

Fakten zu PSM (Professional Sexual Misconduct) - Sexuelle Grenzverletzungen durch Medizinalpersonen

1. Die Standesordnung (1997) der FMH (Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte) hält unter Art. 4 folgendes fest : *Arzt und Ärztin dürfen ein sich aus der ärztlichen Tätigkeit ergebendes Abhängigkeitsverhältnis nicht missbrauchen, insbesondere darf das Verhältnis weder emotionell oder sexuell noch materiell ausgenutzt werden.*

2. Unter PSM (Professional Sexual Misconduct) werden alle sexuellen Handlungen im Rahmen von Arzt-Patienten-Beziehung oder Fachpersonen-Klienten im Gesundheitswesen verstanden :

- Sexuelle Handlungen im engeren Sinne : Penetrationen (vaginal, anal, oral) und Masturbationen (genitale Stimulation). Es muss dabei nicht notwendigerweise zur Ejakulation oder einem Orgasmus kommen.
- Sexuelle Handlungen in einem weiteren Sinn, wie zärtlich-erotisches Küssen und streicheln, insbesondere der intimen Bereiche, auch wenn bekleidet. Ferner vorzeigen, betrachten oder Fotos herstellen von intimen Körperbereichen (voyeuristische und exhibitionistische Handlungen).
- Sexuell gefärbte Bemerkungen, Dating, sexistische Äusserungen

3. Häufigkeit von PSM

Für die Schweiz und das übrige Europa sind keine verlässlichen Daten bekannt. Als Vergleich sei deshalb auf die Bevölkerungsbefragung in Ontario, Kanada, an 11 Mio. Einwohnern verwiesen, die 1999 ergab, dass 1% (110'000) der Bevölkerung im zurückliegenden Zeitraum von 5 Jahren direkte sexuelle Übergriffe durch Fachleute im Gesundheitswesen erlebt hatten. Weitere 2% gaben für den selben Zeitraum sexuell gefärbte Handlungen und Bemerkungen an. Übertragen auf die Schweiz müsste mit jährlich 14'000 direkt betroffenen Patienten gerechnet werden, für Deutschland wären dies rund 165'000.

4. Reaktion von Behörden und Berufsverbänden

Der Hauptgrund für fehlende präventive Massnahmen dürfte in einem fehlenden Problembewusstsein der Entscheidungsträger und Verantwortlichen liegen. Die gerichtlichen und administrativen Behörden verhielten sich bisher ziemlich blauäugig, was die zu ergreifenden Massnahmen angesichts von PSM betrifft. Temporäre Berufsverbote verbunden mit zwingenden Rehabilitationsmassnahmen wurden bisher in keinem Fall in Erwägung gezogen. Allenfalls wurde einzelne Auflagen verfügt, die jedoch infolge fehlender Kontrollmöglichkeiten kaum befolgt wurden.

Es muss daher mit hoher Priorität eine curriculare Integration der Thematik erreicht werden. Geldgeber können den Geldzufluss von der Etablierung geeigneter Fortbildungs-Anstrengungen und disziplin- und einrichtungsspezifischer präventiver Massnahmen abhängig machen. Dem Qualitäts- und Risiko-Management muss in Zusammenhang mit der Thematik die nötige Beachtung geschenkt werden.

5. Täter

Bei den Täter-Fachleuten handelt es sich weder um Monster noch um schräge Aussenseiter. Regelmässig finden sich angeschuldigte Fachleute mit besten Qualifikationen und ausgezeichneten Curricula. Viele Täter-Fachleute sind in einflussreichen und entscheidenden Positionen tätig. Rund 75% der Täter bei PSM sind Männer, 25% sind Frauen. Täter-Fachleute finden sich in allen Berufsbereichen im Gesundheitswesen : Klinikvorsteher, akademische Leiter, ÄrztInnen, KrankenpflegerInnen, PhysiotherapeutInnen, Zahn-ärztInnen, PsychotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen. Auch die übrigen MitarbeiterInnen innerhalb von Institutionen im Gesundheitswesen - Techniker, Küchendienst, kaufmännische Bereiche, Seelsorgerische Tätigkeit, Fahrdienst, etc. - können ebenfalls für sexuelle Übergriffe verantwortlich sein.

6. Wie fängt es an?

PSM ist ein prozesshaftes Geschehen, welches in aller Regel nicht mit direkten sexuellen Kontakten eingeleitet wird. Im Rahmen der Behandlung werden die Grenzen des Patienten abgetastet, bevor es zu eindeutigen sexuellen Handlungen kommt. Der Begriff „chain of antecedents“ hat sich etabliert, und beschreibt die vorbereitenden Tathandlungen. Im forensischen Sprachgebrauch hat sich die Bezeichnung *seemingly unimportant decision* dafür etabliert - scheinbar unwichtige Begebenheiten, die dem eigentlichen sexuellen Übergriff vorausgehen. Dieses Modell hat als „Slippery Slope Konzept“ Eingang in die entsprechende Literatur gefunden. Der sexuelle Kontakt muss vom Täter initiiert werden und beruht demzufolge auf einem beabsichtigten, und damit geplanten, Verhalten. PSM ist keine Krankheit, sondern eine Verhaltensstörung, die sich unter Umständen auf eine Krankheit zurückführen lässt.

7. Täter-Typologie

Längst nicht alle Täter weisen eine diagnostizierbare psychiatrische Krankheit auf. Basierend auf Rehabilitationsmassnahmen ergibt sich folgende Einteilung :

1. Situational handelnde Fachleute aufgrund von Lebensumständen, oder Fachleute mit moralischen und ethischen Defiziten in ihrer Berufsauffassung. Diese Fachleute müssen nicht notwendigerweise an einer Krankheit leiden.
2. Fachleute, die an einer Krankheit psychischer oder somatischer Genese leiden (Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, neurologische Krankheitsbilder, Dementielle Störungen, etc.), welche ihre Entscheidungsfähigkeit sowie die Aufrechterhaltung korrekter fachlicher Grenzen beeinflusst.
3. Fachleute, die an forensischen Defiziten leiden (Vergewaltigungen, Pädosexualität, etc.)

Rehabilitationsmassnahmen im Sinne von Boundary Trainings Programmen beruhen auf einem initialen Assessment und bedingen ein kooperatives Verhalten seitens angeschuldigter Fachleute. Ohne ein Eingeständnis eigener Probleme macht eine

Rehabilitationsbehandlungen keinen Sinn. Für die Dauer der Rehabilitationsbehandlung ist zum Schutz der Patienten ein temporärer Entzug der Berufsbewilligung zu verfügen. Die Wiederaufnahme der Berufstätigkeit ist durch ein Monitoring zu begleiten.

8. Strukturelle Macht

Fachleute im Gesundheitswesen haben durch ihre berufliche Stellung eine strukturell bedingte Machtposition gegenüber ihren Patienten. Der Ort und der Gegenstand der Handlung wird durch die Fachperson bestimmt. Die Fachperson bestimmt über die Grenzen und ist für deren Einhaltung verantwortlich. Durch die geltende Rechtsauslegung wird dieser Grundsatz bestätigt (siehe Schw. Bundesgericht, 1998, BGE 124 IV 13).

9. Verantwortung

Die Schaffung eines vertrauensvollen Behandlungs-Rahmens ist vordringliche Aufgabe jeder Fachperson im Gesundheitswesen. Die Einhaltung fachlicher Grenzen ist dabei alleinige Aufgabe der Fachperson. Nur die Fachperson hat berufliche Regeln und Vorschriften zu befolgen. Es kann nie die Aufgabe von Patienten sein, diese festzulegen, oder für deren Einhaltung besorgt zu sein. Es gilt daher als unerheblich, von wem die Initiative zur Aufnahme einer sexuellen Beziehung ausgeht. Eine Fachperson hat jederzeit die Möglichkeit, auf der Einhaltung grundlegender Regeln seitens eines bestimmten Patienten zu bestehen.

10. Opfer von PSM

In 75% handelt es sich um Frauen, die Opfer von PSM werden. Es haben sich keine prädiktiven Variablen finden lassen, die auf Seiten der Opfer einen Übergriff in einem professionellen Setting voraussagen lassen. Auf Täterseite hat sich hingegen gezeigt, dass die Tatsache von früheren Missbräuchen der verlässlichste Indikator dafür ist, dass sich erneut Missbräuche ereignen werden (Bates and Brodsky, 1990).

11. Ort des Geschehens

Viele Fälle von PSM finden am Ort der Behandlung statt. Täter versuchen sich damit vor Entdecktwerden zu schützen. Häufig werden Termine an Randzeiten verlegt, wo Praxisassistenten oder sonstige Mitarbeiter nicht mehr präsent sind. Eine Verlängerung von „Konsultationszeiten“ ist damit ebenfalls problemlos möglich.

12. Falsche Aussagen

Falsche Aussagen durch Patienten oder Patientinnen kommen selten vor. Laut kanadischen Untersuchungen wurden in 3% aller Anzeigen wegen PSM falsche Aussagen festgestellt. Richard Irons nannte in 5% falsche Anschuldigungen. Falsche Aussagen können für eine Fachperson mit gravierenden Folgen verbunden sein. Die

Abklärung entsprechender Vorwürfe muss deshalb durch offiziell dazu ermächtigte Stellen erfolgen, die über die notwendigen Kenntnisse und Erfahrungen verfügen.

Weitaus problematischer wirkt sich jedoch derzeit die fehlende fachliche Thematisierung aus, weil vielfach den betroffenen Opfern aus Unkenntnis über die Faktenlage nicht geglaubt wird. Dies führt zu falschen Einschätzungen bei Fachleuten, welche für die Opfer mit gravierenden iatrogenen Retraumatisierungen verbunden sein können, weil ihnen nicht geglaubt wird, oder sie gar für das Geschehen vernatwortlich gemacht werden.

13. Folgen und Auswirkungen

Bei der überwiegenden Anzahl von Opfern nach PSM resultieren erhebliche bis deletäre Folgen. Die Störungsbilder reichen von Depressionen bis zu Hospitalisationen und Suizidalität. Die körperliche Gesundheit kann erheblich in Mitleidenschaft gezogen werden. Regelmässig finden sich auch gesellschaftliche und finanzielle Auswirkungen infolge sozialem Rückzug, quälenden Krankheitssymptomen und eingeschränkter Arbeitsfähigkeit.

14. Ursachen

Es ist auf Seiten der Täter von einem multifaktoriellen Geschehen auszugehen, wo neben individualpsychologischen Aspekten auch institutionelle und systemische Faktoren eine Rolle spielen. Wie jedes menschliche Verhalten beruht auch PSM auf Lerneffekten und „Gedanken, die umgesetzt werden“ - in Zusammenhang mit sexuellen Handlungen werden diese Gedanken als Fantasien bezeichnet. Die Beschäftigung mit diesen Fantasien gelten als „Treibmittel“ für sexuelle Übergriffe. Der sexuelle Übergriff beginnt als Idee im Kopf des Täters, und dann sucht er/sie eine entsprechende Gelegenheit. Der Behandlungsrahmen kann dadurch manipuliert werden. Die institutionelle Mitverantwortung zeigt sich uner anderem in einem fehlenden Problembewusstsein der Entscheidungsträger.

15. Ökonomische Konsequenzen

Für ein Land wie die Schweiz mit 7.2 Mio Einwohnern und geschätzten 14'000 direkte betroffenen Patienten nach PSM ist mit jährlichen Aufwendungen zu Lasten der sozialen Krankenversicherung mit CHF 150 Mio (100 Mio Euro) zu rechnen. Nach den Ergebnissen der Untersuchung Brodbeck (1994) beanspruchen rund 2/3 aller Opfer nach PSM eine Folgebehandlung, welche konservativ gerechnet während zwei Jahren mit 40 Wochenstunden zu veranschlagen ist. Zusätzlich zu diesen jährlichen Aufwendungen sind darüber hinaus soziale Folgekosten infolge Erwerbsunfähigkeit etc. zu berücksichtigen. Damit ergibt sich wohl zweifelsfrei eine positive Kosten-Nutzen Bilanz für die Implementierung präventiver Massnahmen.

16. Diagnose und Erkennen

Betroffene Opfer schweigen aus einer Vielzahl von Gründen. Dies erschwert das Erkennen naturgemäss. Eine aktive Exploration kann dazu beitragen, dass Patienten „dem Kind einen Namen geben“ können. Es wird damit ein Zeichen gesetzt, dass im Rahmen der aktuellen Behandlung über die Thematik gesprochen werden kann.

17. Gründe für ein Schweigen von betroffenen Opfern können sein :

- Schamgefühle - über intime Angelegenheiten zu sprechen, fällt schwer
- Schuldgefühle - viele Opfer haben das Gefühl, wenn sie rechtzeitig nein gesagt hätten, wäre es nicht so weit gekommen. Sie suchen solchermassen den Fehler bei sich - nicht zuletzt weil es unerträglich ist, einer Situation völlig ausgeliefert zu sein
- Schutz des Täters - das Opfer möchte dem Täter keinen Schaden zufügen
- Geheimhaltungsdruck - oft setzen Täter ihr Opfer unter Druck, etwa nach folgenden Mustern: *meine Karriere ist ruiniert ...* oder: *wenn du was sagst, kannst du was erleben ... dann bringe ich dich um*
- Angst, niemand glaubt einem - durch die fehlende Thematisierung reagieren auch erfahrene Fachleute häufig mit Unfassbarkeit und Unglauben

18. Intervention

Grundsätzlich sollten sich Helferpersonen bemühen, alle weiteren Schritte gemeinsam mit dem Opfer zu gestalten. Jeglicher Kontrollverlust bei Betroffenen führt zu massiven Angst- und Panikreaktionen und unterminiert das ohnehin schon brüchige Vertrauensverhältnis. Als ersten Schritt sollte immer versucht werden, den jetztigen Gesprächs-Ort als einen Ort von Sicherheit zu gestalten. Die Helferperson muss alles in ihrer Macht stehende tun, dieser Haltung durch konkretes und aufrichtiges Verhalten gegenüber dem Opfer Nachdruck zu verschaffen. Ohne ein grundlegendes Vertrauensverhältnis kann keine Opferberatung stattfinden.

Jeanette Milgrom (1989) hat mit ihrem „Wheel of Options“ 12 grundsätzliche Möglichkeiten beschrieben, wie Opfer nun weiter vorgehen können :

- nichts tun
- Zivilrechtliche Klagen, Schadenersatz, Genugtuung
- Meldung an die Aufsichtsbehörden
- Kontaktaufnahme mit dem Täter auf eigene Initiative
- Aussergerichtliche finanzielle Abmachungen
- Strafrechtliche Klage
- Meldung an staatliche Behörden: Staatsanwaltschaft, Ermittlungsbehörden
- Meldung an Vorgesetzte im Falle von Anstellungsverhältnissen
- Beschwerde an Fachverband und Anrufung von Verbandsgerichten
- Kompensationen aus Opfer-Hilfe-Gesetzgebung
- Konfrontationsgespräche unter Mitwirkung einer Vertrauensperson
- Einzel- oder Gruppentherapien

Die einzelnen Möglichkeiten sind beliebig kombinierbar. Den Weg an Gerichte wählen nur vereinzelte Opfer, nicht zuletzt weil selbst professionelle Beratungsstellen in einem hohen %-Satz (laut Fegert 2001, 94%) davon abraten.

19. Prophylaxe - Drei Säulen Modell

Die Medizinische Gesellschaft Basel hat ein Drei-Säulen-Modell entwickelt, wie die Ärzteschaft mit der Problematik von sexuellen Übergriffen durch Kolleginnen und Kollegen vorgehen kann. Das Konzept stützt sich auf :

1. Prophylaxe
2. Konsequenzen
3. Hilfe

Die Prophylaxe wird durch eine curriculare Integration der Thematik in Aus- und Weiterbildung erreicht. Die Konsequenzen auf der Basis eines *zero-tolerance standards* müssen durch administrativen und gerichtlichen Behörden sichergestellt werden. Und schliesslich soll sowohl für betroffene Opfer wie auch für Fachleute eine Hilfe- und Beratungsmöglichkeit geschaffen werden. Das *<reporting>* ist entscheidende Voraussetzung, dass Schritte eingeleitet werden. Betroffenen soll daher mit einer Politik *<der offenen Türe>* begegnet werden, sie sollen weiter spüren, dass ihre Anliegen ernst genommen werden, und nicht zuletzt sollen sie auch sehen, dass die entsprechenden Konsequenzen eingeleitet werden.

Es gibt in der Thematik von PSM keinen Mittelweg - man kann nicht nur ein bisschen Täter sein. Der *zero-tolerance standard* erscheint als einzig gehbarer Weg im Gesundheitswesen (Cullen 1999).

20. Täterbehandlung

Innerhalb der Victimology gilt als anerkannter Grundsatz, dass Täterarbeit eine äusserst wirksame Form von Opferschutz darstellt. Dieses Paradigma kann für PSM nur umgesetzt werden, wenn administrative und gerichtliche Behörden die notwendigen Massnahmen ergreifen. Dazu gehören obligat ein temporäres Berufsverbot, eine Rehabilitationsbehandlung und ein Monitoring nach Wiederaufnahme der Berufstätigkeit. Solange dieses Konzept nicht umgesetzt wird, nutzen selbst ausgezeichnete prophylaktische Massnahmen wenig oder nichts.

21. Boundary Training

Boundary Trainings Programme stellen kognitiv-verhaltenstherapeutische und psycho-edukative Behandlungsprogramme für Fachleute nach PSM dar. Das von Werner Tschan entwickelte Modell basiert auf 24 Interventions-Modulen, welche obligat abgearbeitet werden müssen. Boundary Trainings Programme werden vorwiegend in den USA seit 1990 erfolgreich in der Täter-Rehabilitation eingesetzt. Die Rückfallquote ist erstaunlich tief und liegt unter 1% (Abel 1999) über einen Beobachtungszeitraum von bisher 7 Jahren.

22. Öffentlichkeit

Die Öffentlichkeit muss über die im Gesundheitswesen geltenden Grenzen informiert sein. Diese Aufklärungs-Aufgabe ist gemeinsam durch involvierte Behörden, Berufsverbände und Patientenschutz-Organisationen sicher zu stellen. Für die Patienten und deren Angehörigen müssen niedrigschwellig operierende Hilfs- und Beratungsmöglichkeiten geschaffen werden. Die entsprechenden Rückmeldungen können für Qualitätssicherungsmassnahmen genutzt werden.

Entwickelt durch : Steuerungsgruppe PABS, 08.04.2003, up-date 11.02.2004.