

Missbräuche in der ärztlichen Praxis

W. Tschan

Einleitung

Wir haben in Basel rund 10 Jahre Erfahrungen im Umgang mit Grenzverletzungen in der ärztlichen Praxis sammeln können. Der Schreiber war von 1991 bis 1999 Mitglied der Anlauf- und Beratungsstelle (ABS) «Sexuelle Übergriffe» der Fachgruppe Psychiatrie bzw. der Medizinischen Gesellschaft Basel. Die Arbeit mit Opfern und Betroffenen ändert vieles an der gewohnten Sichtweise. Der Leser ist deshalb eingeladen, möglichst ohne vorgefasste Meinung diesen Ausführungen zu folgen und sich ein Stück weit in ein «Neuland» vorzuwagen. Es ist uns ein Anliegen, die in der Beratung gewonnenen Erfahrungen und Einsichten mitzuteilen und zu reflektieren.

Ein schwieriges Thema

Die Standesordnung der FMH [8] vom 12. Dezember 1996 hält in Artikel 4, Absatz 2, folgendes fest: «Arzt und Ärztin dürfen ein sich aus der ärztlichen Tätigkeit ergebendes Abhängigkeitsverhältnis nicht missbrauchen, insbesondere darf das Verhältnis weder emotionell oder sexuell, noch materiell ausgenützt werden». Der Versuch, einen Konsens zu finden, was unter einem Missbrauch zu verstehen ist, zeigt rasch die Probleme. Findet ein sexueller Kontakt innerhalb der Praxisräumlichkeiten statt, womöglich mit Rechnungsstellung für die «Behandlung», ist die Situation ziemlich eindeutig. Vieles spielt sich jedoch in einer Grauzone ab. Was ist unter einem aufmunternden Klaps auf die Schultern, einem Kompliment für das nette Aussehen, einem liebevollen und trostspendenden Händehalten zu verstehen? Oft konnten wir feststellen, dass sexuell gefärbte Berührungen und Bemerkungen durch einen Patienten solange anders interpretiert und als gutgemeinte Gesten verstanden

wurden, bis es zu einer eindeutigen Grenzverletzung kam. Hinterher wird dann klar, dass sich der Missbrauch über einen längeren Zeitraum anbahnte. Deshalb ist die Gesamtsituation zu betrachten. Insbesondere ist die Beziehung, die das Opfer zum behandelnden Arzt hatte, zu verstehen. Entscheidend ist sicher letztendlich auch, inwieweit sich ein Patient verletzt fühlt, oder gar ein Schaden zurückbleibt.

Die Bedeutung der Arzt-Patienten-Beziehung wurde reflektiert, um die möglichen Folgen von Verletzungen des Vertrauensverhältnisses erfassen zu können. Es wurde offensichtlich, dass etwa ein Arzt, der zu einem Patienten eine sexuelle Beziehung eingeht, seine Objektivität verliert und kaum mehr in der Lage ist, seine Aufgabe für den Patienten optimal zu erfüllen. Dies gilt auch für die Situation, in welcher eine Behandlung im Hinblick auf eine sexuelle Beziehung beendet wird. Es würde den Rahmen dieses Artikels sprengen, den «State of the Art» der Fachdiskussion zum Thema Missbrauch [1–5] eingehend zu erörtern. Das nachfolgende Zitat aus einem Urteil des Schweizerischen Bundesgerichtes [9] soll belegen, wie heute therapeutische Prozesse und Fragen der Verantwortlichkeit ausserhalb unserer Fachdisziplin beurteilt werden:

«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 wird 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.»

Korrespondenz:

Dr. med. Werner Tschan
Psychiatrie und Psychotherapie FMH
Neuensteinerstrasse 7
CH-4053 Basel
E-mail: tschankast@bluewin.ch

Arbeitsweise der ABS

Die ABS wurde 1991 durch die Fachgruppe «Psychiatrie und Psychotherapie» gegründet. Es sollte eine Stelle für betroffene Patienten und ratsuchende Therapeuten mit einem möglichst einfachen und niederschweligen Beratungsangebot angeboten werden, ohne jegliche Entscheidungskompetenz. Vier Personen teilten sich diese Aufgabe, die mittels der standeseigenen Publikationsorgane und durch die lokale Presse bekanntgemacht wurde.

Der Erstkontakt von Betroffenen erfolgte in der Regel telefonisch, ausnahmsweise schriftlich. Bereits am Telefon erfolgte eine Triage nach Zuständigkeit, beispielsweise wurden die entsprechenden Kontaktadressen vermittelt, wenn es sich um eine ausserkantonale Behandlung oder um eine Beratung bei einem nichtärztlichen Therapeuten handelte. Die Arbeit war auf psychiatrisch und psychotherapeutisch tätige Ärzte in Basel-Stadt beschränkt. In zwei bis drei Beratungsgesprächen wurde den Opfern zuerst Gelegenheit geboten, sich über das Vorgefallene auszusprechen. Die Sachlage wurde genauer exploriert und die nötigen Angaben und Hilfen vermittelt. Wir bemühten uns um eine neutrale Haltung mit klarem Positionsbezug, wo sich ein Missbrauch bestätigte. Die betreffende Person wurde ersucht, eine schriftliche Zusammenfassung des Vorgefallenen zu verfassen, unabhängig davon, ob jemand gewillt war, weitere Schritte einzuleiten. Hauptgründe für Beschwerden waren sexueller Verkehr, ferner Vorstufen dazu, wie sexuell gefärbte Berührungen, Umarmungen und Küsse, Petting, dann gegenseitiges Ausziehen der Kleider, beobachten, wie sich eine Person umzieht, anzügliches Verhalten, Vorschläge zu einem Rendez-vous ausserhalb der Praxis sowie Beendigung einer Behandlung zwecks Aufnahme einer intimen Beziehung.

In der Beratung versuchten wir, Transparenz in die Verfahrensabläufe zu bringen und die möglichen Wege aufzuzeigen, die sich aus der jeweiligen Situation ergaben. Man muss sich die Verunsicherung der Opfer vergegenwärtigen, die durch einen Arzt missbraucht und verletzt wurden. Das gleiche darf nicht nochmals geschehen – verlässliche Angaben sind deshalb eine *conditio sine qua non*. Die Verantwortlichen innerhalb der Verfahrenskaskade pflegten einen Erfahrungsaustausch über das Prozedere und die Handhabung der Verfahren. Ohne dieses gegenseitige Feedback ist diese Arbeit nicht zu bewältigen.

Oft erwies sich eine Person als zu fragil, gegen einen Arzt vorzugehen, dem sie früher so sehr vertraut hatte. Da galt es, zuerst die Folgen der Traumatisierung in einer Behandlung im Sinne von «advocacy the patient» aufzuarbeiten, bis allenfalls weitere Schritte möglich wurden. Wir hüteten uns vor vorschnellen Stellungnahmen. Zuerst galt es, die betreffende Person in ihrer Situation gegenüber den früheren Therapeuten zu verstehen. In einem sorgfältigen Abwägen der bekannten Tatsachen wurde versucht, der betroffenen Person den Weg aufzuzeigen, der ihren Interessen am ehesten entsprach. Auch die An-

liegen der Fachgruppe wurden mit der nötigen Sorgfalt beachtet.

Kolleginnen und Kollegen wandten sich an die ABS mit allgemeinen Fragen zur Handhabung von Folgetherapien oder mit generellen Verfahrensfragen. Die ABS stand auch für fallbezogene Supervision zur Verfügung. Bis heute wandten sich keine angeschuldigten Kolleginnen oder Kollegen an die ABS, obwohl beispielsweise Adressen von Therapeuten, die gewillt sind, mit Tätern zu arbeiten, hätten vermittelt werden können. Möglicherweise war dieses Angebot zu wenig bekannt oder die Hemmschwelle zu gross. Die ABS wurde durch andere Organe der Medizinischen Gesellschaft bei spezifischen Fragestellungen angegangen. Im weiteren wurden Dienste des Gesundheitswesens beraten, die mit solchen Fragestellungen konfrontiert waren.

Die Zahl von vier Fachleuten, drei Frauen und ein Mann, in der ABS hat sich als ausreichend erwiesen, um im Falle von Befangenheit das Mandat an ein anderes Mitglied übergeben zu können. Die Gruppe diskutierte laufend die diesbezügliche Fachliteratur, und einzelne beteiligten sich als Redner an Workshops und Weiterbildungen zum Thema. Dabei wurde der Praxisbezug der Referenten immer hoch geschätzt. Die konkreten Situationen wurden intervisionsmässig innerhalb der Gruppe ausgetauscht. Häufig ergab sich, dass wir die Namen von Therapeuten zu hören bekamen, die uns aus anderen Verfahren bekannt geworden waren – was nicht weiter verwunderlich ist, wenn man bedenkt, dass in der Literatur von bis zu 80% Wiederholungstätern ausgegangen wird. Betroffen hat es uns dennoch gemacht. So kamen im Laufe der mehrjährigen Arbeit ein grosses Wissen und eine immense Erfahrung zusammen, wie solche Missbräuche ablaufen, wie die Verfahren gehandhabt werden und welche Elemente für die Betroffenen nützlich und heilsam sind.

Schlussfolgerungen

Grundsätzlich sollte die Haltung der Ärztesgesellschaft gegenüber einem Beschwerdeführer eine positive Würdigung erfahren. Dank dieser Informationen kann gegen unprofessionell arbeitende Kollegen in den eigenen Reihen etwas unternommen werden. Beratung und Verfahren sollten deshalb für Betroffene möglichst einfach und transparent sein.

1. Verfahrenskaskade

Wenn es um sexuelle Missbräuche geht, sollte das ganze Verfahren der Standesorganisation neu strukturiert werden. Aufgrund unserer Erfahrungen empfehlen wir ein dreistufiges Vorgehen, das kaskadenförmig ineinandergreift. Es hat beispielsweise Schule gemacht, sich einem drohenden Standesverfahren durch Austritt aus der FMH zu entziehen. Die Ärztesgesellschaft ist den «bad apple» los – für das Opfer und allenfalls das Publikum ist die Ärzteschaft jedoch nicht zu ihrer Verantwortung gestanden. Das Anliegen der Standesorganisation ist es ja unter anderem,

gegen ein Mitglied vorzugehen, dass durch sein Verhalten die Ärzteschaft schädigt.

Für das Publikum sollten Beratungsstellen zur Verfügung stehen, denen Personen angehören, die Erfahrung im Umgang mit Missbräuchen und Traumatisierung haben. Da eine grosse Zahl der Opfer Frauen sind, sollten mehrheitlich Kolleginnen für diese Aufgabe gewonnen werden. Angesichts der Kleinräumigkeit unseres Landes drängen sich Lösungen je nach Sprachregion oder nach Landesgegenden auf. Es wäre auch zu prüfen, inwieweit die Einrichtung einer Hotline bzw. ein Internetangebot durch die FMH [10] sinnvoll wäre. Opfer müssen grundsätzlich die Möglichkeit haben, zu allen Befragungen eine Begleitperson dabei zu haben. Es sollte auch eine geeignete Beratungsmöglichkeit für angeschuldigte Kolleginnen/Kollegen und deren Angehörige geschaffen werden.

Bestätigt sich ein Missbrauch, sollte in einem zweiten Schritt ein Vergleichsverfahren stattfinden. Das beklagte Mitglied wird über den Eingang der Beschwerde informiert und schriftlich zu einer Stellungnahme aufgefordert. Der Vergleich beinhaltet das Schuldeingeständnis des fehlbaren Therapeuten, Fragen der Entschädigung des Opfers müssen geklärt werden. Häufig entstehen Kosten für Folgebehandlungen nach solch traumatisierenden Übergriffen. Es sind auch Fragen allfälliger Kosten infolge Arbeitsunfähigkeit, Schmerzensgelder, Genugtuungszahlungen und Verfahrenskosten zu klären. Die Notwendigkeit von Auflagen ist zu prüfen (Supervision, Behandlung, Suspendierung der Praxisbewilligung).

Bei Scheitern eines Vergleiches sollte als dritter Schritt ein Verfahren vor dem Ehrenrat stattfinden, über dessen Ergebnis die Mitglieder zu informieren sind. Die Professionalisierung der Standesgerichte ist zu überdenken. Gerade beim sexuellen Missbrauch geht es um eine hochsensible Angelegenheit mit grossem Traumatisierungspotential. Hier nach «Feld, Wald und Wiesen»-Wissen vorzugehen, ist nicht statthaft. Häufig sind es bestens bekannte Kollegen und Kolleginnen, die in ein Verfahren verwickelt werden – eine denkbar schwierige Situation für alle Beteiligten. Durch den Einbezug der kantonalen Aufsichtsbehörden (Sanitätsdepartement, Gesundheitsdirektion) in die Verfahren bietet man gegenüber dem Publikum Gewähr für rechtsstaatlich einwandfreie Verfahren mit der nötigen Transparenz – bekanntlich eine vertrauensfördernde Massnahme. Es wird immer wieder von Opfern der Vorwurf geäussert, Ärzte decken sich sowieso alle gegenseitig. Gelegentlich kommt es deswegen zu Eskalationen mit Einschaltung der Medien.

Beispielsweise wird diese dritte Stufe innerhalb des College of Physicians and Surgeons in Canada [6], das Äquivalent zur FMH, durch ein Dreiergremium geregelt, dem zwei Vertreter der Ärzteschaft und ein Vertreter des Gesundheitsministeriums angehören. Zu prüfen ist die zwingende Meldung an die kantonalen Aufsichtsbehörden (Sanitätsdepartement), die dann zuständig sind für die Suspendierung bzw. den Entzug der Praxisbewilligung. Die bisherigen Sanktionsmass-

nahmen sind um Rehabilitationsmassnahmen zu erweitern, mit der Möglichkeit von Supervision bis zur temporären Sistierung der Berufstätigkeit und Durchführung einer geeigneten Therapie. Solche Überlegungen gelten nach unserer Erfahrung übrigens nicht nur für übergreifende Therapeuten, sondern sehr wohl auch für drogen- und/oder alkoholabhängige Berufskollegen. Solche Massnahmen müssen gebührend überwacht und durchgesetzt werden. Wegen der Tragweite der Entscheide sollte eine Rekursmöglichkeit an die zivilen Gerichte geschaffen werden.

Die Mitglieder innerhalb der Verfahrenskaskade müssen einen Austausch über ihre Tätigkeit und die dabei gewonnenen Erfahrungen pflegen. Manche Fragen bedürfen einer Klärung. Was geschieht etwa, wenn ein Opfer nicht gewillt ist, eine Beschwerde zu erheben? Was macht die Ärztesgesellschaft mit solchem Wissen? Was geschieht mit einem verurteilten Mitglied: Wer wacht darüber, wie es sich künftig verhalten wird? Hier fehlte bisher ein geeignetes Instrumentarium.

2. Standesordnung FMH

Die bisherige Argumentationslogik der Standesverfahren muss überdacht werden. Es sind die zwei Ebenen von Verbands- und Berufsverfahren auseinanderzuhalten. Der erste Fall betrifft die Ärztesgesellschaft, die gegen eines ihrer Mitglieder wegen Verstössen gegen die Standesordnung vorgeht. Die zweite Ebene betrifft das Vertragsverhältnis zwischen Arzt und Patient. Die zwei Bereiche überschneiden sich in vielen Punkten. Für die Betroffenen ist die Einhaltung der fachlichen Regeln massgebend. Es gilt, den Patientenrechten das nötige Gewicht zu geben. Für Art. 45 StO FMH drängt sich insofern eine Änderung auf, als die Rechtsstellung von Betroffenen in den Standesverfahren dem anzugleichen ist, was heute in einem Rechtsstaat üblich ist – volle Akteneinsicht und Rekursmöglichkeiten. Die Ärztesgesellschaft ist nicht bloss ein Verband gleichgesinnter Berufskollegen, sondern auch eine Berufsorganisation, die berufsethische Standards setzt (beispielsweise Fort- und Weiterbildungsreglement). Als Berufsorganisation kommen wir aber nicht darum herum, gegenüber dem Publikum deren Einhaltung zu garantieren.

Das Standesverfahren darf nicht dazu instrumentalisiert werden, die Missetäter zu schützen. Deswegen sind aus der Sicht der Opfer und Betroffenen solchen Fragen eine eminente Bedeutung beizumessen. Die Opfer suchen oft eine Bestätigung, dass ihnen Unrecht angetan wurde. Dieser Teil der Wiedergutmachung durch die Standesgerichte kann nicht genug betont werden. Was sich heute im modernen Straf- und Massnahmenvollzug als Täter-Opfer-Ausgleich [7] einzubürgern beginnt, sollte eigentlich für eine ärztliche Berufsorganisation selbstverständlich sein. Unsere Maxime, zu helfen und zu heilen, sollte auch in solchen Verfahren ihren Niederschlag finden. Der vorgeschlagene Paradigmawechsel würde solchen Argumenten Rechnung tragen.

3. Prophylaxe

Ein wesentlicher prophylaktischer Faktor ist die Ausbildung. Wir sind der Ansicht, dass dieser Punkt durch die Fakultäten und Ausbildungsinstitute vermehrt beachtet werden muss. Die Fachleute müssen informiert sein, wie es zu solchen Übergriffen kommt, und was die Folgen sind. Es gibt keine bekannten Risikofaktoren, weder auf der Seite von Patienten, noch auf der Seite der Ärzte, die zu einem Missbrauch prädisponieren [1, 2]. Der Missbrauch ereignet sich häufig aus einer zunehmenden Grenzüberschreitung innerhalb der Behandlung. Wir Ärzte haben wie alle andern Menschen auch unsere Schwächen und Probleme. Wenn wir therapeutisch tätig sind, müssen wir wissen, wo ein persönliches Risiko besteht, in eine solche Situation zu geraten. Wir müssen wissen, was wir zu tun haben. Es müssen klare berufsethische Richtlinien formuliert werden, die für alle Mitglieder verbindlich sind. Das Ziel besteht nicht darin, «bessere» Ärzte heranzubilden, sondern diejenigen Berufskollegen bei ihrer Verantwortung zu behaften, welche ihren Patienten Schaden zufügen. Die Öffentlichkeit muss über die Behandlungsrichtlinien informiert sein. Sie muss ebenfalls wissen, in welchem Rahmen sich eine psychotherapeutische Behandlung abspielt und wo der professionelle Rahmen überschritten wird.

Die Thematik muss auch Eingang finden in die Fort- und Weiterbildung der Fachleute. Die Qualitätssicherung unserer Arbeit beinhaltet diese Aspekte der ärztlichen Tätigkeit ebenso. Durch eine kontinuierliche Auseinandersetzung mit der Missbrauchsthematik besteht Gewähr, dass solchem Tun Einhalt geboten werden kann.

Möglicherweise gehen diese Überlegungen Einzelnen zu weit. Wenn wir als Standesorganisation weiterhin unsere Eigenverantwortung wahrnehmen wollen, so müssen wir dies glaubhaft und konsequent tun. Die aufgeführten Massnahmen sollen dazu dienen, Patienten besser zu schützen. Der weitaus grösste Teil der Ärzte sind verantwortungsbewusste Fachleute, die sich um ihre Patienten kümmern und den Berufsstandard einhalten. Von unverantwortlich handelnden Mitgliedern müssen wir uns klar distanzieren können, sonst gerät die ganze Berufsgruppe in ein schiefes Licht. Schliesslich möchten wir auch auf das oft unermessliche Leid der Betroffenen und ihrer Familienangehörigen hinweisen, die Opfer solcher Übergriffe werden. Wir müssen uns deswegen klar werden, wem wir mit unseren Verfahren helfen wollen.

Literatur

- 1 Schoener G, et al. Psychotherapists' sexual involvement with clients: intervention and prevention. Minneapolis MN: Walk-In Counseling Center; 1989.
- 2 Fischer G, Becker-Fischer M, et al. Sexuelle Übergriffe in Psychotherapie und Psychiatrie. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer; 1995.
- 3 Penfold SP. Sexual abuse by health professionals. Toronto: University of Toronto Press; 1998.
- 4 Derek J. Patients as victims. Sexual abuse in psychotherapy and counselling. Chichester: Wiley and Sons; 1994.
- 5 Ehlert-Balzer M. Sexuelle Grenzverletzungen in der Psychotherapie. *Mabuse* 1999;121:47-50.
- 6 Committee on Physician Sexual Misconduct. Crossing the boundaries. Vancouver, British Columbia; College of Physicians and Surgeons of British Columbia; 1992.
- 7 Ellscheid G. Rechtsethik. In: Pieper A, Thurnherr U (Hrsg.). *Angewandte Ethik. Eine Einführung*. München: Verlag C. H. Beck; 1998. S. 134-155.
- 8 Standesordnung FMH 12. Dez. 1996.
- 9 Bundesgerichtsentscheid 12.01.1998 (BGE 124 IV 13).
- 10 <http://www.advocateweb.org>