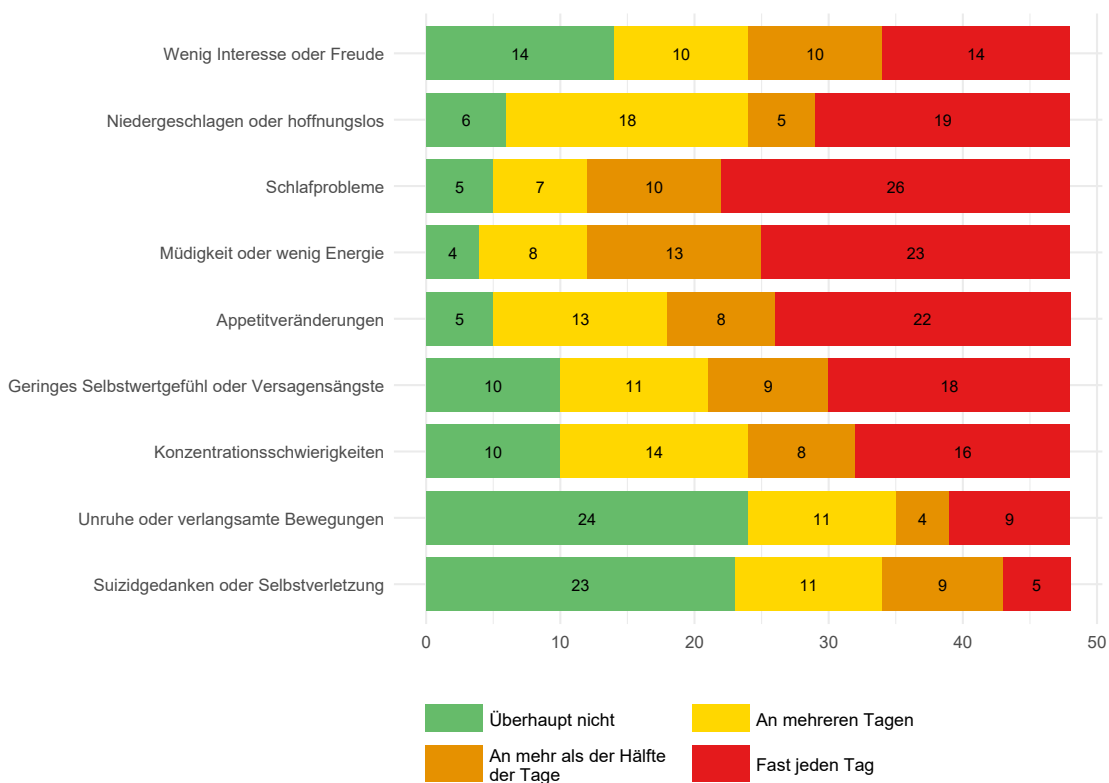
Nach zwölf Monaten füllten 48 Patient/innen den PHQ-9-Fragebogen aus. Eine klinisch signifikante Depression bestand weiterhin bei 71 % der Befragten, darunter 16 Patient/innen (33 %) mit schwerer depressiver Symptomatik, 9 Patient/innen (19 %) mit mittelgradig schwerer depressiver Symptomatik, und 9 Patient/innen (19 %) mit mittelgradiger depressiver Symptomatik. Weitere 6 Patient/innen (13 %) berichteten über leichte depressive Symptomatik und 7 Patient/innen (15 %) über keine/

minimale depressive Symptomatik. Die am häufigsten genannten depressiven Symptome waren weiterhin Müdigkeit oder Energiemangel (75 %) und Schlafstörungen (75 %), gefolgt von niedrigem Selbstwertgefühl (56 %), Konzentrationsproblemen (50 %) und vermindertem bzw. übermäßigem Appetit (48 %). 25 Patient/innen (52 %) berichteten über Suizidgedanken oder Gedanken an Selbstverletzung an mehreren Tagen oder häufiger in den letzten zwei Wochen.

**Abbildung 13:** Kategorien der Gesamtscores zu PHQ-9 nach 12 Monaten (n = 48).



**Abbildung 14:** Item-Antworten zu PHQ-9 nach 12 Monaten (n = 48). Alle Daten in n.

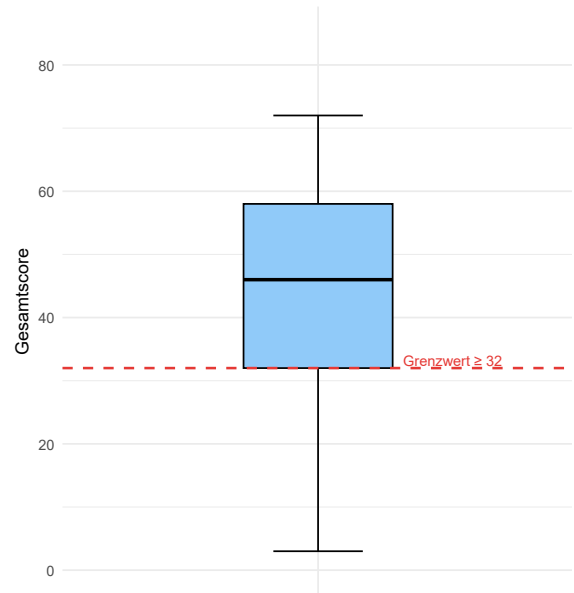


## PCL-5 (PTSD-Checkliste für DSM-5)

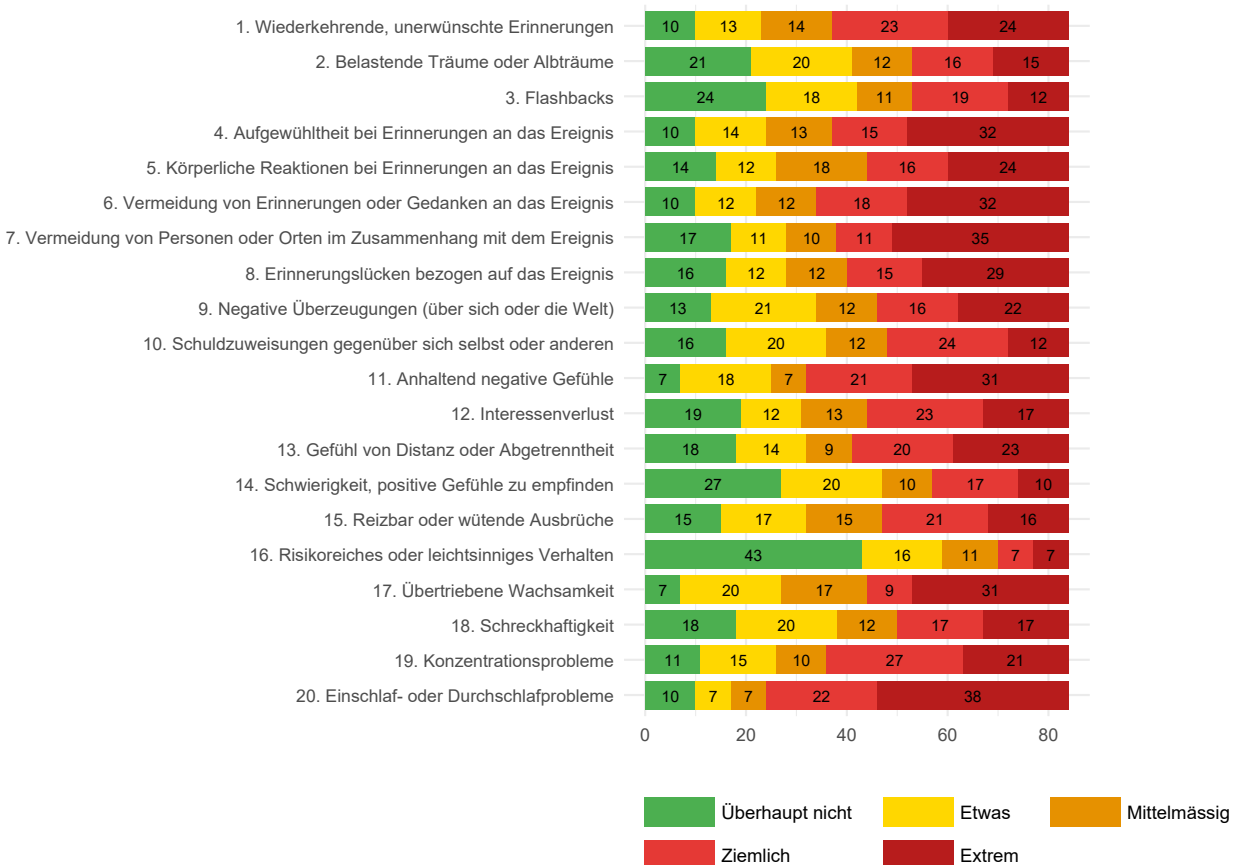
Nach drei Monaten (n = 84) wiesen 63 Patient/innen (75 %) einen klinisch signifikanten PTBS-Wert ( $\geq 32$ ) auf, und 61 Patient/innen (73 %) erfüllten die vorläufigen Diagnosekriterien nach DSM-5 für eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).

Die am häufigsten genannten Symptome waren Schlafprobleme (80 %), Vermeidung traumabezogener Gedanken (74 %), intrusive Erinnerungen (73 %), Belastung, wenn sie an das Ereignis erinnert wurden (71 %), negative Emotionen (70 %), körperliche Reaktionen bei Erinnerungen (69 %) und Konzentrationsprobleme (69 %). Übererregung (Hypervigilanz) (68 %) und Vermeidung von Personen oder Orten (67 %) wurden ebenfalls häufig genannt. Bezogen auf die Symptomcluster nach DSM-5 berichteten 62 Patient/innen (74 %) über Intrusionssymptome, 52 Patient/innen (62 %) über Vermeidungssymptome, 62 Patient/innen (74 %) über negative Veränderungen in Kognition und Stimmung sowie 62 Patient/innen (74 %) über Übererregungssymptome.

**Abbildung 15:** Kategorien der Gesamtscores zu PCL-5 nach 3 Monaten (n = 84).



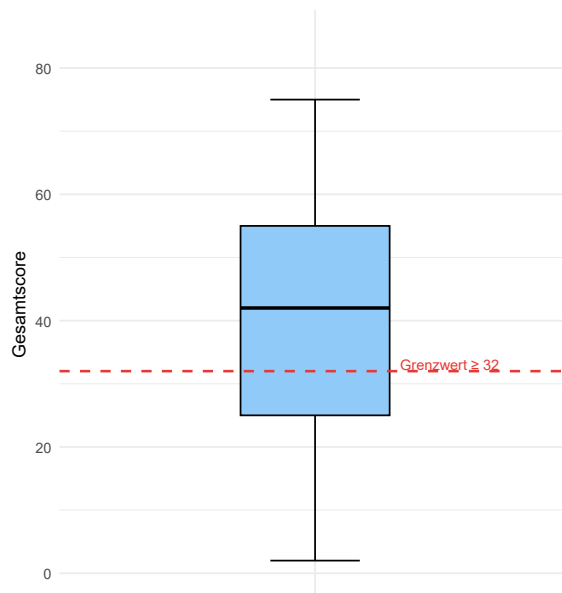
**Abbildung 16:** Item-Antworten zu PCL-5 nach 3 Monaten (n = 84). Alle Daten in n.



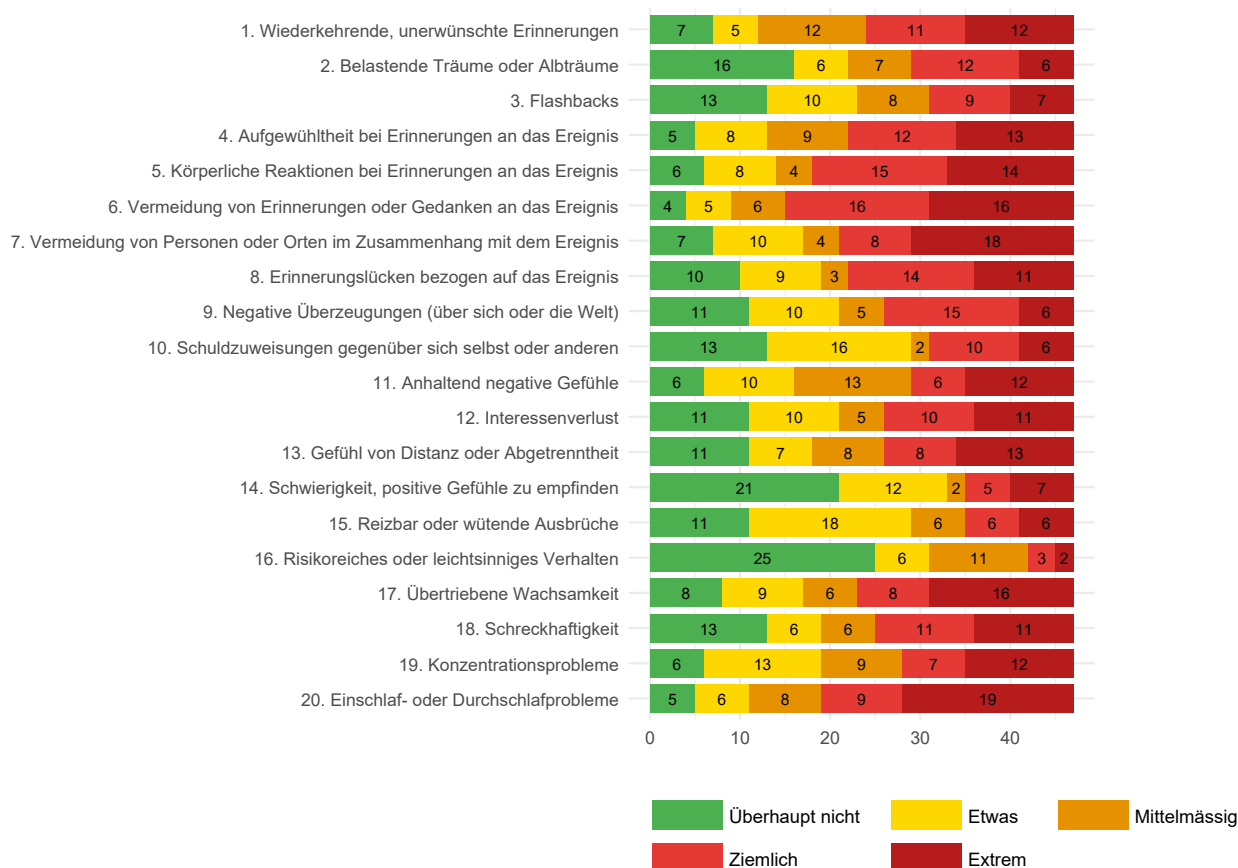
Nach zwölf Monaten (n = 47) wiesen 32 Patient/innen (68 %) weiterhin einen klinisch signifikanten PTBS-Wert ( $\geq 32$ ) auf, und 29 Patient/innen (62 %) erfüllten die vorläufigen Diagnosekriterien nach DSM-5.

Die am häufigsten genannten Symptome waren weiterhin Schlafstörungen (72 %), intrusive Erinnerungen (66 %), belastende Erinnerungen (64 %), negative Emotionen (62 %) und Übererregung (60 %). Konzentrationsprobleme (58 %) und körperliche Reaktionen bei der Erinnerung an das Ereignis (55 %) wurden ebenfalls häufig angegeben. Bezogen auf die Symptomcluster nach DSM-5 berichteten 68 % über Intrusionssymptome, 55 % über Vermeidungssymptome, 64 % über negative Veränderungen in Kognition und Stimmung sowie 66 % über Übererregungssymptome.

**Abbildung 17:** Kategorien der Gesamtscores zu PCL-5 nach 12 Monaten (n = 47).



**Abbildung 18:** Item-Antworten zu PCL-5 nach 12 Monaten (n = 47). Alle Daten in n.

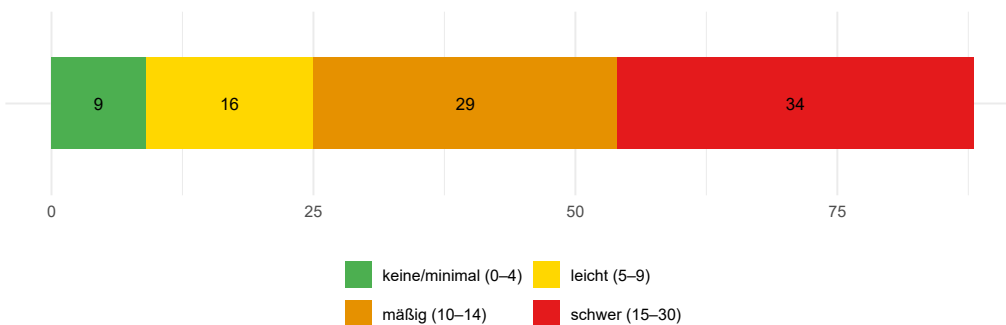


## PHQ-15 (Patient Health Questionnaire – Physical Symptoms)

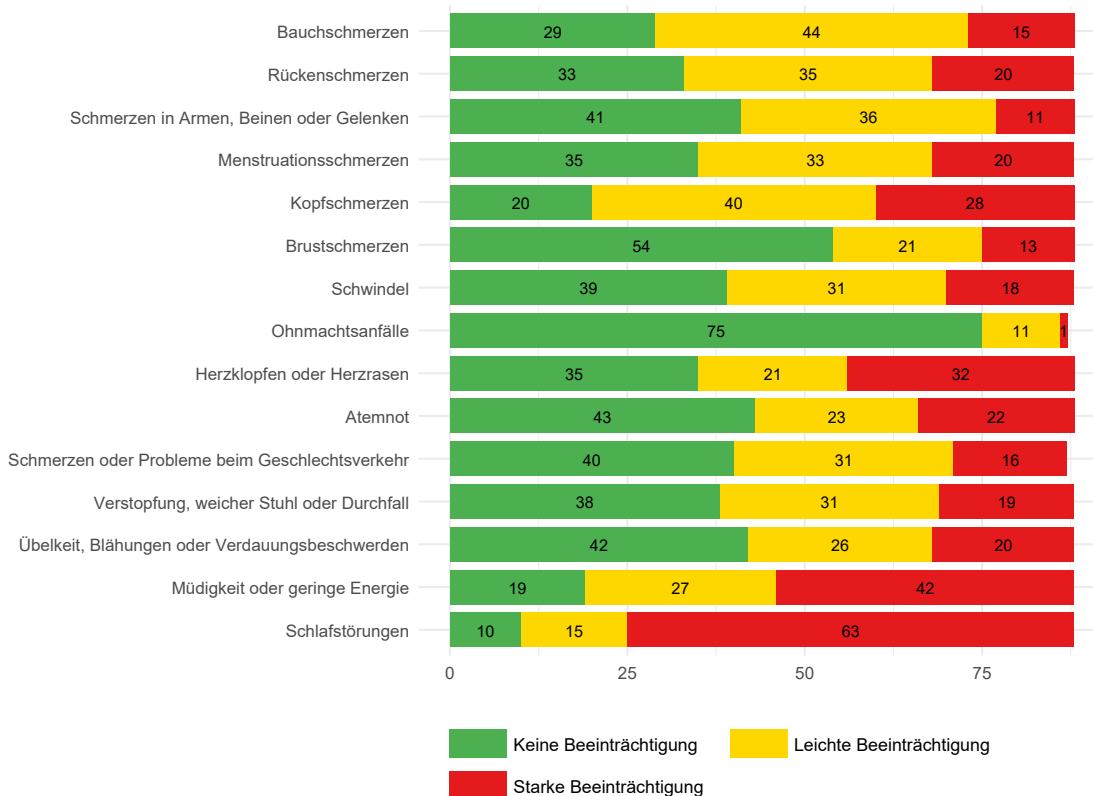
Nach drei Monaten (n = 88) berichteten 72 % der Patient/innen über mindestens ein körperliches Symptom, das sie als stark belastend empfanden. Die am häufigsten genannten Symptome waren Schlafprobleme (72 %), Müdigkeit oder Energiemangel (48 %), Herzklöpfen (36 %), Kopfschmerzen (32 %) und Atemnot (25 %). Weitere Symptome wie Rückenschmerzen, Menstruationsbeschwerden, Schwindel und gastrointestinale Beschwerden traten ebenfalls häufig auf, wurden jedoch seltener als schwerwiegend beschrieben.

fen (36 %), Kopfschmerzen (32 %) und Atemnot (25 %). Weitere Symptome wie Rückenschmerzen, Menstruationsbeschwerden, Schwindel und gastrointestinale Beschwerden traten ebenfalls häufig auf, wurden jedoch seltener als schwerwiegend beschrieben.

**Abbildung 19:** Kategorien der Gesamtscores zu PHQ-15 nach 3 Monaten (n = 88).



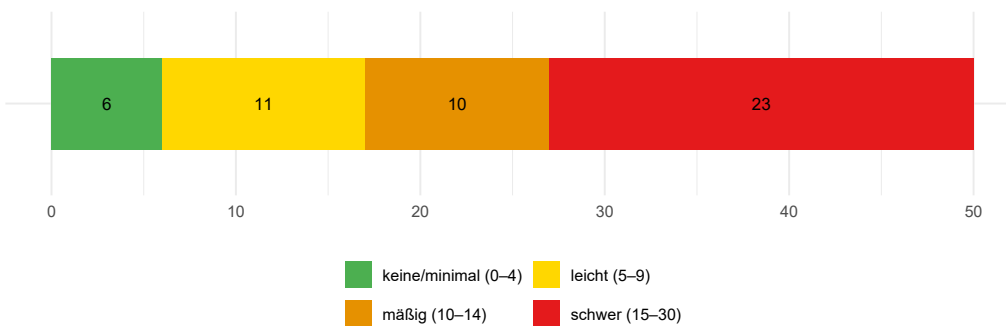
**Abbildung 20:** Item-Antworten zu PHQ-15 nach 3 Monaten (n = 88). Alle Daten in n.



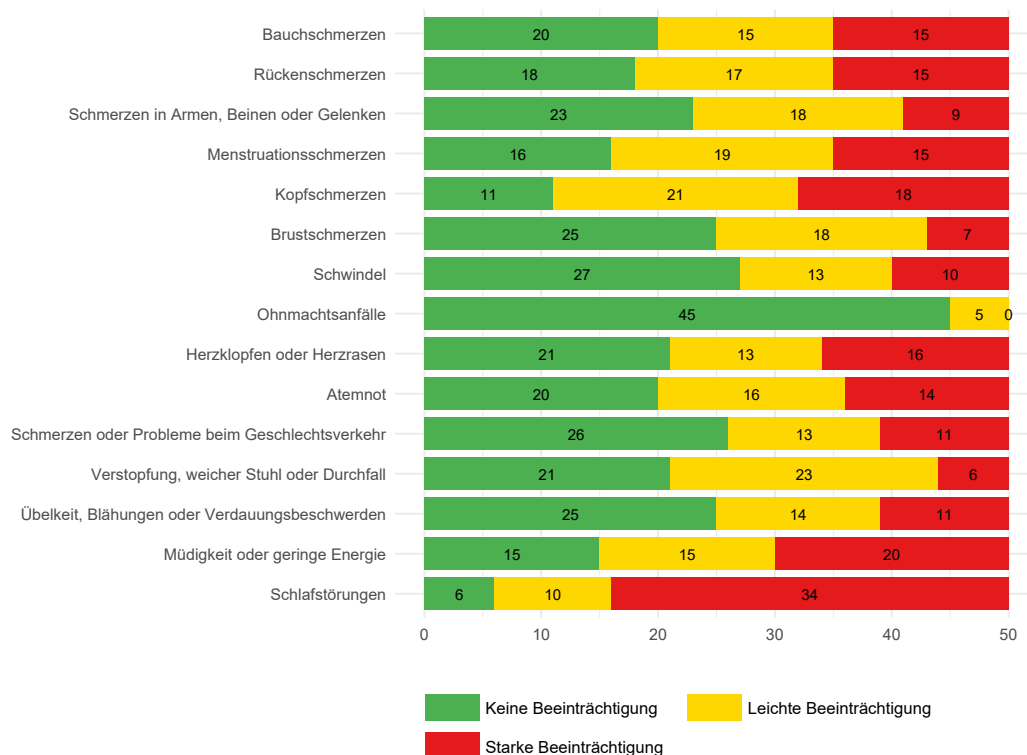
Nach zwölf Monaten (n = 50) traten somatische Symptome bei der Mehrheit der Patient/innen weiterhin auf, obwohl ihre Häufigkeit im Vergleich zur Befragung nach drei Monaten leicht abgenommen hatte. Die am häufigsten genannten Beschwerden waren nach wie

vor Schlafprobleme (68 %) und Müdigkeit oder Energiemangel (40 %), gefolgt von Kopfschmerzen (36 %), Herzklopfen (32 %) sowie Rücken-, Bauch- oder Menstruationsschmerzen (jeweils 15 %).

**Abbildung 21:** Kategorien der Gesamtscores zu PHQ-15 nach 12 Monaten (n = 50).



**Abbildung 22:** Item-Antworten zu PHQ-15 nach 12 Monaten (n = 50). Alle Daten in n.



### **FSFI (Female Sexual Function Index)**

Nach drei Monaten (n = 82) gaben 20 Patient/innen (24 %) an, nicht sexuell aktiv zu sein, bei 6 Patient/innen lagen unvollständige Daten vor. Die Analyse basierte daher auf 56 Teilnehmenden. Von diesen wiesen 48 Patient/innen (86 %) Werte auf, die die Kriterien einer sexuellen Funktionsstörung erfüllten (FSFI-Gesamtwert  $\leq 26.55$ ). Die am stärksten beeinträchtigten Bereiche waren Orgasmus, Erregung und Verlangen, während Schmerz und Zufriedenheit vergleichsweise weniger genannt wurden.

Nach zwölf Monaten (n = 44) gaben 11 Patient/innen (25 %) an, nicht sexuell aktiv zu sein, bei 3 Patient/innen lagen unvollständige Daten vor. Die Analyse basierte somit auf 30 Teilnehmenden, von denen 19 (63 %) eine sexuelle Funktionsstörung aufwiesen. Wie nach drei Monaten waren die am stärksten betroffenen Bereiche Orgasmus, Erregung und Verlangen, während Schmerz und Zufriedenheit weniger genannt wurden.

### **Zusammenfassung der Nachbefragungen nach drei und zwölf Monaten**

Nach drei Monaten berichteten die Patient/innen über verstärkte Symptome in allen Bereichen. Mittelgradig bis schwer ausgeprägte Angststörungen wurden bei 67 %, Depressionen bei 82 % und eine potenzielle PTBS bei 75 % der Teilnehmenden festgestellt. Von den sexuell aktiven Patient/innen berichteten 86 % über eine sexuelle Funktionsstörung, über 70 % gaben ausgeprägte körperliche Beschwerden an, am häufigsten Müdigkeit und Schlafstörungen. Ebenfalls symptomatisch waren Substanzkonsum einschliesslich der damit verbundenen Konsequenzen.

Nach zwölf Monaten waren die Prävalenzraten in den meisten Bereichen leicht reduziert, die Symptome traten jedoch weiterhin häufig auf. Klinisch signifikante Angststörungen wurden bei 57 %, Depressionen bei 71 % und potenzielle PTBS-Symptome bei 68 % der Patient/innen festgestellt. Eine sexuelle Funktionsstörung bestand weiterhin bei 63 % der sexuell aktiven Patient/innen, somatische Symptome wie Schlafprobleme, Müdigkeit und Kopfschmerzen betrafen weiterhin mehr als die Hälfte der Teilnehmenden. Diese Ergebnisse belegen, dass die psychischen, sexuellen und körperlichen Auswirkungen auf die Gesundheit auch ein Jahr nach dem Übergriff fortbestehen.

# Diskussion

---

## Kontinuität bezogen auf die Ergebnisse der retrospektiven Studie

Kontinuität bezogen auf die Ergebnisse der retrospektiven Studie

Die vorliegende Studie baut direkt auf der retrospektiven Analyse über die Meldung sexueller Übergriffe auf, die zwischen 2018 und 2021 an den Universitätsspitalern Genf (HUG) und Lausanne (CHUV) durchgeführt wurde. Insgesamt blieben die demografischen und kontextuellen Merkmale der Übergriffe zwischen den beiden Studienphasen vergleichbar. Wie in der retrospektiven Phase berichteten die meisten Betroffenen, dass sie die Täter/innen kannten – meist handelte es sich um Personen aus dem Freundes-, Bekanntenkreis oder (ehemalige) Intimpartner/innen – und die Mehrheit der Übergriffe in privater Umgebung und nicht im öffentlichen Raum stattfand. Auch die Verzögerung zwischen dem Übergriff und dem Aufsuchen der Notfallstation zeigte ein ähnliches Muster: Die meisten Patient/innen nahmen innerhalb von 72 Stunden medizinische Hilfe in Anspruch. Ein leichter Anstieg der frühzeitigen Konsultationen könnte auf die Dezentralisierung der rechtsmedizinischen Versorgung seit 2020 und die Ausweitung der Anlaufstellen in den Kantonen Waadt und Wallis zurückzuführen sein, wodurch der Zugang zur medizinischen Versorgung verbessert wurde.

Die Häufigkeit und anatomische Verteilung von körperlichen und Genitalverletzungen waren ebenfalls konsistent mit den Ergebnissen der retrospektiven Phase, was die Stabilität und Zuverlässigkeit des standardisierten rechtsmedizinischen Verfahrens an allen beteiligten Standorten bestätigt. Diese Parallelen erhöhen die Vergleichbarkeit der Daten zwischen den beiden Studienphasen und bekräftigen die fortlaufende Verwendung harmonisierter standortübergreifender Dokumentationsverfahren.

Der wichtigste Mehrwert der prospektiven Studie liegt in ihrem Längsschnittdesign, das fehlende Informationen reduziert und eine systematische Befragung drei und zwölf Monate nach dem Übergriff ermöglicht. Durch die Verwendung standardisierter psychometrischer Instrumente (GAD-7, PHQ-9, PCL-5, PHQ-15, FSI und WHO-ASSIST) ermöglichen diese Nachbefragungen eine Bewertung der mittel- und langfristigen gesundheitlichen Folgen – psychisch, physisch und sexuell. Die Einbeziehung von Selbstauskünften der Patient/innen liefert zudem wertvolle Erkenntnisse über die Versorgungspfade und die Zufriedenheit mit den Leistungen im Bereich Notfallversorgung und Nachsorge.

Über die Bestätigung der Ergebnisse der retrospektiven Studie hinaus stellt diese prospektive Phase die erste multizentrische Initiative in der Schweiz dar, die sowohl die akuten als auch die langfristigen Folgen sexueller Gewalt systematisch dokumentiert. Sie bietet somit eine einzigartige Gelegenheit, anhaltende Vulnerabilitäten zu identifizieren, die Versorgungspfade besser zu verstehen und die zukünftige Entwicklung eines regionalen Registers für in Schweizer Notfallstationen betreute Fälle sexueller Gewalt zu unterstützen.

## Auswirkungen auf die psychische Gesundheit

Bei Angststörungen, sowie bei depressiven und posttraumatischen Belastungssymptomen wurden bei Opfern sexueller Gewalt bis zu zwölf Monate nach dem Übergriff hohe Raten festgestellt. Nach drei Monaten zeigten 67 % der Teilnehmer/innen klinisch relevante Angstsymptome (GAD-7  $\geq 10$ ), 82 % depressive Symptome (PHQ-9  $\geq 10$ ) und 75 % erfüllten den Schwellenwert für eine potenzielle PTBS (PCL-5  $\geq 32$ ). Obwohl die Symptomprävalenzen nach zwölf Monaten leicht zurückgingen – 57 %, 71 % und 68 % – weisen diese Werte auf eine anhaltende psychische Belastung lange nach der akuten Phase hin.

Im internationalen Vergleich scheint die Belastung in dieser Kohorte sogar höher zu sein als üblicherweise beobachtet. Eine Metaanalyse von Dworkin et al. zeigte, dass 30–60 % der Opfer innerhalb des ersten Jahres nach einem Übergriff eine PTBS entwickeln<sup>(10)</sup>, während gross angelegte epidemiologische Studien vergleichbare oder niedrigere Raten bei Depressionen und Angststörungen beschreiben.<sup>(11)</sup> Der im Rahmen dieser Studie ermittelte Anteil an Patient/innen mit Verdacht auf PTBS zum Zeitpunkt der beiden Nachbefragungen nach drei bzw. zwölf Monaten liegt damit deutlich über den meisten in der Literatur dokumentierten Werten. Diese erhöhte Belastung könnte auf Unterschiede in der Stichprobenszusammensetzung, bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder auf kontextuelle Faktoren im Schweizerischen Gesundheits- und Sozialumfeld zurückzuführen sein. Zum Beispiel berichteten 61 % der Patient/innen über frühere sexuelle Übergriffe, und eine erneute Viktimisierung wurde wiederholt mit einer erhöhten Vulnerabilität, einer grösseren psychischen Belastung und höheren Raten bei posttraumatischen und depressiven Symptomen in Verbindung gebracht.<sup>(12–14)</sup>

Das ökologische Modell von Campbell et al. verdeutlicht, wie individuelle Vulnerabilität, sozialer Kontext und systemische Reaktionen die Erholungsverläufe nach sexueller Gewalt beeinflussen.<sup>(15)</sup> Depressive Symptome waren in dieser Kohorte ähnlich häufig, wobei etwa ein Drittel der Opfer sowohl nach drei, als auch nach zwölf Monaten unter schweren Depressionen litt. Frühere Studien zeigen vergleichbare Muster anhaltender Depressions- und Angstsymptome, die noch Jahre nach dem Ereignis auftreten können.<sup>(16,17)</sup> Die erhöhte Häufigkeit von Suizidgedanken – 45 % nach drei und 52 % nach zwölf Monaten – unterstreicht die Schwere und Dauer der emotionalen Belastung, die auch in der internationalen Literatur beschrieben wird.

In Genf werden Patient/innen systematisch an die Interdisziplinäre Abteilung für Medizin und Gewaltprävention (UIMPV) zur psychologischen Nachbetreuung überwiesen, während in anderen teilnehmenden Zentren psychotraumatische Nachsorge noch nicht flächendeckend etabliert ist. Diese Unterschiede in der psychischen Betreuungsstruktur könnten die unterschiedlichen Genesungsverläufe zwischen den Regionen teilweise erklären. Das prospektive Design dieser Studie ermöglicht künftig die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen dem Zugang zu spezialisierter Nachsorge und langfristigen psychischen Folgen.

Insgesamt bestätigen die Befunde den internationalen Konsens, dass die Genesung nach sexueller Gewalt langwierig und oft unvollständig ist, wobei PTBS-, Depressions- und Angstsymptome bei einem grossen Teil der Opfer noch lange nach der akuten Krisenphase bestehen bleiben.<sup>(10,11,15)</sup>

## Auswirkungen auf die sexuelle Gesundheit

Die sexuelle Funktion war nach dem Übergriff deutlich beeinträchtigt und zeigte nach zwölf Monaten nur eine teilweise Besserung. Von den sexuell aktiven Patient/innen erfüllten 86 % nach drei Monaten und 63 % nach zwölf Monaten die Kriterien einer sexuellen Funktionsstörung (FSFI  $\leq 26.55$ ). Diese Werte liegen deutlich höher als in allgemeinen Bevölkerungsstudien, in denen 40–50 % der Frauen von einer Funktionsstörung berichten.<sup>(18,19)</sup> Die am stärksten betroffenen Bereiche in dieser Kohorte waren Orgasmus, Erregung und Verlangen, was mit früheren Studien übereinstimmt, die langanhaltende Veränderungen bei Lustempfinden und Intimität nach sexueller Gewalt beschreiben.<sup>(20,21)</sup>

Der Fortbestand dieser Funktionsstörungen verdeutlicht den tiefgreifenden und dauerhaften Einfluss sexueller Gewalt auf das psychosexuelle Wohlbefinden. Forschungsergebnisse zeigen, dass traumaassoziierte Angst, Hypervigilanz und intrusive Erinnerungen physiologische Erregungsreaktionen hemmen und zur Vermeidung sexueller Aktivität führen können.<sup>(22,23)</sup> Opfer berichten häufig über ein Zusammenspiel aus psychischer Belastung, Beziehungsproblemen und körperlichem Unbehagen, das zu vermindertem sexuellen Verlangen und geringerer Zufriedenheit führt.

Vergleichbare Ergebnisse wurden in klinischen und populationsbasierten Studien festgestellt, in denen Opfer sexueller Gewalt auch Jahre nach dem Ereignis über anhaltende sexuelle Funktionsstörungen berichteten.<sup>(18,21)</sup> Darüber hinaus haben neuere Studien gezeigt, dass sexuelle Gewalt mit höheren Raten von Vulvodynie, chronischen Beckenschmerzen sowie anorektalen und urogenitalen Funktionsstörungen assoziiert ist.<sup>(24,25)</sup> Dies deutet darauf hin, dass sich physische und psychologische Folgen überlappen und gemeinsam die sexuelle und gynäkologische Gesundheit beeinflussen können. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Auswirkungen auf die sexuelle Gesundheit nach einem Übergriff von multiplen Faktoren abhängen und unterstreichen die Notwendigkeit einer weiterführenden Erforschung der biopsychosozialen Mechanismen, mit dem Ziel die medizinische Betreuung und Information zu verbessern.

## Somatische Auswirkungen

Somatische Symptome traten häufig und über den gesamten Beobachtungszeitraum auf. Nach drei Monaten berichteten fast drei Viertel der Patient/innen über mindestens eine stark belastende körperliche Symptomatik – am häufigsten wurden Schlafstörungen, Erschöpfung, Herzklopfen und Kopfschmerzen genannt. Obwohl diese Beschwerden nach zwölf Monaten leicht zurückgingen, berichtete mehr als die Hälfte der Patient/innen weiterhin über körperliche Beeinträchtigungen, was auf die anhaltende körperliche Belastung nach einem sexuellen Übergriff hinweist.

Diese Ergebnisse stimmen mit früheren Studien überein, die sexuelle Gewalt mit einer Vielzahl körperlicher Beschwerden in Verbindung bringen. Opfer sexueller Gewalt berichten häufig über höhere Raten von chronischen Schmerzen, gastrointestinalen Problemen, Müdigkeit und anderen medizinisch nicht erklärbar körperlichen Symptomaten als nicht betroffene Frauen.<sup>(26–29)</sup> Solche Reaktionen werden mit den langfristigen Auswirkungen des Traumas auf Stress- und Schmerzregulationssysteme in Verbindung gebracht, was zu einer erhöhten Sensibilität gegenüber körperlichen Beschwerden und zu langfristigen gesundheitlichen Problemen führen kann.<sup>(30)</sup>

Neben allgemeinen somatischen Symptomen wurden in mehreren Studien auch traumabezogene gynäkologische Beschwerden beschrieben. Opfer sexueller Gewalt zeigen im Vergleich zu Kontrollgruppen ein erhöhtes Risiko für chronische Becken- und Vulvaschmerzen sowie urogenitale Funktionsstörungen. Dies weist unter Umständen auf dieselben physischen und psychischen Nachwirkungen hin, die auch bei anderen Formen somatischer Belastung beobachtet werden.<sup>(21,24,25)</sup>

## Substanzkonsum

Substanzkonsum war in der untersuchten Stichprobe weit verbreitet und blieb über die Zeit relativ stabil. Gemäss den WHO-ASSIST-Werten berichteten mehr als ein Drittel der Patient/innen drei Monate nach dem Übergriff über ein mittleres oder hohes Risiko bezogen auf den Konsum mindestens einer psychoaktiven Substanz. Am häufigsten genannt wurden Alkohol, Tabak und Cannabis, gefolgt von verschreibungspflichtigen Beruhigungsmitteln. Craving, definiert als starkes oder unkontrollierbares Verlangen, wurde von etwa drei Vierteln der Tabakkonsument/innen, zwei Fünfteln der Alkoholkonsument/innen und einem Viertel der Cannabiskonsument/innen genannt. Etwa ein Drittel der Befragten beschrieb Probleme oder Besorgnis in diesem Zusammenhang, wie eingeschränkte Leistungsfähigkeit oder erfolglose Versuche, den Konsum

zu reduzieren. Nach zwölf Monaten war die Verteilung der WHO-ASSIST-Werte ähnlich, mit einem weiterhin bestehenden mittleren bis hohen Risiko bei den am häufigsten konsumierten Substanzen. Obwohl individuelle Unterschiede beobachtet wurden, zeigte sich insgesamt kein Rückgang der Prävalenz zwischen den beiden Nachbefragungen.

Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass der Substanzkonsum bei vielen Betroffenen im ersten Jahr nach dem Übergriff stabil bleibt. Dieses Verhaltensmuster stimmt mit früheren Studien überein, die zeigen, dass Alkohol- und Drogenkonsum bei Opfern sexueller Gewalt häufig anzutreffen ist und oft gemeinsam mit Angst-, Depressions- und PTBS-Symptomen auftritt.<sup>(10,31,32)</sup> Wenngleich die Verbindungsmechanismen zwischen Traumatisierung und Substanzkonsum nach wie vor komplex sind und von zahlreichen Faktoren abhängen, haben frühere Längsschnittstudien gezeigt, dass Opfer sexueller Gewalt im Verlauf der Zeit anhaltende oder fluktuierende Konsummuster entwickeln können.<sup>(33,34)</sup> Im Einklang mit diesen Erkenntnissen verdeutlichen unsere Ergebnisse, dass der Konsum von Suchtmitteln im Rahmen des erweiterten Gesundheitsprofils von Personen, die sich nach sexueller Gewalt in Behandlung begeben, berücksichtigt werden sollte.

## Zeitpunkt der Konsultation und Versorgungspfade

Die Mehrheit der Patient/innen unterzog sich innerhalb der ersten 72 Stunden nach dem Übergriff einer rechtsmedizinischen Untersuchung. Dieser Zeitraum ist entscheidend für die Dokumentation forensischer und medizinischer Beweise. In der vorliegenden Studie wurden 81 % der Betroffenen innerhalb der ersten drei Tage untersucht, darunter 45 % innerhalb von 24 Stunden, 21 % zwischen 24 und 48 Stunden und 15 % zwischen 48 und 72 Stunden nach dem Übergriff.

Ein kleinerer Anteil suchte die Notfallstation zu einem späteren Zeitpunkt auf: 5 % zwischen 72 Stunden und vier Tagen, 8 % zwischen vier und sieben Tagen, 5 % zwischen einer Woche und einem Monat und 1 % mehr als einen Monat nach dem Übergriff. Diese Verteilung entspricht den Daten anderer klinischer Studien in Europa und Nordamerika, die zeigen, dass 70–85 % der Opfer innerhalb von 72 Stunden medizinische Hilfe in Anspruch nehmen.<sup>(35,36)</sup> Die frühzeitige Vorstellung in dieser Kohorte steht im Einklang mit der zunehmenden Verfügbarkeit von Notfalldiensten für Sexualdelikte und einem wachsenden Bewusstsein für die Bedeutung einer schnellen Konsultation. Trotzdem bleiben verspätete Konsultationen ausserhalb des optimalen forensischen Zeitfensters eine Herausforderung, da

diese Fälle oft mit einer Amnesie oder Unsicherheit der Betroffenen über die Geschehnisse einhergehen und die medizinische sowie rechtliche Beurteilung erschweren können.<sup>(32,37)</sup>

Die verstärkte Dezentralisierung hat den Zugang zur medizinischen Versorgung bei sexueller Gewalt in der Westschweiz verbessert, insbesondere durch die Ausweitung des CURML-Netzwerks und die Einbindung regionaler Spitäler im Kanton Waadt. Diese strukturellen Entwicklungen haben geografische Barrieren in der medizinischen Versorgung abgebaut und könnten teilweise erklären, warum in der vorliegenden Kohorte so viele Patient/innen die Notfallstationen frühzeitig aufsuchten.

## Gewalt und Verletzungen

Fast die Hälfte der Patient/innen berichtete über körperliche Gewalt während des Übergriffs, meist in Form von Festhalten, Stossen oder Schlagen. Psychische Gewalt trat ebenfalls häufig auf und äusserte sich hauptsächlich in Drohungen, Einschüchterung oder Erniedrigung. Diese Ergebnisse entsprechen anderen klinischen Studien in Europa, in denen Zwang und Einschüchterung zu den häufigsten Formen von Aggression zählen.<sup>(35,36)</sup>

Sie zeigen, dass sexuelle Übergriffe häufig in einem Kontext von sowohl körperlichem als auch psychischem Zwang und nicht als isolierte sexuelle Handlungen stattfinden. Verletzungen wurden in den meisten Fällen dokumentiert (87 %), am häufigsten an Armen und Beinen, gefolgt von Rücken, Gesäss und Kopf/Gesicht. Dieses Muster entspricht den Ergebnissen anderer rechtsmedizinischer Studien, in denen Verletzungen häufig an den Gliedmassen und am Rumpf auftreten.<sup>(38,39)</sup> Anogenitale Verletzungen wurden bei 29 % der untersuchten Patient/innen festgestellt, darunter 26 % mit genitalen und 5 % mit analen Verletzungen. Am häufigsten waren Verletzungen an der Vulva, gefolgt von hymenalen, perinealen und vaginalen Läsionen. Diese Verteilung ist mit den Ergebnissen breiter europäischer Untersuchungsreihen vergleichbar.<sup>(35,36)</sup> Wie in früheren Studien hervorgehoben, schliesst das Fehlen sichtbarer Läsionen einen Übergriff nicht aus, da viele bestätigte Fälle keine nachweisbaren physischen Traumata aufweisen. Insgesamt stimmen die Verteilung und Häufigkeit der körperlichen und genitalen Verletzungen mit der internationalen Literatur überein.<sup>(38,40)</sup> Die Ergebnisse bestätigen, dass die rechtsmedizinische Dokumentation von Verletzungen zwar ein wichtiger Bestandteil der medizinischen Untersuchung ist, jedoch immer im Zusammenhang mit der Krankengeschichte der Patient/innen und dem psychologischen Kontext des Übergriffs interpretiert werden sollte.

## Rechtsmedizinische und präventive Implikationen

In dieser Kohorte wurden nur etwa ein Viertel der rechtsmedizinischen Untersuchungen durch Polizei oder Staatsanwaltschaft angeordnet, während die Mehrheit der Patient/innen die Notfallstation freiwillig aufsuchte. Dieses Muster unterstreicht die zentrale Rolle der Spitäler als erste Anlaufstelle für Opfer sexueller Gewalt, unabhängig von juristischen Schritten. Ähnliche Verteilungen wurden in anderen europäischen und nordamerikanischen Studien festgestellt, bei denen die meisten Betroffenen zunächst medizinische Versorgung in Anspruch nahmen, ohne sofort rechtliche Schritte einzuleiten.<sup>(41,42)</sup>

Mehrere Faktoren tragen wahrscheinlich zu dieser Tendenz bei. Frühere Untersuchungen zeigen, dass Opfer häufig Angst haben, dass ihnen nicht geglaubt wird, Bedenken bezüglich der Vertraulichkeit äussern und die emotionale Belastung einer gerichtlichen Aussage fürchten.<sup>(43,44)</sup> Solche Bedenken können der Erstattung einer Anzeige entgegenstehen, selbst wenn medizinische oder rechtsmedizinische Hilfe rasch in Anspruch genommen wird. Dies verdeutlicht die Notwendigkeit rechtsmedizinischer Systeme, die die Autonomie und Gesundheit der Betroffenen in den Vordergrund stellen und sicherstellen, dass die medizinische und forensische Untersuchung unabhängig von der Erstattung einer Anzeige erfolgen kann.

Die Entwicklung eines standardisierten prospektiven Registers für Sexualdelikte, wie in der vorliegenden Studie umgesetzt, stellt einen bedeutenden Fortschritt bei der Einbindung klinischer, forensischer und gesundheitspolitischer Aspekte dar. Über den rechtsmedizinischen Nutzen hinaus liefert ein solches Register wichtige epidemiologische und klinische Daten für die Entwicklung von Präventionsstrategien, zur Verbesserung der kurz- und langfristigen medizinischen Versorgung, zur Förderung der intersektoralen Zusammenarbeit zwischen den Gesundheits-, Sozial- und Rechtssystemen und unterstützt die Entwicklung gezielter Schulungsangebote, Sensibilisierungskampagnen und Versorgungspfaden.

## Einschränkungen

Bei der Interpretation der vorliegenden Ergebnisse sind mehrere Einschränkungen zu berücksichtigen. Erstens stimmten von den 454 Patient/innen, die die Einschlusskriterien erfüllten, zunächst 178 (39 %) einer Teilnahme an der Studie zu. Wie in Längsschnittstudien mit Opfern sexueller Gewalt häufig zu beobachten, nahm die Teilnahmequote im Verlauf der Nachbefragung ab: Nach 3 Monaten sank die Zahl der Teilnehmenden auf 85 (dies entspricht 48 % der ursprünglichen Teilnahmequote), nach 12 Monaten auf 49 bzw. 28 %, was zu kleineren Stichproben bei den Nachbefragungen und einem potenziellen Non-Response-Bias führte. Teilnehmende, die bis zum Ende der Studie dabeiblieben, könnten sich hinsichtlich Resilienz, Zugang zur medizinischen Versorgung oder Schwere der Symptome von jenen unterscheiden, die ihre Teilnahme vorzeitig beendet haben.

Zweitens beruhen alle verwendeten Instrumente (GAD-7, PHQ-9, PCL-5, PHQ-15, FSFI, WHO-ASSIST) auf Selbstbeurteilungsfragebögen und sind daher anfällig für Erinnerungsverzerrungen und subjektive Antworttendenzen, auch wenn es sich um validierte Screening-Instrumente handelt.

Drittens beschränkte sich die Studienpopulation auf Personen, die die Notfallstationen von Spitälern aufsuchten. Diese Gruppe repräsentiert nicht alle Opfer sexueller Gewalt – insbesondere nicht jene, die keine medizinische oder rechtsmedizinische Versorgung oder stattdessen gemeindenahere Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen.

Viertens könnten trotz des standardisierten rechtsmedizinischen Verfahrens, das die teilnehmenden Spitäler anwenden, geringfügige Unterschiede in der Dokumentation, in der Erfahrung der Untersuchenden, im Zeitpunkt der Untersuchung oder in der Organisation der Nachsorge die Ergebnisse – etwa hinsichtlich der Erkennungsrate von Verletzungen – beeinflusst haben.

Schliesslich erlaubt das Studiendesign keine kausalen Schlussfolgerungen zu den Zusammenhängen zwischen Übergriffsmerkmalen, Behandlung und langfristigen Ergebnissen. Trotz dieser Einschränkungen bietet das multizentrische und prospektive Design der Studie eine robuste und wertvolle Datenbasis über die kurz- und langfristigen körperlichen, psychischen und sexuellen Folgen sexueller Gewalt in der Schweiz.

## Stärken

Diese Studie weist mehrere bedeutende Stärken auf. Sie ist die erste multizentrische prospektive Kohortenstudie in der Schweiz, die die rechtsmedizinischen, physischen, psychischen und sexuellen gesundheitlichen Folgen von Personen, die nach einem sexuellen Übergriff medizinische Hilfe in Anspruch nahmen, systematisch untersucht. Die Einbindung mehrerer Spitäler in drei Kantonen, die alle ein harmonisiertes rechtsmedizinisches Verfahren anwenden, erhöht sowohl die Repräsentativität als auch die Vergleichbarkeit der Ergebnisse.

Zweitens ermöglicht die Verknüpfung klinischer und forensischer Daten sowie Eigenangaben der Betroffenen eine besonders umfassende Einschätzung der gesundheitlichen Verläufe. Dadurch werden Lücken zwischen Notfallversorgung, psychischer Gesundheit und sexueller Gesundheit überbrückt. Die Einbeziehung von Nachbefragungen nach drei und zwölf Monaten stellt im Vergleich zur vorherigen retrospektiven Phase einen wesentlichen Fortschritt dar, da sie eine Längsschnitt-Beobachtung von Genesung und anhaltenden Symptomen ermöglicht.

Schliesslich bildet die Einführung eines elektronischen, harmonisierten Registers eine nachhaltige Grundlage für die kontinuierliche Überwachung, Forschung und Qualitätsverbesserung in der Versorgung nach sexuellen Übergriffen. Diese Infrastruktur schafft die Basis für zukünftige nationale Kooperationen und unterstützt das übergeordnete Ziel der öffentlichen Gesundheitsstrategie zur Förderung von Prävention, Aufklärung und einem opferzentrierten Umgang in der Schweiz.

# Schlussfolgerungen und Empfehlungen

---

Diese prospektive multizentrische Studie stellt einen bedeutenden Fortschritt in der Dokumentation der akuten und langfristigen gesundheitlichen Folgen nach sexueller Gewalt in der Schweiz dar. Durch die Integration einer standardisierten rechtsmedizinischen Dokumentation, längsschnittbasierter Nachbefragungen und validierter psychometrischer Instrumente bietet sie bisher beispiellose Einblicke in die körperlichen, psychischen und sexuellen Gesundheitsverläufe von Opfern bis zu einem Jahr nach dem Übergriff. Das anhaltende Auftreten von Angststörungen, Depressionen, posttraumatischem Stress, sexueller Funktionsstörung und somatischen Symptomen verdeutlicht die Notwendigkeit einer langfristigen, koordinierten und trauma-informierten medizinischen Versorgung, die über die Akutversorgung hinausgeht.

Auf Grundlage dieser Ergebnisse wurden mehrere vorrangige Bereiche für Intervention und Weiterentwicklung identifiziert. Die Verbesserung der Patienteninformation ist dabei von zentraler Bedeutung. Die Opfer sollten klare, verständliche und leicht zugängliche Informationen darüber erhalten, wo sie Hilfe finden, wie wichtig Nachsorgetermine sind und welche möglichen körperlichen und psychischen Folgen nach einem sexuellen Übergriff auftreten können, einschliesslich der verfügbaren psychologischen Unterstützungsangebote. Ebenso muss die Schulung von Fachpersonal in der Notfallversorgung gestärkt werden. Die Einführung von E-Learning-Modulen und simulationsbasierten Trainings – die an einigen Standorten, beispielsweise in Genf, bereits begonnen haben – wird erweitert und systematisch evaluiert, um eine einheitliche, empathische und evidenzbasierte Versorgung in allen beteiligten Zentren sicherzustellen.

Zudem ermöglicht der Aufbau eines standardisierten, multizentrischen Registers für Fälle sexueller Gewalt eine systematische Überwachung, Forschung und Evaluation über Kantonsgrenzen hinweg. Dieses Register dient dabei als Grundpfeiler zukünftiger Präventionsarbeit, Qualitätsentwicklung und gesundheitspolitischer Massnahmen auf kantonaler und nationaler Ebene. Die bevorstehende Einbindung des Kantons Tessin (Kick-off-Meeting im Oktober 2025) markiert einen wichtigen Schritt in Richtung einer nationalen Plattform.

Die Ergebnisse unterstreichen zudem die Notwendigkeit standardisierter Nachsorgepfade im Bereich der Psychotherapie. Während in Genf eine strukturierte Nachbetreuung durch die Interdisziplinäre Abteilung für Medizin und Gewaltprävention (UIMPV) erfolgt, sind vergleichbare Strukturen in anderen Regionen noch nicht flächendeckend etabliert. Künftige Arbeiten sollen Modelle der psychologischen Versorgungskoordination prüfen, beispielsweise die Einbindung einer psychiatrischen Pflegefachperson oder einer Fallmanagerin, die in telefonischem Kontakt steht, Patient/innen zu wichtigen Terminen begleitet und eine kontinuierliche Betreuung sicherstellt.

Diese Massnahmen zielen darauf ab, Forschungsergebnisse in die Praxis umzusetzen, indem sie die Patienteninformation, die Schulung von Fachpersonal und die interinstitutionelle Zusammenarbeit verbessern. Sie bilden die Grundlage künftiger Finanzierungsanträge, um die Prävention, Versorgung und Nachverfolgung sexueller Gewalt in der gesamten Schweiz zu stärken.

# Referenzen

---

1. World Health Organization. Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women: executive summary [Internet]. World Health Organization; 2021. xii p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341338>
2. Council of Europe. [www.coe.int](http://www.coe.int). 2017. Switzerland ratifies the Istanbul Convention. Available from: <https://www.coe.int/en/web/istanbul-convention/-/switzerland-ratifies-the-istanbul-convention>
3. Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes, (BFEG). Plan d'action national de la Suisse en vue de la mise en œuvre la Convention d'Istanbul de 2022 à 2026 [Internet]. Bern: BFEG; 2022 Jun. Available from: <https://www.ebg.admin.ch/fr/la-convention-distanbul-en-suisse>
4. Group of Experts on Action against Violence against Women and Domestic Violence (GREVIO). GREVIO's (Baseline) evaluation report (Switzerland) on legislative and other measures giving effect to the provisions of the Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence (Istanbul Convention) [Internet]. Strasbourg: Secretariat of the monitoring mechanism of the Council of Europe Convention on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence; 2022 Nov. Available from: <https://rm.coe.int/grevio-inf-2022-27-eng-final-draft-report-on-switzerland-publication/1680a8fc73>
5. Cottler-Casanova S, Lourenço V, Guillot C, Poncet A, Musse F, Imbaud R, et al. Sexual assault reporting: a retrospective study on care provided in gynaecology emergency care settings after sexual assault. *Swiss Med Wkly*. 2025;155:3913.
6. Cottler-Casanova S, Rimondi L, Lamuela Naulin M, Fracasso T, Abdulkadir J. Creation and Implementation of an Electronic Sexual Assault Record at the Geneva University Hospital. *JMIR Med Inform*. 2025 Nov 20;13:e66764.
7. WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects – WMA – The World Medical Association. Available from: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>
8. Confédération Suisse. SR 810.30 - Federal Act of 30 September 2011 on Research involving Human Beings (Human Research Act, HRA). Available from: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2013/617/en>
9. SR 810.301 - Ordinance of 20 September 2013 on Human Research with the Exception of Clinical Trials (Human Research Ordinance, HRO). Available from: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2013/642/en>
10. Dworkin ER, Menon SV, Bystrynski J, Allen NE. Sexual assault victimization and psychopathology: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2017;56:65–81.
11. Kilpatrick DG, Resnick HS, Milanak ME, Miller MW, Keyes KM, Friedman MJ. National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *J Trauma Stress*. 2013 Oct;26(5):537–47.
12. Classen CC, Palesh OG, Aggarwal R. Sexual revictimization: a review of the empirical literature. *Trauma Violence Abuse*. 2005 Apr;6(2):103–29.
13. Messman-Moore TL, Long PJ. The role of childhood sexual abuse sequelae in the sexual revictimization of women: an empirical review and theoretical reformulation. *Clin Psychol Rev*. 2003 Jul;23(4):537–71.
14. Walsh K, Resnick HS, Danielson CK, McCauley JL, Saunders BE, Kilpatrick DG. Patterns of drug and alcohol use associated with lifetime sexual revictimization and current posttraumatic stress disorder among three national samples of adolescent, college, and household-residing women. *Addictive Behaviors*. 2014 Mar 1;39(3):684–9.
15. Campbell R, Dworkin E, Cabral G. An Ecological Model of the Impact of Sexual Assault On Women's Mental Health. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2009 May 10;10(3):225–46.
16. Resnick HS, Acierno R, Kilpatrick DG. Health impact of interpersonal violence. 2: Medical and mental health outcomes. *Behav Med*. 1997 Summer;23(2):65–78.
17. Ullman SE, Peter-Hagene L. Social Reactions to Sexual Assault Disclosure, Coping, Perceived Control and PTSD Symptoms in Sexual Assault Victims. *J Community Psychol*. 2014 May 1;42(4):495–508.
18. McCabe MP, Sharlip ID, Lewis R, Atalla E, Balon R, Fisher AD, et al. Incidence and Prevalence of Sexual Dysfunction in Women and Men: A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The Journal of Sexual Medicine*. 2016 Feb 1;13(2):144–52.
19. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual Problems and Distress in United States Women: Prevalence and Correlates. *Obstetrics & Gynecology* [Internet]. 2008;112(5). Available from: [https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2008/11000/sexual\\_problems\\_and\\_distress\\_in\\_united\\_states.3.aspx](https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2008/11000/sexual_problems_and_distress_in_united_states.3.aspx)
20. O'Callaghan E, Shepp V, Ullman SE, Kirkner A. Navigating Sex and Sexuality After Sexual Assault: A Qualitative Study of Survivors and Informal Support Providers. *J Sex Res*. 2019 Oct;56(8):1045–57.

21. Hassam T, Kelso E, Chowdary P, Yisma E, Mol BW, Han A. Sexual assault as a risk factor for gynaecological morbidity: An exploratory systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020 Dec;255:222–30.
22. Santerre-Baillargeon M, Vézina-Gagnon P, Daigneault I, Landry T, Bergeron S. Anxiety Mediates the Relation Between Childhood Sexual Abuse and Genito-Pelvic Pain in Adolescent Girls. *J Sex Marital Ther.* 2017 Nov 17;43(8):774–85.
23. Brotto L, Atallah S, Johnson-Agbakwu C, Rosenbaum T, Abdo C, Byers ES, et al. Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine.* 2016 Apr 1;13(4):538–71.
24. Cohen-Sacher B, Haefner HK, Dalton VK, Berger MB. History of Abuse in Women With Vulvar Pruritus, Vulvodynia, and Asymptomatic Controls. *J Low Genit Tract Dis.* 2015 Jul;19(3):248–52.
25. Gibson CJ, Lisha NE, Walter LC, Huang AJ. Interpersonal trauma and aging-related genitourinary dysfunction in a national sample of older women. *Am J Obstet Gynecol.* 2019 Jan;220(1):94.e1-94.e7.
26. Paras ML, Murad MH, Chen LP, Goranson EN, Sattler AL, Colbenson KM, et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA.* 2009 Aug 5;302(5):550–61.
27. Walker HE, Freud JS, Ellis RA, Fraine SM, Wilson LC. The Prevalence of Sexual Revictimization: A Meta-Analytic Review. *Trauma, Violence, & Abuse.* 2017 Feb 8;20(1):67–80.
28. Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Arch Gen Psychiatry.* 2005 Aug;62(8):903–10.
29. Afari N, Ahumada SM, Wright LJ, Mostoufi S, Golnari G, Reis V, et al. Psychological trauma and functional somatic syndromes: a systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med.* 2014 Jan;76(1):2–11.
30. Gupta MA. Review of somatic symptoms in post-traumatic stress disorder. *Int Rev Psychiatry.* 2013 Feb;25(1):86–99.
31. Ullman SE, Filipas HH, Townsend SM, Starzynski LL. Trauma exposure, posttraumatic stress disorder and problem drinking in sexual assault survivors. *J Stud Alcohol.* 2005 Sep;66(5):610–9.
32. Gilmore AK, McKee G, Flanagan JC, Leone RM, Oesterle DW, Kirby CM, et al. Medications at the Emergency Department After Recent Rape. *J Interpers Violence.* 2021 Mar 18;37(15–16):NP12954–72.
33. Back SE, Brady KT, Sonne SC, Verduin ML. Symptom improvement in co-occurring PTSD and alcohol dependence. *J Nerv Ment Dis.* 2006 Sep;194(9):690–6.
34. Kilpatrick DG, Resnick HS, Ruggiero KJ, Conoscenti LM, McCauley J. Drug-facilitated, incapacitated, and forcible rape: A national study. National Criminal Justice Reference Service Charleston, SC; 2007.
35. Larsen ML, Hilden M, Lidegaard Ø. Sexual assault: a descriptive study of 2500 female victims over a 10-year period. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology.* 2015 Mar 1;122(4):577–84.
36. Fryszer LA, Hoffmann-Walbeck H, Etzold S, Möckel M, Sehouli J, David M. Sexually assaulted women: Results of a retrospective analysis of 850 women in Germany. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* 2020 Jul 1;250:117–23.
37. Anderson LJ, Flynn A, Pilgrim JL. A global epidemiological perspective on the toxicology of drug-facilitated sexual assault: A systematic review. *Journal of Forensic and Legal Medicine.* 2017 Apr 1;47:46–54.
38. Sugar NF, Fine DN, Eckert LO. Physical injury after sexual assault: Findings of a large case series. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2004 Jan 1;190(1):71–6.
39. Buswell H, Majeed-Ariss R, Rajai A, White C, Mills H. Identifying the prevalence of genito-anal injuries amongst clients attending St Mary's Sexual Assault Referral Centre following an allegation of anal penetration. *Journal of Forensic and Legal Medicine.* 2022 Aug 1;90:102392.
40. McGregor MJ, Le G, Marion SA, Wiebe E. Examination for sexual assault: is the documentation of physical injury associated with the laying of charges? A retrospective cohort study. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association médicale canadienne.* 1999;160 11:1565–9.
41. Sable MR, Danis F, Mauzy DL, Gallagher SK. Barriers to reporting sexual assault for women and men: perspectives of college students. *J Am Coll Health.* 2006 Dec;55(3):157–62.
42. Goodman-Williams R, Volz J, Fishwick K. Reasons for Not Reporting Among Sexual Assault Survivors Who Seek Medical Forensic Exams: A Qualitative Analysis. *J Interpers Violence.* 2024 May;39(9–10):1905–25.
43. Ullman SE, O'Callaghan E, Shepp V, Harris C. Reasons for and Experiences of Sexual Assault Nondisclosure in a Diverse Community Sample. *J Fam Violence.* 2020 Nov;35(8):839–51.
44. Wieberneit M, Thal S, Clare J, Notebaert L, Tubex H. Silenced Survivors: A Systematic Review of the Barriers to Reporting, Investigating, Prosecuting, and Sentencing of Adult Female Rape and Sexual Assault. *Trauma Violence Abuse.* 2024 Dec;25(5):3742–57.

### **Angaben zur Finanzierung und zu Interessenkonflikten**

Dieses Projekt wird im Rahmen des übergeordneten Projekts «Sexual Assault Reporting – A study to improve prevention, information and care after sexual assault in emergency care settings» durch das Eidgenössische Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann (EBG) und das Universitätsspital Genf (HUG) finanziert.

Die Autor/innen erklären, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

### **Datenfreigabe**

Die anonymisierten Daten (einschliesslich Datenverzeichnis) dieser Studie, der für die Datenanalyse verwendete Code sowie das Verfahren werden zusammen mit den Daten der prospektiven Studie in einem offenen Datenarchiv veröffentlicht.

### **Danksagung**

Wir möchten zunächst den Patientinnen und Patienten herzlich danken, die sich bereit erklärt haben, an dieser Studie teilzunehmen und ihre Zeit dafür zur Verfügung zu stellen. Ihr Beitrag war wesentlich und hat diese Arbeit erst möglich gemacht. Diese Forschung hat in erster Linie zum Ziel, zur Verbesserung ihrer Versorgung beizutragen.

Wir danken zudem allen Pflegefachpersonen, Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie Rechtsmedizinerinnen und Rechtsmedizinern, die zur Rekrutierung der Teilnehmenden und zu deren Betreuung während der gesamten Studie beigetragen haben.

Wir danken auch den Sekretariaten für ihre administrative Unterstützung: CURML – Laura Rey, Cédric Hischier und Catherine Oberson; HUG – Saïda Hadri; Wallis – Karine Zimmermann.

Wir danken Chloé Jeunet und Nicolas de Saussure von der Kommunikationsdirektion der HUG für ihren Beitrag zur Verbreitung und Aufwertung dieses Projekts.

Individuelle Danksagungen (in alphabetischer Reihenfolge):

Ava Ben Hayoun, Forschungspflegefachperson; Virginia Pontoriero, Masterstudentin an der Universität Genf (Unterstützung bei der Dateneingabe); Pia Genet, Rechtsmedizinerin, CHUV (externe Gutachterin).