

Schwarze Schafe¹

S. Cueni, M. Schuppli-Delpy

Wie um alles in der Welt können wir Ihnen, liebe Kolleginnen und Kollegen, beliebt machen, mit uns über ein Thema nachzudenken, das Sie wahrscheinlich sehr unangenehm berührt, von dem Sie am liebsten gar nichts wissen möchten oder das Sie verdrängt behalten wollen. Sie ahnen richtig: wir möchten Sie einladen, unseren Gedanken über die schwarzen Schafe unter uns zu folgen. Die Rede ist von Ärzten², die an einer psychischen Störung schweren Ausmasses leiden und die unter Umständen Patientinnen schwer schädigen können, wobei eine psychische Störung allerdings ein Fehlverhalten nicht entschuldigt. Kommt es zu Delikten, so sind die Täter zudem eingebettet in eine Gesellschaft, in der ein Machtgefälle zwischen den Geschlechtern Realität ist und Männergewalt an Frauen und Kindern leicht ungestraft bleibt. Dieses gesellschaftliche Umfeld trübt den Blick und schützt somit die Täter.

Als ehemalige Mitglieder der aufgelösten Basler Berufsordnungskommission der Fachgruppe Psychiatrie bzw. der MedGes Basel haben wir Erfahrungen mit Vergleichsverhandlungen zwischen nach Artikel 4 der FMH-Standesordnung angeklagten Ärzten und geschädigten Patientinnen. Vorwiegend ging es dabei um sexuelle Übergriffe in ärztlichen Psychotherapien. Bei unserer Arbeit wurde jedoch deutlich, dass es falsch ist zu glauben, Übergriffe seien nur ein Problem der Psychiater. Andere Fachvertreter kamen als Täter ebenso vor. Als freipraktizierende Psychiaterinnen/Psychotherapeutinnen haben wir zudem Erfahrungen in Folgetherapien mit Opfern, die von Ärzten geschädigt wurden [2]. Das enorme Elend auf Seite der Opfer, der Patientinnen, und der Schweregrad der psychischen Störung auf Seite der Täter, der Ärzte, die wir in diesem Zusammenhang gesehen haben, lässt sich hier in Kurzform nicht wiedergeben, ist aber erschütternd. Unser Anliegen ist, dass die Ärzteschaft mutig und aufgeschlossen eine bewusste und verantwortungsvolle Art findet, mit den schwarzen Schafen unter uns umzugehen. Die Inkraftsetzung der FMH-Standesordnung war ein erster guter Schritt in die richtige Richtung. Nach einigen Jahren Erfahrung mit der FMH-Standesordnung besteht jetzt unseres Erachtens weiterer Handlungsbedarf, wollen wir das Ansehen unseres Berufsstandes wahren und unsere Glaubwürdigkeit nicht verlieren.

1 Wir danken ANNA für ihren treffenden Cartoon [1].

2 Wir meinen immer beide Geschlechter. Da aber in ca. 95% der Fälle die Konstellation Arzt-Patientin vorkommt, schreiben wir im folgenden in dieser Form.

Wie also könnte die Ärzteschaft selbst eine gute Art entwickeln, mit ihren kranken Kollegen umzugehen? Lassen Sie uns ein bisschen ausholen: Unserer Erfahrung nach ist die häufigste Störung der Täter die narzisstische Persönlichkeitsstörung. Dies wird auch in der Literatur so beschrieben [3]. Die Prävalenz der narzisstischen Persönlichkeitsstörung liegt zwischen 1,6 und 16,2% (nach Fiedler). Es gibt keinen Grund anzunehmen, dass die Prävalenz unter Ärzten kleiner ist. Im Gegenteil: viele Menschen mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung tun sich im Sinne einer Kompensation durch besondere berufliche Leistungen hervor. So könnte man durchaus annehmen, dass die Prävalenz unter Ärzten eher etwas höher als bei der Durchschnittspopulation sein könnte. Verhängnisvoll dabei ist, dass die Betroffenen selbst ihre Störung typischerweise als Ich-synton empfinden, d.h. sie haben kein Bewusstsein für ihre Störung und keine Krankheitseinsicht. Sie fallen durch ihre Unfähigkeit zur Selbstkritik auf. Wenn sie zum Beispiel durch eine Klage ihre Fassade nicht länger aufrecht erhalten können, dann haben sie meist eine beeindruckende Fähigkeit, psychisch Unangenehmes, wie zum Beispiel eigenes Fehlverhalten, aus ihrer subjektiven Realität und ihrer Logik vollkommen auszublenden oder so darzustellen, dass sie selbst als ahnungslos oder sogar besonders qualifizierte Retter ihrer Patientinnen dastehen. Als Angeklagte sind sie in Verfahren ausserordentlich erfinderisch und geschickt. Sie sind Weltmeister im Manipulieren, sie haben oft ein charismatisches Auftreten und/oder besonders gute fachliche Qualifikationen und Stellungen, ein gewinnendes Erscheinen usw. All dies dient ihnen zur Aufrechterhaltung ihres labilen psychischen Gleichgewichtes, sprich ihres Grössenselbst.

Wie wirkt sich nun diese Persönlichkeitsstörung in der Interaktion zwischen Arzt und Patientin aus? Narzisstisch gestörte Ärzte laufen Gefahr, die von ihnen abhängigen Patientinnen zur Befriedigung eigener Interessen zu missbrauchen. Es entstehen Grenzüberschreitungen, Machtmissbrauch und sexuelle Übergriffe durch den Arzt. Diese Ereignisse werden in Artikel 4 unserer FMH-Standesordnung beschrieben und stellen Delikte dar, wie in einem wegweisenden Bundesgerichtsentscheid von 1998 erstmals bestätigt wurde. Wahrscheinlich stimmen Sie, liebe Leserin, lieber Leser, uns zu, wenn wir sagen, dass in jeder menschlichen Beziehung leider gelegentlich mindestens subtile Formen von Grenzüberschreitungen vorkommen. Daher kommt wohl auch ein Teil des eingangs erwähnten Widerstandes in uns, sich mit diesem Thema zu beschäftigen. Wir alle sind selbstverständlich unvollkommen, ja, dies macht uns erst menschlich. Wir meinen nicht diese alltäglichen, subtilen Formen von Unvollkommenheit. Hingegen beschäftigt uns die Frage, ab wann man von einem Delikt sprechen darf und muss. Welche Bandbreite von Fehlern ist «normal»? Wer definiert das und interpretiert im Detail Artikel 4? Aufgrund welcher Überlegungen? Und weiter beschäftigt uns die Frage, wie wir mit Kollegen umgehen, von denen derartige Verfehlungen als erwiesen gelten, die, wie das wegen der

Korrespondenz:
 Dr. med. Silvia Cueni
 Eulerstrasse 17
 CH-4051 Basel

erwähnten fehlenden Krankheitseinsicht der Täter typisch ist, eventuell schon mehrfach wegen ähnlicher Verfehlungen aufgefallen sind? Aus unserem Erfahrungskreis sind uns einige Kollegen bekannt, die sogar nach einer Verurteilung in einem standesrechtlichen Verfahren unverändert weiter arbeiten, als wäre nichts geschehen, obwohl sie Patientinnen nachweislich schwer geschädigt haben. Das darf nicht so bleiben.

Wir möchten einige Postulate aus dem Gesagten ableiten:

1. Jede kantonale Standeskommission hat naturgemäss je nur eine begrenzte Anzahl ähnlich gelagerter Fälle, so dass sich bis heute kaum eine einheitliche Rechtspraxis herausbilden konnte. Insbesondere Fälle von Machtmissbrauch werden gerne bagatellisiert [4]. Der narzisstische Missbrauch oder Machtmissbrauch ist nicht nur die häufigste und vielgestaltigste, sondern die Grundform aller anderer Arten von Missbrauch und in ihren indirekteren und subtileren Ausprägungen am schwersten durchschaubar, benennbar und abwendbar. Auch durch den alleinigen narzisstischen Missbrauch können Patientinnen ebenso schwer wie durch sexuelle Übergriffe geschädigt werden. Diese Fälle sind in der Regel viel schwieriger zu beurteilen als Fälle, bei denen ein vollzogener Geschlechtsakt im Rahmen einer ärztlichen Behandlung das Faktum darstellt. Daher wünschen wir uns, dass die FMH zunächst nach demokratischen Spielregeln auf gesamtschweizerischer Ebene eine offene und breite Vernehmlassung darüber führt, wie Artikel 4 der FMH-Standesordnung im Detail ausgelegt werden soll. Wir schlagen vor, dass eine Expertenkommission dazu einen Text formuliert, den schliesslich die Ärztekammer verabschieden müsste. Dieser Text könnte dann eine verbindliche Grundlage sein für alle Gremien, die innerhalb unseres Berufsverbandes derartige Fälle beurteilen müssten. Unserer Meinung nach müsste die Ärzteschaft durch den Prozess der Auseinandersetzung mit dem Thema zur Haltung finden können, dass in bezug auf das erwiesene Delikt einzig eine klare Verurteilung des Deliktes verbunden mit einer parteilichen Haltung zugunsten der Geschädigten möglich ist.
2. Verfahrensrechtlich liegt noch einiges im argen. Wir möchten hier nur einige Problembereiche kurz nennen:
 - Die in den Standeskommissionen übliche strenge Geheimhaltung ist eine Form von Täterschutz. In bezug auf das Delikt bräuchte es eine Entsolidarisierung mit dem Täter.
 - Die unvermeidbaren und im allgemeinen nicht negativen Loyalitätsverflechtungen unter Kollegen innerhalb einer kantonalen Ärztesgesellschaft verhindern wirklich unabhängige Urteile. Am besten gäbe es daher nur einige wenige Standeskommissionen oder nur ein einziges Gremium für die ganze Schweiz, das speziell nur diese Fälle beurteilen würde.
- Die mangelhaften Rechte der Geschädigten wirken sich für diese oft verheerend aus bzw. halten sie davon ab, überhaupt vor einer Standeskommission zu klagen. Daher gibt es, so behaupten wir, einen grossen zahlenmässigen Unterschied zwischen den tatsächlich vorkommenden und den durch eine Standeskommission beurteilten Fälle. Dieser bekannte Missstand schadet der Ärzteschaft.
- Die Geschädigten müssten in einer dem OHG analogen Weise befragt und behandelt werden. Eine Reviktimisierung der Geschädigten durch die Anhörungspraxis und das Vorgehen in einem Verfahren müsste vermieden werden.
- Die Mitglieder einer zukünftigen Standeskommission benötigen eine ausführliche Fortbildung in ethischen Fragen, vor allem in Bereichen wie Macht und Abhängigkeit. Speziell ausführlich wären die Themen Täterstrategien und Persönlichkeitsstörungen zu behandeln. Eine juristische Fachberatung muss gewährleistet sein. Weiter müssten sie fähig sein, enorme emotionale Spannungen auszuhalten ohne mitzuagieren. Es braucht ein besonderes Mass an persönlicher Integrität, Sorgfalt und Fachwissen, um beiden Seiten gerecht zu werden.
3. Ein Expertengremium sollte ein umfangreiches, landesweit gültiges Konzept darüber erarbeiten, welche Überlegungen in eine Verurteilung einfließen sollten. Unsere eigenen Vorstellungen darüber gehen etwa in folgende Richtung:
 - Unseres Erachtens müsste jeder nach Artikel 4 Angeklagte psychiatrisch begutachtet werden. Der Gutachter müsste ein im Thema anerkannter Experte sein und er müsste, um eine möglichst grosse Unbefangenheit zu gewährleisten, in einem anderen Landesteil als der Angeklagte tätig sein.
 - Es müssten Kriterien [5] definiert werden, aufgrund derer in einem Gutachten festgestellt wird, wie gross die Wahrscheinlichkeit einer erneuten Verfehlung ist. Bei Fällen von sexuellen Übergriffen in der Psychotherapie z.B. sind gemäss Literatur etwa 80% der Täter Wiederholungstäter. Die Beurteilung des Rückfallrisikos ist also von eminenter Bedeutung.
 - Falls eine Fortführung der ärztlichen Arbeit im bisherigen oder in einem anderen Tätigkeitsfeld verantwortbar scheint, so müssen Auflagen analog einer ambulanten Massnahme nach Art. 43 StGB formuliert werden, wobei das Berufsverbot zu Gunsten einer Massnahme aufgeschoben wird.
 - Die Massnahme darf nicht naiv sein (z.B. Supervision alleine), sondern sie soll künftigen, ahnungslosen Patientinnen und dem Arzt selbst ausreichend Schutz vor erneuten Verfehlungen geben. Der Arzt soll durch die Massnahme eine angemessene Unterstützung in bezug auf die Deliktprophylaxe bekommen, d.h., er benötigt in jedem Fall eine auf das Delikt fokussierende Psychotherapie.

- Eine Instanz bestehend aus Experten in Tätertherapien muss definiert werden, welche derartige Massnahmen durchführt und eine andere, welche sie periodisch überprüft.
- Ist die Massnahme nicht durchführbar oder kommt es zu Rückfällen, so muss sekundär ein Berufsverbot in Kraft treten.
- Jede Verurteilung sollte automatisch zu einer Mitteilung an den Kantonsarzt führen: denn wenn die Massnahme nicht durchführbar ist oder der Täter rückfällig wird, so sollte die Gesundheitsbehörde dafür sorgen, dass ein Berufsverbot ausgesprochen wird. So kann auch verhindert werden, dass ein verurteilter Täter nicht einfach in einem anderen Kanton wiederum eine Praxisbewilligung erteilt bekommt.
- Damit sich ein Angeklagter einem Verfahren bzw. einer Massnahme nicht entziehen kann, sollte ein Austritt aus der kantonalen Ärztesgesellschaft nach einer Anklageerhebung verunmöglicht werden.

Angesichts der erwähnten geringen Fähigkeit zur echten Einsicht ist Druck und Kontrolle von aussen die einzig realistische Weise, künftigen Schaden zu verhindern.

Vielleicht schockiert Sie das alles sehr. Wir denken, es sei Zeit, dass die Ärzteschaft aus der Defensive findet, denn jetzt gehen immer mehr geschädigte Patientinnen vor Gericht. Die Berichterstattung in den Medien ist für die Ärzteschaft nicht vorteilhaft und

untergräbt unsere Glaubwürdigkeit noch zusätzlich. Wir möchten einen Beitrag leisten, dass die bis jetzt wirksame Verdrängung durch die weissen Schafe ein Ende findet. Wir wünschen uns, dass sich alle Schweizer Ärzte und Ärztinnen Gedanken machen, und dass die standespolitisch Verantwortlichen das schwierige Thema in angemessener Form aufgreifen.

Literatur

- 1 ANNA. Warum decken wir schwarze Schafe überhaupt? [Cartoon]. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(28):1553.
- 2 Schuppli-Delpy M, Nicola M. Folgetherapien mit in Psychotherapien sexuell missbrauchten Patientinnen. In: Bachmann K, Böker W (Hrsg.). Sexueller Missbrauch in Psychotherapie und Psychiatrie. Göttingen: H. Huber; 1994. S. 123-38.
- 3 Fischer G, Becker-Fischer M. Gibt es «Täterprofile»? Situative und Persönlichkeitsfaktoren bei sexuellen Kontakten in Psychotherapie und Psychiatrie. In: Bachmann KM, Böker W (Hrsg.). Sexueller Missbrauch in Psychotherapie und Psychiatrie. Göttingen: H. Huber; 1994. S. 91-104.
- 4 Schulte C. Von den vielfältigen Formen des Machtmissbrauchs in Therapien. In: Sonntag U, Haering-Lehn J, Gerdes U, Ache E, Kempe F, Harms H, et al. (Hrsg. für die Frauen-AG gegen sexuelle Übergriffe und Machtmissbrauch in Therapie und Beratung). Übergriffe und Machtmissbrauch in psychosozialen Arbeitsfeldern. Phänomene – Strukturen – Hintergründe. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.; 1995. S. 27-54.
- 5 Schoener GR, Gonsiorek JC. Assessment and development of rehabilitation plans for the therapist. In: Schoener GR, et al. (eds.). Psychotherapists' sexual involvement with clients: Intervention and prevention. Minneapolis: Walk-In Counseling Center; 1989. p 401-20.