

Arbeitsgruppe „Umgang mit Tätern“



Medizinische Gesellschaft Basel
Basel, 04. März 2002

Empfehlungen zu Handen des Vorstandes

Arbeitsgruppe „Umgang mit Tätern“
Empfehlungen zu Händen des Vorstandes
Basel, 04. März 2002

„So once again, it was me saying yes. It made me feel in control so that I didn't feel raped“.

Dies erzählte eine Patientin nach einem sexuellen Übergriff durch einen Fachmann.

Peterson MR : At Personal Risk. Boundary Violations in Professional-Client Relationship. Norton, New York 1992, p. 124

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.

Art. 4 StO FMH in Kraft seit 01.07.1997

World Medical Association : Declaration of Helsinki (2000) :

2. It is the duty of the physician to promote and safeguard the health of the people. The physician's knowledge and conscience are dedicated to the fulfilment of this duty.

3. The Declaration of Geneva of the World Medical Association binds the physician with the words, „The health of my patient will be my first consideration“, and the International Code of Medical Ethics declares that, „A physician shall act only in the patient's interest when providing medical care which might have the effect of weakening the physical and mental condition of the patient.“

Adopted by the 18th WMA General Assembly, Helsinki, Finland, June 1964 and amended at Tokyo 1975, Venice 1983, Hong Kong 1989, Somerset West 1996, and Edinburgh, October 2000 (Bull. Med. Eth., October 2000, 8-11)

Medizinische Gesellschaft Basel
Picassoplatz 4
4052 Basel

Inhalt

Exekutive Summary

1 Einleitung

- 1.1 Mandat
- 1.2 Einführung ins Thema
- 1.3 Vorgehensweise der Arbeitsgruppe

2 PSM (professional sexual misconduct)

- 2.1 Definition
- 2.2 Epidemiologie
- 2.3 Psycho-Traumatologie

3 Täterprofile

- 3.1 Einteilung
- 3.2 Ursachen
- 3.3 Behandlungskonzepte
- 3.4 Grundsätze zur Täterbehandlung
- 3.5 Behandlungsziele

4 Umgang mit Tätern

- 4.1 Rechtliche Aspekte
- 4.2 Administrative Aspekte
- 4.3 Umgang mit dem Problem
- 4.4 Falsche Anschuldigungen
- 4.5 Erwartungen betroffener Opfer
- 4.6 Ethische Überlegungen

5 Rehabilitationskonzept

- 5.1 Rehabilitationsvertrag
- 5.2 Assessment
- 5.3 Rehabilitationsplan
- 5.4 Rehabilitationsprogramm
- 5.5 Evaluation
- 5.6 Monitoring
- 5.7 Standardisiertes Verfahren
- 5.8 Folgerungen für die Ausbildung

6 Kritik

- 6.1 Feministische Kritik
- 6.2 Interdisziplinärer Ansatz
- 6.3 „Psychotechniker“
- 6.4 Vorgefasste Meinungen

7 Empfehlungen

- 7.1 Überlegungen
- 7.2 Empfehlungen

8 Literatur (als Anhang)

Exekutive Summary

Sexuelle Missbräuche in ärztlichen Behandlungen sind laut Standesordnung FMH intolerabel und mit dem ärztlichen Berufs-Ethos nicht vereinbar. Sowohl die administrativen Behörden wie auch die Justiz hat sich bisher mit diesem Thema wenig auseinandergesetzt, und innerhalb der Ärzteschaft wurde diesen Aspekten der Qualitätssicherung praktisch keinerlei Beachtung geschenkt. Die Inzidenz ist unklar, die vorhandenen Studien wenig zuverlässig, was einerseits der Bagatellisierung Vorschub leistet, und andererseits die Gefahr der Ideologisierung der Thematik begünstigt. Die Arbeitsgruppe bemühte sich, empirische Grundlagen und vorhandene Fakten zu sichten, um eine pragmatische Auseinandersetzung innerhalb der Ärzteschaft zu ermöglichen.

Es geht bei dieser Thematik auch um die Wahrnehmung einer Verantwortung, die uns als Berufsorganisation sowohl gegenüber den Patienten als auch gegenüber Kollegen zukommt. Vielfach bemerken Kolleginnen oder Kollegen ein Fehlverhalten, ohne dass sie reagieren. Sexuelle Übergriffe im Kontext fachlicher Beziehungen tangieren immer auch die Ärzteschaft als Ganzes. Die Arbeitsgruppe hat sich zum Ziel gesetzt, klare Konzepte und Lösungsansätze aufzuzeigen, wie dieser Verantwortung durch die MedGes Genüge getan werden kann. Es lässt sich bei der Erörterung sexueller Übergriffe durch Fachleute nicht vermeiden, dass tradierte Selbstverständlichkeiten unliebsam in Frage gestellt werden. Diese Erschütterung ist jedoch von Nöten, will man sich die moralischen und berufspolitischen Konsequenzen vergegenwärtigen. Mit der Schaffung der PABS wurde durch die MedGes ein erster Schritt, nämlich die niederschwellige Beratung betroffener Patienten und deren Angehörigen, in die Wege geleitet.

Ein schmerzlicher Mangel zeigt sich auf der anderen Seite in der fehlenden Hilfe- und Beratungsmöglichkeit für Kollegen in Schwierigkeiten. Die bestehenden Beratungsangebote sind ausschliesslich auf die Opferseite ausgerichtet. Entsprechende Kompetenz-Zentren für Täter fehlen. Im Sinne eines umfassenden Risk Management unseres Berufes müssen persönliche Verfehlungen wie auch eigene Krankheiten (beispielsweise Substanzabhängigkeit) vermehrt als Probleme beachtet werden. Diesbezüglich muss eine neue Form der Zusammenarbeit mit den administrativen Behörden gesucht und etabliert werden, da der Ärzteschaft die notwendigen aufsichtsrechtlichen Massnahmen zur Durchsetzung berufspolitischer Anliegen im Einzelfall vollständig fehlen.

Mittels der vorgeschlagenen Massnahmen soll die Qualitätssicherung optimiert werden und das Vertrauen der Ärzteschaft bei der Bevölkerung nachhaltig gesichert werden. Es ist unverständlich, wieso Ärzte nach Verletzungen grundlegender berufsethischer Anforderungen weiterhin ohne nennenswerte Konsequenzen ihre Spital- oder Praxistätigkeit ausüben können. Entsprechende Massnahmen zur rechtzeitigen Erkennung und Rehabilitation betroffener Kollegen müssen implementiert werden. Mittels eines Drei-Säulen-Modells soll ein umfassender Lösungsansatz vorgestellt werden. Das Ziel besteht darin, Patienten vor unverantwortlich handelnden Ärzten nach Möglichkeit zu schützen und die Inzidenz sexueller Missbräuche zu reduzieren.

1 Einleitung

1.1 Mandat

Gemäss Vorstandsbeschluss vom 20.08.2001 wurde der Arbeitsgruppe „Umgang mit Tätern“ folgender Auftrag erteilt :

Die Arbeitsgruppe soll mögliche Strukturen und Abläufe aufzeigen, wie in Zusammenhang mit sexuellen Übergriffen auf Patienten mit den Tätern (Medizinalpersonen) umgegangen werden soll. Die Arbeitsgruppe arbeitet mit dem Ehrenrat, der PABS, dem Sanitätsdepartement bzw. dem Kantonsarzt zusammen. Aus Gründen der häufig vorkommenden Befangenheit in einem engen geographischen Raum wie Basel-Stadt sollten überregionale bzw. gesamtschweizerische Lösungen geprüft werden.

Ziel : Antrag an die Ärztekammer im Juni 2002

1.1.1 Zusammensetzung der Arbeitsgruppe

Präsident der Arbeitsgruppe :

Dr. med. Werner Tschan EMAE, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Präsident der Steuerungsgruppe PABS

Mitglieder :

Dr. med. Noémi Deslex, Gynäkologie und Geburtshilfe FMH, Mitglied im Ehrenrat

Dr. med. Anne-Catherine Guex, Innere Medizin FMH, Vorstandsmitglied MedGes

Dr. med. Pierre Périat, Allgemeinmedizin FMH, Vize-Obmann der Grundversorger

Dr. med. Bruno Bucheli, Kantonsarzt Basel-Stadt, Sanitätsdepartement

Jennifer Wetterwald, lic.iur. (bis 31.12.2001), Juristische Mitarbeiterin MedGes

1.1.2 Tätigkeit und Arbeitsweise

Die Arbeitsgruppe traf sich am 06. November 2001 zu einer ersten Arbeitssitzung im Besprechungszimmer der MedGes. Insgesamt fanden 4 Sitzungen der Arbeitsgruppe statt. Auf die Anhörung externer Experten wurde aufgrund der Budgetkürzungen der MedGes verzichtet. Die entsprechenden Konsequenzen sind unter 1.3 näher ausgeführt. Ebenfalls aufgrund der Budgetkürzungen musste Jennifer Wetterwald zum grossen Bedauern der Arbeitsgruppe ihre Mitarbeit per 31.12.2001 aufgeben. Dadurch verlor die Arbeitsgruppe eine juristisch versierte und geschulte Mitarbeiterin, was angesichts der rechtlichen Rahmenbedingungen des Themenbereiches umso schmerzlicher war.

Die einzelnen Mitglieder der Arbeitsgruppe konnten auf umfangreiche eigene Erfahrungen im Umgang mit Fachleuten nach sexuellen Missbräuchen zurückgreifen. Die Mehrheit der Mitglieder der jetzigen Arbeitsgruppe waren bereits in der Konzeption der PABS (Patienten-Anlauf- und Beratungsstelle) der MedGes (siehe Tschan SAeZ 2001) in der damaligen Arbeitsgruppe tätig gewesen. Frau N. Deslex ist als langjähriges Mitglied im ärztlichen Ehrenrat der MedGes in viele Standes-Verfahren involviert gewesen. Sie kennt die sich in der Abklärung von Vorfällen sowie im Vollzug ergebenden Probleme aus erster Hand. Die Arbeitsgruppe konnte wiederholt auf diese grosse Erfahrung zurückgreifen. Frau A.C. Guex stellte als Vorstandsmitglied der MedGes den laufenden Dialog mit der

MedGes-Verbandsebene sicher. Sie ist in der Steuerungsgruppe der PABS sowie in der Ausbildung der PABS Ärztinnen und Ärzte beteiligt. Herr P. Périat konnte als Vize-Obmann der Grundversorger die Perspektive der Hausarzt-Medizin einbringen. Er ist ebenfalls in der Steuerungsgruppe der PABS sowie in der Ausbildung der PABS Ärzte beteiligt. Herr B. Bucheli stellte als Kantonsarzt Basel-Stadt den Dialog mit dem Sanitätsdepartement resp. den Administrativbehörden sicher. Für die konkrete Umsetzung der geplanten Massnahmen braucht es eine intensive Zusammenarbeit zwischen Behörden und der Ärzteschaft. Frau J. Wetterwald war als juristische Mitarbeiterin der MedGes an der Konzeption der PABS beteiligt. Seit Jahren ist sowohl der juristische Sekretär der MedGes wie auch die juristische Mitarbeiterin in der rechtlichen Beratung in Zusammenhang mit sexuellen Missbräuchen involviert. Neben der fachlichen Kompetenz verfügte Frau Wetterwald auch über vielfältige einschlägige Erfahrungen, welche in der Diskussion zu wertvollen Anstössen führte.

W. Tschan verfügt als Präsident der Arbeitsgruppe über ein umfangreiches Spezialwissen in der Thematik der sexuellen Missbräuche. Er ist seit über 10 Jahren als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in der Beratung betroffener Opfer involviert. Nach einer Zusatzausbildung in forensischer Psychotherapie begann er mit der Behandlung von Täter-Fachleuten. In internationaler Zusammenarbeit ist er massgeblich an der Entwicklung von Boundary Trainings-Programmen und Rehabilitationsmassnahmen für Täter-Fachleute beteiligt. In diversen Vorträgen in den USA, Deutschland, Italien und der Schweiz stellte W. Tschan seine Konzepte einer breiten Fachöffentlichkeit dar. Er hat sich als Facharzt zudem umfangreiche Kenntnisse in Psychotraumatologie angeeignet. Sein postgraduate Studium als European Master in Applied Ethics und seine berufsbegleitende Weiterbildung in Konfliktmanagement und Organisationsentwicklung gaben ihm den nötigen fachlichen Hintergrund für eine derartige Aufgabe.

1.2 Einführung ins Thema

Sexuelle Missbräuche durch Ärzte und Ärztinnen kommen unbestrittenermassen vor. Verlässliche Inzidenzzahlen fehlen für unser Land vollständig, wie sie auch für das übrige Europa nicht vorliegen. Die spärlichen vorliegenden Daten beruhen auf Selbstbefragungen von Fachleuten, die jedoch aufgrund der Art der Datenerhebung (Anonyme per Post zugestellte Fragebogen, unterschiedliche Rücklaufquoten) wenig verlässlich sind. Dennoch weisen diese Zahlen auf eine erschreckend hohe Prävalenz hin. Ob allerdings die in einem Artikel vom renomierten US-amerikanischen Forensischen Psychiater R. Simon postulierte Häufigkeit von 15%-25% aller Psychiatrisch tätigen Fachleute, die sexuelle Missbräuche gegenüber Patienten begehen (Simon 1989), zutreffend ist, muss offen bleiben. Die verlässlichsten Zahlen resultieren derzeit aus Bevölkerungsbefragungen in Kanada (Task Force Toronto 1991, Committee Brithish Columbia 1992, Special Task Force Toronto 2001). Von 11 Millionen befragten Einwohnern in Ontario gaben 110'000 Personen (1% der Bevölkerung) an, dass sie im zurückliegenden Zeitraum von 5 Jahren direkte sexuelle Kontakte (physical sexual abuse) durch Fachleute im Gesundheitswesen im Rahmen von Behandlungen erlebt hatten. Weitere 2% gabe für den selben Zeitraum an, dass sie sexuell gefärbte Handlungen und Bemerkungen (inappropriate remarks or behaviour) erfahren hatten (Special Task Force Toronto 2001).

Anschuldigungen durch Patienten oder dessen Angehörige müssen deshalb ernst genommen werden und sind in jedem Einzelfall sorgfältig zu prüfen. Grundsätzlich kann eine Abklärung zu den nachfolgenden drei Möglichkeiten führen :

1. Die Vorwürfe erweisen sich als falsch und unberechtigt.
2. Ein Verdacht lässt sich weder erhärten noch entkräften.
3. Es liegt klar ein sexueller Missbrauch vor.

Die Folgen und Auswirkungen auf Betroffene sind in aller Regel gravierend. Dies ist aufgrund von Kasuistiken, Beschwerden Betroffener sowie diversen Untersuchungen bekannt. Die Rolle der Ärztin und des Arztes beruht auf einem Vertrauensverhältnis, welches seinerseits auf normativen Bestimmungen basiert. Die Beziehung zwischen Arzt und Patient ist eine assymetrische, die umgekehrt der Fachperson Regeln und Pflichten auferlegt. Es ist die ausschliessliche Aufgabe der Fachperson, Grenzen zu formulieren, zu setzen und für deren Einzuhalten zu sorgen. Genau so ist es Aufgabe der Fachperson eine vertrauensvolle und Sicherheit vermittelnde Arzt-Patienten-Beziehung zu ermöglichen, zu fördern und aufzubauen. Selbstverständlich hat auch ein Patient Regeln und Pflichten (beispielsweise möglichst kooperatives Verhalten, Honorarzahungen) zu beachten, dennoch bestehen aufgrund des Dienst- und Auftragsverhältnisses klare Verpflichtung für eine Fachperson, den ihnen anvertrauten Patientinnen und Patienten nach bestem Wissen und Gewissen zu helfen, und ihnen keinen Schaden zu zufügen. Dieser Grundsatz wurde in unzähligen Guidelines und Standesregeln übernommen und findet sich auch in der Deklaration von Helsinki 2000 der World Medical Association (siehe Seite 2).

1.2.1 Standesordnung FMH

Die Standesordnung FMH 1997 führt in mehreren Punkten die geltenden Massstäbe aus, wobei in Art. 4 sexuelle Missbräuche ausdrücklich als nicht statthaft bezeichnet werden (fette Stellen durch Arbeitsgruppe hervorgehoben).

Art. 2

*Es ist Aufgabe des Arztes und der Ärztin, **menschliches Leben zu schützen, Gesundheit zu fördern und zu erhalten, Krankheiten zu behandeln, Leiden zu lindern** und Sterbenden beizustehen.*

Art.3

*Arzt und Ärztin **üben ihren Beruf sorgfältig und gewissenhaft aus** und erweisen sich dadurch des Vertrauens der Ratsuchenden und der Öffentlichkeit würdig. **Voraussetzung dafür sind persönliche Integrität und berufliche Kompetenz.***

Art. 4

*Arzt und Ärztin dürfen ein sich aus der ärztlichen Tätigkeit ergebendes **Abhängigkeitsverhältnis nicht missbrauchen**, insbesondere darf das Verhältnis weder emotionell oder **sexuell**, noch materiell ausgenützt werden.*

1.2.2 Internationaler Vergleich

Im internationalen Vergleich kann die Formulierung der American Medical Association von 1973 als Referenz beigezogen werden, welche als „*physician impairment*“ folgende Definition verwendet : „***The inability to practice medicine with reasonable skill and safety to patients by reason of physical or mental illness, including alcoholism or drug dependence***“. Diese Definition umfasst weit mehr als nur das Problem der sexuellen Missbräuche. Andererseits setzt eine derartige Formulierung eine zugrundeliegende Krankheit voraus, was gerade bei sexuellen Missbräuchen bei weitem nicht immer der Fall ist. In den USA wurden nach der Veröffentlichung des AMA Berichtes „The Sick Physician“ in verschiedenen Bundesstaaten sogenannte „Diversion Programs“ implementiert, deren erstes Ziel es war, betroffenen Ärzten eine Hilfestellung in der Bewältigung ihrer Krisen zu vermitteln und sie wieder in die selbstständige Berufstätigkeit zu führen. Nachdem anfänglich vor allem alkohol- und drogenabhängige Ärzte durch diese Programme erfasst wurden, wurden mit der Zeit andere Störungsbilder, welche teilweise ebenfalls auf Suchtphänomenen beruhen, mitberücksichtigt. Neben zwanghafter Spielsucht gehörten dazu insbesondere auch sexuelle Verfehlungen, welche man durch ein krankhaftes sexuelles Verlangen erklärte (compulsive sexual behavior). Dies führte dazu, dass im Rahmen dieser Programme in verschiedenen Bundesstaaten zunehmend auch Ärzte nach sexuellen Missbräuchen behandelt wurden (Benzer 1991).

Seit den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts gewann das Thema der sexuellen Missbräuche durch Fachleute mehr und mehr Beachtung. Die Psychotherapie und insbesondere auch die American Psychiatric Association (APA) übernahm dabei eine Vorreiterrolle sowohl was die Thematisierung als auch was entsprechende Massnahmen betrifft. An der APA Jahrestagung von 1976 fanden verschiedene Hauptvorträge zur Thematik statt und die Richtlinien der APA wurden in der Folge überarbeitet. Auch die Legislative überarbeitete die diesbezüglichen Strafgesetzbestimmungen, womit bis heute 19 US-Bundesstaaten gesetzliche Bestimmungen kennen. In Kanada, Neuseeland und Australien führten analoge Bestrebungen anfangs der 90er Jahre zu einer „Zero-Tolerance“ Haltung im Gesundheitswesen in Bezug auf sexuelle Missbräuche durch Fachleute, ebenfalls begleitet durch legislative Massnahmen.

Seit dem Ende der 70er Jahre erkannten auch die Spitalleitungen und die staatlichen Aufsichtsorgane der Gesundheitsdienste im angelsächsischen Raum die Brisanz der Thematik. Nicht zuletzt waren Haftpflicht- und Verantwortlichkeitsfragen dafür verantwortlich. Im Sinne eines umfassenden Risiko Managements wurden neben den traditionellen Aspekten wie generelle Patientensicherheit und Spitalhaftung, Infektionsprobleme, Feuer- und Gebäude-Sicherheit nun auch die Aspekte der Arzt-Patienten-Beziehung berücksichtigt. Die Gefahr wurde erkannt, dass aufgrund von Fehlverhalten einzelner Mitarbeiter einerseits Patienten schwer geschädigt werden können, und andererseits der Ruf einer Klinik oder gar des Gesundheitsdienstes generell auf dem Spiel stehen konnte, wenn derartige Vorfälle bekannt wurden (vgl. für die Schweiz: Bruderholzspital 2001). Darüber hinaus drohten auch Haftpflichtfragen zu einem zunehmenden finanziellen Risiko zu werden. In der Regel wurde das Qualitätsmanagement mit dem Risk Management aufgrund der Bedeutung in Personalunion geführt (Menninger 1991). Durch regelmässige Berichte und klinikinterne Weiterbildungen wurde das akkumulierte Wissen an die übrigen Mitarbeiter weitervermittelt und präventiv eingesetzt. Ferner wurden durch die

Verantwortlich viele Bemühungen unternommen, ein Klima zu schaffen, damit bei entsprechenden Vorfällen auch tatsächlich eine Kontaktaufnahme mit den zuständigen Instanzen erfolgen konnte.

1.2.3 Physicians Charter

Unter der Zusammenarbeit der European Federation of Internal Medicine, dem American College of Physicians und der American Society of Internal Medicine sowie dem American Board of Internal Medicine wurde ein *medical professionalism project* realisiert, das wir aufgrund der Bedeutung für das Thema integral mit berücksichtigen wollen. Diese Charta stellt nach unserem Wissen die neuste Version einer Guideline für die ärztliche Disziplin dar. Die Charta wurde simultan im Lancet (2002;359:520-522) und in Annals of Internal Medicine (2002;136:243-246) veröffentlicht. Das Projekt wurde 1999 gestartet (www.professionalism.org) und hatte zum Ziel, *to develop a „charter“ to encompass a set of principles to which all medical professionals can and should aspire. The charter supports physicians' efforts to ensure that the health-care systems and the physicians working within them remain committed both to patients' welfare and to the basic tenets of social justice. Moreover, the charter is intended to be applicable to different cultures and political systems.*

1.2.3.1 Preamble

Professionalism is the basis of medicine's contract with society. It demands placing the interests of patients above those of the physician, setting and maintaining standards of competence and integrity, and providing expert advice to society on matters of health. The principles and responsibilities of medical professionalism must be clearly understood by both the profession and society. Essential to this contract is public trust in physicians, which depends on the integrity of both individual physicians and the whole profession.

At present, the medical profession is confronted by an explosion of technology, changing market forces, problems in health-care delivery, bioterrorism, and globalisation. As a result, physicians find it increasingly difficult to meet their responsibilities to patients and society. In these circumstances, reaffirming the fundamental and universal principles and values of medical professionalism, which remains ideals to be pursued by all physicians, becomes all the more important.

The medical profession everywhere is embedded in diverse cultures and national traditions, but its members share the role of healer, which has roots extending back to Hippocrates. Indeed, the medical profession must content with complicated political, legal, and market forces. Moreover, there are wide variations in medical delivery and practice through which any general principles may be expressed in both complex and subtle emerge and form the basis of this charter in the form of three fundamental principles and as a set of definitive professional responsibilities.

1.2.3.2 Fundamental principles

Principle of primacy of patients' welfare

This principle is based on a dedication to serving the interest of the patient. Altruism contributes to the trust that is central to the physician-patient relationship.

Market forces, societal pressures, and administrative exigencies must not compromise this principle.

Principle of patients' autonomy

Physicians must have respect for patients' autonomy. Physicians must be honest with their patients and empower them to make informed decisions about their treatment. Patients' decision about their care must be paramount, as long as those decisions are in keeping with ethical practice and do not lead to demands for inappropriate care.

Principle of social justice

The medical profession must promote justice in the health-care system, including the fair distribution of health-care resources. Physicians should work actively to eliminate discrimination in health care, whether based on race, gender, socioeconomic status, ethnicity, religion, or any other social category.

1.2.3.3 A set of professional responsibilities

Commitment to professional competence

Physicians must be committed to lifelong learning and be responsible for maintaining the medical knowledge and clinical and team skills necessary for the provision of quality care. More broadly, the profession as a whole must strive to see that all of its members are competent and must ensure that appropriate mechanisms are available for physicians to accomplish this goal.

Commitment to honesty with patients

Physicians must ensure that patients are completely and honestly informed before the patient has consented to treatment and after treatment has occurred. This expectation does not mean that patients should be involved in every minute decision about medical care; rather, they must be empowered to decide on the course of therapy. Physicians should also acknowledge that, in health care, medical errors that injure patients do sometimes occur. Whenever patients are injured as a consequence of medical care, patients should be informed promptly because failure to do so seriously compromises patients' and societal trust. Reporting and analysing medical mistakes provides the basis for appropriate prevention and improvement strategies and for appropriate compensation to injured parties.

Commitment to patients' confidentiality

Earning the trust and confidence of patients requires that appropriate confidentiality safeguards be applied to disclosure of patients' information. This commitment extends to discussions with people acting on a patient's behalf when obtaining the patient's own consent is not feasible. Fulfilling the commitment to confidentiality is more pressing now than ever before, given the widespread use of electronic information systems for compiling data on patients and an increasing availability of genetic information. Physicians recognise, however, that their commitment to confidentiality must occasionally yield to over-riding considerations in the public interest (for example, when patients endanger others).

Commitment to maintaining appropriate relationships with patients

Given the inherent vulnerability and dependency of patients, certain relationships between physicians and patients must be avoided. In particular, physicians should never exploit patients for any sexual advantage, personal financial gain, or other private purpose.

Commitment to improving quality of care

Physicians must be dedicated to continuous improvement in the quality of health care. This commitment entails not only maintaining clinical competence but also working collaboratively with other professionals to reduce medical error, increase patients' safety, minimise overuse of health-care resources, and optimise the outcomes of care. Physicians must actively participate in the development of better measures of quality of care and the application of quality measures to assess routinely the performance of all individuals, institutions, and systems responsible for health-care delivery. Physicians, both individually and through their professional association, must take responsibility for assisting in the creation and implementation of mechanisms designed to encourage continuous improvement in the quality of care.

Commitment to improving access to care

Medical professionalism demands that the objective of all health-care systems be the availability of a uniform and adequate standard of care. Physicians must individually and collectively strive to reduce barriers to equitable health care. Within each system, the physician should work to eliminate barriers to access based on education, laws, finances, geography, and social discrimination. A commitment to equity entails the promotion of public health and preventive medicine, as well as public advocacy on the part of each physician, without concern for the self-interest of the physician or the profession.

Commitment to a just distribution of finite resources

While meeting the needs of individual patients, physicians are required to provide health care that is based on the wise and cost-effective management of limited clinical resources. They should be committed to working with other physicians, hospitals, and payers to develop guidelines for cost-effective care. The physicians' professional responsibility for appropriate allocation of resources requires scrupulous avoidance of superfluous tests and procedures. The provision of unnecessary services not only exposes patients to avoidable harm and expense but also diminishes the resources available for others.

Commitment to scientific knowledge

Much of medicine's contract with society is based on the integrity and appropriate use of scientific knowledge and technology. Physicians have a duty to uphold scientific standards, to promote research, and to create new knowledge and ensure its appropriate use. The profession is responsible for the integrity of this knowledge, which is based on scientific evidence and physicians' experience.

Commitment to maintaining trust by managing conflicts of interest

Medical professionals and their organisations have many opportunities to compromise their professional responsibilities by pursuing private gain or personal advantage. Such compromises are especially threatening in the pursuit of personal or organisational interactions with for-profit industries, including medical equipment manufacturers, insurance companies, and pharmaceutical firms.

Physicians have an obligation to recognise, disclose to the general public, and deal with conflicts of interest that arise in the course of their professional duties and activities. Relationships between industry and opinion leaders should be disclosed, especially when the latter determine the criteria for conducting and reporting clinical trials, writing editorials or therapeutic guidelines, or serving as editors of scientific journals.

Commitment to professional responsibilities

As members of a profession, physicians are expected to work collaboratively to maximise patients' care, be respectful of one another, and participate in the process of self-regulation, including remediation and discipline of members who have failed to meet professional standards. The profession should also define and organise the educational and standard-setting process for current and future members. Physicians have both individual and collective obligations to participate in these processes. These obligations include engaging in internal assessment and accepting external scrutiny of all aspects of their professional performance.

1.3 Vorgehensweise der Arbeitsgruppe

Aufgrund der bei Mandatserteilung vorliegenden Budgetvorgabe plante die Arbeitsgruppe gemäss einer durch Werner Tschan erarbeiteten Vision zur Täterarbeit vom 01.10.2001 eine Anhörung von verschiedenen Experten zur Thematik von PSM (professional sexual misconduct) resp. den Fragen der Handhabung. Gleichzeitig war vorgesehen gewesen, interessierte MedGes Mitglieder in diesen Dialog einzubinden. In der ursprünglichen Budgetvorgabe für die Arbeitsgruppe wurde ein Betrag von 6'600 Euro (10'000 CHF) zur Verfügung gestellt. Leider verunmöglichte die anlässlich der Mitgliederversammlung vom 01. Nov. 2001 verlangte Kürzung der Mitgliederbeiträge und der konsekutiv erfolgten Budgetüberarbeitung diese Pläne. Es war der Arbeitsgruppe nicht möglich, angesichts der knapp bemessenen Frist des Mandates andere Finanzierungsquellen für ein derartiges Vorhaben zu erschliessen. Auf die Durchführung eines Hearings musste somit verzichtet werden, ebenso auf die Einladung interessierter MedGes Mitglieder.

Trotzdem erwiesen sich die Visionen zur Täterarbeit als konstruktives Arbeitsinstrumentarium. Die Formulierung eines „best possible standard“ zeigte klar die mögliche Vorgehensweise und Zielsetzung auf. Zu Beginn wurden aus den unterschiedlichen Bereichen und Perspektiven der Teilnehmer der Ist-Zustand erarbeitet. Bereits in der ersten Sitzung zeigte sich unmissverständlich, dass die Fragestellungen weit über die Kompetenz der MedGes hinausreichen und deshalb von der MedGes nicht im Alleingang angegangen, geschweige denn gelöst werden können.

Die Arbeitsgruppe versuchte sich an Hand der im Anhang aufgeführten Literatur ein Bild über die Hintergründe und möglichen Vorgehensweisen zu verschaffen. Als praktikable Modelle wurden das von Prof. David Hatch anlässlich der FMH Tagung in Bern am 25.01.2001 vorgestellte Vorgehen des britischen GMC, die vom Committee on Physician Sexual Misconduct der Ärztevereinigung von Brithish Columbia (1992), das US-amerikanische Physician Diversion Programm sowie die diversen Boundary Trainings-Programme als Rehabilitationsprogramme im

besonderen berücksichtigt. Weiter wurden auch Modelle der Zusammenarbeit zwischen Behörden und medizinischen Berufsorganisationen in die Überlegungen miteinbezogen, wobei neben den oben bereits aufgeführten Beispielen insbesondere das innovative Modell der Zürcher Justiz mit dem Psychiatrisch-Psychologischen Dienst (Urbanik 2000) berücksichtigt wurde. Die Arbeitsgruppe konnte naturgemäss diese verschiedenen Modelle nicht näher prüfen, geschweige denn auf ihre Praxistauglichkeit hin evaluieren. Die Arbeitsgruppe beschränkte sich denn in der Folge auf die Formulierung von Empfehlungen basierend auf den verschiedenen erwähnten Modellen.

1.3.1 Transdisziplinärer Ansatz

Sexuelle Missbräuche in ärztlichen Behandlungen stellen eine transdisziplinäre Thematik dar, die ein umfangreiches Wissen zu deren Verständnis bedingt. Neben straf-, zivil- und standesrechtlichen Gesichtspunkten ist die Bedeutung der Arzt-Patienten-Beziehung, insbesondere in ihren kommunikativen Aspekten, zu berücksichtigen. Weiter sind Kenntnisse in Psychotraumatologie unabdingbar. Sozialwissenschaftliche Kenntnisse sind für das Verständnis der individuellen Reaktionen ebenfalls wesentlich. Um die komplexen Reaktionen und Verhaltensmuster von Berufsverbänden, Institutionen und Behörden zu verstehen, sind weiter Kenntnisse in Organisationsentwicklung und Konfliktmanagement eine wichtige Voraussetzung. Die Wahrnehmung und Formulierung von moralischen Problemen bedingt eine medizin-ethische Auseinandersetzung. Diese Schnittstellenthematik stellt im Grunde für alle universitären Disziplinen ein Neuland dar, womit auf keine etablierte Methodik zurückgegriffen werden kann. Nicht zuletzt spielt auch die Reaktion der Öffentlichkeit resp. der betroffenen Patienten eine entscheidende Rolle. Im politischen Diskurs kommt schlussendlich auch die transdisziplinäre Bedeutung der Thematik der sexuellen Missbräuche durch Fachleute zum tragen, wo durch die Medizin wesentliche Denk-Anstösse vermittelt können. Wenn wir uns als Ärzteschaft nicht für die Leidenden und Betroffenen von sexuellen Missbräuchen einsetzen, verlieren wir jegliche Legitimität. Dass dieser Diskurs ohne Kontroversen stattfindet, ist kaum zu erwarten. Viele missbrauchende und grenzverletzende Fachleute sind selbst in namhaften Positionen tätig und werden demzufolge alles versuchen, die notwendigen Massnahmen als überflüssig und unsinnig hinzustellen. Diese Tatsache gilt es bei der Umsetzung ebenso zu beachten (Herman 1992).

1.3.2 Aufbau des Berichtes

Entsprechend dem Auftrag an die Arbeitsgruppe, mögliche Strukturen und Abläufe aufzuzeigen, wie in Zusammenhang mit sexuellen Übergriffen auf Patienten mit den Tätern (Medizinalpersonen) umgegangen werden soll, entschloss sich die Arbeitsgruppe, den Bericht wie folgt zu gliedern :

Im 1. Kapitel wird in einer Einleitung neben den formellen Erläuterungen in einer kurzen Einführung ins Thema die Problematik verdeutlicht. Im 2. Kapitel werden allgemeine Fragen zu PSM näher ausgeführt, insbesondere werden die von der Arbeitsgruppe verwendeten Begriffe, epidemiologischen Daten sowie die Resultate der Psychotraumatologie-Forschung näher ausgeführt. Im dritten Kapitel folgen die Überlegungen zu den möglichen Täterprofilen. Basierend auf dieser Einteilung werden mögliche Rehabilitationsprogramme untersucht und in ihren

Anwendungsmöglichkeiten diskutiert. Im 4. Kapitel werden der Ist-Zustand im Umgang mit Tätern vorgestellt, welcher einerseits auf rechtlichen (4.1), administrativ-rechtlichen Voraussetzungen (4.2) und allgemeinem Umgang mit dem Phänomen von sexuellen Übergriffen (4.3) beruht. Ein allfälliger Handlungsbedarf wird formuliert. Weiter werden die medizinethischen Aspekte diskutiert. Im 5. Kapitel wird ein umfassendes Rehabilitationskonzept für Täter-Fachleute sowie die begleitenden Massnahmen vorgestellt. Das 6. Kapitel setzt sich mit Kritik am Vorgehen auseinander. Im 7. Kapitel folgen die von der Arbeitsgruppe formulierten Empfehlungen an den Vorstand der MedGes. Das 8. Kapitel gibt einen Überblick über die von der Arbeitsgruppe berücksichtigte umfangreiche Literatur zur Thematik.

2 PSM (professional sexual misconduct)

2.1 Definition

Unter dem Begriff PSM werden alle Formen von sexuellen Handlungen durch Ärztinnen und Ärzte im Rahmen ihrer fachlichen Tätigkeit verstanden. In erster Linie sind dies direkte körperliche Kontakte erotischen oder sexuellen Inhaltes. Ferner müssen alle Formen diskriminierenden Verhaltens mit berücksichtigt werden, wie sie seit der Neuformulierung des schweizer Sexualstrafrechtes 1992 sowie im Zuge von arbeitsrechtlichen Formulierungen aufgestellt wurden. Dazu gehören sexuell gefärbte Gesten, Handlungsweisen und Bemerkungen, wie beispielsweise beobachten, wie sich eine Person umzieht, oder entwertenden Bemerkungen über das Aussehen oder das Benehmen.

Die Beurteilung einer bestimmten Handlung hat immer im jeweiligen Kontext zu erfolgen. Beispielsweise gilt eine Untersuchung im Genitalbereich solange nicht als sexueller Missbrauch, als diese Form der Untersuchung als ärztliche Massnahme explizit erforderlich ist. Selbstverständlich müssen alle ärztlichen Massnahmen in fachlich korrekter Form entsprechend dem „State of the Art“ der jeweiligen Fachdisziplin erfolgen. Weiter spielt die subjektive Wahrnehmung Betroffener eine wesentliche und entscheidende Rolle, ob ein Verhalten als sexuell empfunden und bezeichnet wird. Grundsätzlich muss darüber hinaus aus streng rechtlicher Sicht davon ausgegangen werden, dass jeder körperliche Eingriff eine Handlung gegen die physische und seelische Integrität der betreffenden Person darstellt. Die Ärztin resp. der Arzt muss sich im Grunde für alle derartigen Handlungen von der betreffenden Person ermächtigen lassen. Das Verfahren gegen Prof. W. Glinz (Neue Zürcher Zeitung 2001) führte unter anderem deshalb zu einem Schuldspruch vor Bundesgericht, weil er gegen das sexuelle Selbstbestimmungsrecht der betroffenen Frauen verstossen hatte, indem er sich über ihre fehlende Zustimmung hinwegsetzte und vaginale Untersuchungen vor Durchführung von orthopädischen Knieeingriffen durchführte. Er hatte vergeblich vor Gericht geltend gemacht, dass die Untersuchungen der Abklärung allfälliger Infekte dienen würden.

Entscheidend ist letztendlich jedoch für Erwachsene nicht das sexuelle Geschehen als solches, sondern vielmehr das Eingebettsein in ein fachliches Vertrauensverhältnis resp. die damit verbundene Traumatisierung. *„Sexual misconduct by professionals is an abuse of their professional power and authority that arises from a special relationship that is inherently imbued with trust“* (Simon 1995). Sexualität ist für Erwachsene nicht per se traumatisierend, sondern der Vertrauensverlust in einer Abhängigkeitsbeziehung, das Gefühl des Ausgeliefertsein und Ausgenutztwerdens. Erst die Gefühle von Wehr- und Schutzlosigkeit hinterlassen schmerzhaft und demütigende Erfahrungen. Deswegen spielt die subjektive Wertung der Ereignisse bei traumatisierenden Geschehen eine entscheidende Rolle. Die Standesordnung der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte verlangt folgerichtig, dass eine Ärztin oder ein Arzt das sich aus der ärztlichen Tätigkeit ergebende Abhängigkeitsverhältnis nicht missbrauchen darf, insbesondere darf das Verhältnis nicht sexuell ausgenutzt werden.

Damit formuliert die ärztliche Standesordnung ein grundlegendes Paradigma, welches für alle Ärzte in Ausübung ihrer Berufsarbeit in gleichem Masse gilt :

1. Die ärztliche Tätigkeit begründet ein **Abhängigkeitsverhältnis**.
2. Kommt es zu sexuellen Handlungen innerhalb einer ärztlichen Behandlung, stellt dies einen **Missbrauch** dieses Abhängigkeitsverhältnisses dar.
3. Wird dieses Abhängigkeitsverhältnis zu sexuellen Handlungen missbraucht, findet eine **Ausnutzung** statt.

Die Standesordnung lässt es bewusst offen, was als sexuelle Handlung definiert wird. Eine Definition kann immer nur, wie bereits vorstehend erwähnt, im jeweiligen Kontext gegeben werden. Es gibt keine ein-eindeutigen Abgrenzungen oder Eingrenzungen von missbräuchlichen sexuellen Handlungen. Immer spielen intentionelle und/oder subjektive Wertungen in die Beurteilung hinein. Eine Umarmung im Rahmen einer ärztlichen Behandlung mag stimmig und angebracht sein - vielleicht gegenüber einer trauernden Person - die gleiche Vorgehensweise kann jedoch auch eine erotisch oder sexuell gefärbte Handlung darstellen, welche intentional zur Manipulation der betroffenen Person eingesetzt wird, und damit einen Schritt auf dem „Slippery Slope“ darstellt, der schlussendlich zum Missbrauch führt. Häufig sieht man in der Beratungssituation, wie sexuell gefärbte Handlungen durch Betroffene als gutgemeinte und unterstützend erlebte Handlungen uminterpretiert werden, bis hinterher dann die missbräuchliche Vorgehensweise erkannt wird (Brodbeck 1994).

Was durch den Fachbegriff **Grooming** bezeichnet wird, spielt dabei eine wesentliche Rolle. Mittels Grooming wird das Opfer für die eigenen Zwecke manipuliert und vorbereitet. Der Arzt bezeichnet seine Handlungen als Resultat seiner einzigartigen Liebe und dergleichen mehr. Das Opfer beginnt an das Gesagte zu glauben, schöpft Hoffnung, ist zu mehr bereit. Wir wissen aufgrund der Behandlung missbrauchender Fachleute um diese vorbereitenden Handlungen und die Auswirkungen auf betroffene Opfer. Wird nur der eigentliche sexuelle Kontakt beurteilt, übersieht man diese vorbereitenden grooming Handlungen und Strategien weitgehend und kann damit auch den Ablauf auf dem Hintergrund des „Slippery Slope“ nicht erkennen. In der rechtlichen Würdigung führt Grooming zu einer Minderung der Widerstandsfähigkeit eines Opfers - allerdings verfügen nur die wenigsten Richter profunde Kenntnisse über diese Zusammenhänge. Häufig gelingt es deshalb fehlbaren Fachleuten, den Grooming Prozess auch auf Strafuntersuchungsbehörden und Gerichte auszudehnen und sich als Opfer von Machenschaften darzustellen, um sich so aus der Verantwortungsübernahme für die sexuelle Handlung zu nehmen.

Es werden sich bei der Thematik der sexuellen Missbräuche immer Grenzfälle finden lassen, die eine eindeutige Zuordnung verunmöglichen. Dies stellt eine implizite Schwierigkeit jedes Definitionsversuches dar, und muss in der Thematik der sexuellen Missbräuche mitberücksichtigt werden. Die Natur der intimen Begegnung stellt jeder wissenschaftlichen und rechtlichen Aufdeckung inhärente Grenzen, die ebenfalls beachtet werden müssen. Diese Überlegungen müssen auch im Aussageverhalten betroffener Opfer berücksichtigt werden.

2.2 Epidemiologie

Versucht man sich als Fachperson ein Bild über die Häufigkeit sexueller Übergriffe in ärztlichen Behandlungen in der Schweiz zu verschaffen, wird die Suche wenig ergiebig sein. Es liegen diesbezüglich keine Zahlen vor. Nach wie vor besteht die weit verbreitete Ansicht, dass die wenigen bekannt gewordenen Fälle durch die Ärzteschaft selbst ausreichend geregelt werden können, wie eine Stellungnahme durch die Vorsteherin des Departementes des Innern, Frau Ruth Dreifuss, belegen mag (persönliche Mitteilung, 2000). Gelegentlich erfahren wir etwas durch Medienberichte, wenn beispielsweise Gerichte mit der Beurteilung von sexuellen Übergriffen durch Ärzte konfrontiert sind. Systematische Untersuchungen zum Sachverhalt fehlen praktisch vollständig. Werner Tschan hat mit seinem Buch „Missbrauchtes Vertrauen, Grenzverletzungen in professionellen Beziehungen, Karger 2001“ für den europäischen Raum wohl erstmals eine derartige Übersichtsarbeit geliefert und eine Vielzahl empirischer Grundlagen zusammengestellt. Das Buch widerlegt zweifelsfrei den Eindruck, dass es sich bei PSM erstens um Einzelfälle handelt und zweitens sowohl die Ärzteschaft wie auch die öffentlichen Gerichte eindeutig gegen Fehlbares vorgehen.

Daten zur Häufigkeit sexueller Missbräuche wurden bisher auf vier unterschiedlichen Wegen gewonnen :

1. Anonyme Befragungen von Fachleuten mittels zugesandter Fragebogen
2. Befragung von Folgetherapeuten, d.h. Fachleute, welche Opfer solcher Missbräuche in Behandlung hatten oder haben
3. Umfrage unter Betroffenen (Opferbefragungen)
4. Bevölkerungs- resp. Patientenbefragungen

Die Aussagekraft solcher Datenerhebungen wird innerhalb der Fachwelt kontrovers beurteilt (Simon 1995). Den Untersuchungen haften viele methodische Fehler an, die eine Überprüfung der erhobenen Daten nicht zulassen. Dennoch gilt heute als anerkannter Durchschnitt, dass mindestens 10% aller ärztlicher Psychiater und Psychotherapeuten im Laufe ihrer Praxistätigkeit Patienten missbrauchen (Ehlert-Balzer 1999). Immerhin geben auch 4% von allgemeinen Ärzten, Gynäkologen oder Hals-Nasen-Ohren-Spezialisten in Selbstbefragungen an, dass sie mit ihren Patienten sexuelle Kontakte haben oder hatten (Wilbers et al. 1992). Wahrscheinlich sind die verlässlichsten und aussagekräftigsten Resultate durch Bevölkerungsbefragungen zu erzielen, allerdings erst nach vorgängiger Sensibilisierung. Die Wahrnehmung einer missbräuchlichen Situation ist eindeutig an die subjektive Wertung gebunden. Die nachfolgend aufgeführte Untersuchung in Kanada ist angesichts ihres Umfanges sowie der vorgängigen Sensibilisierung der Öffentlichkeit in Bezug auf die Thematik die zurzeit verlässlichste Untersuchung zur Inzidenz von PSM in einem westlichen Industrieland.

Bei der Befragung durch die Gesundheitsbehörden von Ontario (Kanada) im Rahmen des Health Monitor fanden sich 1999 bei einer Bevölkerung von 11 Mio. Einwohnern rund 110 000 Personen, die in den zurückliegenden 5 Jahren von sexuellen Übergriffen durch Fachleute im Gesundheitswesen betroffen waren (physical sexual abuse). Weitere 2 % der Bevölkerung gaben an, im gleichen Zeitraum sexuell gefärbte Bemerkungen oder Verhaltensweisen durch Fachleute im Gesundheitswesen erlebt zu haben (inappropriate remarks or behavior). Die 26 Bände umfassende Untersuchung wurden bisher durch den HPRAC (Health

Professions Regulatory Advisory Council) erst auszugsweise veröffentlicht (Special Task Force Toronto 2001). Diese Zahlen können nicht ohne weiteres auf die schweizerischen Verhältnisse übertragen werden. Mangels anderen verfügbaren Daten sollen sie jedoch der Abschätzung der Grössenordnung dienen, was immerhin jährlich 14'000 direkt betroffene Personen in unserem Lande ergeben würde, die einem sexuellen Missbrauch durch Fachleute im Gesundheitswesen erleben. Die Plausibilität dieser Zahlen basiert auf unterschiedlichen Überlegungen. In der Schweiz sind geschätzt rund 384'000 (1999) Personen im Gesundheitswesen tätig. Somit würden in der Grössenordnung 3,6% aller Mitarbeiter sexuelle Kontakte zu Patienten eingehen. Als Vergleich sei die von Bachmann et al. erhobenen Zahlen des Pflegepersonals in psychiatrischen Kliniken erwähnt, wonach 16,8% der Männer und 10,5% der Frauen sexuelle Beziehungen gegenüber Patienten und Patientinnen angaben. Weiter sind die Zahlen der Rekrutenbefragung 1997 in diesem Zusammenhang zu beachten, die ergaben, dass 12% der 20-jährigen Männer in unserem Land sexuelle Gewaltdelikte verübt haben (Haas 2001). Das Brisante an dieser Studie ist, dass es sich um eine reine Dunkelzifferabschätzung handelt, da keiner der befragten 21'314 Rekruten deswegen in ein Strafverfahren involviert war. Diese Arbeit zeigt, dass sexuelle Gewaltdelikte wahrscheinlich weitaus häufiger vorkommen, als aufgrund der bisher bekannten Daten angenommen werden konnte. Weiter ist davon auszugehen, dass sich solche allgemeine Tendenzen der Gesellschaft innerhalb der einzelnen Berufsbereiche im Gesundheitswesen ebenfalls finden.

Die Wahrnehmung eines Missbrauches wird direkt durch die persönliche Haltung und Wertung mitbestimmt. Die scheinbar konsensuelle Begegnung entpuppt sich in aller Regel erst viel später als sexuelle Ausbeutung. Die persönliche Einwilligung in den sexuellen Kontakt mag auch erklären, dass initial eine Mehrheit von Beteiligten den sexuellen Kontakt als bereichernd und erfüllend erlebt, und keinesfalls schwerwiegende Folgen angeführt werden. Entdeckt beispielsweise eine betroffene Frau, dass der gleiche Arzt offenbar anderen Frauen ähnliche Komplimente machte und allen das Gefühl vermittelt, wie einmalig sie seien, wird sie womöglich das manipulierende Verhalten durchschauen und sich missbraucht fühlen. Diese methodologische Schwierigkeit wurde bisher in keiner Erhebung zur Häufigkeit resp. zur Folgenabschätzung berücksichtigt. Vielmehr werden solche Studien von Gegnern eines verbesserten Schutzes regelmässig dazu instrumentalisiert, die Folgen solcher Missbräuche zu bagatellisieren, da immer ein gewisser %-Satz von Befragten nicht unter Beschwerden leidet und das Geschehene auch nicht negativ bewertet. Die überwiegende Zahl aller Betroffenen wies jedoch gravierende Folgen auf, einzelne Opfer haben ihr Leben durch Suizid beendet. Regelmässig sind auch Angehörige in ähnlicher Art und Weise betroffen, womit PSM keineswegs als „Gentlemensdelikt“ oder gar als harmlose Geschichte (Fahy and Fisher 1992) abgetan werden kann.

2.3 Psycho-Traumatologie

Das neue Forschungsgebiet der Psychotraumatologie ist für den Gegenstand der sexuellen Missbräuche besonders wichtig. Die Untersuchungen darüber, wie seelische Traumata ablaufen, resp. welche Folgen resultieren, sind für das Verständnis grundlegend. Eine kurze Zusammenfassung der wesentlichsten Ergebnisse scheint sinnvoll. Es soll jedoch nicht vergessen werden, dass nicht

alle Folgezustände nach PSM als PTSD (Posttraumatische Belastungsstörung) eingeordnet werden können. Einzelne Patienten erfüllen die erforderlichen Kriterien, andere nicht. Der Langzeitverlauf scheint nicht zuletzt von persönlichen und sozialen Ressourcen abzuhängen. Prädiktive Aussagen sind derzeit allerdings nicht möglich.

Seit der Aufnahme von PTSD in das DSM-III (1980) hat sich eine wahre Lawine von Forschungsarbeiten zur Psychotraumatologie ergeben. Seelisch traumatisierende Geschehen finden in drei Formen statt :

1. Sexuelle Traumatisierung
2. Physische Traumatisierung
3. Emotionale Traumatisierung (inkl. Vernachlässigungen)

Bei PTSD handelt es sich um ein psychisches Zustandsbild, welches als Folge eines traumatischen Ereignisses auftritt. Allerdings ist die Idee eines rein psychogenen Störungsbildes sicher falsch, da aufgrund der Stressreaktionen immer zugleich körperliche Phänomene feststellbar sind. So führt beispielsweise die Ausschüttung von Cortisol zu charakteristischen empirisch feststellbaren kognitiven Veränderungen (Rüegg 2001).

Die charakteristischen Elemente von PTSD sind (DSM-III, APA 1980) :

- Wiederkehrende Erinnerungen an den Vorfall
- Versuch entsprechende Gedanken (Trigger) zu vermeiden
- Emotionale Unempfindlichkeit (numbing)
- Erhöhte Grundanspannung (arousal)

Das PTSD Konzept beruht im wesentlichen auf abgeschlossenen und zurückliegenden traumatischen Erfahrungen. Für Beziehungstraumen müssen neue Konzepte entwickelt werden, welche insbesondere den weiterbestehenden Beziehungsaspekt berücksichtigen (Foa 2000). Die Folgen für Opfer sexueller Missbräuche durch Fachleute entsprechen teilweise den Kriterien einer PTSD, teilweise nicht (Yehuda 2001). Die zugrundeliegenden Mechanismen, insbesondere die Traumatisierung, bilden dennoch das wesentliche psychopathologische Element. Die vergleichsweise junge Forschungsgeschichte stellt viele bisher gültigen Paradigmen in Frage. Insbesondere scheint die Psychiatrie offensichtlich einer Amnesie ihrer eigenen Forschungsarbeiten seit Ende des 19. Jhrdts. erlegen zu sein. Der deutsche Neurologe Herman Oppenheim prägte 1889 den Begriff der **traumatischen Neurose**, während Pierre Janet Phänomene wie die Dissoziationen und der traumatischen Erinnerung untersuchte (1887, 1889, 1894). Die von Sigmund Freud geprägte Psychoanalytische Methode mit der Doktrin des intrapsychischen Konfliktes und der kindlichen Sexualverdrängung verdrängte alle anderen Forschungsrichtungen und wurde zum alleinigen Erklärungsmodell sowohl der psychologischen Entwicklung wie auch der Psychopathologie. Namhafte Forscher waren der Ansicht, dass bei traumatischen Störungsbildern wegen der Dissoziation Synthese und Integration die Mittel der Wahl seien und setzten sich damit in krassen Widerspruch zur analytischen Behandlungsmethode, die einen unbewussten Konflikt und damit Katharsis und Abreagieren als den einzig gebahnten Weg erblickte. Nach Freud sind es nicht die tatsächlichen Erinnerungen an ein

Kindheitstrauma, welche vom Bewusstsein abgespalten sind (=dissoziiert), sondern die inakzeptablen sexuell und aggressiv gefärbten Wünsche des Kindes, die bedrohlich auf das Ich wirken. Die Akzeptanz der psychoanalytischen Theorie führte zu einer fast hundert Jahre dauernden vollkommenen Vernachlässigung von Forschungen zur Auswirkung von traumatischen Ereignissen.

Als 1980 die Diagnose von PTSD ins DSM-III aufgenommen wurde, stellte man weitgehend auf die Forschungsarbeiten von Abram Kardiner (1941) und seiner Beschreibung von *Traumatic Neurose of War* ab. Die Kernpunkte des aktuellen PTSD Konzeptes : Intrusion, Vermeidung und Übererregung lassen sich allerdings nicht auf alle Kategorien von traumatischen Lebenserfahrungen anwenden. Insbesondere weisen die Langzeiteffekte von Beziehungstraumen auf weitere Aspekte hin, so beispielsweise auf die persönliche Beziehung des Opfers zum Täter, sowie den kulturellen Raum. Van der Kolk (Van der Kolk et al. 2000) schreibt dazu : *Naive Vorstellungen über einen direkten kausalen Zusammenhang zwischen erfolgter Traumatisierung und diesen Störungen vereinfachen die sehr komplexen Beziehungen zwischen spezifischen Traumata, sekundären Widrigkeiten, defizitären Umweltbedingungen und Vernachlässigungen, die Art der bisherigen und späteren Bindungsmuster, dem Temperament, speziellen Kompetenzen und anderen Beiträgen zur Entstehung dieser Probleme. Wenn die Kliniker jedoch versäumen, ihre Aufmerksamkeit auf den Anteil einer Traumatisierung in der Vergangenheit an den aktuellen Problemen von Patienten mit diesen Diagnosen zu richten, dann werden sie auch nicht sehen, dass die Patienten einen Grossteil ihres Lebens um repetitive Muster des Wiedererlebens und der Abwehr traumatischer Erinnerungen, Erinnerungsauslöser und Affekte herum organisieren. .. Wenn die Berichte dieser Patienten von vergangenen Traumata belanglos oder ausgedacht sind, ist es Wahnsinn, diese Wahnvorstellungen zu teilen.* Diese Ausführungen zu traumatischen Folgen betreffen auch die Opfer von PSM, obwohl die diagnostischen Kriterien der PTSD wie erwähnt lange nicht auf alle Betroffenen solcher Missbräuche zutreffen.

Nochmals sei Van der Kolk zitiert, der das Phänomen der Dissoziation treffend beschreibt : *Viele traumatisierte Kinder sowie Erwachsene, die als Kinder traumatisiert wurden, haben festgestellt, dass sie sich unter Belastung „verschwinden“ lassen können. Das bedeutet, dass sie aus einer Distanz beobachten können, was vor sich geht, während sie das Gefühl haben, das das, was geschieht, nicht wirklich mit ihnen passiert, sondern mit jemand anderem. ... Die neuere Forschung ergab eine Neuentdeckung der Erkenntnis Janets, dass die **Dissoziation** einen wesentlichen Aspekt der PTSD ausmacht. ... Dissoziation kann eine effektive Möglichkeit sein, weiterzufunktionieren, während das traumatische Ereignis geschieht, wenn aber die Dissoziation auch inskünftig eingesetzt wird, nachdem das akute Trauma vorbei ist, dann wirkt sie sich störend auf das Funktionieren im Alltag aus. Dissoziation bewirkt eine schützende Trennung von überwältigenden Affekten, hat aber auch das subjektive Gefühl des „Totseins“ und der Isolation zur Folge.* Die Dissoziative Identitätsstörung wurde 1994 ins DSM-IV aufgenommen (APA 1994).

Die Forschungsergebnisse der letzten Jahre zeigen zweifelsfrei, dass die Langzeitwirkungen von Traumata zahlreich und kompliziert sind (Yehuda 2001). Die heutige Psychotraumatologieforschung untersucht sehr pragmatisch die Frage, was eigentlich ein Trauma zu einem Trauma macht. Ist die Reaktion auf ein

bestimmtes Ereignis, das wir gemeinhin als traumatisch einstufen, eine normale Reaktion auf ein ausserordentliches Ereignis, oder müssen wir aufgrund von Vulnerabilitätsüberlegungen und Fragen der individuellen Widerstandsstandskraft von abnormen und somit pathologischen Reaktionen ausgehen? Diese Überlegungen spielen zentral in die Untersuchungen von Beziehungstraumen hinein und haben nicht zuletzt wegen rechtlichen und finanziellen Folgen eine äusserst brisante Bedeutung. Es betrifft auch zentrale Auffassungen über Krankheiten und psychische Störungsbilder. Dazu nochmals Kolk : *Die Einstellungen der Therapeuten gegenüber diesen Symptomen - ob sie als bizarre Verhaltensweisen, die abgeschafft werden müssen, oder als fehlgeleitete Versuche der Selbstregulation gesehen werden - bestimmt entscheidend die Art der Behandlung.*

Dieselbe Wertung spielt auch in Sozialversicherungsfragen und gerichtliche Beurteilungen hinein. Die traumatische Störung wurde als ein Problem des fehlenden Willens angesehen, ja geradezu als eine Willenskrankheit. Die Schulmedizin sprach anfangs des 20. Jhrdts. von einer Willensversagung, oder einem Wille zur Krankheit - die Behandlung bestand entsprechend in einer kausalen Willenstherapie. Bei Soldaten mit Problemen im Frontbereich war die Behandlung dermassen schmerzhaft, dass viele Patienten die Pflicht an der Front vorzogen und folglich als geheilt betrachtet wurden (zit. nach Van der Kolk et al. 2000). Das Beispiel der **Rentenneurose**, durch den deutschen Psychiater Bonhoeffer (1926) eingeführt, verstand die Ursache der posttraumatischen Störung in einem sekundären Krankheitsgewinn, indem demjenigen Entschädigungen winkten, der an entsprechenden Symptomen litt. In Deutschland (und teilweise auch im übrigen Europa, inkl. der Schweiz) führte dies zur Haltung, dass traumatische Neurosen nicht entschädigt werden sollten. Die traumatische Neurose galt solange als unheilbar, solange Entschädigungen zugebilligt wurden. Die deutsche Reichsversicherungsordnung nahm diesen Gedanken auf und wurde erst 1959 geringfügig modifiziert. Diese Ausführungen sollen aufzeigen, wie die Schulmedizin gesellschaftspolitische Haltungen kritiklos übernahm und sie sogar noch theoretisch zu untermauern versuchte. Der Hintergrund solcher Tendenzen bilden die drohenden finanziellen Entschädigungsforderungen, denen mächtige Institutionen wie beispielsweise die Versicherungsbranche entgegentreten möchten, vielfach auch die staatlichen Behörden. Die Psychotraumatologieforschung untersucht diese Zusammenhänge und hat bereits auf viele erstaunliche Tatsachen aufmerksam gemacht.

Der Schweizer Eduard Stierlin (1909) gilt als der erste wissenschaftliche Erforscher der Katastrophenpsychiatrie. Er machte die wichtige Beobachtung, dass die traumatische Neurose der einzige psychogene Symptomenkomplex ist, für den keine psychopathologische Prädisposition eruierbar ist. Die Entwicklung einer PTSD stellt eher die Ausnahme denn die Regel dar, wenn Menschen beispielsweise Belastungen durch Kriegserfahrungen ausgesetzt waren (zit. nach McFarlane, in: Van der Kolk et al. 2000). Untersuchungen an diejenigen Soldaten des ersten Weltkrieges, bei denen eine Kriegsneurose diagnostiziert wurde, zeigen, dass diese gleich häufig eine Auszeichnung erhalten hatten, wie andere Soldaten; und Offiziere mit PTSD waren unter denen, die Auszeichnungen erhalten hatten, überrepräsentiert (Miller 1940, zit. in McFarlane aaO). Es scheint somit keinen Zusammenhang zwischen Mut, Einsatzfreude und Engagement mit der Ausbildung von PTSD zu geben. Weitere Untersuchungen haben ergeben, dass

Entschädigungen keinen wesentlichen Einfluss auf den Verlauf der posttraumatischen Störung haben (Mayou et al. 1993 nach Verkehrsunfällen, Brooks et al. 1992 nach dem Flugzeugabsturz des Pan-Am-Jumbos über Lockerbie, beide zit. bei Mc. Farlane aaO).

Für die Beurteilung und Behandlungen von Opfern von PSM zeigen diese Ausführungen, dass Verallgemeinerungen der individuellen Situation nicht gerecht werden. Vielmehr muss davon ausgegangen werden, dass eine grosse Variationsbreite zwischen der betroffenen Person, dem Beziehungstrauma und den Kontextbedingungen, sowie den zu beobachtenden Folgen, herrscht. Auf der anderen Seite bestehen keine Zweifel, dass die Auswirkungen eines derartigen Vertrauensbruchs, wenn der sexuelle Missbrauch durch Fachpersonen begangen wird, gravierend sind. Das Schweizer Bundesgericht hat in einem Plädoyer zum Fall eines Psychotherapeuten festgehalten (BGE 124 IV 13, 12.01.1998) :

„In der Psychotherapie entsteht ein intensives Vertrauensverhältnis zwischen Therapeut und Klient. ... In der Psychotherapie, die in der Regel in einer exklusiven Zweierbeziehung durchgeführt wird, vertrauen sie sich gegenseitig in einem Masse, wie es in Alltagsbeziehungen nicht üblich ist, mit all ihren Problemen, Sorgen und Schwächen den Behandelnden an und legen dabei ganz persönliche Gefühle, Phantasien, Ängste und Wünsche offen. Daraus entwickelt sich eine ausserordentlich intime Situation, die sich im Laufe einer Therapie meist verstärkt und in hohem Masse eine Verletzlichkeit des Patienten mit sich bringt. Denn im Verhältnis zum Therapeuten werden in dieser Situation eine ganze Reihe von Selbstschutzmechanismen, die im normalen Leben unverzichtbar sind, ausser Kraft gesetzt, so dass sich der Patient in gewissem Masse dem Therapeuten ausliefert. Dadurch entsteht eine starke Bindung, die mit intensiven Gefühlen von Idealisierung, Verliebtheit, Liebe, Wut und Hass verbunden sein kann. Charakteristisch für diese Bindung ist stets ein erhebliches Machtgefälle zwischen Therapeut und Patient und von daher ein ausgeprägtes Abhängigkeitsverhältnis. ... jede therapeutische Beziehung lebt von der grundlegenden Voraussetzung, dass Patienten darauf vertrauen können, dass die Grenzen gewahrt bleiben und dass der Therapeut sie schützt und nicht eigennützig agiert. Dabei trägt allein der Behandelnde die Verantwortung für den therapeutischen Prozess.“

3 Täterprofile

3.1 Einteilung

Für Fachleute mit PSM hat sich die nachfolgenden Einteilung der Täterprofile (Tschan 2002, in print) als zweckdienlich erwiesen. Zwischen den einzelnen Gruppen existieren keine festen Grenzen, viel mehr ist von fließenden Übergängen auszugehen. Diese Art der Einteilung erlaubt eine einfache Differenzierung im Hinblick auf die zu ergreifenden Massnahmen :

Gesunde Täter	psychisch gestörte Täter	Sexualstraftäter
falsches Berufsverständnis		psychische
Krankheiten wie	Pädophilie	
situationale Faktoren	Persönlichkeitsstörungen	Vergewaltiger
	psychotische Erkrankungen	

Bei an sich gesunden Fachleuten können situationale Faktoren wie Lebenskrisen, Burn-out Problematik, Einsamkeit, emotionale Bedürftigkeit etwa nach Trennungs- oder Scheidungssituationen, zu einer eingeschränkten Fähigkeit führen, berufliche Grenzen aufrecht zu halten. In einem fließenden Übergang zu psychisch gestörten Fachleuten findet sich Kontinuum an zunehmender Pathologie. Das Konzept des „Slippery slope“ entspricht dieser Annahme ebenfalls. Aus zunehmenden Grenzüberschreitungen ergeben sich Grenzverletzungen, wo ein Täter abtestet, wie weit er gehen kann. Bietet sich eine entsprechende Gelegenheit zu einem intimen Kontakt, wird sie unbesehen der Folgen wahrgenommen. Die Dynamik der Opferseite kann zweifelsohne in solchen Situationen eine wesentliche Rolle spielen - was die betreffende Fachperson jedoch weder juristisch noch moralisch von ihrer Verantwortung entlastet. Ein falsches Berufsverständnis kann ebenfalls die Verantwortungsübernahme der Fachleute einschränken. Es wurde deshalb von vielen Autoren immer wieder mit Nachdruck gefordert, dass Boundary Trainingsprogramme als obligater Bestandteil der Curricula erklärt werden (APA 2001, Buddeberg 1996, Tschan 2001). Vermutlich unterschätzen die meisten Fachleute sowohl das persönliche Risiko wie auch die drohenden Konsequenzen im Falle von PSM.

PSM kann bei Vorliegen psychischer Krankheitsbilder zu einem ernsthaften Problem werden. Besondere Gefährdung besteht bei manisch-depressiven Krankheitsbildern, bei psychotischen Erkrankungen und bei gewissen Persönlichkeitsstörungen. Handelt es sich beispielsweise um Persönlichkeitsstörungen, etwa vom asozialen Typ, ist die weitere Berufstätigkeit auf Grund der Natur der Erkrankung in Frage gestellt. Sowohl bei manisch-depressiven Erkrankungen wie auch bei psychotischen Krankheitsbildern wird die Prognose durch die Behandelbarkeit der Grundstörung bestimmt.

Bei Vorliegen devianter sexueller Verhaltensmuster können einzig langdauernde psychotherapeutische Behandlungen etwas an der Grundproblematik beeinflussen. Entsprechend der heutigen Auffassung, dass eine Heilung bei derartigen Störungsbildern ausgeschlossen ist und im günstigsten Fall eine

Kontrolle der devianten sexuellen Fantasien denkbar ist, ist eine Rückkehr zu einer selbstständigen Berufstätigkeit im Gesundheitswesen praktisch nie zu verantworten. Die Ermittlungsergebnissen und Kenntnissen aus der Rekonstruktion des Tatverlaufes, und zwar sowohl in der Tat-Vorbereitungsphase, dem eigentlichen Tathergang und dem Verhalten nach der Tat sowie im Rehabilitationsprogramm können zu präventiven Entscheidungen im Hinblick auf die weitere Berufszulassung verwendet werden. Durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen involvierten Instanzen können neue Erkenntnismöglichkeiten in der Prognosebeurteilung erschlossen werden. Einsame Entscheide im „stillen Kämmerlein“ sind tunlichst zu vermeiden. Fegert hat in Zusammenhang mit sexuellen Missbräuchen auf die Gefahren des „single-disciplinary-ghettos“ hingewiesen (Fegert 2001). Bei disziplinenübergreifenden Problemstellungen muss eine gemeinsame Sprache entwickelt werden und die unterschiedlichen Perspektiven müssen in die Beurteilung eingebracht werden können. Weiter müssen Wege gefunden werden, mittels eines institutionalisierten Dialoges aller beteiligten Instanzen (Gerichte, Berufsaufsichts- und Administrativbehörden, Berufsverbände, Arbeitgeber, Patientenschutz-Organisationen) Wissen und Erfahrungen im Umgang mit beschuldigten Fachleuten auszutauschen, um das Publikum hinreichend vor solchen Tätern zu schützen.

3.2 Ursachen

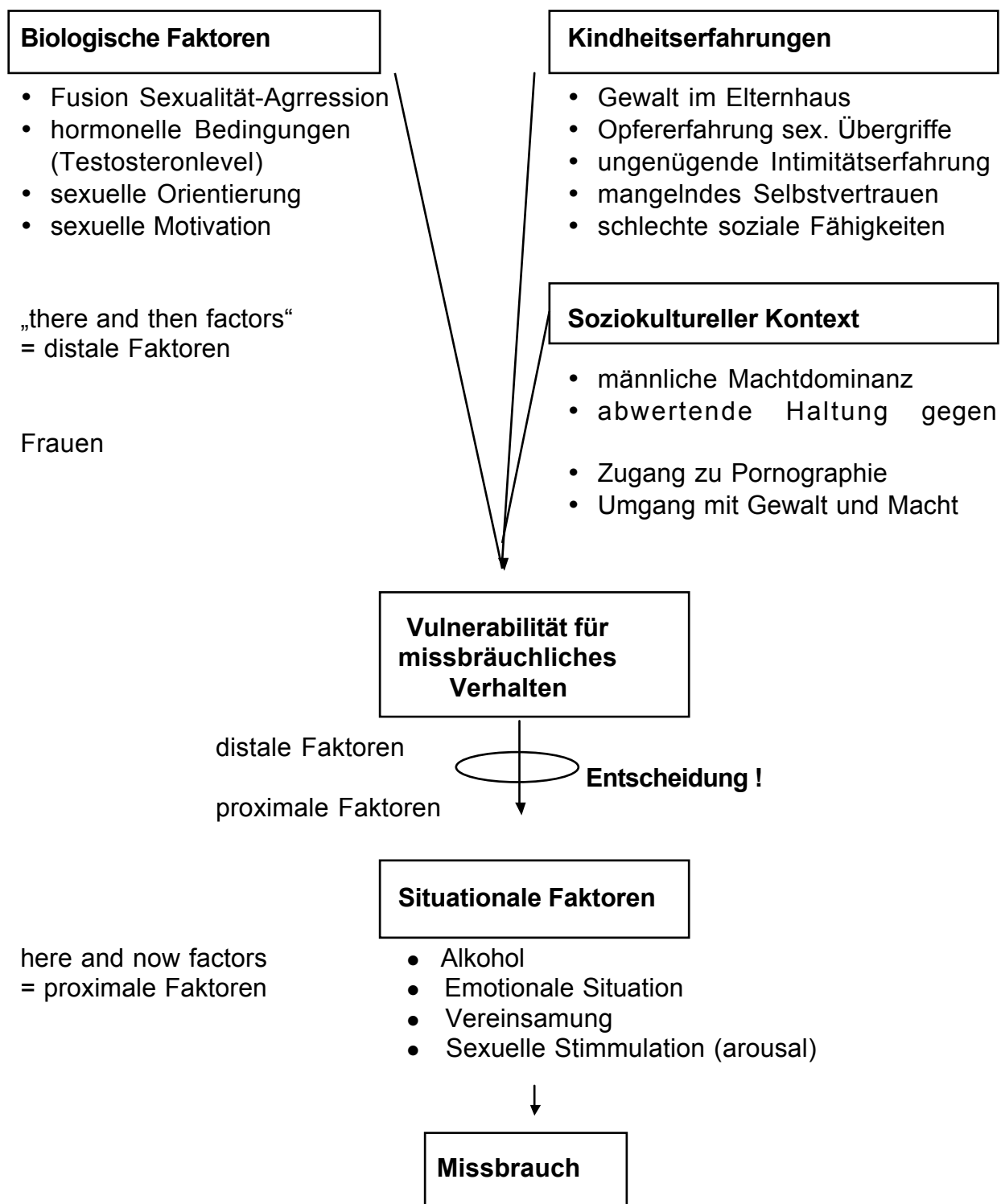
Für das missbrauchende Verhalten gibt es keine monokausalen Erklärungen. Am überzeugendsten ist das biosoziale Lernmodell nach Marshall und Barbaree (1990), welches plausible Hypothesen für solche Verhaltensauffälligkeiten liefert. Dieses Modell widerlegt auch die von vielen Tätern immer wieder vorgebrachte Ausrede : „es sei plötzlich über ihn gekommen ...“. **Der Missbrauch beruht auf einem erlernten Verhalten**, das auch wieder verlernt werden kann. Auf diesem Ansatz beruhen die Behandlungskonzepte. Eine bestimmte Anfälligkeit, wie beispielsweise eine abwertenden Haltung gegenüber Frauen, heisst noch lange nicht, dass jemand Therapie-Missbräuche begeht. Hier setzen die lerntheoretischen Konzepte an, die zeigen, wie kognitive Verzerrungen („die anderen machen das ja auch ..., es ist ja nicht schlimmes geschehen ...“) zu einem regelrechten brain-wash führen, der dann den Missbrauch erst ermöglicht.

3.2.1 Der Missbrauch

Anhand von einem Kreismodel, wie es von Steven Wolf (1984, zit. bei Fisher, in : Morrison et al. 1994) resp. Joe Sullivan für die Arbeit mit Sexualstraftätern entwickelt worden ist, und von mir und Peter Gehrig für die professionellen Übergriffsszenarien adaptiert worden ist, werden die Teilnehmer erkennen, dass wie PSM abläuft (siehe W. Tschan : Missbrauchtes Vertrauen, 2001) Wichtig ist dabei, dass der Missbrauch nicht aus der Situation heraus entsteht, wie viele Täter immer wieder behaupten, sondern sich lange vorher anbahnt. **Der Missbrauch findet zu allererst im Kopfe statt** und sucht sich dann zu realisieren. Die Täter suchen sich ihre zufälligen Opfer gezielt (**targeting**) aus, so wie sich die Opfer von ihren Tätern einlullen lassen. Dieser Prozess wird als **grooming** bezeichnet, der auch der Täuschung der Umgebung und nahen Bezugspersonen dient. Grooming findet immer auf drei Ebenen statt : Opfer, Angehörige und Umgebung. Man kann grooming als ein manipulatives Verhalten bezeichnen, dass dazu dient, das Opfer

glauben zu machen, dass alles aus Liebe geschieht, resp. der Umgebung (beispielsweise Berufskollegen) zu beweisen, dass den Aussagen des Opfers kein Glaube geschenkt werden soll - **blaming the victim** - um so von ihrer Verantwortung abzulenken. Grooming erfasst auch Ermittlungsbehörden und gerichtliche Instanzen und nicht selten gelingt es Tätern so, sich als die wahren Opfer hinzustellen, womit sie auch mit entsprechender Milde behandelt werden und häufig straffrei ausgehen.

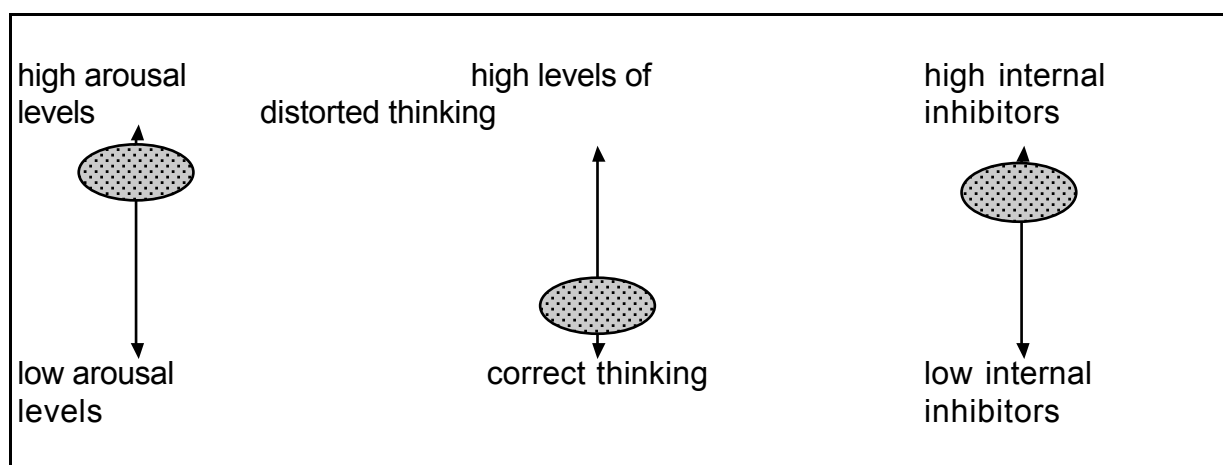
3.2.2 Biosoziales Lernmodell (nach Marshall und Barbaree, 1990)



Im Bereich sexueller Gewalt gelangen nach einer Dunkelzählabschätzung nur zwischen 5 bis 15% aller Delikte zur Anzeige (Wilmer 1996, Schneider 1996, Kaiser 1996, zit. in Urbaniok, 2000). Weiter kommt es im Schnitt lediglich in 10 bis 15% aller angezeigten Sexualstraftaten zu einer Verurteilung. Es ist davon auszugehen, dass angesichts der sozialen Rollenerwartungen bei PSM die Dunkelziffern eher höher liegen, resp. die Anzahl Anzeigen noch kleiner liegt. Es bleibt abzuwarten, ob die PABS mit ihrer niedrighschwelligigen Beratungskonzeption mehr Personen zur Aussage bewegen wird.

3.2.3 Interne vs. Externe Kontrollmechanismen

Menschliches Verhalten, insbesondere Sexualität, steht immer in einer Wechselwirkung zwischen bedürfnissbefriedigenden und hemmenden Faktoren. Welche Faktoren in einer gegenseitigen Wechselwirkung dazu beitragen, die hemmenden Faktoren zu beeinflussen, zeigt das nachfolgende Schema. Äusseren Faktoren stehen dabei die internen Steuerungsfaktoren entgegen. Die eingetragenen Bereiche bezeichnen den gewünschten Zustand bei Fachleuten angesichts sexueller oder erotischer Bedürfnisse gegenüber Patienten.



Nach Rye Wyre

Mit diesem Beispiel soll die Bedeutung der Kontrollmechanismen illustriert werden. Selbst wenn eine Fachperson in hohem Masse sexuell erregt wird, wie dies im obigen Beispiel angenommen wird, führen eine adäquate innere Verarbeitung (correct thinking) verbunden mit einer hohen internen Kontrolle (resp. Arbeitsethos) nicht zu einem Fehlverhalten. Würde hingegen die betreffende Person einer falsche Berufsauffassung anhängen (und sich beispielsweise um die Standesordnung foutieren), oder würde die gleiche Person durch Alkoholkonsum die Hemmfaktoren beeinflussen, könnte es unter Umständen zu einem sexuellen Missbrauch kommen.

Das Modell kann auch die Zielsetzung der Behandlung verdeutlichen. Tiefe Erregungswerte (arousal level), mit angemessenem und professionellen

Entscheidungs-vermögen (correct thinking), sowie hohen internen Steuerungsfaktoren (Ethik, Gewissen, Verantwortung) bietet am ehesten Gewähr, dass keine Rückfälle mehr auftreten.

Letztendlich ist das Zusammenspiel vieler Bedingungen für das Zustandekommen eines sexuellen Missbrauches entscheidend, und nicht bloß ein einzelner Faktor. Der „Erfolg“ hängt immer auch von den jeweiligen Begleitumständen und der Reaktion der betroffenen Opfer ab. Dem Täter muss es gelingen, die Widerstände beim Opfer zu überwinden. Eine derartige Hypothese darf jedoch nicht als Schuldzuweisung an die Opfer verstanden werden, sondern soll einzig die Interaktionsdynamik verdeutlichen. Seit Therapieprogramme für Sexualstraftäter durchgeführt werden, weiss man um diese Zusammenhänge. Die Verantwortung für sexuelle Grenzüberschreitungen im Rahmen professioneller Beziehungen liegt ausschliesslich bei den Fachleuten. Eine Patientin oder ein Patient kann sich noch so verführerisch benehmen, es liegt im Ermessen des Arztes oder der Ärztin, einen Patienten zu einem korrekten Verhalten aufzufordern.

3.3 Behandlungskonzepte

Grundsätzlich müssen für die Behandlung von Fachleuten, welche ihre Patientinnen sexuell ausgebeutet und missbraucht haben, folgende Aspekte (Urbanik 2000) berücksichtigt werden :

- juristische Aspekte
- strukturelle Aspekte : wo setzt die Behandlung an?
 - obligat fokussiert auf Missbrauchsthematik
 - fakultativer Einbezug weiterer Persönlichkeitsdefizite
- Unspezifische Behandlungsaspekte jeder psychotherapeutischen Intervention
- Spezifische Täter-Psychotherapie

Aufgrund der Gefahr von Wiederholungen sollte für die Dauer der Rehabilitations-Behandlung die ärztliche Tätigkeit temporär sistiert werden. Eine Wiederaufnahme unter Monitoring ist grundsätzlich nach Abschluss der Rehabilitation möglich. Die spezifischen Behandlungstechniken bei PSM basieren auf den forensisch-psychotherapeutischen Konzepten, wie sie für Sexualstraftäter entwickelt und seit rund 20 Jahren angewandt werden (Pfäfflin 2001). Gewisse sich hartnäckig haltende Vorurteile müssen ausgeräumt werden. Die Behandlungs-Motivation und die Erfolgsaussichten sind weitaus grösser, als sie bisher eingeschätzt wurden. Jede Täterbehandlung ist auch Opferschutz, weil insbesondere die überwiegende Zahl der Mehrfachtäter erfasst und behandelt werden.

Folgende Punkte sind für die spezifische Behandlungstechnik relevant :

- Fokussierung auf den Missbrauch resp. die Vorgehensweise der Fachperson. Der Missbrauch findet zuerst im Kopf statt und basiert auf einem erlernten Verhalten und einer geplanten Vorgehensweise.
- Professionelles Fehlverhalten kann auch vorliegen, wenn keine strafrechtlich relevanten Delikte verübt wurden. Dieser Punkt verdient in Zusammenhang mit PSM eine besondere Beachtung, da der sexuelle Kontakt in aller Regel konsensuell stattzufinden scheint.

- Die wichtigste Informationsquelle stellt das Missbrauchsszenarium (Tathergang) dar. Eine genaue und minutiöse Exploration ist unabdingbar. Die dahinterliegenden Fantasien müssen erkannt werden.
- Das Behandlungskonzept ist zielorientiert : weitere Missbräuche sollen verhindert werden.
- Die eines sexuellen Missbrauches beschuldigte Fachperson manipuliert, bagatelisiert und verleugnet wesentliches. Die Annahme, dass das Gegenüber kooperativ und ehrlich sei, ist blanker Nonsense. Das interaktive Verhalten gegenüber dem Therapeuten korrespondiert mit dem missbräuchlichen Verhalten gegenüber dem Opfer.

Wenn Ärzte grundlegendste Prinzipien ihrer Disziplin verletzen, müssen sie mit einem (temporären) Berufsverbot belegt werden (Hatch 2001, Medical Board of California 2000, Tschan 2001a, Tschan 2001b) Nur so lässt sich ein verlässlicher Schutz des Publikums vor weiteren Missbräuchen gewährleisten. Die bisher praktizierten Massnahmen sind diesbezüglich als reichlich schlampig und blauäugig zu taxieren. Missbrauchenden Fachleuten wurde beispielsweise als Pflicht auferlegt, dass sie inskünftig nur noch bei offener Praxistüre ihre Konsultationen abhalten dürfen, oder dass sie weibliche Personen nur in Anwesenheit einer Arztgehilfin im Intimbereich untersuchen dürfen, und dergleichen mehr. Da solche Auflagen kaum zu kontrollieren waren, wurden sie in der Regel auch nicht befolgt. Weitergehende Massnahmen, wie beispielsweise ein Boundary Training und dergleichen, wurden überhaupt nie in Betracht gezogen. Man liess es bei der Ermahnung bewenden und nahm an, die betreffende Fachperson werde sich inskünftig an die berufsethischen Anforderungen halten.

Mittels eines forensischen Assessments muss neben der Risikoeinschätzung die grundsätzliche Rehabilitierbarkeit festgestellt werden (Tschan 2001a). Diese Beurteilung sollte die Seite des Opfers (oder dessen Angehörigen) mit berücksichtigen, da sich meist nur so feststellen lässt, wie kooperativ sich eine Fachperson verhält. Eine Rehabilitierbarkeit ist dabei grundsätzlich nur bei guter und fairer Kooperation gegeben. Durch Einbezug der Opfer und/oder deren Angehörigen lassen sich die Aussagen des Täters auf einfache Art und Weise überprüfen. Finden sich entscheidende Entstellungen, Auslassungen sowie falsche Aussagen, ist die Rehabilitierbarkeit grundsätzlich in Frage gestellt resp. nicht gegeben. Aufgrund des Assessment wird ein Rehabilitationsplan entwickelt, sowie Zeitdauer und Behandlungs-Intensität festgelegt. Dabei kann die oben aufgeführte Täter-Einteilung eine wichtige Hilfe bei der Entscheidung darstellen, welche Behandlung im Einzelfall angemessen erscheint. Für nicht als psychisch krank eingestufte Täter kommen die einfachsten Rehabilitationskonzepte, wie beispielsweise Boundary Trainings Programme, in Frage. Sie beruhen mehr auf psycho-edukativen und pädagogischen Interventionsstrategien, als auf klassisch psychotherapeutischen Verfahren. Derartige Behandlungsprogramme kommen nur bei Ausschluss von erheblichen Pathologien in Frage. Nach erfolgreichem Abschluss ist die Wiederaufnahme der vollen Berufstätigkeit möglich. Durch ein geeignetes Monitoring ist die Berufstätigkeit für einen bestimmten Zeitraum zu überwachen.

Liegen psychiatrische und oder organische Krankheitsbilder vor, sind diese vorgängig zu behandeln. Nach genügender Stabilisierung kann sich ein Boundary Trainings-Programm anschliessen. Die Wiederaufnahme einer selbstständigen

Berufstätigkeit richtet sich in solchen auch nach der Prognose der Grundkrankheit. Immerhin sei darauf hingewiesen, dass die Behandlungserfolge der US-amerikanischen Diversion-Programme mit 74% angegeben werden (Medical Board of California 2000). Auf jeden Fall muss ein ausreichendes Monitoring sichergestellt werden. Die Behandlung devianter sexueller Verhaltensmuster ist meistens nur mittels mehrjähriger und in der Regel stationären Behandlungen möglich und sinnvoll. Die Diskussion derartiger Massnahmen erübrigt sich an dieser Stelle, da solche Behandlungen meist als Massnahme nach Art. 43 StGB durch Gerichte angeordnet werden.

Das Boundary Trainings Modell basiert unter anderem auf dem Veränderungsmodell, wie es durch Prochaska und DiClemente (Prochaska et al. 1992) beschrieben wurde. Vielen Fachleuten mangelt es an einem fundamentalen Problembewusstsein in Bezug auf PSM. Das Problem als solches wird schlicht nicht wahrgenommen. Entsprechend fehlt jegliche Bereitschaft zu Veränderungen, was dem Stadium der „Precontemplation“ im Prozess-Modell von Prochaska und DiClemente entspricht. Die im Modell beschriebenen Stufen müssen zwingend abgearbeitet werden, ansonsten ein Scheitern vorprogrammiert ist. „Ja, ja, das kommt jetzt nie wieder vor ...“ und ähnliche Aussagen erfahren vor diesem Hintergrund eine kritische Würdigung. Blinder Aktionismus ohne vertieftes Problembewusstsein führt zu keinerlei bleibenden Veränderungen. Die Veränderungsbereitschaft ist nicht ein Persönlichkeitsmerkmal einer Person, sondern muss zwingend als Teil des Behandlungsprogrammes verstanden werden, wo Motivationen nicht vorausgesetzt, sondern in einem gemeinsamen therapeutischen Prozess entwickelt werden muss. Überreden und zwingen, oder gar demütigen, sind mit Sicherheit keine effektive Methode für einen nachhaltigen Veränderungsprozess.

Die erwähnten Rehabilitationsprogramme stellen weder eine Sanktion dar, noch liegt diesen Konzepten eine bestrafende Absicht zu Grunde. Im Gegenteil sollen diese Programme eine Hilfestellung für diejenigen Fachleute darstellen, welche grundlegende berufsethische Bedingungen ihrer Arbeit missachtet haben. Diese Haltung entspricht letztendlich auch der ärztlichen Grundhaltung, zu helfen und zu heilen. Sollen wir uns ausgerechnet gegenüber eigenen Kolleginnen und Kollegen anders verhalten? Die derzeit fortschrittlichsten Konzepte finden ihre Anwendung in Kanada. Die Empfehlungen der ärztlichen Berufsvereinigung von British Columbia umreissen die erforderlichen Massnahmen profund und umfassend (Committee on Physician Sexual Misconduct 1992). Das Rad braucht nicht neu erfunden zu werden - die wesentlichen Grundlagen gelten auch für Europa und können übernommen werden. Sexuelle Kontakte im Rahmen von Behandlungen gelten nirgends auf der Welt als eine akzeptierte Form fachlicher Massnahmen.

3.4 Grundsätze zur Täterbehandlung

Erlernte Verhaltensmuster können umgelernt werden. Diese These wurde durch Thorndike in seinem Werk „Educational Psychology“ 1913/1914 formuliert. Auf diesem Ansatz beruht das cognitiv-behaviorale Boundary Training für Fachleute. Dies gilt sowohl für Ausbildungszwecke wie auch im Rahmen einer individuellen Behandlung, allerdings muss in diesem Fall durch ein initiales Assessment das zugrundeliegende Störungsmuster vorgängig beurteilt werden. Eine Behandelbarkeit ist nicht in jedem Fall gegeben, resp. bei Vorliegen gravierender

Persönlichkeitsstörungen und/oder psychotischen Krankheitsbildern müssen die Behandlungsmöglichkeiten der Grundstörung diskutiert werden. Aufgrund der forensisch-psychotherapeutischen Erfahrung ergeben sich nach F. Urbaniok folgende drei Möglichkeiten :

- Unbehandelbar
- Behandelbar in stationären Intensivprogrammen
- Behandelbar in ambulanten Settings

Boundary Training als individuelles Behandlungsprogramm kommt in Frage, wenn situationale Faktoren im Vordergrund für ein missbräuchliches Verhalten stehen. Bei Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen und/oder deviantem Sexualverhalten ist Boundary Training erst nach Behandlung einer allfälligen Grundstörung möglich und sinnvoll.

Die notwendigen Massnahmen gehen weit über die eigentliche klinische Behandlung hinaus. Zu diesen umfassenden Aspekten gehören die Reaktionen und Massnahmen der Aufsichts- und Administrativbehörden (Gesundheitsbehörden, Länderärztekammer), der einzelnen Berufsverbände, der Arbeitgeber (Spitäler) und der Patientenschutz-Organisationen. All diese Teile sollten sich wie ein Puzzle zu einer einheitlichen Konzeption und Vorgehensweise zusammenfügen, soll die Inzidenz von PSM wirklich reduziert werden.

Psychodynamisch und auf Einsicht basierende traditionelle Therapieverfahren haben sich in der Behandlung von Sexualstraftätern als weitgehend aussichtslos erwiesen (vgl. Crawford 1981). Die Vertreter psychoanalytischer Schule vertraten die etwas naive Ansicht, dass sich ihre Behandlungsstrategien auf alle Arten von Problemstellungen anwenden liessen (Salter 1988). Wir wissen heute, dass dies unrealistisch ist und für viele Krankheitsbilder haben sich andere Therapieverfahren als überlegen erwiesen - als Beispiele seien erwähnt : Behandlung von PTSD, Persönlichkeitsstörungen, Angsterkrankungen (vgl. Fiedler 2001, Foa et al. 2000, Beck et al. 1999, Hawton et al. 1989). Verschiedene Punkte bedürfen jedoch einer weiteren Klärung.

3.4.1 Motivation

Nach wie vor gilt wohl, dass die Mehrheit von psychotherapeutischen Fachleuten in psychoanalytisch basierten Therapiemodellen ausgebildet worden ist. Einsicht und Motivation wird dabei als entscheidende Therapievoraussetzung angesehen. Die Idee einer Behandlung als gesetzliche oder administrativrechtliche Anordnung ist diesen Fachleuten fremd. In ihren Augen entfällt damit die Motivation als Voraussetzung für einen Behandlungserfolg. Wer so argumentiert, vergisst, dass sich häufig gerade erst unter Behandlungsbedingungen eine tiefere Einsicht und Motivation für einen Veränderungsprozess ergibt. Noch pointierter : die Motivationsförderung stellt einen impliziten Behandlungsauftrag dar. Es handelt sich um einen psychotherapeutischen Bias, wenn Therapie-Motivation für eine erfolgreiche Behandlung vorausgesetzt wird. Das von Prochaska und DiClemente formulierte Prozessmodell von Veränderungsschritten stellt dabei eine wichtige Orientierung dar.

In der Arbeit mit Sexualstraftätern zeigt sich häufig die Tendenz, nur Teile des Tatablaufes zuzugeben, wesentliches zu bagatellisieren, abzustreiten, ja selbst in Frage zu stellen, dass sie als Täter überhaupt ein Problem haben. Insbesondere in der Arbeit mit Fachleuten nach PSM zeigen sich immer wieder anzutreffende Meinungen von beschuldigten Fachleuten : „*My field has excellent rules, but they don't need to apply to me, because I'm very experienced.*“ Weitere Beispiele sind : „*No one else has enough expertise to tell me how to conduct my practice*“ oder „*My patients love me so much that I'm never going to get in trouble*“ (Beispiele aus Samuel et al. 2001). Wer hier mit Einsicht arbeiten will, wird wohl rasch sein Scheitern eingestehen müssen. Ausgehend vom Tatablauf und seinen Folgen muss der Therapeut den Prozess strukturieren. Das Ziel ist, weitere sexuelle Missbräuche zu verhindern.

Die in traditionellen psychoanalytisch orientierten Behandlungen geforderte Motivation ist häufig zumindest durch andere Personen mitbeeinflusst. Angehörige, Lebenspartner, Arbeitgeber, allenfalls auch Behörden üben einen mehr oder weniger deutlichen Druck auf eine bestimmte Person aus, eine Behandlung aufzunehmen. Oder die Behandlung wird aufgenommen, weil der Hausarzt der Meinung ist, eine Psychotherapie wäre nun wohl angezeigt, oder eine Sozialbehörde, oder sonstwie aussenstehende Personen. Eine autochthone Motivation ist im Grunde selten gegeben, womit auch in traditionellen Therapiesituationen mehr oder weniger mit den selben Problemstellungen zu rechnen ist. Auftrags- und Motivationsklärung ist in jeder psychotherapeutischen Behandlung ein unabdingbarer Bestandteil und kann selbst in einer längerandauernden Behandlung immer wieder zu einem Diskussionspunkt Anlass geben.

3.4.2 Ziele formulieren

Im Sinne eines co-evolutiven Prozesses sind zwischen Therapeut und Klienten die Behandlungsziele festzulegen. Co-evolutiv meint, dass dies im Sinne eines sokratischen Dialoges zu erfolgen hat, wo die einzelnen Schritte gemeinsam entwickelt werden. Es sind kurzfristige von mittel- oder langfristigen Zielsetzungen zu unterscheiden. Weiter hat der Therapeut darauf zu achten, dass die Ziele realistisch und tatsächlich erreichbar sind. Was sich hier formuliert so klar und einfach anhört, ist in der täglichen Realität oft mit einem kränkenden und schmerzhaften Prozess verbunden. Als Beispiel sei auf die Behandlung eines pädophilen Arztes verwiesen. Dass er aus eigenen Motiven seine sexuellen Präferenzen ändern will, ist kaum realistisch. Viel eher ist zu erwarten, dass er die Folgen banalisiert, auf die Autonomie der Beteiligten hinweist, und darüber hinaus dem Therapeuten weismachen will, dass so was nie mehr vorkommen wird.... In einem solchen Fall hat der Therapeut dem Klienten klare Zielsetzungen aufzuzeigen.

Die grosse Gefahr besteht, dass der Täter den Therapeuten in einer Art Kollusion mit seiner Bagatellisierungstendenz „ansteckt“ und manipulieren kann. Die eigene therapeutische Hoffnung „es ist doch hoffentlich nicht so schlimm“ liefert ein einfaches und einleuchtendes Motiv. Es ist deshalb durch den Therapeuten streng darauf zu achten, klare Zielvorgaben abzugeben und darüber hinaus über einen ausreichenden Kenntniss- und Wissensstand zu verfügen. Derartige

Behandlungen dürfen daher nur bei fundierten Kenntnissen und unter guter fachlicher Supervision erfolgen.

3.4.3 Neutralität

Die therapeutische Essenz kommt wohl nirgends mehr zum Ausdruck, als in der Grundregel der Abstinenz. Auseinander zu halten sind jedoch Neutralität und Abstinenz - dies stellen zwei grundlegend verschiedene Dinge dar. Im Idealfall soll der Patient selbstbestimmt seine Wertungen und Haltungen formulieren - der Therapeut hat dies nicht weiter zu kommentieren. Dies gilt zumindest für die konventionellen Therapiesituationen. In der Behandlung von Täter funktioniert dies allerdings aus verschiedenen Gründen nicht. Neutralität könnte im Extremfall dazu führen, dass ein Täter mit Wissen seines Therapeuten weitere Delikte begeht. In dieser Kollusion würde ein Therapeut eine ungeheuerliche Verantwortung übernehmen. Ein höchstrichterliches Urteil hat in einem derart gelagerten Fall den Therapeuten effektiv in die Verantwortung genommen (siehe Smith v. Jones, Supreme Court of Canada, March 25, 1999). Eine derartige Entwicklung kann nicht der Sinn der hier vorgeschlagenen Massnahme sein.

Analog wie der Therapeut Therapieziele formuliert, nimmt er auch Wertungen vor. „Dies ist korrekt, jenes nicht“ - stellen implizite Wertungen dar. Nichts sagen angesichts von bedrohlichen Entwicklungen ist ebenfalls eine Wertung. Andererseits ist der Therapeut nicht Polizist. Er hat keinerlei Fahndungs- oder Überwachungsfunktion. Jedoch hat der Therapeut eine therapeutische Verantwortung. Macht er sich tatenlos zum Mitwisser wird er korumpierbar. Deswegen muss der Therapeut Stellung beziehen. Zum Schutz allfällig bedrohter Opfer. Dies deckt sich mit dem Behandlungsziel und lässt sich somit ohne weiteres begründen. Ein Klient beklagt sich möglicherweise in einer derartigen Situation, dass er sich hintergangen fühle. Es empfiehlt sich deshalb, zu Beginn einer Behandlung in einem Behandlungsvertrag derartige Modalitäten rechtzeitig zu regeln, und nicht mitten in einer laufenden Behandlung „neue“ Regeln einzuführen. Nichts unterminiert eine Vertrauensverhältnis mehr, als ein derartiges Recontracting (siehe Werner Tschan, 2001; S. 170 - 172).

3.4.4 Grenzen setzen

In der Behandlung nach PSM haben wir es mit Fachleuten zu tun, die Grenzen überschritten und verletzt haben. Grenzverletzungen und -überschreitungen entsprechen ihrem Handlungsmuster. Das selbe werden sie auch in der laufenden Behandlung versuchen. Grenzsetzungen sind aus diesem Grund mit erhöhter Vorsicht und Wachsamkeit vorzunehmen. Sie sollen und dürfen nicht in einer demütigenden Art und Weise erfolgen. Nur so können sie letztendlich für den Klienten eine Hilfe sein - der Therapeut muss deshalb auf grösstmögliche Transparenz seiner Beweggründe achten und diese auch gegenüber dem Täter offenlegen. Wenn der Täter tatsächlich eine Änderung anstrebt, muss er den Behandlungsrahmen beachten.

3.4.5 Ärztliches Geheimniss

Gemäss Art. 321 CH-StGB ist der Behandelnde zu absoluter Verschwiegenheit verpflichtet. Alles was im Rahmen einer Behandlung erfahren wird, gehört unter

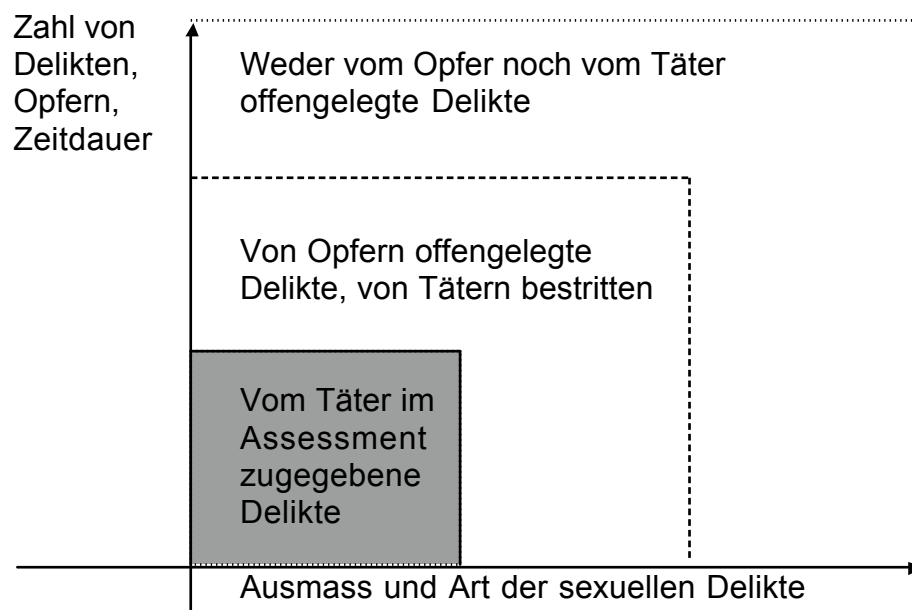
diesen Schutz. Häufig ergibt sich damit ein Interessenskonflikt zu Aufsichts- oder Gerichtsinstanzen. Mittels eines Behandlungsvertrages müssen diese Punkte zu Beginn einer Behandlung geregelt werden. Der Klient muss sich auch in dieser Hinsicht, ob er will oder nicht, den Behandlungsbedingungen unterordnen. Kann er das nicht, oder will er das nicht, ist eine Behandlung nicht durchführbar. Es kann mitunter für Therapeuten eine heikle Güterabwägung bedeuten, sollten sie von Aufsichts- oder Gerichtsbehörden zu einer Aussage, beispielsweise als Zeuge, gezwungen werden.

3.4.6 Therapeut-Klient-Beziehung

Wo in konventionellen Behandlungen der Patient selbst in der Regel die einzige Quelle an Informationen für den Therapeuten darstellt, empfiehlt sich im Falle der Behandlung von Sexualstraftätern ein gegenteiligen Vorgehen. Nur so kann der Manipulationstendenz begegnet werden. Möglicherweise beklagt sich ein Klient darüber, dass ihm nicht geglaubt wird. Der kluge Therapeut bestätigt diese Befürchtung und begründet seine Haltung. Es ist wiederum der Therapeut, der die Behandlungsbedingungen zu setzen hat - anders ist eine erfolgreiche Behandlung (wenn überhaupt) nicht erzielbar. Als Therapeut benötigt man ein inneres Konzept, dem gefolgt werden kann. Verlässt sich ein Therapeut allzu sehr auf die Aussagen eines Klienten, besteht die Gefahr der Kollusion. Verurteilt oder hasst ein Therapeut einen Klienten allzu sehr, kann er nicht mehr mit der nötigen inneren Distanz seine Arbeit verrichten. Der Therapeut muss für den Klienten der Garant bleiben, dass therapeutische Veränderungen möglich sind. Je klarer die therapeutische „Philosophie“, desto klarer verläuft der Behandlungsprozess und entsprechend steigen die Chancen eines positiven Ergebnisses. Wer hilflos nach Lösungen sucht und nicht weiss, was er tun soll, wird kaum das richtige tun.

3.4.7 Konfrontation

Der Therapeut muss immer wieder die Tatvorbereitung, den -ablauf und die nachfolgenden Reaktionen ins Zentrum stellen. Was tat der Täter, wie tat er es, was ging in ihm vor, was dachte er während der Tat, wie fühlte er sich, wie plante er sein Vorgehen? Dies bedingt eine grosse Offenheit. Es muss dem Täter klar gemacht werden, dass ein derartiges Vertrauen zum Therapeuten sich erst herausbilden muss. Der Täter wird zumindest bei Beginn der Behandlung versuchen, diesen Fragen auszuweichen. „Er wisse es nicht mehr so genau Es ist schon so lange her Er habe sich nichts gedacht dabei, alles sei ihm erst hinterher klar geworden“ Oder in vielfachen Steigerungen : „Ach wissen Sie, ich war betrunken.... Ich kann mich an nichts mehr erinnern“ Hier gilt es, geduldig und hartnäckig nachzufragen. Nochmals sei der Grundsatz in Erinnerung gerufen : als Therapeut hat man keine kriminalistische Erkenntnis zu liefern, sondern die Behandlung soll dem Täter dazu verhelfen, dass er sich zukünftig in analogen Situationen anders verhalten kann, resp. dass er seine sexuellen Beziehungen anders gestalten kann. Die Offenheit ist notwendige Voraussetzung, um die Beweggründe zu verstehen und entsprechende Gegenstrategien entwickeln zu können.



Bagatellisierungen, Minimalisierungen, Auslassungen, Lügen durch Sexualstraftäter

Gemäss: W. Ballantyne, 1987. (Übersetzt, mod. W. Tschan)

Begeht der Täter unter Behandlung weitere Delikte oder vorbereitende Handlungen, ist die Möglichkeit einer Selbstanzeige zu diskutieren. Der Therapeut muss sich im initialen Behandlungsvertrag das Recht ausbedingen, die Behandlung jederzeit zu beenden, sollte sich zeigen, dass der Täter die Behandlung als Alibiübung missbraucht. Ein derartiger Schritt muss der Aufsichtsbehörde mitgeteilt werden. Vor dem Behandlungsabbruch ist dem Täter in einer solchen Situation ausreichend Gelegenheit zu bieten, seine Sichtweise mit dem Therapeuten zu erörtern.

3.4.8 Sühne und Wiedergutmachung

Bei erfolgreichem Behandlungsverlauf wird ein Täter ab einem bestimmten Zeitpunkt Empathie gegenüber dem Opfer und dessen Angehörigen empfinden. Er wird in einem schmerzhaften Prozess realisieren, dass er nichts wiedergutmachen kann. Geschehen ist geschehen - da hilft kein jammern und flehen (vergleiche Vanhoeck et al., 2000). Es mag fast biblisch anmuten, diese Bürde hat der Täter zu tragen. Er muss die Tat und sein Versagen irgendwie in sein Selbstkonzept integrieren können. Regelmässig kann man im Vorfeld eines derartigen Schrittes beobachten, wie ein Täter nach Wegen sinnt, mit dem Opfer in Kontakt zu treten, mit der irrigen Vorstellung, etwas wieder gutmachen zu können. Als Therapeut muss man dem Täter klarmachen, dass dies nicht möglich ist.

Allenfalls ist eine Schadensmilderung denkbar. Aber auch dies ist nur möglich, wenn das Opfer bereit ist, dazu Hand zu bieten. Der Zeitpunkt muss durch das Opfer bestimmt werden, ansonsten die Gefahr einer erneuten Victimisierung auf Seiten des Opfers besteht. Oft neigen Fachleute aus narzisstischen Grössenphantasien zu vorschnellen Opfer-Täter-Ausgleichversuchen. Sie sind es dann, die vermeintlich ein lästiges Problem aus der Welt geschafft haben. Wenn ein Opfer jedoch zu diesem Schritt noch nicht bereit ist, muss das ganze eher als

ein „Versöhnungssadismus“ bezeichnet werden. Mit einem gegenseitigen Händeschlag ist es nicht getan (vgl. Lübke 2001, Reemtsma 1998, Soyinka 1999).

3.5 Behandlungsziele

Durch die Behandlung soll ein Change-Prozess initiiert werden, der die betreffenden Fachpersonen zu selbstverantwortlichem Handeln anleitet. Der Prozess verläuft in drei Schritten, wo in einem „labeling“ das Problem als solches erfasst wird. Im nächsten Schritt findet ein „commitment“ statt, wo die Einsicht, dass „das Problem auch mich betrifft“, wachsen muss. In einem dritten Schritt „enactment“ erfolgt schlussendlich eine entsprechende Verhaltensänderung. Es gibt keine Heilung im eigentlichen Sinn, einzig die Kontrollmöglichkeit angesichts der Vulnerabilität zu missbräuchlichem Verhalten kann modifiziert werden. Oft liegen dem Fehlverhalten nicht eigentliche Persönlichkeitsstörungen zu Grunde, sondern eher verfehlte Berufsauffassungen und / oder situationale Einschränkungen. Boundary Training als Behandlungsprogramm basiert den auch mehr auf psychoedukativen und pädagogisch orientierten Konzepten, den auf klassisch psychotherapeutischen Interventionstechniken.

Die vorgeschlagenen Behandlungsmassnahmen stehen der akademisch geführten Diskussion zwischen soziologischen und psychologischen Lehrmeinungen über die Ursachen und Hintergründe von missbräuchlichen Verhaltensmustern entgegen. Vom Standpunkt heutiger Forschung aus gesehen erscheint dieser Diskurs jedoch obsolet (Hass 2001), weil letztendlich das unglückliche Zusammenspiel situativer und persönlicher Faktoren schliesslich zu einem Fehlverhalten führt. Es ist wohl kaum ein einzelner Faktor entscheidend, vielmehr ermöglicht erst das Zusammenspiel vieler Bedingungen die Entstehung von sexuellen Missbrauchssituationen im Rahmen fachlicher Behandlungen. Auch wenn vielfältige Persönlichkeitsdefizite auf Seiten der Fachperson ein derartiges Handeln miterklären mögen, hängt doch der „Erfolg“ letztendlich von den jeweiligen Begleitumständen und den Reaktionen betroffener Opfer ab. Diese Aussage darf jedoch nicht als Schuldzuweisung an die Opfer verstanden werden, sondern soll einzig die Interaktionsdynamik verständlich machen. Die Verantwortung für sexuelle Grenzüberschreitungen liegt in jedem Fall bei den jeweiligen Fachpersonen. Die Behandlungsansätze stellen fern jeglicher akademischen Auseinandersetzung einen pragmatischen Versuch dar, die Inzidenz weitere sexueller Missbräuche im Gesundheitswesen zu reduzieren. Dabei spielt auch die Frage, ob mehr psychotherapeutisch orientierte Behandlungsansätze, oder mehr psychoedukative Ansätze berücksichtigt werden sollen, eine untergeordnete Rolle. So oder so werden die Boundary Trainingsprogramme auf ihre Effizienz und Tauglichkeit hin laufend überprüft werden müssen. Über einen fachlichen Feedback ist somit auch deren Weiterentwicklung sichergestellt. Gegenüber der heutigen Situation bieten die Boundary Trainingsprogramme auf jeden Fall eine fundierte Behandlungsstrategie, die mit dazu beitragen kann, dass die Prävalenz sexueller Missbräuche durch Fachleute verringert werden kann. Mit jeder Person, die damit verschont wird, Opfer eines derartigen sexuellen Missbrauches zu werden, haben wir ein Opfer weniger - auch wenn sich diese These nie empirisch überprüfen lassen wird.

Die Behandlungsziele können in spezifische und allgemeine Aspekte differenziert werden, wobei die spezifischen obligat für jede Behandlung gelten, während die allgemeinen Zielsetzungen je nach individueller Situation und persönlichen Präferenzen, auch von Seiten des Therapeuten, berücksichtigt werden können (nach F. Urbaniok, mod.).

Spezifische Behandlungsziele :

- Missbrauchs-Rekonstruktion
- Kognitive Verzerrungen
- Erklärungskontext
- Steuerung innen - aussen
- Deliktteil der Persönlichkeit
- Opferempathie entwickeln
- Kontrolle und Optimierung der Steuerung
- Offenheit lernen
- Übernahme eigener Verantwortung
- fachliches Know How (in Bezug auf Grenzprobleme)
- Krisenmanagement

Persönliche Ziele :

- Umgang mit Aggressivität und Wut
- Umgang mit Macht und Ohnmacht
- Eigene Opfererfahrungen
- Angstminderung
- Verbesserung von Identitätsproblemen

Vor Behandlungsbeginn wird ein Behandlungsvertrag vereinbart, der Pflichten und Rechte transparent und offen regelt. Insbesondere müssen die Fragen zur Schweigepflicht explizit geklärt werden (Nach dem Motto : „Transparenz statt Abstinenz“ zit. nach F. Urbaniok).

4 Umgang mit Tätern

4.1 Rechtliche Aspekte

In der Schweiz besteht keine explizite Patientenschutz-Gesetzgebung. Der Kanton Zürich hat als erster Schweizer Kanton entsprechende Vorarbeiten in Angriff genommen. Es gibt somit in unserem Lande keine gesetzlichen Bestimmungen, welche sexuelle Kontakte im Rahmen ärztlicher Behandlungen generell verbieten resp. unter Strafe stellen.

Hingegen regelt sowohl das Obligationenrecht, insbesondere § 394 OR ff über das Auftragsrecht, das Arzt-Patienten-Verhältnis, wie auch das Strafrecht sowohl die Verletzung der sexuellen Integrität sowie die Delikte gegen Leib und Leben unter Strafe stellt. Bei den in Zusammenhang mit sexuellen Missbräuchen im Rahmen ärztlicher Behandlungen zur Anwendung gelangenden Straftatbestände handelt es sich in der Regel um Antragsdelikte. Das Strafrecht fordert zudem eine hohe Beweisintensität, indem beim Richter keine Zweifel zurückbleiben dürfen, dass der beschuldigte Täter die Tat entsprechend der Anklageschrift verübt hat. Da bei Sexual-Delikten im Rahmen ärztlicher Behandlungen selten direkte Zeugen resp. Beweise vorliegen, kann die geforderte Beweisintensität häufig nicht erbracht werden. Dem Richter bleibt so häufig keine andere Wahl, als nach dem Grundsatz der Unschuldsvermutung die angeklagte Fachperson „in dubio pro reo“ freizusprechen.

Diese Situation ist äusserst unbefriedigend, nicht nur in der Schweiz. Die Strafjustiz funktioniert diesbezüglich in allen westlichen Industrienationen nach mehr oder weniger den gleichen Grundsätzen, auch wenn die Verfahren sowie die gesetzlichen Bestimmungen im Einzelfall sehr divergierend sind. Die fehlende Rechtssicherheit bei Delikten gegen die sexuelle Integrität hat zu einem zunehmenden Vertrauensschwund bei Opfern sexueller Delikte in die Strafjustiz geführt, die sich beispielsweise darin äussert, dass laut einer deutschen Umfrage unter professionellen Opferberatungsstellen gegen sexuelle Gewalt in 94% Fälle von der Erstattung einer Anzeige abgeraten wurde (Fegert 2001). Selbst in den Vereinigten Staaten - wo aus unserer Sicht den Juristen gerne eine unglaubliche Prozesswut attestiert wird - erklären Juristinnen selbst nach erfolgreichen Verfahren, dass sie keinem Opfer eines sexuellen Missbrauches durch einen Arzt ein derartiges Prozedere zumuten können und deshalb von strafrechtlichen Verfahren abraten würden (persönliche Mitteilungen).

4.1.1 Auszug aus dem Schweizerischen Strafgesetzbuch (StGB)

Das schweizerische Strafrecht in der heutigen Form ist seit 1942 in Kraft und seither wiederholt revidiert worden, letztmals 1992. Der Grundgedanke beruht auf einem Sühne- und Abschreckungszweck, wie er in Art. 37 StGB formuliert wird. Durch neuere Formulierungen (1971) wurde dem Anliegen der Resozialisierung besondere Bedeutung beigemessen. Bei Vorliegen ernsthafter psychischer Krankheiten gelangen Art. 10 (Unzurechnungsfähigkeit) und 11 StGB (Verminderte Zurechnungsfähigkeit) zur Anwendung. Die für die psychische Beeinträchtigung verwendeten Ausdrücke entsprechen nicht der Psychiatrischen Nosologie, sondern stellen kategorisierende Rechtsbegriffe dar. Aufgrund dieser beiden Bestimmungen können durch den Richter sichernde oder therapeutische

Massnahmen nach Art. 43 oder 44 StGB angeordnet werden. Die Voraussetzungen für die Anwendung dieser beiden Artikel sind nicht gegeben, wenn Selbstverschulden (Art. 263 StGB) die Ursache darstellt, oder gar im Hinblick auf eine kriminelle Handlung selbst herbeigeführt wurde (Art. 12 StGB). Massnahmen gemäss Art. 43 StGB sind zeitlich nicht befristet und dauern bis zu ihrem Erfolg oder Abbruch. (Ausführungen gemäss J.-P. Pauchard : Besonderheiten im schweizerischen Recht. In : Venzlaff U. und Foerster K. : Psychiatrische Begutachtung. Urban und Fischer Verlag, München, 2000. S. 595-603).

Die nachfolgenden Strafgesetzbestimmungen sind für die sexuelle Integrität massgebend (*Bezeichnungen kursiv*) :

Art. 189 (*Sexuelle Nötigung*)

¹ Wer eine Person zur Duldung einer beischlafähnlichen oder einer sexuellen Handlung nötigt, namentlich indem er sie bedroht, Gewalt anwendet, sie unter psychischen Druck setzt oder zum Widerstand unfähig macht, wird mit Zuchthaus bis zu zehn Jahren oder mit Gefängnis bestraft.

² Ist der Täter der Ehegatte des Opfers und lebt er mit diesem in einer Lebensgemeinschaft, wird die Tat auf Antrag verfolgt. Das Antragsrecht erlischt nach sechs Monaten. Artikel 28 Absatz 4 ist nicht anwendbar.

³ Handelt der Täter grausam, verwendet er namentlich eine gefährliche Waffe oder einen anderen gefährlichen Gegenstand, so ist die Strafe Zuchthaus nicht unter drei Jahren. Die Tat wird in jedem Fall von Amtes wegen verfolgt.

Art. 190 (*Vergewaltigung*)

¹ Wer eine Person weiblichen Geschlechts zur Duldung des Beischlafs nötigt, namentlich indem er sie bedroht, Gewalt anwendet, sie unter psychischen Druck setzt oder zum Widerstand unfähig macht, wird mit Zuchthaus bis zu 10 Jahren bestraft.

² Ist der Täter der Ehegatte des Opfers und lebt er mit diesem in einer Lebensgemeinschaft, wird die Tat auf Antrag verfolgt. Das Antragsrecht erlischt nach sechs Monaten. Artikel 28 Absatz 4 ist nicht anwendbar.

³ Handelt der Täter grausam, verwendet er namentlich eine gefährliche Waffe oder einen anderen gefährlichen Gegenstand, so ist die Strafe Zuchthaus nicht unter drei Jahren. Die Tat wird in jedem Fall von Amtes wegen verfolgt.

Art. 191 (*Schändung*)

Handelt der Täter grausam, verwendet er namentlich eine gefährliche Waffe oder einen anderen gefährlichen Gegenstand, so ist die Strafe Zuchthaus nicht unter drei Jahren. Die Tat wird in jedem Fall von Amtes wegen verfolgt.

Wer eine urteilsunfähige oder eine zum Widerstand unfähige Person in Kenntnis ihres Zustandes zum Beischlaf, zu einer beischlafähnlichen oder einer anderen sexuellen Handlung missbraucht, wird mit Zuchthaus bis zu zehn Jahren oder mit Gefängnis bestraft.

Art. 192 (*Sexuelle Handlungen mit Anstaltspfinglingen*)

¹ Wer unter Ausnützung der Abhängigkeit einen Anstaltspfingling, Anstaltsinsassen, Gefangenen, Verhafteten oder Beschuldigten veranlasst, eine sexuelle Handlung vorzunehmen oder zu dulden, wird mit Gefängnis bestraft.

² Hat die verletzte Person mit dem Täter die Ehe geschlossen, so kann die zuständige Behörde von der Strafverfolgung, der Ueberweisung an das Gericht oder der Bestrafung absehen.

Art. 193 (*Ausnützung einer Notlage*)

¹ Wer eine Person veranlasst, eine sexuelle Handlung vorzunehmen oder zu dulden, indem er eine Notlage oder eine durch ein Arbeitsverhältnis oder in anderer Weise begründete Abhängigkeit ausnützt, wird mit Gefängnis bestraft.

² Hat die verletzte Person mit dem Täter die Ehe geschlossen, so kann die zuständige Behörde von der Strafverfolgung, der Überweisung an das Gericht oder der Bestrafung absehen.

Art. 198 (*Sexuelle Belästigung*)

Wer vor jemandem, der dies nicht erwartet, eine sexuelle Handlung vornimmt und dadurch Ärger erregt, wer jemanden tätlich oder in grober Weise durch Worte sexuell belästigt, wird, auf Antrag, mit Haft oder Busse bestraft.

4.1.2 Zivilrechtliche Überlegungen

Für die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit gelten die dienstrechtlichen Grundsätze nach OR 394 ff. Durch die Annahme eines Auftrages verpflichtet sich der Beauftragte, die ihm übertragenen Geschäfte oder Dienste vertragsgemäss zu besorgen. Laut Art. 398 Absatz 2 gilt folgendes : Der Beauftragte haftet dem Auftraggeber für getreue und sorgfältige Ausführung des ihm übertragenen Geschäftes. Der Vertrag kann auch stillschweigend abgeschlossen werden, d.h. es bedarf keiner ausdrücklichen Zustimmung. Meist wird der Vertrag zwischen Patient und Arzt mündlich abgeschlossen. Laut Kuhn (in: Honsell 1994, S. 24) *obliegt dem Arzt grundsätzlich die stillschweigend im Auftrag enthaltene Verpflichtung, alles zu unternehmen, um den Patienten zu heilen und alles zu vermeiden, was ihm schaden könnte. Handelt der Arzt diesem Vertragszweck in irgendeiner Weise zuwider, so begeht er eine positive Vertragsverletzung. Relevant sind somit nicht nur Pflichten, die ihm Vertrag ausdrücklich vorgesehen sind; erfasst werden vielmehr auch jene Pflichten, die sich aus dem Vertragszweck ganz allgemein ergeben.*

Nach OR Art. 97 ff haftet der Arzt für einen allfälligen Schaden, der aus der Verpflichtung des Arztes resultiert, wenn infolge Nicht- resp. nicht gehöriger Erfüllung des Auftragsverhältnisses zufolge Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht sich für den Patienten ein Nachteil ergibt. Wenn ein Patient einen Schaden beklagt, eine Vertragsverletzung geltend macht und ein adäquater Kausalzusammenhang zur Schadensursache angenommen wird, wird grundsätzlich das Verschulden des Arztes vermutet. Dem Arzt steht in dieser Situation als Beschuldigter der Nachweis offen, nicht schuldhaft gehandelt zu haben (sogenannter Exkulpationsbeweis). *Auf der Grundlage der Beweislastverteilung hat im Falle einer Vertragsverletzung vorab der Arzt als Schuldner nachzuweisen, dass ihn kein Verschulden an der Vertragsverletzung trifft* (Kuhn, in Honsell 1994, S. 31). Der Richter hat die ärztliche Handlungsweise am Massstab der objektiven gebotenen Sorgfaltspflicht zu werten und zu würdigen.

Ärzte im Anstellungsverhältnis, in der Regel an einer Klinik tätig, unterstehen je nach Trägerschaft entweder dem privaten (d.h. OR) oder dem öffentlichen Recht. Für letztere Situation gelten die kantonalen Verantwortlichkeitsgesetze.

4.1.3 Haftpflichtrechtliche Überlegungen

Sexuelle Handlungen im Rahmen fachlicher Beziehungen werden durch die Haftpflicht-Versicherungsgesellschaften als vorsätzliche Handlungen eingestuft. Eine reine Fahrlässigkeit, welche einen Versicherungsanspruch begründen würde, liegt bei sexuellen Handlungen nie vor. Dies entspricht im Grunde der Konzeption, dass sexuelle Handlungen intendiert werden, und bei Fachleuten vorausgesetzt werden kann, dass sie über ausreichende Kenntnisse verfügen, welche Folgen bei betroffenen Opfern resultieren können. Damit tragen Ärzte das Risiko allfälliger finanzieller Forderungen selbst, sie können sich dafür nicht versichern.

Dies ist sicher mit ein Grund, dass beschuldigte Ärzte alle Anschuldigungen abzustreiten versuchen. Umgekehrt laufen betroffene Opfer Gefahr, dass ihre finanziellen Ansprüche nicht erfüllt werden können. Wenn beispielsweise längere

Arbeitsunfähigkeiten bei einer betroffenen Person als Folge sexueller Übergriffe resultieren, können rasch 6-stellige Beträge erreicht werden.

4.1.4 Opferhilfegesetz (OHG)

Das OHG ist seit dem 01. Januar 1993 in Kraft und hat zu gewissen Verbesserungen des Persönlichkeitsschutzes von Opfern sexueller Beziehungsdelikte beigetragen. Die Implementierung dieses Gesetzes weist zudem auf einen Paradigmawechsel des Justizsystems hin, indem die Anliegen der durch Strafdelikte betroffenen Personen vermehrt berücksichtigt werden. Dennoch führt das Prinzip der Unschuldsvermutung, welches durch die Justizsysteme der westlichen Zivilisationen zu Recht als grosse Errungenschaft betrachtet wird, gerade gegenüber angeschuldigten Fachleuten immer wieder dazu, dass selbst Ermittlungsbehörden von der Unschuld angeklagter Fachleute ausgehen, und die Untersuchungsmassnahmen damit entweder von vorne herein, oder zumindest im weiteren Verfahren, unzuverlässig durchgeführt werden (vgl. beispielsweise Fall Glinz, NZZ 2001).

Das Gesetz verpflichtet die Kantone, Opferhilfestellen zu betreiben. Für Basel-Stadt und Basel-Land existieren 3 Opferberatungsstellen :

- Beratungsstelle Opferhilfe beider Basel
- Beratungsstelle Notteléfono (sexuelle Gewalt und häusliche Gewalt an Frauen)
- Beratungsstelle Triangel (Kinder und Jugendliche)

Wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind, können die Beratungsstellen finanzielle Hilfen leisten. Damit soll verhindert werden, dass die Opfer als Folge von Straftaten in finanzielle Notlagen geraten. Die Beratungsstellen bieten jedoch auch neben Kriseninterventionen Begleitpersonen bei Einvernahmen und Verhandlungen an, sowie Beratung und Vermittlung von geeigneten Fachpersonen. Für die Inanspruchnahme von OHG-Leistungen muss nicht notwendigerweise ein Strafverfahren ins Laufen gebracht werden, es genügt, wenn die betreffende Person oder nahestehende Angehörige durch eine Straftat oder ein Delikt erheblich geschädigt wurden. Dazu gehören naturgemäss die Straftaten gegen die sexuelle Integrität. Ein allfälliger Anspruch muss zwingend innerhalb von 2 Jahren geltend gemacht werden. Durch das Attentat im Kanton Zug vom 27.09.2001 zeigen sich nun jedoch deutliche Mängel am bestehenden Gesetz (NZZ Nr. 7 2002), auf welche durch Opfer sexueller Delikte wiederholt erfolglos hingewiesen worden war. Der Kanton Zug intiiert nun eine Anschlussgesetzgebung, welche die bestehenden Härtefälle mildern soll.

Das Opferhilfegesetz sieht keine Massnahmen auf Täterseite vor, obwohl gerade im Bereich der sexuellen Delinquenz Behandlungsmassnahmen auf Seiten der Täter als effektive Form von Opferschutz erkannt worden sind.

4.1.5 Krankenversicherungsrecht

Die grösste Dachorganisation der Krankenversicherer, die Santésuisse, zeigte sich in einem Schreiben weitgehend an der Thematik desinteressiert (Santésuisse, persönliche Mitteilung, 2001), was angesichts von Qualitätssicherungsanforderungen im Gesundheitswesen einerseits und

resultierenden Folgekosten andererseits unverständlich erscheint. Der Dachverband der schweizerischen Krankenversicherer ist der Ansicht, dass sich die Patienten-Organisationen um derartige Belange zu kümmern hätten. Diese Auffassung ist umso unverständlicher, als gemäss Schätzungen über resultierende Gesundheitskosten als Folge sexueller Übergriffe im Gesundheitswesen von einer jährlichen Summe von mindestens 100 Mio. Euro (150 Millionen CHF) ausgegangen werden muss (Brodbeck 1994, Tschan 2001).

4.2 Administrative Aspekte

In der Schweiz obliegt den Administrativbehörden die Überwachung der Qualität ärztlicher Leistungen. Basis bilden die kantonalen Medizinalgesetze. Obwohl einzelne Bereiche im Laufe der Jahre auf nationaler Ebene geregelt wurden, gilt nach wie vor im Gesundheitswesen mit vielfältigen Regulierungen die kantonale Rechtshoheit. Die kantonalen Gesundheitsbehörden können Kriterien festlegen, in welchen Situationen eine Praxisbewilligung erteilt resp. suspendiert wird. Zu diesen Kriterien gehört beispielsweise, dass wenn eine Medizinalperson aufgrund einer Krankheit nicht mehr in der Lage ist, ihren Beruf korrekt auszuüben, die Zulassung zu suspendieren ist. Damit verfügen die Administrativbehörden über die Möglichkeit, unabhängig von Strafrechtsbestimmungen gegen Ärzte vorzugehen, welche ihre Patienten sexuell missbrauchen. Die bisher geltende Sprachregelung in unserem Lande ging davon aus, dass die Ärzteschaft Verstösse gegen die Standesregeln in eigener Kompetenz beurteilt und ahndet (R. Dreifuss, persönliche Mitteilung 2000). Die Ärzteschaft hat jedoch weder de facto noch de jure irgendwelche rechtlichen Mittel zur Durchsetzung allfälliger angeordneter Massnahmen. Aus Gründen der staatlichen Gewaltenteilung sollte die MedGes resp. die Ärzteschaft dies auch nicht anstreben.

Der FMH Standesordnung kommt keine allgemeine Rechtsverbindlichkeit zu, sondern sie stellt eine vereinsrechtliche Erklärung dar. Zudem führen die standesgerichtlichen Verfahren unter Umständen zu Rechtskollusionen, indem beispielsweise strafrechtlich relevante Delikte nicht zur Anzeige gelangen. Die Administrativbehörden haben inzwischen den Handlungsbedarf erkannt und fordern aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen die ärztlichen Berufsorganisationen zur Meldung allfälliger Verstösse.

4.3 Umgang mit dem Problem

Die ärztlichen Ehrenräte sind weder personell noch rechtlich in der Lage, gegen Kollegen nach sexuellen Missbräuchen wirkungsvoll vorgehen zu können. Sie waren dies auch in der Vergangenheit nicht. Nun galten sexuelle Missbräuche selbst unter Fachleuten lange als ein Gentlemensdelikt, und erst die Diskussion der zurückliegenden Jahre hat vielen die Brisanz und Bedeutung der Problematik vor Augen geführt. Niemand war sich der Häufigkeit sexueller Missbräuche bewusst. Aufgrund des bisherigen Anzeigeverhaltens durfte man von bedauerlichen Einzelfällen ausgehen, ein Handlungsbedarf war scheinbar nicht gegeben.

Der bisherige Umgang mit angeschuldigten Kollegen durch die MedGes muss als reichlich blauäugig und unprofessionel bezeichnet werden. Wirkungsvolle Massnahmen konnten aufgrund der fehlenden Durchsetzungsmöglichkeiten auch

nicht ergriffen werden. Die von den ärztlichen Ehrenräten ausgesprochenen Massnahmen, wie etwa ein Praktizieren nur bei offener Praxistüre und ähnlichen dilettantischen Massnahmen konnten nie im Hinblick auf ihre Einhaltung überprüft werden. Wenn Supervision als Auflage erteilt wurde, liess man den Kollegen den ihm genehmen Supervisor bestimmen, und ähnlichen Dingen. Das derartige Massnahmen nicht sehr wirkungsvoll sind, leuchtet ein. Wenn jedoch in der Vergangenheit der gleiche Kollege mehrmals wegen der gleichen Vergehen vor Ehrenrat angeklagt und verurteilt wurde, und immer mit den mehr oder weniger selben Auflagen versehen wurde, kann man heute nur noch den Kopf schütteln. Viele Opfer beklagten wohl zu Recht die fehlende Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der getroffenen Massnahmen - umso mehr als durch den gleichen Täter oft weitere Personen zu Schaden kamen. Aus heutiger Sicht müssen viele Verfahren fallbezogen als suboptimal bezeichnet werden.

Erschwerend kam in den letzten Jahren hinzu, dass beispielsweise der Ehrenrat der MedGes klarer gegen sexuelle Missbräuche vorging, jedoch vom schweizerischen ärztlichen Ehrenrat in Appellationsverfahren erheblich desavuiert wurde. Die bisherige Zusammenarbeit zwischen dem Ehrenrat und den administrativen Behörden führte ebenfalls nicht zu adäquaten Reaktionen.

4.4 Falsche Anschuldigungen

Falsche Anschuldigungen kommen vor, sei es auch Rache, sei es aus anderen Motiven. Deshalb sind alle Klagen und Anschuldigungen sorgfältig zu prüfen. Dazu T. Gutheil : *„though warning us against automatic and uncritical acceptance of all complaints“*. Auch wenn viele angeschuldigte Ärzte zu einer Verteidigungsstrategie greifen, welche als „Blaming the Victim“ bekannt ist (auf deutsch etwa : Täter-Opfer-Umkehrung), so sind doch aufgrund der Häufigkeitserwartungen die Anklagen meist wahr und leider zutreffend. Nochmals sei Gutheil zitiert : *„delusionally based false accusations are very rare“*.

Auf der anderen Seite müssen die Folgen bedacht werden, wenn ein Arzt zu Unrecht beschuldigt wird : *„as regards the stigma of misconduct, it is nearly as bad for the clinician to be accused as to be guilty, so the threat of accusation carries considerable weight“* (zit. nach Gutheil 1991).

Sonderbar mutet es jedenfalls an, dass die Thematik : „Missbrauch mit dem Missbrauch“ eine derartige Beachtung gefunden hat, während auf der anderen Seite die Auseinandersetzung mit den tatsächlich stattfindenden Missbräuchen durch die professional community bisher sträflich vernachlässigt wurde. Hier gilt es, die Proportionen zu wahren, und nicht in einen ideologisch gefärbten Diskurs zu verfallen, der uns gewissermassen weis machen will, weil einzelne wohl tatsächlich den Missbrauch missbräuchlich instrumentalisieren, alle Anschuldigungen und Klagen damit automatisch nach demselben Strickmuster verfasst und damit zu Unrecht erhoben seien. Interessierte Leser seien auf die historischen Ausführungen verwiesen, welche in Zusammenhang mit der false memory Bewegung und der Thematik des sexuellen Kindsmisbrauches die Hintergründe kritisch bewertet (Finger-Trescher und Krebs 2000) und insbesondere auch die Haltungen und Ansichten der medizinischen Fachwelt zum Thema hat.

4.5 Erwartungen betroffener Opfer

Die wenigsten Opfer sexueller Missbräuche durch Ärzte trachten danach, einen Fachmann ruinieren zu wollen, weder aus Rache noch aus Vergeltungsmotiven. Meistens wünschen sie nicht einmal dessen Bestrafung. Weit mehr möchten sie, dass das selbe Schicksal anderen Personen erspart bleibt und sich die gleiche Tat nicht wiederholt. Im Vordergrund steht die Hoffnung auf Anerkennung des Unrechts, welches ihnen angetan wurde. Diese Anerkennung hilft Opfern regelmässig, ihren Heilungsprozess (vgl. die Ausführungen zur Psychotraumatologie) abschliessen zu können. Dazu ein Zitat aus dem Lehrbuch für Psychotraumatologie von Fischer und Riedesser (1998) : *„Traumatische Erfahrungen enden unter subjektiven Gesichtspunkten, vor allen wenn sie von Menschen verursacht werden, erst dann, wenn die zerstörte zwischenmenschliche und ethische Beziehung durch Anerkennung von Verursachung und Schuld wieder hergestellt wurde. Exemplarische Situationen enden nicht einfach, wenn Zeit vergeht. Daher heilt Zeit allein nicht alle Wunden. Vielmehr muss eine qualitativ veränderte Situation entstehen, die die traumatischen Bedingungen in sich aufhebt und einen qualitativ neuen Anfang erlaubt. Bei dieser Auflösung und Überwindung von traumatischen Situationen sind Schuldanerkennung, Wiedergutmachung, aber auch Fragen von Sühne und Strafe von Bedeutung“*. Diese Anerkennung trägt auch wesentlich dazu bei, innerhalb der eigenen Partnerbeziehungen Fragen von Schuld und Verantwortung zu klären. Bleibt diese Anerkennung aus, können gravierende persönliche Folgen resultieren.

4.6 Ethische Überlegungen

Die medizinethische Entscheidungsfindung angesichts der Problematik der sexuellen Missbräuche durch Fachleute kann sich auf drei Ebenen vollziehen. Dabei spielt die Frage, was aus moralischer Sicht innerhalb einer Arzt-Patienten-Beziehung statthaft ist, resp. was nicht, eine entscheidende Rolle.

1. Bedeutungs- und Sinnebene
2. Ebene der Ethiktheorien
3. Ebene der praktischen Entscheidungsfindung

4.6.1 Bedeutungs- und Sinnebene

Damit sind Reflexionen angesprochen über das Thema Sexualität im Generellen, die Bedeutung für die Arzt-Patienten-Beziehung und den „Vertrauensraum“ innerhalb ärztlicher Behandlungen. Hier spielen gesellschaftliche Wertungen, Haltungen und Erwartungen hinein. Die Arbeit von Ärzten führt häufig zu Grenzverletzungen, die im normalen menschlichen Alltag undenkbar sind. Da sie im Dienste einer medizinischen Behandlung erfolgen, werden diese Handlungen jedoch als notwendig und oder sinnvoll erachtet. Damit werden den Ärzten in Ausübung ihrer Tätigkeiten Massnahmen, wie etwa das Eindringen und Blicke in Körperöffnungen, oder Befragungen zu intimen und persönlichen Details zugestanden, die andernorts nicht denkbar sind. All diese Massnahmen werden wohl nicht zuletzt durch das Vertrauen ermöglicht, welches Patienten ihrem Arzt entgegenbringen, dass er ihnen damit zu helfen versucht.

Plakativ formuliert könnte man sich fragen: erwarten wir von einer Fachperson im Gesundheitswesen, dass sie sich auf sexuelle Handlungen gegenüber Patienten einlässt? Diese Frage kann klar mit nein beantwortet werden. Es gibt keine Indikationen zu sexuellen Handlungen, denen eine heilende Bedeutung im medizinischen Sinne zukommt. Die Standesordnung FMH 1997 formuliert folgerichtig klar und eindeutig, dass sexuelle Handlungen im Rahmen ärztlicher Tätigkeiten eine Ausnützung einer Abhängigkeitsbeziehungen darstellen und unstatthaft sind. Dieser Grundsatz gilt ausnahmslos, was im medizinethischen Schrifttum in der Formulierung eines „zero tolerance standard“ zum Ausdruck kommt. Hinter dieser Formulierung verbergen sich normative gesellschaftliche und berufsethische Prinzipien, welche sich über Jahrhunderte entwickelt haben und die abendländische christlich-jüdische Medizinentwicklung geprägt haben. Bereits der Hippokratische Eid formulierte vor über 2400 Jahren diesen grundlegenden Ethos.

4.6.2 Ebene der Ethiktheorien

Hier erfolgt eine Art Güterabwägung zwischen den 4 medizinethischen Prinzipien, wie sie durch Beauchamp und Childress (2001) in „Principles of Biomedical Ethics“ formuliert wurden : Autonomy, Nonmaleficance, Beneficance and Justice. Cullen (1999) hat in einem medizinethischen Artikel 5 Argumente dargelegt, wieso sexuelle Handlungen im Rahmen ärztlicher Behandlungen unstatthaft sind. Das erste Argument beruht auf den empirischen Daten, welche zeigen, dass sexuelle Handlungen im Rahmen ärztlicher Behandlungen in den meisten Fällen zu erheblichen Folgen führen und keineswegs als harmlose Begebenheiten abgetan werden können. Damit postuliert Cullen folgende These: 1. Sexuelle Kontakte zwischen Arzt und Patient sind manchmal mit gravierenden Folgen für den Patienten verbunden. 2. Es gibt keine Patienten, deren Leben durch sexuelle Kontakte ihrer Ärzte im Rahmen von Behandlungen gerettet wurden. 3. Eine verlässliche Vorussage, welche Patienten gravierende Folgeschäden nach sexuellen Kontakten haben, ist nicht möglich. 4. Ärztliche Handlungen, die gelegentlich zu gravierenden Folgeschäden führen; Handlungen, welche zudem nie lebenserhaltend sind, und wo nie vorausgesagt werden kann, wer von derartigen Folgeschäden betroffen sein kann, sollen nicht durchgeführt werden. Er zieht daraus die folgende Conclusion : Sexuelle Kontakte zwischen Arzt und Patient sollten nie stattfinden.

Ein zweites Argument ist ein Prinzipienargument basierend auf den berufsethischen Anforderungen an einen Arzt. Sie sind beispielsweise in der Standesordnung aufgeführt. Das dritte Argument ist ein tugendethisches und definiert den „guten“ Arzt. Diese tugendethischen Anforderungen fließen bereits in die ärztliche Ausbildung ein. Ein viertes Argument ist ein a priori Argument in der nachfolgenden Art: 1. Die Arzt Patienten-Beziehung hat die und die Eigenschaften. 2. Eine sexuelle Beziehung zwischen zwei Menschen kann genau diese Eigenschaften nicht haben. Folglich sind Patienten keine Sexualpartner. Zu diesen Eigenschaften unter 1) gehört beispielsweise die Notwendigkeit fachlicher und emotionaler Distanz gegenüber einem Patienten, was sich etwa in der mehr intuitiven Haltung vieler Ärzte ausdrückt, dass sie ihre nächsten Angehörigen nicht selbst behandeln wollen und können.

Das letzte und zugleich stärkste Argument ist ein kontrafaktisches: Wenn sexuelle Kontakte zwischen Ärzten und Patienten ausdrücklich gestattet wären, würde dies

zu inakzeptablen Konsequenzen im Gesundheitswesen führen. Cullen zieht daraus erneut die Conclusio: Sexuelle Kontakte zwischen Ärzten und Patienten sind nie erlaubt. Er leitet daraus die Forderung ab, dass nur ein „zero tolerance standard“ gegenüber sexuellen Handlungen im Gesundheitswesen richtig sein kann.

Weiter werden grundlegende ethische Regeln verletzt, wenn eine Fachperson sexuelle Grenzverletzungen begeht. Sexuelle Handlungen sind nie eine anerkannte Heilbehandlung, sondern dienen letztendlich immer der Befriedigung eigener Bedürfnisse und Interessen. *„Handle so, wie du selbst in der entsprechenden Situation behandelt werden möchtest.“* Die goldene Regel allen menschlichen Handelns besagt für uns Ärzte: wenn ich selbst dieser Patient wäre, oder dessen Angehöriger - würde ich dann diese sexuellen Handlungen gutheissen? Wären die sexuellen Handlungen im Rahmen der ärztlichen Massnahmen für den Heilungsprozess erwünscht und sinnvoll? Die Antwort ist klar, womit die in der Standesordnung FMH 1997 unter Art. 4 aufgenommene Regel sinnvoll ist.

Die von Kant formulierte Universalisierungsregel besagt: *„Handle so, dass deine Grundsätze, nach denen du dich richtest, allgemeine Gesetze sein können.“* (Immanuel Kant: Grundlagen zur Metaphysik der Sitten, 1785). Diese Regelung nannte Kant den kategorischen Imperativ. Die Regel soll nicht nur im Einzelfall, hier und jetzt, und nur für dich, sondern für alle, immer und überall in vergleichbaren Situationen, Gültigkeit haben. *„Behandle eine Person niemals bloss als Mittel, sondern immer auch als Zweck an sich selbst.“* Diese als Instrumentalisierungsverbot bekannte zweite Formulierung des kategorischen Imperatives nach Kant schliesst es aus, Patienten als Objekte einer sexuellen Befriedigung zu betrachten.

Schliesslich besagt die utilitaristische Grundregel der Nützlichkeit: *„Diejenigen Handlungen sind moralisch richtig, deren Folgen für das Wohlergehen aller Betroffenen optimal sind“* (Jeremy Bentham: The Principles of Morals and Legislation, 1789). Die Fürsorge-Ethik (Ethics of care) betont den hohen Stellenwert der Beziehungen und die Folgen der Nichtbeachtung der resultierenden Abhängigkeit. Im zentralen Berufsethos finden diese medizinethischen Prinzipien ihren Niederschlag: *„Das Wohl des Kranken ist das oberste Gesetz“ (Salus aegroti suprema lex) und „Nichts ist wichtiger, als dem Kranken nicht zu schaden“ (primo nil nocere).*

4.6.3 Ebene der praktischen Entscheidungsfindung

Auf der Ebene der konkreten Entscheidungsfindung lässt sich erneut eine Aufteilung der unterschiedlichen Elemente vornehmen, welche in den Prozess hineinspielen:

1. Normative Gesichtspunkte
2. Haltungsethische Aspekte
3. Prozedurale Aspekte

Unter den normativen Gesichtspunkten hat unbestritten der *informed consent* eine zentrale Bedeutung erlangt. Dieser Grundsatz soll erneut sicherstellen, dass der Patient keinen Schaden erleidet. Im eigentlichen Sinne erlangt der Arzt durch die

Zustimmung des jeweiligen Patienten die vollumfängliche Autorisation zu bestimmten Handlungen, während in einem übertragenen Sinn damit die Regeln der ärztlichen Kunst zur Anwendung gelangen. Als Voraussetzung gelten die freiwillige und kompetente Urteilsfähigkeit des jeweiligen Patienten. Weiter kann der *informed consent* in einen Informationsteil, der das vollumfängliche Verständnis auf Seiten des Patienten für den betreffenden Gegenstand voraussetzt, sowie einen Zustimmungsteil unterschieden werden. M. Plaut (1995) hat in einem ironisierenden Beitrag die Voraussetzungen untersucht, ob Ärzte bei sexuellen Handlungen gewissermassen einen informed consent gelten machen können, wenn eine ausdrückliche Einwilligung des Patienten vorliegt. Nach den Regeln des *informed consent* müsste dabei eine Aufklärung über Folgen und Nebenwirkungen erfolgen. Doch selbst die Zustimmung des Patienten kann den Arzt nicht von seiner Verantwortung entbinden. Die haltungsethischen Gesichtspunkte hinterfragen auf der persönlichen Ebene die jeweiligen moralischen und praktischen Wertungen in Bezug auf ärztliche Handlungen. Dabei führen die sozialen Rollenzuschreibungen klar zu einem Verbot aller sexuellen Handlungen durch Ärzte. Nur ausgesprochene Scharlatane werden argumentieren, dass sexuelle Handlungen einem Patienten genützt haben und somit zulässig seien.

Bei den prozeduralen Gesichtspunkten kann das Modell von Ruth Baumann-Hölzle (1999) zur klinischen Entscheidungsfindung wesentliches beitragen. Gemäss diesem Modell vollzieht sich die Entscheidungsfindung in 7 Schritten. Dieses Modell wurde für den interdisziplinären Dialog ethischer Urteilsbildung und Entscheidungsfindung entwickelt, und findet auch in der nachträglichen Evaluation Verwendung.

4.6.3.1 Wahrnehmung eines Sachverhaltes als sittliches Problem

Dass sexuelle Missbräuche im Gesundheitswesen überhaupt ein moralisches Problem darstellen, muss zuerst auf allen Ebenen wahrgenommen werden. Dabei gilt es, sowohl sexuelle Tabus zu überwinden, wie auch der Verwirrung zu begegnen, die der moralische Relativismus angesichts der Tatsache auslöst, dass einige Fachleute im Gesundheitswesen auf grösste Weise ihre Patienten sexuell ausnutzen und damit schädigen. Die mantra-artige Wiederholung der Aussage, dass unser Gesundheitswesen einem hohen Qualitätsstandart entspricht, erfährt vor dem Hintergrund der Häufigkeit von PSM (professional sexual misconduct) eine empfindliche Infragestellung. Es muss an dieser Stelle auch berücksichtigt werden, dass weder die Standartwerke zur Medizin-Ethik noch die forensischen Lehrbücher das Thema auch nur mit einer Silbe erwähnen. Offensichtlich werden diese unliebsamen Aspekte durch alle Fachleute skotomisiert, wodurch fälschlicherweise der Eindruck entstehen mag, dass es derartige Vorfälle überhaupt nicht gibt.

Die Erkennung und Wahrnehmung des Sachverhaltes setzt fachliche Kompetenz und einen interdisziplinären Dialog voraus. Sexuelle Missbräuche im Gesundheitswesen sind letztlich nicht auf ein strafrechtliches, oder aufsichtsrechtliches Problem zu reduzieren, sondern die Problematik tangiert unterschiedliche Gesichtspunkte. Die Medizin versteht sich als Wissenschaft, welche sich auf Fakten und objektiv Gültiges abstützt. Die wissenschaftstheoretische Reflexion zeigt nun jedoch unmissverständlich, dass

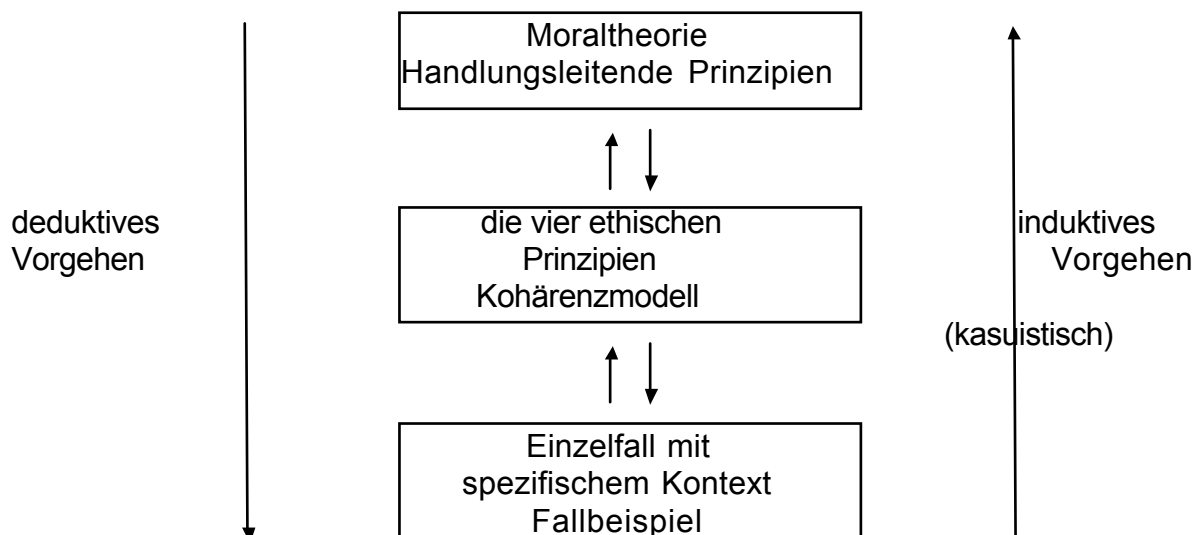
Fakten und „objektiv“ Gültiges immer aus einer bestimmten Perspektive und Haltung formuliert werden - sie sind deshalb letztendlich soziale Konstrukte. Die *Medical Anthrology* nimmt sich dieses Sachverhaltes an und untersucht, wie „kollektive Bedeutungen, soziale Institutionen und politische Machtverhältnisse ... medizinisches Wissen und therapeutisches Handeln bedingen (Kleinman 1995 zit. in Illhardt 1998). Die Genderforschung hat insbesondere zu den Themen Sexualität und Machtverhältnisse eine neue, perspektivische Sichtweise geliefert, die es zu berücksichtigen gilt.

4.6.3.2 Kontextanalyse

„An einem sittlichen Problem sind meist mehrere Menschen beteiligt“ so Ruth Baumann-Hölzle (1999). Neben der zentralen Frage, wie sich eine sexuelle Handlung im Beziehungskontext der beteiligten Personen abspielt und welche Folgen resultieren, ist an dieser Stelle auch zu berücksichtigen, welche weiteren Kreise damit tangiert werden. Sexuelle Handlungen zwischen Arzt und Patient stellen nicht bloß ein Geschehen zwischen zwei Beteiligten dar. Sowohl die Ärzteschaft, als auch ein Spital oder die Gesundheitsbehörden werden in die Verantwortung genommen, wenn minimale Qualitätsanforderungen nicht garantiert werden können und Patienten deswegen zu Schaden kommen. Das gleiche gilt für die medizinischen Fakultäten, welche die notwendigen Ausbildungsschwerpunkte in dieser Thematik bisher sträflich vernachlässigt haben, und weiterhin im Begriff sind, sie nicht zu beachten. Die geplante Reform des Medizinstudiums (siehe den Vorentwurf zum BG über die universitäre Ausbildung in den medizinischen Berufen) berücksichtigt diese Problematik in keiner Art und Weise.

4.6.3.3 Formulierung des ethischen Dilemmas (Wertanalyse)

Das ethische Dilemma ist nicht so sehr ein Dilemma zwischen den direkt beteiligten Personen, als vielmehr ein Dilemma zwischen der Aufsichtsfunktion der Behörden und Berufsorganisationen und der Selbstverantwortung der einzelnen Fachpersonen. Wir scheuen nach wie vor jeglicher derartiger Qualitätskontrolle im Gesundheitswesen zurück und betrachten den einzelnen Arzt als kompetent, integer und im besten Interesse seiner Patienten handelnd. Dass dies angesichts von PSM nicht so ist, bedarf keiner weiteren Erläuterung. Umso unverständlicher, dass bisher keinerlei Massnahmen in die Wege geleitet wurden, Patienten besser zu schützen.



nach M. Zimmermann-Acklin

4.6.3.4 Entwurf von mindestens drei Verhaltensmöglichkeiten

Mit diesem Postulat wird bewusst ein schwarz-weiss Denken vermieden. Die häufig anzutreffenden Entweder-oder-Lösungen schliessen sich meist gegenseitig aus, wodurch eine Konsensfindung regelmässig verunmöglicht wird. Übertragen auf PSM würde dies bedeuten, ein Arzt ist entweder fähig, seinen Beruf verantwortungsvoll und gemäss den Anforderungen der ärztlichen Standesordnung auszuüben, oder er ist es nicht. Im letzteren Fall müsste er konsequenterweise seine Berufszulassung verlieren. Die dritte Möglichkeit besteht in der Implementierung eines Rehabilitationskonzeptes, wie es im vorliegenden Bericht dargelegt wird. Damit ergibt sich eine differenzierte Betrachtungsweise, je nach Schweregrad der Problematik. In der englisch sprachigen Terminologie wird beispielsweise unterschieden zwischen: impairment, misconduct and incompetence (Walzer et al 1993). Je nach Ausgangslage sind unterschiedliche Vorgehensweisen angezeigt. Die Massnahmen gegenüber suchtmittelabhängigen Ärzten unterscheiden sich von der Vorgehensweise bei PSM.

Diese Stufe der Entscheidungsfindung sollen unabhängig von geltenden gesetzlichen und administrativen Bestimmungen oder kollektiven Vorurteilen im Sinne eines „Brainstorming“ geführt werden. Häufig sind nur so kreative Lösungen möglich. Erst im nächsten Schritt sollen die geltenden gesetzlichen Bestimmungen berücksichtigt werden.

4.6.3.5 Juristische und ethische Analyse der Verhaltensmöglichkeiten

Auf dieser Ebene werden nun die konkreten juristischen, administrativen und direkten berufsethischen Fragestellungen und Aspekte berücksichtigt. *„Der Arzt ist nach dem Fürsorgeprinzip auch rechtlich gehalten, für den Patienten das Beste zu tun“* (Baumann 1999). Häufig ergeben sich Handlungszwänge, insbesondere wegen Verletzung von Aspekten der Qualitätssicherung und / oder der Patientensicherheit. Die zentrale Frage, welche sich hier stellt, und die einer Antwort bedarf: garantieren die vorgeschlagenen Massnahmen einen

ausreichenden Schutz der Patienten vor unverantwortlich handelnden Ärzten? Diese Frage wird jenseits aller akademischen Diskussionen nur empirisch zu beantworten sein. Eine notwendige wissenschaftliche Begleitforschung muss die Daten sichten und aufarbeiten.

4.6.3.6 Konsensfindung und Verhaltensentscheid

Letztendlich muss an dieser Stelle entschieden werden: welche Grundhaltung resp. welche Kultur den Umgang gegenüber PSM bestimmen soll. *Die Konsensfindung ist nicht mit einer demokratischen Abstimmung zu verwechseln*“ (Baumann 1999). Ein „zero tolerance standard“ stellt zwar letztlich einen politischen und gesellschaftlichen Konsens dar, der nicht alleine durch die Ärzteschaft erarbeitet werden kann. Die Ärzte können jedoch durch eine proaktive Auseinandersetzung mit diesen Fragen - wie sie dies in anderen Bereichen ebenfalls mit Erfolg versuchen - wesentlich zur Entwicklung des politischen und kulturellen Bewusstseins beitragen. Die rechtsphilosophischen Erörterungen weisen auf die Wechselwirkung solcher Diskurse hin, und berücksichtigen den Prozesscharakter der gesellschaftlichen Entscheidungsfindungen. Die Rechtsnormen finden ihre Ausprägung erst durch diesen gesellschaftlichen Diskurs. Das reflexive Gleichgewicht zeigt, dass diese Rechtsnormen umgekehrt die moralischen Auffassungen mitprägen und uns letztendlich eine Orientierung erlauben, was zu einer bestimmten Zeit in der jeweiligen Sozietät erlaubt ist, und was nicht. Die Strafrechtsnormen unterliegen ebenso einem kontinuierlichen Wandel, wie auch die gesellschaftlichen und politischen Auffassungen. Die Homosexualität wurde 1942 entpönalisiert (in Deutschland übrigens erst 1970), umgekehrt wurde die Vergewaltigung in der Ehe unter Strafe gestellt. Stalking ist heute im angelsächsischen Sprachraum ebenfalls ein strafrechtliches Delikt. Weltweit wurden zudem in den vergangenen 20 Jahren arbeitsrechtliche Bestimmungen bei sexuellen Belästigungen implementiert. Für das Gesundheitswesen wurden in vielen Staaten neue Gesetzesbestimmungen geschaffen, welche sexuelle Missbräuche durch Fachleute unter Strafe stellen.

4.6.3.7 Überprüfung des gefassten Entscheides

Eine laufende Überprüfung der getroffenen Massnahmen im Hinblick auf deren Zielsetzungen soll über einen Feedback allenfällige Änderungen der Entscheidungsprozesse und der Konzeption sicherstellen. Die oberste Zielsetzung ist, sexuelle Missbräuche im Gesundheitswesen zu vermeiden und den Vertrauensraum der Arzt-Patienten-Beziehung nachhaltig zu schützen. Der Diskurs über die Grenzsetzungen (englisch: Boundary = Grenze) ist durch alle Beteiligten im Gesundheitswesen zu führen. *„Situationen ändern sich ständig, und keine noch so sorgfältig ausgeführte Urteilsbildung garantiert die Richtigkeit eines gefassten Entscheides“* (Baumann 1999).

5 Rehabilitationskonzept

Bevor allfällige Massnahmen ergriffen werden können, muss der Sachverhalt zweifelsfrei feststehen. Die Erfahrung zeigt, dass dies gar nicht so einfach ist. Sexuelle Kontakte finden meist ohne Zeugen statt, die Abklärung allfälliger Vorwürfe gestaltet sich entsprechend schwierig. Sinnvollerweise haben diese Abklärungen durch die Administrativbehörden zu erfolgen, weil nur sie über die notwendigen gesetzlichen Möglichkeiten zu deren Durchsetzung verfügen. Für diese Abklärungen können externen Experten beigezogen werden. Weiter ist zu berücksichtigen, dass administrative Massnahmen ergriffen werden können, auch wenn keine strafrechtlich relevanten Delikte vorliegen.

Grundsätzlich sollten Patienten-Klagen in denjenigen Fällen weiterverfolgt werden, wenn ein hinreichender Verdacht besteht, dass :

1. Patienten durch ein Fehlverhalten geschädigt werden
2. Behandlungen nicht entsprechend dem State of the Art durchgeführt werden
3. Anlass für aufsichts- oder disziplinarrechtliche Schritte besteht

In einem ersten Schritt haben die Administrativbehörden somit zu entscheiden, ob auf eine Klage eingetreten wird. In Zweifelsfällen sollte bei PSM Fall das Verfahren weitergeführt werden. Je nach Art der Anschuldigung muss nun entschieden werden, ob ein (temporärer) Praxis-Bewilligungs-Entzug angeordnet werden muss. Durch ein Risk-Assessment ist die Gefahr weiterer Schädigungen von Patienten zu eruieren. Gestützt auf diese Beurteilungen können weitere Massnahmen geplant werden. Wo sich ein hohes Risiko für weitere Missbrauchssituationen resp. eine Fortsetzungen eines potentiell gefährlichen Verhaltens (bsp. fortgesetzter Substanzabusus) zeigt, ist durch die Administrativbehörden die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit zu untersagen, bis eine allfällige Behandlung erfolgreich beendet wird. Nur auf diese Art und Weise ist ein hinreichender Schutz des Publikums vor unverantwortlich handelnden Kollegen und Kolleginnen gewährleistet.

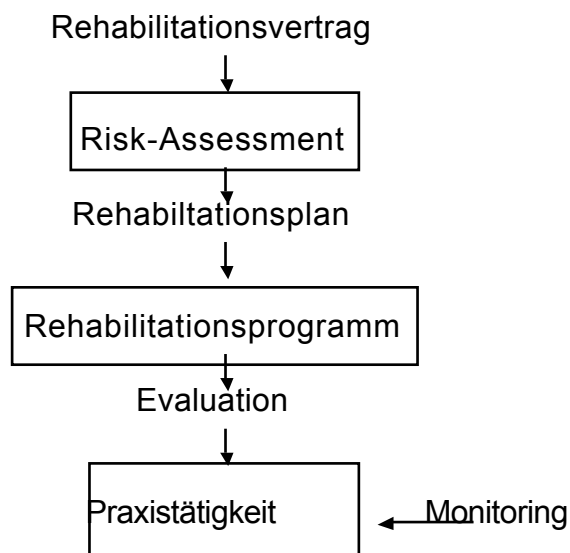
Die Aufsichtsbehörden haben eine geeignete Organisationsform aufzubauen, die der Abklärung und Beurteilung entsprechender Klagen und Vorwürfe dient. Die dafür notwendigen Fachleute müssen rekrutiert und entsprechend ausgebildet werden. Weder ist ein sexueller Missbrauch noch sind andere Leiden wie beispielsweise ein Substanzmissbrauch einfach zu erkennen. Dazu bedarf es eines profunden Spezialwissens und entsprechender klinischer Erfahrung. Die Mehrzahl der beschuldigten Fachleute wird entsprechende Vorwürfe bestreiten. Auch dürfte die Bereitschaft, Kollegen mit entsprechenden Schwierigkeiten zu melden, aus naheliegenden Gründen klein sein. Die Aufsichtsbehörden müssen somit auch bemüht sein, ein Klima zu schaffen, wo unter Umständen gar ein Anreiz besteht, dass sich Kollegen in Schwierigkeiten melden. Wie ist dies zu erreichen?

Eine Möglichkeit besteht in der verlässlichen Zusicherung von ausbleibenden Sanktionen für alle, welche sich freiwillig einem derartigen Procedere unterziehen, allfällige Ausnahmen siehe im nachfolgenden Text. Das Rehabilitationskonzept sollte dem Einzelnen eine Chance und Hilfe bieten, seine Berufstätigkeit weiterhin ausüben zu können. Die Namen von Fachleuten, die sich nicht freiwillig derartigen

Massnahmen unterziehen wollen, können beispielsweise in einem öffentlichen Register aufgeführt werden, damit für das Publikum die notwendige Transparenz geschaffen wird.

Bestätigt sich eine Anklage wegen PSM gegen einen Arzt, sollte ihm die Chance zur individuellen Rehabilitation gegeben werden. Gleichzeitig ist für die unmittelbare Dauer der Rehabilitationsbehandlung gemäss Risk-Assessment die selbstständige Praxistätigkeit durch temporären Entzug der Praxisbewilligung zu sistieren. Nach Abschluss der Rehabilitations-Behandlung ist eine Rückkehr zur selbstständigen Praxistätigkeit unter einem Monitoring möglich. Der betreffende Arzt kann während der Zeit des Monitorings unter Beweis stellen, dass er fähig ist, seinen Beruf verantwortungsbewusst und entsprechend den Regeln der ärztlichen Kunst auszuüben. Nach Abschluss des Monitoring wird das Dossier geschlossen, weitere Massnahmen erübrigen sich. Damit soll ein hinreichender Schutz der Patienten vor weiteren sexuellen Handlungen gewährleistet werden.

Schematisch sieht ein derartiges Rehabilitationsprogramm wie folgt aus :



5.1 Rehabilitationsvertrag

Im Anschluss an die Klärung der Vorwürfe wird mit einem beschuldigten Kollegen ein Rehabilitationsvertrag ausgearbeitet. Darin werden Rechte und Pflichten transparent geregelt. In einem gemeinsamen Gespräch werden die Bedingungen und Verpflichtungen eröffnet. Ein betroffener Kollege wird sich kaum auf ein derartiges Gespräch freuen. Eine derartige Unterredung ist schwierig zu führen und bedarf besonderer Vorkenntnisse. Die folgenden Punkte sind als Grundsätze zu beachten :

- mindestens ein Vertreter der Administrativbehörde und ein Vertreter der MedGes führen dieses Gespräch, die Gesprächs-Leitung hat die Administrativbehörde
- Der Vertreter der MedGes übernimmt die Funktion eines Case Managers, er begleitet den Kollegen während des ganzen Rehabilitations- und Monitoringprogrammes.

- Ein Termin wird in Absprache mit dem beschuldigten Kollegen festgelegt. Demütigungen und Zwang sind unbedingt zu vermeiden
- Die Gesprächsleiter verfügen über ausreichende Kenntnisse in der Thematik, sie verhalten sich fair, kollegial und nicht moralisch wertend gegenüber dem beschuldigten Arzt
- das Gespräch findet in den Räumlichkeiten der Administrativbehörden statt und wird von diesen geleitet
- Ein derartiges Gespräch wird durch die Gesprächsleiter miteinander vorbereitet, allfällige Schwierigkeiten sind zu antizipieren und allfällige Interventionen entsprechend zu planen
- Die Haltung der Gesprächsleitung betont den rehabilitativen Charakter der Massnahme, welche keine Bestrafung darstellt, sondern den Kollegen wieder zu selbstständiger Berufsarbeit verhelfen soll
- Die Gesprächsleiter kennen die Akten der Voruntersuchung. Im Gespräch können nochmals Hintergründe und mögliche Ursachen besprochen werden. Auf den Grundsatzentscheid haben diese Erörterungen keinen Einfluss.
- Die Gesprächsleiter zeigen verschiedene Optionen auf, die neben einem Rehabilitationsprogramm bestehen. Es steht jedem Arzt frei, auf die Praxisbewilligung definitiv zu verzichten. In einem derartigen Fall erübrigt sich naturgemäss ein Rehabilitationsprogramm.
- Die für das Assessment zuständige Fachperson wird namentlich genannt. Lehnt der Kollege diese Person ab, wird durch die Gesprächsleitung eine andere Person vorgeschlagen. Auf keinen Fall soll der Kollege selbst die zuständige(n) Fach-person(en) bestimmen.
- Die Zielsetzungen des Rehabilitationsprogrammes werden formuliert und im Vertrag festgehalten.

Zum Ende der Unterredung soll dem Kollegen Hoffnung gemacht werden. Das Rehabilitationsprogramm stellt kein unüberwindbares und von vornerein zum scheitern verurteiltes Unterfangen dar. Ein kooperatives Verhalten ist jedoch Grundvoraussetzung für alle weiteren Massnahmen.

5.2 Assessment

Das Assessment wird durch Fachleute durchgeführt, welche über gute forensische Kenntnisse und ausreichende Erfahrungen verfügen. Die Standards werden durch die Administrativbehörden festgelegt. Die Ausbildung und Zulassung erfolgt nach einem Tutorielsystem. Von der Fachperson wird Offenheit über die verübten Taten verlangt, andernfalls sich weitere Massnahmen erübrigen. Betroffene Opfer resp. dessen Angehörige sind nach Möglichkeit in das Assessment einzubeziehen. Das Assessment basiert einerseits auf der beruflichen, andererseits der privaten Situation. Im Rahmen des Assessment können je nach Ausgangslage sowohl somatische wie auch psychiatrische inklusive test- und neuropsychologische Abklärungen durchgeführt werden.

Grundsätzlich können auf Assessment-Verfahren aus der Forensischen Medizin abgestellt werden. Das derzeit wohl innovativste Konzept wurde von Frank Urbaniok entwickelt (Urbaniok 2002). Der Therapie-Risiko-Evaluationstest (TRET) soll eine Einschätzung der Rückfallwahrscheinlichkeit, der Behandelbarkeit und eine Bewertung des Behandlungserfolges ermöglichen. Die Anwendungsmöglichkeiten des TRET, die zugrundeliegenden Hypothesen und

Vorgehensweisen sind bei Urbaniok diskutiert. Solche Instrumentarien eignen sich mit gewissen Adaptationen als Assessmentverfahren bei Fachleuten nach psm.

Das Assessment soll die Prognose beurteilen sowie die grundsätzliche Behandlungsmöglichkeit abklären. Basierend auf dieser Einschätzung wird ein individueller Rehabilitationsplan erstellt. Die Administrativbehörden müssen aufgrund des Risk-Assessment entscheiden, ob eine Rückkehr zu selbstständiger Praxistätigkeit bereits in diesem Zeitpunkt möglich ist, oder ob ein (temporäre) Entzug der Bewilligung anzuordnen ist. Dauer, Intensität und Zielsetzung der Behandlung werden festgelegt. Allfällige bestehende Grundkrankheiten müssen prioritär behandelt werden, bevor das eigentliche Rehabilitationsprogramm beginnt. Es werden ein bis zwei Fachpersonen vorgeschlagen, die das Rehabilitationsprogramm durchführen können. Das Ergebnis wird unter Anwesenheit des Case-Managers mit dem Kollegen besprochen.

5.3 Rehabilitationsplan

Der Rehabilitationsplan basierend auf dem Assessment wird in schriftlicher Form festgehalten und bildet einen integrierten Bestandteil des Rehabilitationsvertrages. Er regelt die Art der Behandlung(en), deren Dauer, Intensität und Zielsetzungen sowie den Behandlungsort.

5.4 Rehabilitationsprogramm

Das Rehabilitationsprogramm wird von Fachleuten durchgeführt, die über Kenntnisse und Erfahrungen in diesen besonderen Behandlungstechniken verfügen. Die Administrativbehörden regeln die Details. Die Ausbildung und Zulassung erfolgt nach einem Tutorielsystem. Das Rehabilitationsprogramm wird bei Erreichen der Zielsetzungen beendet. Der Rehabilitationsfachmann erstellt einen schriftlichen Abschlussbericht mit einer klinisch-dynamischen Prognostik im Hinblick auf die weitere Berufszulassung.

5.5 Evaluation

In einer gemeinsamen Evaluationssitzung unter Leitung der Administrativbehörden, Case Manager und Kollege werden die Details der Wiedererteilung der Praxisbewilligung und des Monitoring geregelt. Die Vereinbarung wird in schriftlicher Form festgehalten und bildet einen integrierten Bestandteil des Rehabilitationsvertrages. Formal wird spätestens zu diesem Zeitpunkt wieder die Zulassung zur Berufsausübung erteilt.

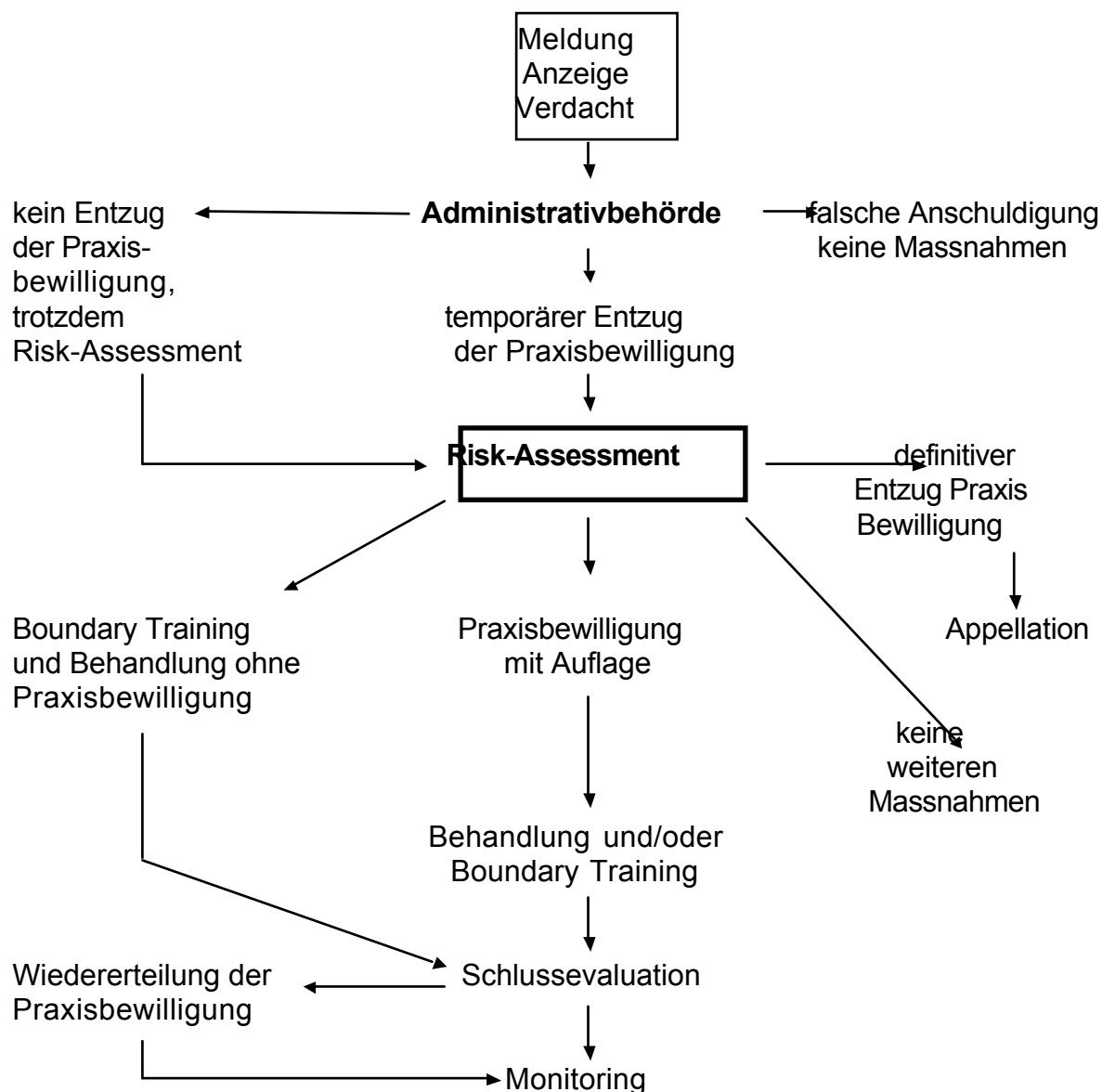
5.6 Monitoring

Das Monitoring erlaubt dem Kollegen unter Beweis zu stellen, dass er zu einer verantwortungsvollen und gewissenhaften Berufsausübung fähig ist. Der Case-Manager steht weiterhin für Beratungen zur Verfügung. Die Gesamtdauer des Rehabilitationsprogrammes und des Monitoring beträgt 5 Jahre. Nach Abschluss des Monitoring wird das Dossier geschlossen, weitere Massnahmen erfolgen nicht. Der Rehabilitationsvertrag wird damit als beendet betrachtet.

Kommt es im Laufe der Abklärung des Rehabilitationsverfahrens, des Monitorings oder später zu erneuten sexuellen Missbräuchen, ist die Praxisbewilligung definitiv zu entziehen. Die Kantonsärzte stellen sicher, dass ein entsprechender Datenaustausch unter den Administrativbehörden stattfindet.

5.7 Standartisiertes Verfahren

Schematisch kann das Verfahren nach dem folgenden Konzept abgewickelt werden :



In diesem Schema wird nochmals die Bedeutung des Risk-Assessment deutlich, weil sich da entscheidet, ob eine Fachperson wieder eine Berufszulassung, allenfalls unter Auflagen, erhält. Aufgrund dieser zentralen Bedeutung muss eine begleitende wissenschaftliche Auswertung die prognostische Bedeutung dieses Assessmentverfahrens laufend überprüfen.

5.8 Folgerungen für die Ausbildung

Die vorgeschlagenen Massnahmen sollen nun in ihren Konsequenzen für die Ausbildung und die fachliche Spezialisierung reflektiert werden. Als Grundlage sei auf die entsprechende Literatur verwiesen (Bridges 1994, Butterfield 1988,

Dickstein 1990, Gabbard 1996, Godwin 1999, Gorton et al. 1996, Gutheil et al. 1993, Nugent et al. 1996, Robinson et al. 1996, Roman et al. 1997, Tschan 2001, Vasquez 1988, Walzer et al. 1993). Dieser Überlegungsschritt erfolgt bewusst erst an dieser Stelle, weil zuerst die grundlegende Konzeptualisierung zum Verständnis der präventiven Massnahmen dargestellt werden musste. Aufgrund der fundamentalen Bedeutung der Arzt-Patienten-Beziehung resp. der fachlichen, persönlichen und juristischen Konsequenzen ist eine curriculare Verankerung unabdingbar. Dass dies nicht schon lange erfolgt ist, erweist sich im Grunde unverstänlich. Weiter gelten diese Grundsätze für alle medizinischen Disziplinen in gleicher Weise. Das nachfolgende Zitat soll dies nochmals verdeutlichen: *„the consequences of sexual misconduct occurring within a healing relationship are similar whether the professional arrangement is defined as a doctor-patient relationship or a therapist-patient relationship“* (Roman et al. 1997).

Der medizinethische Unterricht in der Humanmedizin beruht auf drei Aspekten: knowledge, skills and attitudes. Zu deutsch : Wissen, Fähigkeiten und Haltungen. Bereits auf vorklinischer Stufe müssen die angehenden Ärzte mit den fundamentalen Sachverhalten zumindest einmal in Berührung kommen, bevor in der klinischen Ausbildung eine Vertiefung dieser Basiskenntnisse erfolgen kann. In der fachlichen Spezialisierung müssen je nach Bereich weitere Kenntnisse vermittelt werden, insbesondere in denjenigen Disziplinen, die regelmässig im Erstkontakt mit Patienten sind. Es sind dies in erster Linie die Ärzte für Allgemeine Medizin, Innere Medizin (sofern in der Grundversorgung tätig), Gynäkologie und Psychiatrie. Ausbildung alleine wird kaum die notwendige präventive Wirkung haben, erst im Verbund mit anderen Massnahmen wird dieses Ziel zu erreichen sein. Es wird im Abschlussteil das Dreisäulen-Modell erläutert. Unzählige Autoren sind sich jedoch dahingehend einig, dass der Ausbildung ein sehr wesentlicher präventiver Anteil zukommt. Dabei soll entsprechend dem allgemeinen Wissensstand der Studenten resp. jungen Ärzte eine zunehmende klinische Gewichtung erfolgen.

In der Vorklinik sollen die Lerninhalte das Faktum vermitteln, dass die sexuellen Grenzverletzungen in professionellen Beziehungen durch nicht-sexuelle Grenzverletzungen eingeleitet werden. Das Konzept des Vertrauensraumes der Arzt-Patienten-Beziehung und die Formulierung von Grenzen sollen dabei zentrale Lerninhalte sein. Wie gestalten Fachleute ihre Konsultationen, welche Regeln gelten für Abmachungen wie Honorarzahungen, Annahme von Geschenken, Kleidung, Sprache (dutzen als Beispiel), Rollenumkehr (Arzt berichtet über seine Probleme und Schwierigkeiten) und körperliche Kontakte. In der Thematisierung der Arzt-Patienten-Beziehung soll aufgezeigt werden, dass sich keine starren Grenzen von richtig und falsch definieren lassen, sondern dass wir in der ärztlichen Tätigkeit immer mit einem Kontinuum von Möglichkeiten konfrontiert sind. Die Studenten können anhand von Videovignetten mögliche Dilemmasituationen kennenlernen und ein Gefühl und ein Verständnis dafür entwickeln, welche Entscheidungen am ehesten einer professionellen Grundhaltung entsprechen.

In der klinischen Ausbildung sollen zunehmend klinische Fallbeispiele, allenfalls aus eigener Erfahrung in den Unterricht integriert werden. Ausgehend vom Phänomen der Grenzüberschreitungen soll die Führung und Dokumentation einer Krankengeschichte aufgezeigt werden, wo alle derartigen Dilemmasituationen sorgfältig zu dokumentieren sind. Dies ist nicht zuletzt im Hinblick auf ein effizientes

klinisches Risikomanagement erforderlich. Fragen von Neutralität und Engagement müssen im Hinblick auf ihre Konsequenzen verdeutlicht werden, ebenso Genderaspekte. In Fallseminaren können einzelne Aspekte anhand konkreter Situationen elaboriert werden. Auf dieser Stufe können Fragen wie persönliche Beziehungen, Ende einer Behandlung, gemeinsame Businessprojekte mit Patienten, etc. thematisiert und im Hinblick auf mögliche Konsequenzen verdeutlicht werden. Die Studenten sollten nun auch in Kontakt kommen mit Standesordnungen und rechtlichen sowie administrativen Regelungen wie auch der Fachliteratur zu diesen Themen.

In weiter fortgeschrittenen Stufen sollen nach dem Modell des *problem based learning* Kenntnisse darüber vermittelt, welche Patienten besondere Risikosituationen darstellen können. Beispielsweise Personen mit reaktiven depressiven Problemen, Opfer sexueller und oder körperlicher Gewaltanwendung, Menschen mit Abhängigkeitskrankheiten und anderen psychiatrischen Schwierigkeiten, wo Grenzverletzungen an der Tagesordnung sein können. Auf der anderen Seite sollen die eigene Vulnerabilität und mögliche Gegenstrategien aufgezeigt werden. Die rechtlichen und administrativen Massnahmen bei Nichteinhalten von fachlichen Grenzen sollen deutlich kommuniziert werden. Die dazu entwickelten Boundary Trainings-Programme wurden inzwischen an verschiedenen medizinischen Fakultäten mit Erfolg eingesetzt, teilweise auch in anderen Bereichen des Gesundheitswesens.

Während der fachlichen Spezialisierung sollen Kenntnisse vermittelt werden, wie Opfer nach fachlichen Grenzverletzungen behandelt werden können. Die vorhandene Spezialliteratur soll vermittelt werden und die Kenntnisse in den klinischen Alltag integriert werden. Für Verletzungen fachlicher Grenzen gilt, dass keine von aussen kommende Expertise eine Garantie zu deren Vermeidung darstellen kann, sondern letztendlich nur der Einzelne selbstverantwortlich seine Handlungen reflektieren muss. Fallbesprechungen und Supervisionssitzungen sollen sich nicht nur rein somatischen oder psychiatrischen Fragestellungen widmen, sondern diese Aspekte von Grenzverletzungen und ärztlichen Dilemmasituationen mit berücksichtigen. Die Ausbilder müssen solche Problemfelder gezielt ansprechen und als Teil des Lernprozesses in die Ausbildung integrieren. Erotische Gefühle, etc. sind als normaler Bestandteil von menschlichen Beziehungen zu thematisieren, anstatt sie in der bisherigen Weise zu skotomisieren. Grundkenntnisse über das Rehabilitationskonzept und die Behandlung von Fachleuten sollen ebenfalls vermittelt werden. Die Bedeutung des Vertrauens resp. die Folgen des Vertrauensbruches für die Arzt-Patienten-Beziehung soll im klinischen Alltag reflektiert werden. Weiter sollen Kenntnisse über bestehende Hilfeangebote vermittelt werden.

Die Fachleute für Psychiatrie und Psychotherapie sollen darüber hinaus in ihrer spezialärztlichen Aus- und Weiterbildung Kenntnisse erwerben, wie sie therapeutisch mit Medizinstudenten, Ärzten und Fachkollegen arbeiten können. Das diesbezügliche Spezialwissen muss als Teil der Ausbildung zum Facharzt in die Fort- und Weiterbildungsverordnungen integriert werden. Bei allen medizinischen Disziplinen sollen Kenntnisse vermittelt werden, wie man durch rechtzeitige Inanspruchnahme kollegialer Hilfe viele persönliche und fachliche Schwierigkeiten bewältigen und meistern kann. Durch eine proaktive Auseinandersetzung muss der Stigmatisierung begegnet werden, die solchen

Bewältigungsstrategien nach wie entgegensteht. So erfährt insbesondere die Konsultation psychiatrischer und psychotherapeutischer Fachleute nach wie vor eine äusserst negative Konnotation (Myers 1992, 1997). Das dies angesichts der Häufigkeit persönlicher und medizinischer Probleme von ärztlichen Kollegen äusserst kontraproduktiv ist, liegt auf der Hand. Noch problematischer wird die Angelegenheit angesichts der häufig zu beobachtenden Tatsache, dass viele Schwierigkeiten über Jahre bestehen, ohne dass rechtzeitig fachliche Hilfe in Anspruch genommen wird. *„Physicians often do not practice what they preach and do not pay close attention to their personal health care needs“* (M.Myers 1992, p.6).

6 Kritik

6.1 Feministische Kritik

Der innerhalb der zurückliegenden Jahre formulierte Ansatz der feministischen Kritik beruht im wesentlichen auf der zugrundeliegenden patriarchalen Machtstruktur, welche die Frau als die unterdrückte Person sieht, und sexuelle Missbräuche als Ausdruck dieser Machtstrukturen versteht. Dies gilt auch für das Gesundheitswesen und die sexuellen Missbräuche durch Ärzte, Pfleger und weitere Mitarbeiter.

Dieser Kritik ist entgegenzuhalten, dass sie von einer Simplifizierung von Tatsachen ausgeht, und wesentliche Punkte ausklammert. Der erste, und ernsthafteste : sexuelle Missbräuche werden nicht nur durch Männer begangen. Die verzerrende Optik des feministischen Ansatzes, orchestriert durch diverse Gleichstellungsbüros, gipfelt beispielsweise in der Formulierung : ein sexueller Übergriff findet immer dann statt, wenn sich eine Frau oder ein Kind durch das Verhalten eines Mannes unangenehm berührt oder verletzt fühlt. Dieses Zitat findet sich in einer Brochüre, herausgegeben durch das Gleichstellungsbüro Basel. Die feministische Optik verkennt offenbar, dass sexuelle Missbräuche auch durch Frauen verübt werden. Der unliebsame Sachverhalt wird skotomisiert, weil er die gewünschte Perspektive radikal in Frage stellt. Damit werden auch männliche Opfererfahrungen verleugnet und eine unstatthafte und klischeehafte Schuldzuschreibung wider besseren Wissens aufrechterhalten.

Es ist unbestritten, dass die überwiegende Zahl von sexuellen Missbräuchen durch Männer an Frauen verübt werden. Daraus jedoch herleiten zu wollen, nur Frauen seinen Opfer sexueller Missbräuche ist unhaltbar. Wenn das ganze zusätzlich durch staatlich unterstützte Gremien wie die diversen Gleichstellungsbüros in die Welt gesetzt wird, wäre eine professionelle Auseinandersetzung mit der Thematik angezeigt. Erstens spielt die Zahl der in der jeweiligen Disziplin tätigen Fachleute resp. deren Geschlechterverhältnis eine wesentliche Rolle. Wenn wir Berufszweige im Hinblick auf deren missbräuchliches Verhalten untersuchen, muss diese Relation zwingend berücksichtigt werden. Beispielsweise zeigte eine Untersuchung von Cullen bei Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, dass 70 Frauen und 32 Männer sexuelle Kontakte mit ihren Klienten angaben, was 6,6% der weiblichen und 10,9% der männlichen Physiotherapeuten in Neu-Seeland entspricht (Cullen et al. 1997). Die Zahl der weiblichen Ärzte ist beispielsweise über die letzten Jahre konstant gestiegen. Logischerweise kommen in männlich dominierten Berufszweigen sexuelle Missbräuche mehrheitlich durch Männer vor. Letztendlich geht es darum, die Gewalt wahrzunehmen, der Männer und Frauen ausgesetzt sind (Lenz 2000).

Zum zweiten zeigen die kriminalistischen Daten, dass die Mehrzahl aller Gewaltdelikte sowie sexuellen Übergriffe von einer kleinen Kerngruppe von Personen ausgeübt werden, und nicht etwa von den Männern schlechthin. Für die Schweiz zeigen die Daten der Rekrutenbefragung 1997, dass 70% aller Gewaltdelikte und über 80% aller sexuellen Übergriffe durch 8.1% der befragten Alterskohorte verübt worden war (Haas 2001). Eine ältere Untersuchung aus Philadelphia ergab, dass 6.3% der Bevölkerung für eine Mehrheit aller Delikte verantwortlich ist. Erstaunlich auch das Ergebniss der Rekrutenbefragung, dass die

Opfer körperlicher Aggression zum grossen Teil andere Männer waren. Anstatt in einen ideologisch gefärbten Diskurs die Problematik anzugehen, sollte auf die vorhanden empirischen Daten abgestellt werden. Die leidige Diskussion über den „Missbrauch mit dem Missbrauch“ weist in die selbe Richtung. Unter den Vergewaltigungsopfern sind nicht nur Frauen und Kinder, sondern auch Männer. Immerhin neigte ein Drittel der Vergewaltiger in der Rekrutenbefragung zu sexuellen Angriffen auf Männer. Weiter weist die Untersuchung darauf hin, dass rund die Hälfte aller Vergewaltiger - von denen übrigens keiner in ein Strafverfahren involviert war - ihnen unbekannte Personen angegriffen hatten. *„Das unterstreicht, dass ihre Taten nicht immer aus einer bestimmten Beziehungskonstellation heraus erklär sind, sondern häufiger relativ ziellos irgendwelche Opfer treffen“* (Haas 2001, S. 385).

Zum dritten ist der alte Schulenstreit zwischen soziologischen und individual-psychologischen Lehrmeinungen in Bezug auf missbräuchliches Verhalten vom Standpunkt der heutigen Forschung aus gesehen irgendwie obsolet. Letztendlich ist davon auszugehen, dass das Zusammenspiel situativer und persönlicher Faktoren zu einem Fehlverhalten führt. Dies zeigt auch, dass wohl kaum ein einzelner Faktor entscheidend ist, sondern erst das Zusammenspiel vieler Bedingungen einen sexuellen Missbrauch ermöglicht (Haas 2001). Dabei spielt sicher die persönliche Voraussetzung eine wesentliche und zentrale Rolle - ohne die es wohl keine Missbräuche geben würde. Laut der Rekrutenbefragung erweist sich *„der populäre Glauben, dass sexuelle Belästigung primär aus Frustration begangen wird, ... eher unrichtig“* (Haas 2001, S. 381). Es ist unbestritten, dass vielfältige Persönlichkeitsdefizite ein derartiges Handeln miterklären mögen. Dennoch hängt letztendlich der „Erfolg“ solcher Pläne ganz entscheidend von den jeweiligen Begleitumständen und der Reaktion betroffener Opfer ab. Diese Aussage darf nun allerdings nicht dahingehend interpretiert werden, dass damit eine Schuldzuweisung an betroffene Opfer erfolgt. Vielmehr soll diese These erneut auf den interaktionellen Ablauf solcher Ereignisse hinweisen. Die Verantwortung für sexuelle Grenzüberschreitungen hängt in jedem Fall bei den jeweiligen Fachpersonen. Die bisher existierenden Beratungsangebote orientierten sich ausschliesslich an der Opferperspektive. Diese Strategie ist längerfristig zum scheitern verurteilt, wenn es nicht gelingt, die Täterseite einzubeziehen. Die aus der Arbeit mit Tätern gewonnen Erfahrungen können auf effiziente Art und Weise die Beratung und Situation der Opfer verbessern. Darüber hinaus ist auch vor Jahren schon erkannt worden, dass die Täterarbeit einen wirksamen und effektiven Opferschutz leisten kann.

Es soll auch nicht vergessen werden, dass die feministische Kritik keineswegs auf einer einheitlichen Meinung basiert. Innerhalb des Feminismus finden sich sehr unterschiedliche Strömungen und Interessen. Dennoch ist der feministischen Kritik zu Gute zu halten, dass sie diese unliebsamen Themen der sexuellen Diskriminierung aufgrund der Geschlechtszugehörigkeit in die öffentliche Diskussion hineingetragen hat, wie sie auch unermüdlich auf das Schicksal betroffener Frauen aufmerksam gemacht hat. Es ist das Verdienst der feministischen Bewegung, dass Themen wie Patientenrechte, Care-Ethik (Fürsorge-Ethik) und sexuelle Diskriminierung zu einer nachhaltigen Debatte geführt haben.

Die von der MedGes resp. den Administrativbehörden ins Auge gefassten Massnahmen im Umgang mit Täterpersonen dienen aus feministischer Sicht einzig der Verschleierung der Verantwortung. Eine These steht ganz klar im Raum: „einmal Missbrauch - immer Missbrauch“. Entsprechend sollen aus dieser Optik Fachleute bei Bekanntwerden von sexuellen Missbräuchen auf alle Zeiten ein Berufsverbot auferlegt bekommen. Diesem radikalen Ansatz steht in der hier vorgelegten Konzeption ein pragmatischer und realistischer Ansatz entgegen, der nicht durch ideologische Ansichten bestimmt wird. Weiter wird argumentiert, dass die Ärzteschaft alles dran setzen wird, die einzelnen Vorfälle herunterzuspielen und beschuldigte Fachleute „milde“ zu behandeln. Getreu dem Motto, dass eine Krähe der andern kein Auge aushackt. Gegen derartige Argumente kann nur eine konsequente, nachhaltige und pragmatische Vorgehensweise in der Thematik etwas zu einer Meinungsänderung beitragen.

6.2 Interdisziplinärer Ansatz

Die Thematik der sexuellen Missbräuche kann nicht nur aus der ärztlichen Sicht resp. einer einzigen Fach-Perspektive angegangen werden. So wie Sexualität sehr unterschiedliche Bereiche berührt (Von Erziehungsfragen bis zur Frage des Erhaltes einer Sozietät) berührt auch das Thema sexuelle Gewalt und Missbräuche sehr unterschiedliche Lebensbereiche. Mit andern Worten müssen bei der Erörterung dieser Thematik sehr unterschiedliche Wissensbereiche berücksichtigt werden. Sexuelle Missbräuche sind nicht blos ein juristisches Problem, sie sind immer auch ein menschliches. Opfer beklagen sich beispielsweise darüber, dass ihnen 10 Jahre ihres Lebens zerstört wurden. Wie soll man das je wieder gut machen können - da gibt es schlicht keine Antworten. Insbesondere keine juristischen. Fegert (2001) hat in einem Buch über diese interdisziplinäre Zusammenarbeit räsoniert und wesentliches zusammengetragen, dass es zu berücksichtigen gilt. Allzu sehr wird der Diskurs aus dem „Ghetto“ der einzelnen Disziplinen geführt. Eine Verständigung über die Fach-Grenzen hinweg scheint aus vielen Gründen schwierig bis unmöglich. Hier wäre eine „Grenzüberschreitung“ (breaking the boundaries) sogar bitter vonnöten und heilsam - was sich an anderer Stelle verheerend auswirken kann - nämlich bei sexuellen Grenzüberschreitungen und Grenzverletzungen durch Fachleute.

6.3 „Psychotechniker“

Die vorgeschlagenen Rehabilitationsmassnahmen werden einseitig als Behandlung eines krankhaften Zustandes angesehen. Es wird argumentiert, dass gewissermassen wie in einer Auto-Werkstätte die Reparatur eines fehlerhaften Teiles durchgeführt wird. Aus der individualisistischen Sichtweise werde zudem keine Reflexion über die sozialen Bedingen geführt, welche letztendlich den sexuellen Missbrauch erst ermöglichen würden. Zudem führen die kognitiv-verhaltenstherapeutisch geprägten Behandlungsansätze zu einer Scheinanpassung, weil die psychoedukativen Interventionstechniken nicht geeignet sein sollen, nachhaltige Verhaltensänderungen herbeizuführen. Dieser Kritik ist zuerst einmal entgegen zu halten, dass derzeit überhaupt keinerlei Anstrengungen unternommen werden, missbrauchenden Fachleuten in irgend einer Art und Weise zu helfen, und sie demzufolge mit ihrem Unvermögen alleine gelassen werden, und kaum bereit und gewillt sind, ihr Verhalten zu überdenken. Der hier vorgestellte Ansatz beruht auf einem pragmatischen und praktikablen

Ansatz, der dank seiner Stringenz auch einen entsprechenden Erfolg in der Umsetzung verspricht. Es ist dabei wahrscheinlich weniger entscheidend, ob damit theoretische Ansätze und Konstrukte genügend berücksichtigt wurden, als vielmehr die Frage, ob die gesteckten Zielsetzungen erreicht werden. Dies kann einzig durch eine empirische Überprüfung der Resultate festgestellt werden, und sicher nicht durch akademische Diskussionen in der erwähnten Art und Weise.

6.4 Vorgefasste Meinungen

Wie das Thema Sexualität im allgemeinen kaum vorurteilsfrei anzugehen ist, kann auch das Thema der sexuellen Missbräuche kaum in objektivierbarer Art und Weise angegangen werden. Jedenfalls ist die These, dass alle missbrauchenden Fachleute an einer krankhaften Störung leiden, sicherlich irreführend. Die Behandlungsansätze sind denn auch nicht auf die Beseitigung einer wie auch immer gelagerten Störung ausgerichtet, sondern stellen für involvierte Fachleute ein Hilfeangebot im Sinne der Rückfallprävention dar.

Die Erkenntnis, dass unser Gesundheitswesen Probleme hat, wie auch die moderne Medizin im allgemeinen, ist hinlänglich bekannt und soll hier nicht weiter diskutiert werden. Die hier vorgeschlagenen Massnahmen sollen den geltenden Grundsätzen innerhalb des Gesundheitswesens, was die sexuellen Missbräuche durch Fachleute gegenüber ihren Patienten betrifft, Nachachtung verschaffen. Es genügt bei derartigen Fragestellungen allerdings nicht, bloß die Fakten aufzulisten - sondern vonnöten ist eine reflektierende Gesamtsicht. Dies wurde mit der vorliegenden Zusammenstellung versucht.

Durch eine begleitende wissenschaftliche Evaluation der Ergebnisse, insbesondere von allfälligen Rückfallsituationen, wird sich ein Feedback ergeben, der allenfalls zu Änderungen der Konzeption resp. der Vorgehensweise führen wird. Mittels empirischer Massnahmen scheint eine gewisse Gewähr gegeben zu sein, in einem emotional und politisch hochbrisanten Thema den pragmatisch vorgezeichneten Weg weiter zu bestreiten. Nicht zuletzt verspricht ein klares Konzept auch klare Resultate. Die zugrundeliegende Vision beinhaltet, dass sich mittels der hier aufgeführten Massnahmen die sexuellen Missbräuche in ärztlichen Behandlungen sowie im übrigen Gesundheitswesen effektiv reduzieren lassen.

7 Empfehlungen

7.1 Überlegungen der Arbeitsgruppe

Aufgrund der nachfolgenden Überlegungen und Ausführungen formulierte die Arbeitsgruppe die Empfehlungen zu Händen des Vorstandes der MedGes. Aus strukturellen Gründen erfahren hier einzelne Punkte nochmals eine Vertiefung. Da viele Aspekte sich gegenseitig bedingen, resp. voneinander abhängig sind, lässt sich eine Wiederholung nicht vermeiden. Für das bessere Verständnis der Überlegungen ist dies in Kauf zu nehmen.

7.1.1 Wie soll sich die MedGes gegenüber beschuldigten Kollegen verhalten?

Für den Fall von sexuellen Missbräuchen durch Ärzte oder Ärztinnen ist aufgrund der Verletzung elementarster Grundregeln die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit vorerst temporär zu sistieren. Durch ein Risk-Assessment ist die Wiederholungsgefahr zu ermitteln, und gestützt auf diese Beurteilung kann eine (temporäre) Sistierung der Berufstätigkeit angeordnet werden. Einer beschuldigten Ärztin oder einem beschuldigten Arzt soll die Chance gegeben werden, mittels eines Rehabilitationsprogrammes die berufliche Wiederzulassung zu erreichen. Voraussetzung für ein derartiges Rehabilitations-Programm ist kooperatives Verhalten seitens einer angeklagten Fachperson und ein initiales Assessment. Nach Abschluss der Rehabilitation ist unter einem Monitoring die weitere Berufstätigkeit grundsätzlich möglich.

Der temporäre Entzug der Berufszulassung wird durch das Sanitätsdepartement aufgrund der gesetzlichen Bestimmung verfügt. Grundsätzlich gilt, dass wenn eine medizinische Fachperson nicht mehr in der Lage ist, die Berufsausübung korrekt durchzuführen, die Aufsichtsbehörde zwingend die Zulassung zur Berufsausübung sistieren muss. Dies gilt neben sexuellen Missbräuchen insbesondere auch bei Drogen-, Medikamenten- und Alkoholabhängigkeiten sowie weiteren Krankheitsbildern.

7.1.2 Hilfemöglichkeit für Fachleute

In Zusammenarbeit mit der FMH soll eine Hotline eingerichtet werden, welche Kollegen mit Problemen rechtzeitig eine Hilfestellung anbieten kann. Die FMH muss einen ausreichenden Pool von Fachleuten rekrutieren, die in der Lage und willens sind, derartige Beratungsaufgaben zu übernehmen. Die heutige Situation überlässt jedem einzelnen Kollegen die oft mühseelige Suche nach geeigneten Fachpersonen. Die Notwendigkeit derartiger Hilfsangebote wurde in anderen Bereichen ausserhalb des Gesundheitswesens ebenfalls erkannt. Eine derartige Hilfemöglichkeit wurde beispielsweise in Basel für Lehrer eingerichtet, welche unter HOT = „help our teachers“ seit 2000 betrieben wird. In Analogie könnte eine derartige Stelle mit HOP = „help our physicans“ benannt werden.

7.1.3 Ausbildung von Fachleuten

Da bisher die notwendigen Kenntnisse weder auf curricularer Stufe noch in der postgraduierten Weiterbildung vermittelt wurden, muss durch die FMH eine Initiative gestartet werden, um eine ausreichende Zahl von Fachleuten in diesem

Spezialgebiet auszubilden. Eine Zusammenarbeit mit den medizinischen Fakultäten ist anzustreben. Die entsprechenden Ausbildungsdesigns und Anforderungsprofile müssen entwickelt und umgesetzt werden. Die MedGes hat mit ihrem Pilotprojekt der Ausbildung der PABS-Ärztinnen und Ärzte „Sexuelle Grenzverletzungen in ärztlichen Behandlungen“ einen möglichen Weg aufgezeigt.

Grundsätzlich müssen Fachleute für folgende Aufgaben gewonnen werden :

- Beratung von Kollegen und Kolleginnen
- Assessment
- Rehabilitations-Fachleute
- Monitoring

Die wissenschaftliche Organisation und begleitende Evaluation muss gewährleistet sein.

7.1.4 Pooling von geeigneten Fachleuten

Werden derzeit Fachleute beispielsweise für eine Begutachtung oder für eine Supervisionsaufgabe benötigt, beginnt für die involvierten Stellen oft ein mühseliger Hindernislauf, bis eine geeignete Person gefunden wird. Gerade bei sexuellen Missbräuchen führte dies in der Vergangenheit oft genug dazu, dass ein beschuldigter Kollege bei einem mit ihm womöglich befreundeten Kollegen Supervisionssitzungen vereinbarte, um den Auflagen genüge zu tun, was jedoch in dieser Form kaum der Sache dienlich sein konnte. Ein einheitlicher Ausbildungsstandart fehlt vollkommen, Qualitätssicherungs-Anforderungen und -Garantien sind in diesem Bereich nicht existent. Auch für Monitoring-Aufgaben fehlt ein verlässlicher Standart. Die FMH muss sich dem Pooling von entsprechenden Fachleuten annehmen und die notwendigen Qualitäts-Standarts in Zusammenarbeit mit den involvierten Behörden erarbeiten.

7.1.5 Zusammenarbeit MedGes - Sanitätsdepartement

Die administrativen Massnahmen können nicht von der MedGes verfügt werden, dazu ist einzig das Sanitätsdepartement befugt. Auch die Abklärung allfälliger Vorwürfe kann nur durch die Behörden vorgenommen werden. Straf- und zivilrechtliche Massnahmen bleiben vorbehalten. Mit den administrativen Behörden soll auf der Basis eines institutionalisierten Dialoges eine regelmässige Zusammenarbeit gesucht werden. Darüber bietet die FMH die im Pool integrierten Fachleute für die aufgeführten Aufgaben als mögliche Ansprechpartner an.

Das Monitoring sollte als Auflage ebenfalls durch die administrativen Behörden verfügt werden. Für die konkrete Durchführung stehen wiederum die im Pool beteiligten Fachleute zur Verfügung.

7.1.6 Appellationsmöglichkeiten

Aufgrund der Tragweite der Entscheide - im schlimmsten Fall endgültiger Verlust der Berufszulassung - bestehen Appellationsmöglichkeiten an die öffentlichen Gerichte. Dies ist durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen gewährleistet.

Der Vorstand der MedGes sollte demzufolge :

- Gegenüber den Administrativbehörden für eine strikte Einhaltung der gemäss Standesordnung vorgegebenen Grundsätze einstehen. Als angemessene Massnahmen sind die folgenden Schritte zu empfehlen :
- Im Falle sexueller Missbräuche sollte die Administrativbehörde ein temporäres Berufsverbot erlassen. Fachleuten ist mittels eines Rehabilitationsprogrammes ein beruflicher Wiedereinstieg zu ermöglichen.
- Die Rehabilitierbarkeit ist nicht in jedem Fall gegeben. Sie muss deshalb vorgängig durch ein Assessment beurteilt werden.
- Rehabilitation bedeutet nicht in jedem Fall Heilung. Es muss deshalb durch ein Monitoring über mindestens 5 Jahre eine ausreichende Begleitung der Berufstätigkeit sichergestellt werden.
- Die aufgeführten Massnahmen müssen durch die Administrativbehörden angeordnet werden.

7.1.7 Rehabilitationsprogramme

Die vorgeschlagenen Rehabilitationsprogramme (Boundary Trainings Programme) beruhen weitgehend auf psychoedukativen Techniken, welche aus den forensisch-psychiatrischen Behandlungsstrategien abgeleitet wurden. Dabei sind folgende Überlegungen zu berücksichtigen :

1. Harm Reduction

In unterschiedlichen Bereichen hat sich anstelle einer kompletten Heilung ein anderes Paradigma durchgesetzt : Jeder Schritt in Richtung Rückfallverhinderung (Substanzabhängigkeiten) resp. Risikominderung (Sexualstraftäter) ist ein Schritt in die richtige Richtung. Das Ziel beruht nicht auf dem wahrscheinlich unrealistischen Ansatz, dass jeglicher Missbrauch zu verhindern wäre, sondern eher in der Erarbeitung möglicher individueller Strategien, welche eben der Rückfallvermeidung dienen. Wie lassen sich diese Überlegungen auf PSM übertragen?

Die Prävention muss auf drei Ebenen ansetzen :

1. Ausbildung

PSM ist auf curricularer Stufe als Lerninhalt zu vermitteln. Boundary Trainings-Programme sind geeignet, die vielfältigen Dilemmasituationen (Nähe-Distanz, berufliche Grenzen) in der täglichen Routine aufzuzeigen und Lösungsansätze zu vermitteln. Da PSM längst den Charakter eines Gentlemens-Delikttes hinter sich gelassen hat, müssen Ärzte in der Ausbildung mit den persönlichen Risiken von PSM vertraut werden.

2. Rehabilitation

Ein individuelles Risikomanagement soll die einzelnen Täter inskünftig befähigen, rechtzeitig persönliche Risikosituationen zu erkennen und nötigenfalls zu entschärfen. Der Terminus Risikomanagement ist dem Ausdruck „Behandlung“ vorzuziehen, um insbesondere darauf hinzuweisen, dass a) längst nicht alle Fälle von PSM auf Krankheiten beruhen und b) um nicht auf die oben erwähnten unrealistischen Hoffungen auf Heilung zu verfallen. Mit Risiko wird verdeutlicht, dass sexuelle Fehlhandlungen der menschlichen Natur inhärent sind, und in jeder professionelle Beziehung auftreten können. Davor ist niemand gefeiht.

3. Umfassendes Konzept

Behörden, Institutionen, Berufsverbände und Patientenschutzorganisationen müssen gemeinsam hinter einem derartigen Modell stehen können, welches letztendlich auch der Qualitätssicherung dient. Das Ziel besteht in der Reduktion der Zahl von Opfern sexueller Missbräuche in ärztlichen Behandlungen.

2. Strukturierung des Angebotes

Man soll nicht in einen blinden Aktionismus verfallen, und nun alle Fachleute nach PSM durch ein individuelles Boundary Trainingsprogramm schleusen wollen. Ein initiales Assessment soll diejenigen Fachleute identifizieren, die grundsätzlich von einem derartigen Programm profitieren können. Im Hinblick auf die Erfolgsaussichten stellt dieses Assessment ein entscheidendes Kriterium dar. Dies entspricht in Analogie der sorgfältigen Indikationsstellung zu jedem operativen Eingriff (soweit es sich nicht um notfallmässige Indikationen handelt). Das Assessment entscheidet über die weitere Berufszulassung, die Intensität des Boundary Trainings-Programmes, wie auch über die Notwendigkeit einer begleitenden (psychotherapeutischen) Behandlung, sofern entsprechende Störungsbilder vorliegen.

Die Rückfallprävention ist der wichtigste Aspekt des individuellen Boundary Trainings Programmes. Täter-Fachleute müssen erkennen, wie sie in Risikosituationen geraten und wie sie derartige Krisen bewältigen können. Der Täter muss über entsprechende Copingsstrategien verfügen, resp. sich aneignen können, und er muss willig sein, sie auch anzuwenden. Boundary Training vermittelt demzufolge nicht bloß Faktenwissen, sondern ist ebenso ein Instrumentarium zum Erlernen entsprechender Techniken und einer realitätsangepassten professionellen Haltung. Diese drei Elemente (entsprechend dem englischen Sprachgebrauch: *knowledge, skills and attitudes*) charakterisieren die drei Eckpunkte medizinethischer Curricula.

3. Gesamtkonzept

Boundary Trainings Programme müssen als Teil einer Gesamtkonzeption verstanden werden, welche zum Ziel hat, die Zahl von PSM im Gesundheitswesen zu reduzieren resp. zu verhindern. Dieses Gesamtkonzept beinhaltet folgende Punkte :

1. Eine geeignete Beratungsmöglichkeit für betroffene Patientinnen und Patienten muss dazu ermuntern und einladen, Aussagen über Fehlverhalten vorzubringen. Diesem ersten Schritt in der Kaskade entspricht in ihrem Angebot und ihrer Konzeption die PABS.
2. Die Administrativbehörden müssen über ein Evaluationskonzept verfügen, wie sie bei Meldungen über Verdacht von PSM weiter vorgehen sollen. Bestätigt sich der Verdacht, ist ein temporärer Entzug der Praxisbewilligung verbunden mit der Auflage eines individuellen Boundary Trainings zu verfügen. Der erfolgreiche Abschluss eines derartigen Rehabilitationsprogrammes erlaubt die weitere Ausübung der Berufstätigkeit.
3. Das Rehabilitationsprogramm beruht auf einem Assessment, und einem individuellen Boundary Trainings Programm. Zu Handen der

Administrativbehörden wird ein Schlussbericht mit einer Prognose über die weitere Berufstätigkeit erstellt.

4. Ein Monitoring nach Wiedererteilung der Praxisbewilligung dient der Qualitätssicherung.

5. Fachleute, die weder willens noch fähig sind, sich einem derartigen Rehabilitations-Konzept zu unterziehen, verlieren definitiv ihre Praxisbewilligung.

7.1.8 Drei Säulen Strategie

Die vorgelegte pragmatische Konzeption beruht auf einem Drei-Säulen-Modell. Nur das stringente Ineinandergreifen dieser drei Vorgehensweisen wird zu einer nachhaltigen Reduktion sexueller Missbräuche durch Ärzte führen. Die vorgeschlagenen Massnahmen lassen sich ohne langwierige Abklärungen und legislative Änderungen realisieren. Basis bilden die bestehenden gesetzlichen, administrativ- und standesrechtlichen Voraussetzungen.

1. Prävention
2. Konsequenzen
3. Hilfestellung

Alle Massnahmen müssen sich am Verhältnismässigkeitsprinzip orientieren und die multifaktoriellen Ursachen berücksichtigen. Die unterschiedlichen Täterprofile erfordern eine differenzierte Vorgehensweise zumindest auf den Ebenen Konsequenzen und Hilfestellung. Die drei unterschiedlichen Zugänge werden nur in ihrem stringenten Ineinandergreifen wirklich das erhoffte leisten. Sowohl die MedGes als auch die FMH ist gut beraten, diese Probleme proaktiv anzugehen. Alleine in der kurzen Zeit zwischen November 2001 und Februar 2002 wurden der Arbeitsgruppe mehrere Fälle von zum Teil schwerwiegenden sexuellen Missbräuchen durch Fachleute bekannt. Verschiedene Personen und Stellen gelangten mit der Bitte um Hilfe und Unterstützung an die Arbeitsgruppe. Die dabei jeweils aufgeworfenen rechtlichen und administrativen Fragestellungen zeigen klar den Handlungsbedarf auf. Administrative Behörden, Spitalleitungen und involvierte Kollegen beklagten sich darüber, dass in diesem Bereich keine institutionalisierten Ansprechpartner zur Verfügung stehen.

Andererseits kann die Medges resp. die FMH nicht im Alleingang die anstehenden Probleme lösen. Dazu fehlen der Ärzteschaft die administrativen und rechtlichen Mittel zur Durchsetzung. Die kantonalen und nationalen Behörden müssen auf personeller und auf Vollzugebene die notwendigen Strukturen aufbauen. Nur sie können den notwendigen Druck durch repressive Massnahmen erzeugen. Die bisherige Selbstregulation durch die Ärzteschaft vermochte unprofessionel vorgehende Kollegen jedenfalls nicht von ihrem Tun abhalten. Die MedGes versucht auf kantonaler Ebene die Behörden über die Notwendigkeit einer geänderten Vorgehensweise zu überzeugen. Auf nationaler Ebene kann dies nur die FMH erreichen. Inwieweit kantonale Behörden ihrerseits auf nationaler Ebene aktiv werden, liegt in deren Ermessen. Die MedGes hat naturgemäss keinen Einfluss auf derartige Schritte.

Die präventiven Massnahmen müssen in erster Linie durch curriculare Integration der entsprechenden Stoffgebiete durch die Medizinischen Fakultäten erfüllt werden. Durch Aufnahme dieses Postulates in die Ausbildungsverordnung zum

Medizinstudium haben die nationalen Instanzen eine Einflussmöglichkeit. Die MedGes kann auf kantonaler Ebene ebenfalls an die zuständigen Instanzen gelangen, die FMH kann das analoge auf nationaler Ebene vornehmen. Weiter sollte die FMH die Fort- und Weiterbildungs-verordnungen inhaltlich entsprechend anpassen und ergänzen.

Die Arbeitsgruppe möchte es in ihren Überlegungen nicht unterlassen, auf den mit Spannung erwarteten Auswertungsbericht zur Rekrutenbefragung 1997 hinweisen, der weltweit erstmals derart verlässliche Aussagen zur Dunkelfeldkriminalität in einem ganzen Land ermöglicht. Das Dunkelfeld bezeichnet die Differenz zwischen den aktenkundigen Straftaten und der realen Kriminalität. In der Diskussion über mögliche Konsequenzen kommt der Bericht zum Schluss, dass nur das Zusammenwirken von Prävention, Repression, Therapie, Schadensverminderung und Wiedergutmachung zu einer nachhaltigen Änderung beitragen können. Die Autorin weist darauf hin, dass Delinquenz wie jede andere Tätigkeit grösstenteils erlernt wird. *„In der Regel fängt jemand nicht mit einem Mord, einem Raub oder einer Vergewaltigung an, sondern er hat vorher leichtere Taten verübt ...“*. Weiter formuliert die Autorin: *„Therapie heisst Opfertherapie und Tätertherapie. Eine Therapie soll als positive Indikation für Täter, die willens und fähig sind, davon zu profitieren, gewählt werden“* (Haas, 2001, S. 390-396). Die Arbeitsgruppe fühlt sich durch diese Formulierungen in ihren eigenen Ansätzen bestätigt, auch wenn der Sachverhalt letztendlich nicht deckungsgleich ist.

Dass Ärzte und Ärztinnen in Ausübung ihres Berufes zu Tätern werden können, ist eine bedrückende und schmerzhaftes Tatsache, der sich die Ärzteschaft nicht weiter verschliessen sollte. Wecken die betroffenen Opfer beim Leser Gefühle von Mitleid und Solidarität? Oder zeigt sich mehr eine Einstellung, dass die Betroffenen irgendwie selbst Schuld an ihrem eigenen Leid und Schicksal tragen? Alle Verantwortungsträger, die mit den anstehenden Entscheiden beauftragt und konfrontiert sind, müssen sich in der Konzeption aktiv mit der Opfersituation auseinandersetzen. Einem Opfer Glauben zu schenken, stellt einen aktiven Vorgang der Anteilnahme und des Mitfühlens dar. Da man selbst nie Opfer einer derartigen Situation wurde, und die Opfer zudem häufig anderen sozialen Schichten angehören, versucht man auf der Basis eigener Empfindungen und Einschätzungen zu handeln und zu argumentieren. Als Fachleute, Forscher oder Helferpersonen sollten wir das stets im Auge behalten. Ohne „Victim thinking“ kann die Problematik nie verstanden werden. Ohne mit den Tätern zu arbeiten, werden wir nie deren Motive verstehen.

Diese Ausführungen zur Opfersituation haben durch die am 27. September 2001 im Zuger Kantonsparlament stattgefundene Schiesserei eine tragische Bestätigung erfahren. Plötzlich sehen sich eine Vielzahl von Personen, verletzte Betroffene und deren Angehörige, aber auch die Hinterbliebenen, gesundheitlichen und ökonomischen Realitäten gegenüber, die sie nie für möglich gehalten haben. Folgerichtig wird die (eidgenössisch geregelte) Opfer-Hilfe-Gesetzgebung durch den Kanton Zug erheblich geändert, um diesen leidgeprüften Menschen wenigstens auf der finanziellen Seite eine gewisse Erleichterung und Genugtuung zu verschaffen - ein Postulat, welches notabene für die Opfer sexueller Gewalterlebnisse schon oft und vergeblich geäussert wurde. „Thinking victim“ heisst, sich die tragischen Konsequenzen vor Augen zu halten, wenn wir als

ärztliche Berufsorganisation nicht gegen sexuelle Missbräuche durch Fachkollegen vorgehen.

Basierend auf diesen Überlegungen schlägt die Arbeitsgruppe „Umgang mit Tätern“ dem Vorstand der Medizinischen Gesellschaft Basel folgende Massnahmen vor :

7.2 Empfehlungen zu Händen des Vorstandes der MedGes

7.2.1 Ärztekammersitzung

Die FMH sollte via Antrag an die Ärztekammersitzung in Zusammenhang mit professionellem Fehlverhalten und PSM (professional sexual misconduct) folgende Schritte einleiten :

- Einsetzung einer Steuerungsgruppe, welche die nachfolgenden Massnahmen koordiniert und deren Umsetzung begleitet
- Einrichtung einer Hotline **HOP - help our physicians** für Fachleute in Not
- Initiative zur postgraduierten Ausbildung von geeigneten und willigen Fachleuten für Beratungs- und Rehabilitationsmassnahmen in Zusammenarbeit mit nationalen und kantonalen Stellen ergreifen. Diese Fachleute betreuen die Hotline HOP resp. stehen im Hintergrund für Beratungsaufgaben zu Verfügung.
- Die FMH sollte ein Kompetenzzentrum an geeigneten Fachleuten aufbauen, welche für Coaching, Supervisionsaufgaben, Assessment, Rehabilitation, Monitoring und Begutachtung bei PSM zur Verfügung stehen. Diese Fachleute stehen bei administrativen Verfahren den kantonalen und nationalen Instanzen zur Verfügung. Die Finanzierung der Ausbildung muss durch kantonale und nationale Stellen sichergestellt werden.
- Die FMH sollte sich dafür einsetzen, dass in der universitären Ausbildung eine curriculare Integration dieser Themen erfolgt.
- Die FMH sollte entsprechend die Fort- und Weiterbildungsrichtlinien inhaltlich ergänzen.
- Ein institutionalisierter Dialog mit den nationalen und kantonalen Administrativbehörden soll eine kontinuierliche Problemlösung gewährleisten und die notwendigen Qualitätssicherungs-Massnahmen garantieren.
- Die Standesordnung der FMH ist im nachfolgenden Sinn zu präzisieren : Die Formulierung und Einhaltung fachlicher Grenzen stellt eine wesentliche Aufgabe jeder Ärztin und jedes Arztes dar. Sexuelle Missbräuche stellen in jedem Fall eine grundlegende Verletzung ärztlicher Pflichten und Regeln dar. Versuche zur Erlangung sexueller Handlungen gelten in Analogie als Übergriffe. Eine ärztliche Behandlung gilt ab demjenigen Zeitpunkt, wo eine Person sich erstmals rat- oder hilfesuchend an eine Fachperson wendet, d.h. in der Regel ab der Terminvereinbarung für eine Konsultation. Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient wirkt über das eigentliche Behandlungsende hinaus fort. In Abhängigkeit von der Zeitdauer, Intensität und Art der Behandlung sind sexuelle Kontakte zwischen Arzt und Patient während mindestens 2 Jahre über das Behandlungsende hinaus nicht statthaft.

7.2.2 Institutionalisierte Dialog mit dem Sanitätsdepartement Basel-Stadt

- Die MedGes sollte in Zusammenhang mit PSM einen institutionalisierten Dialog mit dem Kantonsarzt resp. dem Sanitätsdepartement sicherstellen. In diesen Dialog sind fallweise weitere Instanzen einzubeziehen, soweit sich dies als notwendig erweist. Die Steuerungsgruppe PABS bietet sich grundsätzlich an, innerhalb der MedGes die Koordination zu übernehmen. Gegenüber den Administrativbehörden sollte sich die MedGes für die Einhaltung der gemäss Standesvorschrift geltenden Grundsätze einsetzen. Die sich aufdrängenden

gesetzlichen Neuformulierungen sind durch die eidgenössischen Behörden in die Wege zu leiten. Insbesondere kann die in nächster Zeit geplante Revision des Sexualstrafrechts diese Aspekte berücksichtigen.

Durch den Kantonsarzt können weitere kantonale resp. nationale Instanzen in den Dialog einbezogen werden.

7.2.3 Medizinische Fakultät

- Die Medizinische Fakultät soll durch die MedGes auf die Probleme in Zusammenhang mit PSM hingewiesen werden. Der Ausbildung kommt eine wesentliche präventive Bedeutung zu. Eine curriculare Integration der entsprechenden Themen ist erforderlich.

Die Arbeitsgruppe „Umgang mit Tätern“ erachtet ihre Aufgabe mit der Zustellung dieses Massnahmenpapiers als erfüllt und beendet somit ihre Tätigkeit. Wir danken dem Vorstand für das uns erteilte Mandat und das in uns gesetzte Vertrauen.

Werner Tschan
Präsident Arbeitsgruppe
„Umgang mit Tätern“

8. Literatur

Die Arbeitsgruppe hat in ihren Überlegungen und Ausführungen folgende Literatur berücksichtigt :

1. Abel GG, Becker JV, Mittelman M, Cunningham-Rathner, Rouleau JL, Murphy WD : Self-reported sex crimes of nonincarcerated paraphiliacs. *Journal of Interpersonal Violence* 1987;2(1):3-25
2. Abel G., Osborn C., Anthony D., Gardos P. : Current treatments of paraphiliacs. *Annual Review of Sex Research* 1992;3:255-290
3. Abel Gene G., Osborn Candice A., Warberg Brent (1995) : Cognitive behavioral treatment for professional sexual misconduct. *Psychiatric Annals* 1995,25,2; 106-112
4. Alff Wilhelm : *Beccaria - über Verbrechen und Strafen*. Insel Verlag, Frankfurt am Main, 1998
5. American Psychiatric Association Ethics Committee : *Ethics Primer*. American Psychiatric Association, Washington, 2001
6. Andersonn Sharon K, Kitchener Karen S : Nonsexual posttherapy relationships : a conceptual framework to assess ethical risks. *Professional Psychology: Research and Practice* 1998;29,1:91-99
7. Appelbaum Paul S., Uyehara Lisa A., Elin Mark R. : *Trauma and Memory. Clinical and Legal Controversies*. Oxford University Press, New York, 1997
8. Argyle Michael : *Bodily Communication* : Routledge. London, 1988, 2nd ed.
9. Benzer David G : *Healing the Healer : a primer on physician impairment*. *Wis Med J.* 1991; Febr: 70-79
10. Baldenius Ingeborg : *Gelogene Liebe. Diskursanalyse des sexuellen Missbrauchs - Lebenswelten von Tätern und ihre Deutungsmuster für die Tat*. S. Roderer Verlag, Regensburg, 1998
11. Bange Dirk : *Auch Indianer kennen Schmerz. Sexuelle Gewalt gegen Jungen*. Kiepenheuer und Witsch, Köln, 1997
12. Baumann-Hölzle Ruth und Strebel Urs : *Ethische Urteilsbildung im Einzelfall*. In: Bondolfi A., Müller H. (Hg.): *Medizinische Ethik im ärztlichen Alltag*. EMH Basel, 1999, S. 342-352
13. Baumann-Hölzle Ruth : *Autonomie und Freiheit in der Medizin-Ethik*. Alber Verlag, Freiburg, 1999
14. Baumann-Hölzle Ruth : *Moderne Medizin - Chance und Bedrohung*. Peter Lang Verlag, Bern, 2001
15. Baurmann M.C. : *Sexualität, Gewalt und psychische Folgen*. BKA Forschungsreihe Bd. 15. Bundeskriminalamt, Wiesbaden, 1996, 2. Auflage
16. Beauchamp Tom L., Childress James F. : *Principles on Biomedical Ethics*. Oxford University Press, New York, 2001, 5th ed.
17. Beck Aaron T., Freemann Arthur : *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen*. Beltz Verlag, Weinheim, 1999. 4. Auflage
18. Beier K.M., Bosinski H.A.G., Hartmann U., Loewit K.(2001) : *Sexualmedizin*. Urban und Fischer Verlag, München
19. Benzer D.G. : *Healing the healer: a primer on physician impairment*. *Wisconsin Medical Journal* 1991, Febr:70-79
20. Berghändler T. : *Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung eines Patienten mit einer schweren posttraumatischen Belastungsstörung nach sexueller Gewalterfahrung*. *Schw Arch Neurol Psychiatr* 2002;153(1):41-44

21. Berner W., Karlick-Bolten E. : Verlaufsformen der Sexualkriminalität. Enke Verlag, Stuttgart, 1986
22. Blackshaw S, Patterson P : The prevention of sexual exploitation of patients : educational issues. Canadian Journal of Psychiatry 1992;37;350-353
23. Bloom JD, Resnick M, Ulwelling JJ, Shore JH, Williams MH, Rhyne C : Psychiatric consultation to a state board of medical examiners. Am J Psychotherapy 1991; 148: 1366-1370
24. Bloom Joseph D., Nadelson Carol C., Notman Malkah T. : Physician sexual misconduct. American Psychiatric Press, Washington, 1999
25. Bok S : Impaired physicians : what should patients know? Camb Q Health Ethics 1993;2:331-340
26. Böllinger L : Ambulante Psychotherapie mit Sexualstraftätern Z. Sexualforsch 1995;8: 199-221
27. Bonhoeffer K. : Beurteilung, Begutachtung und Rechtssprechung bei der sogenannten Unfallneurose. Deutsche Medizinische Wochenschrift 1926; 52, 179
28. Brackenridge Celia H. : Spoilsports. Understanding and Preventing Sexual Exploitation in Sport. Routledge, London, 2001
29. Branthwaite A., Pechère J.-C. : Pan-European Survey of Patients' Attitudes to Antibiotics and Antibiotic Use. The Journal of International Medical Research 1996;24:229-238
30. Brewster Joan M : Prevalence of alcohol and other drug problems among physicians. JAMA 1987;255:1913-1920
31. Bridges N : Meaning and management of attraction : neglected areas of psychotherapy training and practice. Psychotherapy 1994;31;424-433
32. Bridges N : Managing erotic and loving feelings in therapeutic relationships : a model course. Journal of Psychotherapy Practice and Research 1995;4;329-339
33. Bridges N : Teaching psychiatric trainees to respond to sexual and loving feelings : the supervisory challenge. Journal of Psychotherapy Practice and Research 1998;7;217-226
34. Brodbeck Jeannette : Bedingungen und Folgen sexueller Übergriffe in der Psychotherapie. Lizentiatsarbeit an der Universität Freiburg (CH), 1994
35. Brodsky Joseph : Von Schmerz und Vernunft. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main, 1999
36. Brown Daniel, Schefflin Alan W., Hammond D. Corydon : Memory, Trauma, Treatment and the Law. W.W. Norton, New York, 1998
37. Brundtland Gro Harlem : Grundrecht Gesundheit. Vision: Mehr Lebensqualität für alle. Campus Verlag, Frankfurt, 2000
38. Buchinger Kurt : Die Zukunft der Supervision. Carl-Auer-Systeme Verlag, Heidelberg, 1999
39. Buddeberg Claus : Sexualberatung. Enke Verlag, Stuttgart, 1996, 3. Auflage
40. Buddeberg C., Willi J. : Psychosoziale Medizin. Springer Verlag, Berlin, 1998, 2. Auflage
41. Burgess A., Hartman C. (eds.) : Sexual exploitation of patients by health professionals. Praeger, New York, 1986
42. Butterfield PS : The stress of residency : A review of the literature. Arch Int Medicine 1988;148;1428-1435
43. Carr ML, Robinson GE, Stewart DE, Kussin D : A survey of Canadian psychiatric residents regarding resident-educator sexual contact. American Journal of Psychiatry 1991;148:216-220

44. Charney Dara A, Russell Ruth C : An overview of sexual harassment. *Am J Psychotherapy* 151:10-17
45. Charter on Medical Professionalism : Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter. *Ann Intern Med* 2002;136:243-46, simultaneously published in: *Lancet* 2002;359:520-522
46. Clum Gretchen A., Nishith Pallavi, Resick Patricia A.: Trauma-related sleep disturbance and self-reported physical health symptoms in treatment-seeking female rape victims. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2001;189,9:618-622
47. Coleman E, Dwyer SM, Abel G, Berner W, Breiling J, Hindman J, Honey-Knopp F, Longevin R, Pfäfflin F : Standards of care for the treatment of adult sex offenders. *Journal of Offender Rehabilitation* 1996;23 (3/4): 5-11
48. Committee on Physician Sexual Misconduct. *Crossing the boundaries*. College of Physicians and Surgeons of Brithish Columbia, 1992
49. Cordess C., Cox M. : *Forensic Psychotherapy. Crime, Psychodynamics and the Offender Patient*. Jessica Kingsley, London, 1998
50. Coverdale John H., Thomson Alex N., White Gillian E. (1995) : Social and sexual contact between general practitioners and patients in New Zealand : attitudes and prevalence. *British Journal of General Practice*, 1995,45;245-247
51. Cranovsky R : Risikomanagement in der Medizin - Patientensicherheit. *Schweizerische Ärztezeitung* 2001;82,Nr. 36:1905
52. Creamer M., Burgess P., McFarlane A.C. : Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian national survey of mental health and well-being. *Psychological Medicine* 2001;31:1237-1247
53. Crowner Martha L. : *Understanding and Treating Violent Psychiatric Patients*. American Psychiatric Press, Washington, 2000
54. Cullen R.M.: Medical discipline and sexual activity between doctors and patients. *NZ Med J* 1995, 108; 481-483
55. Cullen R.M., Davidson M., Guthrie B.: Physiotherapists who have had sexual contact with patients. The 1996 NZSP Survey. *NZ Journal of Physiotherapy*, December 1997:7-9
56. Cullen R.M. : Arguments for zero tolerance of sexual contact between doctors and patients. *Journal of Medical Ethics* 1999;25:482-486
57. Damasio A.R. : *Descartes' Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn*. Deutscher Taschenbuch Verlag, München 2001, 6. Auflage
58. Deegener Günther : *Sexuelle und körperliche Gewalt. Therapie jugendlicher und erwachsener Täter*. Beltz Verlag, Weinheim, 1999
59. Derek J : *Patients as victims. Sexual abuse in psychotherapie and counseling*. Wiley and Sons, Chichester, 1994
60. *Diagnostik and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. American Psychiatric Association, Washington, 2000, 4th ed., text revision
61. Dickstein LJ : Social change and dependency in university men : The white knight complex unresolved. *J Coll Stud Psychotherapy* 1986: 1;31-41
62. Dickstein Leah J, Stephenson Judith J, Hinz Lisa D : Psychiatric impairment in medical students. *Academic Medicine* 1990;65;588-593
63. Dimmek B, Duncker H : Zur Rückfallgefährdung durch Patienten des Massregelvollzugs. *Recht & Psychiatrie* 1996;14(2): 50-56
64. Disch, Estelle & Avery, Nancy : Sex in the consulting room, the examining room, and the sacristy: Survivors of sexual abuse by professionals. *American Journal of Orthopsychiatry* 2001;71:204-217
65. Doherty WJ, Burge SK : Divorce among physicians: comparison with other

- occupational groups. JAMA 1989; 261:2374-2377
- 66.Dorian Barbara J, Dunbar Christine, Frayn Doug, Garfinkel Paul E : Charismatic leadership, boundary issues and Collusion. American Journal of Psychotherapy 2000;54,2;216-225
 - 67.Dörner Klaus : Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung. Schattauer Verlag, Stuttgart, 2001
 - 68.Dorpat Theo L. : Gaslighting, the double whammy, interrogation and other methods of covert control in psychotherapy and analysis. Jason Aronson, Northvale, 1996
 - 69.Dort Patrick (1997) : Was tun mit den sexuellen Bedürfnissen der Patienten? Krankenpflege 1997;9: 16-19
 - 70.Dupois Monique, Emmenegger Barbara, Gisler Priska : anmachen - platanweisen. Soziologische Untersuchung zu sexueller Belästigung in der höheren Ausbildung. Paul Haupt Verlag, Bern, 2000
 - 71.Ehlert-Balzer M. : Sexuelle Grenzverletzungen in der Psychotherapie. Mabuse 1999;121:47-50
 - 72.Eldridge Hilary, Bullens Ruud : Dauerhafte Veränderung. Handbuch zur Rückfallprävention. Ambulant Bureau Jeugdwelzijnszorg, Leiden (ohne Jahresangabe)
 - 73.Elliott Michele : Frauen als Täterinnen. Donna Vita Verlag, Ruhnmark, 1995
 - 74.Ellis JJ, Inbody DR : Psychotherapy with physicians families: when attributes in medical practice become liabilities in family life. Am J Psychotherapy 1988; 42:380-388
 - 75.Ellscheid G. : Rechtsethik. In : Pieper A., Thurnherr U. (Hrsg.) : Angewandte Ethik. Eine Einführung. Verlag C.H. Beck, München, 1998
 - 76.Emme Martina : Der Versuch, den Feid zu verstehen. Ein pädagogischer Beitrag zur moralisch-politischen Dimension von Empathie und Dialog. Verlag für interkulturelle Kommunikation. Frankfurt am Main, 1996
 - 77.Enders Ursula : Zart war ich, bitter war's. Handbuch gegen sexuellen Missbrauch. Verlag Kiepenheuer und Witsch, Köln, 2001
 - 78.Eyman JR, Gabbard GO : Will therapist-patient sex prevent suicide? Psychiatric Annals 1991;2;669-674
 - 79.Fahy T., Fisher N. : Sexual contact between doctors and patients. Br Med J 1992;304:1519-20
 - 80.Fawcett Jan (1995) : PSM: „To err is human“ - but then what? Psychiatric Annals 1995,25,2; 88-89
 - 81.Fegert Jörg M., Berger Christina, Klopfer Uta, Lehmkuhl Ulrike, Lehmkuhl Gerd : Umgang mit sexuellem Missbrauch. Institutionelle und individuelle reaktion. Votum Verlag, Münster, 2001
 - 82.Fehlenberg Dirk : Zur Psychotherapie paraphiler Sexualstraftäter im Massregelvollzug. Recht und Psychiatrie, 1997(4):159-167
 - 83.Fiedler Peter : Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. Hogrefe Verlag, Göttingen, 2000
 - 84.Fiedler Peter : Dissoziative Störungen und Konversion. Beltz Verlag, Weinheim, 2001, 2. Auflage
 - 85.Finger-Trescher Urte, Krebs Heinz (2000) : Misshandlungen, Vernachlässigungen und sexuelle Gewalt in Erziehungsverhältnissen. Psychosozial Verlag, Giessen
 - 86.Finkelhor David, Hotaling Gerald, Lewis I.A., Smith Christine (1990) : Sexual abuse in a national survey of adult men and women : prevalence, characteristics, and risk factors. Child Abuse and Neglect, 1999, 14; 19-28

87. Fischer G., Becker-Fischer M., et al. : Sexuelle Übergriffe in Psychotherapie und Psychiatrie. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 1995
88. Fischer Gottfried, Riedesser Peter : Lehrbuch der Psychotraumatologie. E. Reinhardt Verlag, München, 1999
89. Foa EB, Keane TM, Friedman MJ : Effective Treatments for PTSD. Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. The Guilford Press, New York, 2000
90. Forensische Psychiatrie und Psychotherapie : Sonderheft 1996 mit Edith Burger, Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz als Gastherausgeberin. Pabst Science Publishers, Lengerich, 1996
91. Forensische Psychiatrie und Psychotherapie : Sonderheft 1998. Pabst Science Publishers, Lengerich
92. Fortune Marie M. : Is nothing sacred? United Church Press, Cleveland, Ohio, 1999
93. Foucault Michel : Überwachen und Strafen. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 1977
94. Frick Donna Elliott, McCartney Cheryl F. and Lazarus Jeremy A. (1995) : Supervision of sexually exploitative psychiatrists: APA district branch experience. *Psychiatric Annals* 1995,25,2; 113-117
95. Frieling-Sonnenberg Wilhelm (1994) : Das Schweigen durchbrechen. Frühkindliche Erfahrungen und gesellschaftliche Bedingungen bestimmen die Einstellung zur Sexualität im Alter. *Altenpflege* 1994;6:386-390
96. Frieling-Sonnenberg Wilhelm (1994) : Pflegebeziehungen: Zur Frage der gelebten und nicht gelebten Sexualität der Pflegenden und alten Menschen in Heimen. *Pflege* 1994;7,4:300-308
97. Fröschl E., Löw S. (Hrsg.) : Gegen Gewalt an Frauen und Kindern handeln. Eine Initiative des Bundeskanzlers und der Bundesministerin für Frauenangelegenheiten. Bundeskanzleramt Wien, 1994
98. Fussek Claus : Es wissen alle Bescheid, Interview. *Altenpflege* 2001;6:35
99. Gabbard Glen O, Menninger Roy W : The psychology of postponement in medical marriage. *JAMA* 1989; 261:2378-2381
100. Gabbard GO : Sexual excitement and countertransference love in the analyst. *J. Am. Psychoanalytic Assoc.* 1994;42;1083-1106
101. Gabbard Glen O. (1995) : Transference and Countertransference in the psychotherapy of therapists charged with sexual misconduct. *Psychiatric Annals* 1995, 25,2; 100-105
102. Gabbard GO : Lessons to be learned from the study of boundary violations. *American Journal of Psychotherapy* 1996;50;(3):311-321
103. Gabbard Glen O (1997) : Nonsexual and Sexual Boundary Violation between Analyst and Patient : A Clinical Perspective. Vortrag British Psychoanalytic Society, Nov. 5, 1997
104. Galanter Marc, Talbott Douglas, Gallegos, Rubenstone Elizabeth: Combined alcoholics anonymous and professional care for addicted physicians. *Am J Psychotherapy* 1990; 147:64-68
105. Galtung Johan : Der Preis der Modernisierung. Struktur und Kultur im Weltsystem. Promedia Verlag, Wien, 1997
106. Galtung Johan : Frieden mit freidlichen Mitteln. Friede und Konflikt, Entwicklung und Kultur. Leske und Budrich, Opladen, 1998
107. Galtung Johan and Jacobsen Carl G. : Searching for peace. The road to transcend. Pulto Press, London, 2000

108. Garfinkel PE, Sadavoy J, Waring EM, Dorian B : Boundary violations and personality traits among psychiatrists. *Canadian Journal of Psychiatry* 1997;42:758-763
109. Garfinkel PE, Dorian B, Sadavoy J, Bagby RM : Boundary violations and departments of psychiatry. *Canadian Journal of Psychiatry* 1997;42:764-770
110. Gartner Richard B : Memories of sexual betrayal. Truth, fantasy, repression, and dissociation. Jason Aronson, Northvale, 1997
111. Gartrell Nanette, Herman Judith, Olarte Silvia, Feldstein Michael, Localio Russel (1986) : Psychiatrist-Patient Sexual Contact: Results of a National Survey, I: Prevalence. *Am J Psychiatry* 143:9 September 1986
112. Gilligan Carol : In a Different Voice. Harvard University Press Cambridge, 1998. 35th ed.
113. Glasl Friedrich : Konfliktmanagement. Verlag Paul Haupt, Bern, 1997, 5. Auflage
114. Godwin Tom : Staff Development and Training. Trainingsmanual. Maryland Mental Hygiene Administration. Baltimore, 1999
115. Goergen Thomas, Huesing Anja, Gruner Josefine : Gewalt in der Altenpflege. *Altenpflege* 2001;6:32-34
116. Goldberg Arnold I. : Perversion aus der Sicht psychoanalytischer Selbstpsychologie. *Psyche* 1998(8) : 709-730
117. Gonsiorek John C. : Breach of Trust. Sexual exploitation by health care professionals. Sage Publ., Thousand Oaks, 1995
118. Goodman LA, Thompson KM, Weinfurt K, et al. : Reliability of reports of violent victimization and posttraumatic stress disorder among men and woman with serious mental illness. *J Trauma Stress* 1999;12:587-599
119. Gordon RM, Brill D : The abuse and neglect of the elderly. *International Journal of Law and Psychiatry* 2001;24:183-197
120. Gorton Gregg E., Samuel Steven E., Zebrowski Sandra M. (1996) : A Pilot course for Residents on Sexual Feelings and Boundary Maintenance in Treatment. *Academic Psychiatry* 1996; 20:1-12
121. Gorton GE, Samuel SE : National survey of psychiatric residency training directors on education for prevention of psychiatrist-patient sexual exploitation. *Academic Psychiatry* 1996;20:92-98
122. Gray John : Männer sind anders. Frauen auch. W. Goldmann Verlag, München, 1993
123. Grond Erich : Sexualität im Alter. (K)ein Tabu in der Pflege. Brigitte Kunz Verlag, Hagen, 2001
124. Gross E. : Gender difference in physician stress. *JAMA* 1992;47:107-114
125. Groth A.N., Burgess A.W. : Male rape: offenders and victims. *Am J Psychiatry* 1980;137:806-810
126. Gutheil T. : Patients involved in sexual misconduct : Is a victim profile possible? *Psychiatric Annals*, 1991;21,11:661-667
127. Gutheil T.G., Gabbard G.O. : The concept of boundaries in clinical practice: theoretical and risk-management dimensions. *Am J Psychiatry* 1993;150(2):188-96
128. Gutheil T.G., Gabbard G.O. : Misuses and misunderstanding of boundary theory in clinical and regulatory settings. *American Journal of Psychiatry* 1998;55:409-414
129. Gysling Etzel : Pharmakotherapie im Spital nicht optimal. *Pharma-Kritik* 2001;23,5:19-20

130. Haas Henriette, Killias Martin : Sexuelle Gewalt und persönliche Auffälligkeiten: Eine Studie zu 20-jährigen Männern in der Schweiz. Institut de police scientifique et de criminologie. Crimiscopie Nr. 9/ Juni 2000, Lausanne
131. Haas Henriette : Agressions et victimisations: une enquête sur les délinquants violents et sexuels non détectés. Sauerländer Verlag, Aarau, 2001
132. Hall GCN : Sexual offender recidivism revisited: A meta-analysis of recent treatment studies. J Consul Clin Psychol 1995;63:802-809
133. Harris Steven M : Teaching family therapists about sexual attraction in therapy. Journal of Marital and Family Therapy 2001;27,1;123-128
134. Hatch David : Incidence and acceptance of errors in medicine. Schweizerische Ärztezeitung 2001,82; 1339-1343
135. Hatch Daniel : General Medical Council Programmes for reduction of errors and protection of patients. Schweizerische Ärztezeitung 2001;82(25):1344-7
136. Heberhold Martin : Charakteristica der Arzt-Patienten-Beziehung - Versuch eines empirischen Zugangs. Inaugural-Dissertation an der Universität Köln, 1995
137. Heilemann Michael, Fischwasser-von Proeck Gabriele (2001) : Gewalt wandeln. Das Anti-Aggressivitäts-Training. Pabst Science Publishers
138. Heiliger Anita : Sind Sexualstraftäter therapierbar? Psychologie heute, Dezember 2001; 64-69
139. Henseler Heinz : Narzisstische Krisen. Westdeutscher Verlag, Opladen, 1984
140. Herman Judith : Trauma and Recovery. Basic Books, New York, 1992
141. Herman Judith L, Gartrell Nanatte, Olarte Silvia, Feldstein Michael, Localio Russel : Psychiatrist-patient sexual contact : results of a national survey, II: psychiatrists' attitudes. Am J Psychiatry 1987;144(2):164-169
142. Hess Allen K., Weiner Irving B. : The Handbook of Forensic Psychology. John Wiley and Sons, Chichester, 1999, 2nd ed.
143. Heyne Claudia : Tatort Couch. Sexueller Missbrauch in der Therapie. Kreuz Verlag, Zürich, 1991
144. Holroyd Jean Corey, Brodsky Annette M. (1977) : Psychologists' attitudes and practices regarding erotic and nonerotic physical contact with patients. American Psychologist, 1977, October; 843-849
145. Honsell Heinrich (Hrsg.) : Handbuch des Arztrechtes. Schulthess Polygraphischer Verlag, Zürich, 1994
146. Hughes Patrick H, Baldwin DeWitt C, Sheehan David V, Conard Scott, Storr Carla L : Resident physician substance abuse, by specialty. Am J Psychotherapy 1992; 149: 1348-1354
147. Janet Pierre : Psychological Healing. Reprint of the 1925 ed. published by Macmillan, New York, Original : Les médications psychologiques. Arno Press, New York, 1976
148. Janet Pierre : La médecine psychologique. 1er édition 1923, réédité par la société Pierre Janet et de la laboratoire de psychologie pathologique de la sorbonne, Paris, 1980
149. Jonas Hans : Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation. Suhrkamp Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main, 1984
150. Jorgenson Linda M. : Rehabilitating sexually exploitative therapists: a risk management perspective. Psychiatric Annals 1995,25,2; 118-122
151. Journal of Sex Education and Therapy, special issue: Prevention and Treatment of Boundary Violations by Professionals: selected papers from the

- fourth international conference on sexual misconduct by psychotherpists, other health care providers, and clergy. Volume 24 (4), 1999
152. Jurkat HB, Reimer C : Arbeitsbelastung und Lebenszufriedenheit bei berufstätigen Medizinerinnen in Abhängigkeit von der Fachrichtung. Schweizerische Ärztezeitung 2001;82: Nr. 32/33:1745-1750
 153. Jurkat HB, Reimer C : Lebensqualität und Gesundheitsverhalten von berufstätigen Ärztinnen im Vergleich zu Ärzten. Schweizerische Ärztezeitung 2001;82: Nr. 32/33:1739-1744
 154. Kardener Sheldon H., Fuller Marielle, Mensh Ivan : A Survey of Physicians Attitudes and Practices Regarding Erotic and Nonerotic Contact with Patients. Am J Psychiatry 130:10 October 1973
 155. Kernberg O : Love in the analytic setting. J. Am. Psychoanalytic Assoc. 1994;42;1137-1157
 156. King M.B. : Male Rape. Br Med J 1990;301:1345-1346
 157. King M.B. : Sexual assaults on men: assessment and management. Br J Hosp Med 1995;53:245-246
 158. Kluft Richard P. (1989) : Treating the patient who has been sexually exploited by a previous therapist. Psychiatric Clinics of North America, 1989, 12, 2; 483-500
 159. Kommission Weiterbildung und Prävention von sexueller Gewalt in sozialen Einrichtungen NRW : Gegen Machtmissbrauch - Prävention gegen sexuelle Gewalt in Einrichtungen sozialer Arbeit. Paritätischer Wohlfahrtsverband Nordrhein-Westfalen, Köln (ohne Jahresangabe)
 160. Kortshagen Susanne : Wenn das Pflegepersonal tötet. Altenpflege 2001;6:39-40
 161. Lamberg Lynne : „If I work hard(er), I will be loved.“ Roots of physician stress explored. JAMA 1999;282;13-14
 162. Laws R., O'Donohue W. (eds.) : Sexual deviance. Theory, assessment, and treatment. The Guilford Press, New York, 1997
 163. LeDoux Joseph : Das Netz der Gefühle. Wie Emotionen entstehen. Deutscher Taschenbuch Verlag, München, 2001
 164. Lempert Joachim, Oelemann Burkhard : „...dann habe ich zugeschlagen“ Männer Gewalt gegen Frauen. Konkret Literatur Verlag, Hamburg, 1995
 165. Lenz Hans-Joachim : Männliche Opfererfahrungen. Problemanlagen und Hilfeansätze in der Männerberatung. Juventa Verlag, Weinheim, 2000
 166. Leygraf Norbert, Volbert Renate, Horstkotte Hartmuth, Fried Sybilla : Die Sprache des Verbrechens - Wege zu einer klinischen Kriminologie. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 1993
 167. Loftus E.F., Polensky S., Fullilove M.T. (1994) : Memories of childhood sexual abuse: remembering and repressing. Psychology of Women Quarterly 18, 67-84
 168. Lübke Hermann : Ich entschuldige mich. Das neue politische Bussritual. Siedler Verlag, Berlin, 2001
 169. Lukesch Barbara, Ramstein Ruth : Sexueller Missbrauch. Der Fall Mörken und seine Folgen. Beobachter Verlag, Zürich, 2000
 170. Maltz Wendy : The sexual healing journey. A guide for survivors of sexual abuse. Harper Perennial, New York, 1992
 171. Margraf Jürgen : Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Springer Verlag, Berlin, 1996
 172. Marshall William Lamont, Fernandez Yolanda M., Hudson Stephen M., Ward Tony : Sourcebook of treatment programmes for sexual offenders. Plenum Press, New York, 1998

173. Marshall WL, Barbaree HE, Eccles A : Early onset and deviant sexuality in child molesters. *Journal of Interpersonal Violence* 1991;6(3):323-335
174. Marshall W : Assessment, treatment and theorizing about sex offenders. Developments during the past twenty years and future directions. *Criminal Justice and Behavior* 1996;23(1): 162-199
175. Matsakis Aphrodite : I can't get over it. A handbook for trauma survivors. New Harbinger Publ., Oakland, 1996
176. McIver Susan B. : Medical Nightmares. The Human Face of errors. Chestnut Publ., Toronto, 2001
177. McNally RJ : Implicit and explicit memory for trauma related information in PTSD. *Ann N Y Acad Sci* 1997,821:219-224
178. Melcher David : Persistence of visual memory for scenes. *Nature* 2001;412:401
179. Menninger Walter W : Identifying, Evaluating, and Responding to Boundary Violations : A Risk Management Programm. *Psychiatric Annals* 1991;21;675-680
180. Mezey G., King M. : Male victims of sexual assault. *Med Sci Law* 1987;27:122-124
181. Miles Steven H : A challenge to licensing boards : the stigma of mental illness. *JAMA* 1998;280;865
182. Millon T., Simonsen E., Birket-Smith M., Davis R.D. : Psychopathy. Antisocial, criminal and violent behavior. Guilford Press, New York, 1998
183. Moggi F., Bossi J. und Bachmann K.M.: Sexueller Missbrauch in therapeutischen Beziehungen. *Nervenarzt* 1992;63:705-709
184. Moggi Franz, Brodbeck Jeannette, Hirsbrunner Hans-Peter (2000) : Therapist-Patient Sexual Involvement : risk factors and consequences. *Clin. Psychol. Psychother.* 2000, 7; 54-60
185. Morrison T., Erooga M., and Beckett R.C. (eds) : Sexual Offending against children: Assessment of male abusers. Routledge, London, 1994
186. Motz Anna : The Psychology of female Violence. Brunner-Routledge, Hove
187. Müller Denis : Situation et statut de l'éthique médicale. In : Holzhey H., Schaber P. (Hrsg.) : Ethik in der Schweiz. Pano Verlag, Zürich, 1996
188. Musolf Cornelia, Hoffmann Jens : Täterprofile bei Gewaltverbrechen. Springer Verlag, Berlin, 2001
189. Myers MF : The psychiatrist's role in the management of impaired colleagues. *Directions in Psychiatry.* August 16, 1996;15:1-8
190. Myers MF. When physicians become our patients. *Psychiatric Times* August
191. Name withheld: My secret. *JAMA* 1995;274:1395
192. Neue Zürcher Zeitung Nr. 211, 12.09.2001
193. Neue Zürcher Zeitung Nr. 7, 10.01.2002
194. Nickell NJ, Hecker LL, Ray RE, Bercik J : Marriage and family therapists' sexual attraction to clients: An exploration study. *American Journal of Family Therapy* 1995;23;315-327
195. N.N. : Burnout in der Praxis. *Schweizerische Ärztezeitung* 2001;82:Nr 32/33:1751-1753
196. Nowara Sabine : Gefährlichkeitsprognosen bei psychisch kranken Straftätern. Wilhelm Fink Verlag, München, 1995
197. Nugent C., Gill J., Plaut M. : Sexual exploitation - strategies for prevention and intervention. Report of the Maryland Task Force to study health professional-client sexual exploitation. Maryland Departement of Health and Mental Hygiene, Baltimore, 1996

198. Nugent CD : Final report of the committee to implement the recommendations of the Maryland Task Force to study health professional-client sexual exploitation. Department of Health and Mental Hygiene, Baltimore, 1996
199. Olarte S : Characteristics of Therapists who become involved in sexual boundary violations. *Psychiatric Annals*, 1991, Nov
200. Oppenheim H. (1888) : Wie sind die Erkrankungen des Nervensystems aufzufassen, welche sich nach Erschütterungen des Rückenmarks, insbesondere Eisenbahnunfällen, entwickeln. *Berliner klinische Wochenschrift* 25, 166-170
201. Penfold Susan P. : Sexual abuse by health professionals. University of Toronto Press, Toronto, 1998
202. Perry Garry P., Orchard Janet : Assessment and Treatment of adolescent sex offenders. Professional Ressource Press, Sarasota, 1992
203. Peterson Marilyn R : At Personal Risk. Boundary Violations in professional-client relationship. W.W. Norton, New York, 1992
204. Pfäfflin F., Mergenthaler E. : Was passiert in Psychotherapien? Zur Definition, Operationalisierung und Messung von Einsicht. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Werkstattsschriften*, 1998;5,1:21-40
205. Pfäfflin Friedemann : Rückfallpräventionsprogramme für Sexualstraftäter. *Recht und Psychiatrie*, 2001;19(3):140-151
206. Pfannschmidt H. (1998) : Der „Gebrauch der Lüste“ in der Analysestunde. *Forum der Psychoanalyse* 14:4, S. 364-384
207. Physician Diversion Programm. Medical Board of California, Sacramento, 2000
208. Poling Nancy Werking : Vivtim to Survivor. Women recovering from clergy sexual abuse. United Church Press, Cleveland, 1999
209. Pollack W.S., Levant R.F. : New Psychotherapy for Men. J. Wiley and Sons, Chichester, 1998
210. Pope Kenneth S., Bouhoutsos J.C. : Als hätte ich mit einem Gott geschlafen. Sexuelle Beziehungen zwischen Therapeuten und Patienten. Hoffmann und Campe , Hamburg, 1992
211. Pope KS, Keith-Spiegel P, Tabachnick BG : Sexual attraction to patients: the human therapist and the (sometimes) inhuman training system. *American Psychologist* 1987;41:147-158
212. Porter Roy : Die Kunst des Heilens. Eine medizinische Geschichte der Menschheit von der Antike bis heute. Spektrum Akademischer Verlag, Heidelberg, 2000
213. Pozsár C, Schlichting M, Krukenberg J : Sexualstraftäter im Massregelvollzug. *MschKrim* 1999;82: 94-103
214. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC : In search of how people change. *American Psychologist* 1992;47:1102-14
215. Purdie Hazel (1997) : Weder Nonnen noch Sexmonster. Sexualität von Pflegekranken. *Krankenpflege* 1997;5:14-15
216. Rawls J : A Theory of Justice. Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1971
217. Reddemann Luise : Imagination als heilsame Kraft. Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart, 2001
218. Redleaf Angelica, Biard Susan A. : Behind closed doors. Gender, Sexuality, and Touch in the Doctor/Patient Relationship. Auburn House, Westport, 1998
219. Reemtsma Jan Philipp : Im Keller. Rowohlt Verlag, Reinbek bei Hamburg, 1998

- 220.Reglement PABS, Medizinische Gesellschaft Basel, 29.03.2001
- 221.Reimer Christian (1994) : Lebensqualität von Psychotherapeuten. Psychotherapeut 1994,39; 73-78
- 222.Reimer C, Jurkat HB : Lebensqualität von Psychiatern und Psychotherapeuten. Schweizerische Ärztezeitung 2001;82: Nr. 32/33:1733-1738
- 223.Richman Judith A, Flaherty Joseph A, Rospenda Kathleen M, Christensen Michelle L : Mental health consequences and correlates of reported medical student abuse. JAMA 1992; 267: 692-694
- 224.Robinson GE, Stewart DE : A curriculum on physician-patient sexual misconduct and teacher-learner mistreatment: part 1 : content. Canadian Medical Association Journal 1996:154;643-649
- 225.Robinson GE, Stewart DE : A curriculum on physician-patient sexual misconduct and teacher-learner mistreatment: part 2 : teaching method. Canadian Medical Association Journal 1996:154;1021-1025
- 226.Rodolfa ER, Kitzrow M, Vohra S, Wilson B : Training interns to respond to sexual dilemmas. Professional Psychology: Research and Practice 1990:21;313-315
- 227.Rollman BL, Mead LA, Wang NY, Wang Nae-Yuh, Klag Michael J : Medical speciality and the incidence of divorce. NEJM 1997:336;800-803
- 228.Ronca Erna : Fis, Schätzchen. 6 Klaviergeschichten. Daimon Verlag, Einsiedeln, 1995
- 229.Roman Brenda, Kay Jerald (1997) : Residency Education on the Prevention of Physician-Patient Sexual Misconduct. Academic Psychiatry 1997;21:26-34
- 230.Rüegg Johann Caspar : Psychosomatik, Psychotherapie und Gehirn. Neuronale Plastizität als Grundlage einer biopsychosozialen Medizin. Schattauer Verlag, Stuttgart, 2001
- 231.Rüther W : Internationale Erfahrungen bei der Behandlung von Sexualstraftätern. MschrKrim 1998;81(4): 246-262
- 232.Rutter Peter : Verbotene Nähe. Econ Verlag, Düsseldorf, 1991
- 233.Salter Anna C. : Treating Child Sex Offenders and Victims. Sage Publ., Thousand Oaks, 1988
- 234.Salter Anna C. : Transforming Trauma. Sage Publ., Thousand Oaks, 1995
- 235.Samuel SE, Gorton GE: National survey of psychology internship directors regarding education for prevention of psychologist-patient sexual exploitation. Professional Psychology: Research and Practice 1998:29;86-90
- 236.Samuel SE, Gorton GE : Sexual exploitation: an extreme of professional deception. American Journal of Forensic Psychiatry 2001:22,1;63-81
- 237.Sass Hans-Martin : Medizinethik. In : Pieper A., Thurnherr U. (Hrsg.) : Angewandte Ethik. Eine Einführung. Verlag C.H. Beck, München, 1998. S. 80-109
- 238.Saxe Glenn N., van der Kolk Bessel A., Berkowitz Robert, Chinman Gary, Hall Kathryn, Lieberg Gabriele, Schwartz Jane (1993) : Dissociative Disorders in Psychiatric Inpatients. Am J Psychiatry 1993,150,7; 1037-1042
- 239.Scarry Elaine : Der Körper im Schmerz. Die Chiffren der Verletzlichkeit und die Erfindung der Kultur. S. Fischer Verlag, Frankfurt am Main, 1992
- 240.Schacter Daniel L. : Wir sind Erinnerung. Gedächtnis und Persönlichkeit. Rowohlt Verlag, Reinbek bei Hamburg, 1999
- 241.Schäfer Martin, Schnack Brigitte, Soyka Michael (2000) : Sexueller und körperlicher Missbrauch während früher Kindheit oder Adoleszenz bei späterer Drogenabhängigkeit. Psychother Psychosom med Psychol 2000, 50; 38-50
- 242.Schmidbauer Wolfgang : Die heimliche Liebe. Ausrutscher, Seitensprung, Dopplleben. Rowohlt Verlag, Reinbek bei Hamburg, 2001

243. Schöne-Seifert Bettina : Medizinethik. In : Nida-Rümelin J.: Angewandte Ethik. Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung. A. Kröner Verlag, Stuttgart, 1996. S. 552-648
244. Schoener G. et al. : Psychotherapists' sexual involvement with clients: intervention and prevention. Minneapolis MN, Walk-In Counseling Center, 1989
245. Schoener Gary R. (1995) : Assessment of professionals who have engaged in boundary violations. *Psychiatric Annals* 1995, 25,2; 95-99
246. Schorsch Eberhard, Galedary Gerlinde, Haag Antje, Hauch Margret, Lohse Hartwig : Perversion als Straftat. Enke Verlag, Stuttgart, 1996
247. Schorsch Eberhard, Becker Nikolaus : Angst, Lust, Zerstörung. Sadismus als soziales und kriminelles Handeln. Psychosozial Verlag, Giessen, 2000
248. Schüler-Springorum H, Berner W, Cirullies B, Leygraf N, Nowara S, Pfäfflin F, Schott M, Volbert R : Sexualstraftäter im Massregelvollzug. Grundfragen ihrer therapeutischen Behandlung und der Sicherheit der Allgemeinheit. *MschKrim* 1996;79(3): 147-209
249. Schuetzendorf Erich : Die Guten und die Bösen. Gewalt in der Altenpflege. *Altenpflege* 2001;6:36-38
250. Seligman Martin E.P. : Erlernte Hilflosigkeit. Beltz Verlag, Weinheim, 1999
251. Selye H. (1936) : A syndrome produced by noxious agents. *Nature* 148
252. Sexuelle Gewalt an Kinder. Information für Eltern und Erziehende. Sicherheitsabteilung der Kantonspolizei St. Gallen (ohne Jahrgang)
253. Sigusch V. (Hrsg.) : Sexuelle Störungen und ihre Behandlungen. Thieme Verlag, Stuttgart, 2001
254. Simon RI : The psychiatrist as a fiduciary : avoiding the double agent role. *Psychiatric Annals* 1987;17;622-626
255. Simon R : Sexual exploitation of patients : How it begins before it happens. *Psychiatric Annals* 1989;19,2:104-112
256. Simon RI : Treatment boundary violations : clinical, ethical, and legal considerations. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law* 1992;20;269-288
257. Simon Robert I. (1995) : The natural history of therapist sexual misconduct : identification and prevention. *Psychiatric Annals* 1995, 25,2; 90-94
258. Simon RI, Williams IC : Maintaining treatment boundaries in small communities and rural areas. *Psychiatric Services* 1999;50;1440-1446
259. Simon RI : Bad men do what good men dream. American Psychiatric Press, Washington DC, 1999
260. Smith S : The golden fantasy: a regressive reaction to separation anxiety. *Int J Psychoanal* 1977;58:311-324
261. Sofsky Wolfgang : Traktat über die Gewalt. S. Fischer Verlag, Frankfurt am Main, 1996
262. Sobecks Nancy W, Justice Amy C, Hinze Susan, Taylor Chirayath Heidi, Lasek Rebecca J, Chren Mary-Margaret, Aucott John, Juknialis Barbara, Fortinsky Richard, Youngner Stuart, Landefeld Seth : When doctors marry doctors : a survey exploring the professional and family lives of young physicians. *Ann Int Med* 1999;130;312-319
263. Soyinka Wole : The burden of memory, the muse of forgiveness. Oxford University Press, Oxford, 1999
264. Special Task Force on the Sexual Abuse of Patients, Minister of Health and Long-Term Care and Health Professions Regulatory Advisory Council : Executive Summary of the Final Report. Toronto, Canada, June 20, 2001

- 265.Spencer Eth : The child victim as witness in sexual abuse proceedings. Psychiatry 1988,51:221-232
- 266.Spencer Eth : PTSD in children and adolescents. American Psychiatric Publ., Washington, 2001
- 267.Spengler A : Sexualstraftaten. Hintergründe und Erklärungsansätze. KrimPäd 1997;25:1-7
- 268.Standesordnung FMH vom 12.12.1996
- 269.Steiger Rudolf : Beziehungsstörungen im Berufsalltag. Ursachen, Erscheinungsformen und Überwindungsmöglichkeiten. Huber Verlag, Frauenfeld, 1999
- 270.Stein Dan J., Black Donald W., Shapira Nathan A., Spitzer Robert L.: Hypersexual disorder and preoccupation with internet pornography. Am J Psychiatry 2001;158,10:1590-1594
- 271.Stoff David M., Breiling James, Maser Jack D. : Handbook of Antisocial Behavior. J. Wiley, New York, 1997
- 272.Sussman Michael B. : A Perilous Calling. The Hazards of Psychotherapy Practice. Jon Wiley and Sons, New York, 1995
- 273.Talbott G Douglas, Gallegos Karl V, Wilson Philip O, Porter Thomas L : The Medical Association of Georgia's impaired physicians program: review of the first 1000 physicians. JAMA 1987;257:2927-2930
- 274.Task Force on Sexual Abuse of Patients. The Final Report. College of Physicians and Surgeons of Ontario, Toronto, 1991
- 275.Tasman Allan : The Doctor-Patient-Relationship. Am J Psychiatry 2000;157:11:1763-1768
- 276.Tophinke Esther : Das Grundrecht der Unschuldsvermutung. Aus historischer Sicht und im Lichte der Praxis des schweizer Bundesgerichtes, der EMRK-Organe und des UNO-Menschenrechtsausschusses. Stämpfli Verlag, Bern, 2000
- 277.Torrington Derek, Hall Laura : Personal Management. Prentice Hall, London, 1995, 3rd ed.
- 278.Tröhler U. : Das ärztliche Ethos und die Kodifizierung von Ethik in der Medizin. In : Bondolfi A., Müller HJ. : Medizinische Ethik im ärztlichen Alltag. EMH Schweizerischer Ärzteverlag, Basel, 1999. S. 39-61
- 279.Tschan Werner : Missbräuche in der ärztlichen Praxis. Schweizerische Ärztezeitung 2000;81(3):145-148
- 280.Tschan Werner : Sexuelle Übergriffe in der ärztlichen Praxis. Journal Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärzte/-innen, 2000;19(2):22-26
- 281.Tschan Werner : Sexuelle Missbräuche in ärztlichen Behandlungen. Masterarbeit zur Erlangung des European Masters in Applied Ethics. Universität Zürich, Frühjahr 2001 (Publikation geplant)
- 282.Tschan Werner : PABS: Patienten-Anlauf- und -Beratungsstelle der Medizinischen Gesellschaft Basel. Schweizerische Ärztezeitung 2001;82(47):2467-2473
- 283.Tschan Werner : Missbrauchtes Vertrauen - Grenzverletzungen in professionellen Beziehungen. Karger Verlag, Basel, 2001
- 284.Twemlow SW : Exploitation of patients : themes in the psychopathology of their therapists. American Journal of psychotherapy 1997;15:357-364
- 285.Urbaniok Frank : Teamorientierte stationäre Behandlung in der Psychiatrie. Thieme Verlag, Stuttgart, 2000
- 286.Urbaniok Frank : Das Zürcher PPD-Modell. Ein moderes Konzept der Zusammenarbeit von Justiz und Psychiatrie. Kriminalsitik 2000, 8,9; 3-11

287. Urbaniok Frank : Therapie-Risiko-Evaluationstest (TRET). Publikation geplant in Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Werkstattsschriften 2002
288. Van der Burg Wibren : Legislation on Ethical Issues : Towards an Interactive Paradigma. In : Societas ethica, Jahrestagung 1998, aaO. S. 158-173
289. Van der Kolk Bessel A (1989) : The compulsion to repeat the trauma. Re-enactment, revictimization and masochism. Psychiatric Clinics of North America, 1989,12,2; 389-410
290. Van der Kolk Bessel, McFarlane Arthur, Weisaeth Lars : Traumatic Stress - Grundlagen und Behandlungsansätze. Junfermann Verlag, Paderborn, 2000
291. Vanhoeck Kris, van Daele Els : Arbeitsbuch Täterhilfe. Therapie bei sexuellem Missbrauch. Pabst Science Publishers, Lengerich, 2000
292. Vasquez MJT : Counselor-client sexual contact: implications for ethics training. Journal of Counseling and Development 1988;67:238-241
293. Von Braun Christina, Stephan Inge : Genderstudien. Verlag J.B. Metzler, Stuttgart, 2000
294. Walker R, Clark JJ: Heading off boundary problems : clinical supervision as risk management. Psychiatric Services 1999;50:1435-1439
295. Walzer RS : Impaired physicians : an overview and update of the legal issues. J Legal Med. 1990;11:131-198
296. Walzer Robert S : The physician's physician : latent duties to protect third persons. Med Law 1992;11:423-440
297. Walzer RS, Miltimore S. : Mandated supervision, monitoring, and therapy of disciplined health care professionals. J Legal Med. 1993;14:565-596
298. Weis Eberhard : Cesare Beccaria (1738-1794), Mailänder Aufklärer und Anreger der Strafrechtsreformen in Europa. Verlag der Bayrischen Akademie der Wissenschaften, München, 1992
299. Wilbers D., Veenstra G., van de Wiel H.B.M., Weijmar Schultz W.C.M. (1992) : Sexual contact in the doctor-patient relationship in the Netherlands. British Medical Journal 1992, 304; 1531-1534
300. White William L. : The incestuous Workplace. Stress and Distress in the Organizational Family. Hazelden, Center City, 1997
301. Whitfield Charles L. : Memory and Abuse. Remembering and Healing the effects of trauma. Health Communications, Deerfield Beach, 1995
302. World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. Schw.Med. Forum Nr. 6, 07.02.2001; 130-2
303. Wormith J.S. : A survey of incarcerated sexual offenders. Canadian Journal of Criminology 1983;25(4):379-390
304. Yehuda Rachel, Halligan Sarah L., Bierer Linda M. : Relationship of parental trauma exposure and PTSD to PTSD, depressive and anxiety disorders in offspring. Journal of Psychiatric Research 2001;35:261-270