

Verbesserung des Schutzes vor sexuellen Übergriffen in fachgebundenen und Richtlinien-Psychotherapien

Von Martin Riemer¹ und Gudrun Schneider²

Summary

Improving prevention of sexual abuse by therapists during ongoing psychotherapeutic or psychiatric treatment

Objectives: This interdisciplinary paper reports on the literature on sexual abuse in psychotherapy and on a case of unwanted sexual advances by a therapist toward his patient. Measures to help prevent such cases are discussed from a lawyer's (first author) and a medical psychotherapist's (second author) point of view.

Overview of the literature: In psychotherapeutic practice, the borders of the therapeutic relationship are frequently not clear and sexual abuse of patients by psychotherapists also occurs in Germany.

Case report: The reported case illustrates that under current German Criminal Code (§§ 174 c Abs.2, 181 f. Nr. 2 StGB) patients are protected by law against unwanted sexual advances by a therapist. However, physical examination by the therapist while the patient is undergoing psychotherapy may provide unscrupulous therapists with the opportunity to dismiss accusations of unwanted sexual advances as legitimate physical examinations. Thus they could further victimize patients in legal suits since due to the principle of *innocent until proven guilty*, it is difficult for prosecutors to prove a case.

Discussion: To improve patients' rights and the standards of practice, the *first author* suggests legal prohibition of simultaneous psychotherapeutic treatment and physical examinations/treatment by the same doctor. He suggests that a referral to a consulting physician for any physical examination deemed necessary should become the standard practice, thus also providing added protection to any doctor involved against false accusations of misconduct. The *second author* discusses critically whether such a prohibition would truly protect the patients. She concludes that simultaneous medical and psychotherapeutic treatment of a patient by the same physician should be thoroughly thought through by the physician, but comes to the conclusion that in some cases a combined medical and psychotherapeutic treatment seems appropriate. Instead of a general prohibition she suggests improved information and education for patients and psychotherapists as well as better use of the already existing legal possibilities.

Z Psychosom Med Psychother 52/2006, 406-424

¹ Rechtsanwalt in Brühl.

² Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Münster.

Keywords

Sexual Abuse – Psychotherapy – Criminal Offence – Assault

Zusammenfassung

Fragestellung: Der Beitrag diskutiert aufgrund einer Literaturübersicht sowie eines Ermittlungsverfahrens sexuelle Übergriffe in der Psychotherapie, unter besonderer Berücksichtigung der fachgebundenen Psychotherapie, und Möglichkeiten zu deren Prävention aus – interdisziplinär – juristischer (Erstautor) und ärztlich-psychotherapeutischer (Zweitautorin) Sicht.

Literaturübersicht: Die Literaturübersicht zeigt, dass die Grenzen der therapeutischen Beziehung in der Praxis häufig nicht klar gezogen werden und dass sexuelle Übergriffe auch in Deutschland keine Seltenheit sind.

Falldarstellung: Anhand einer Falldarstellung wird gezeigt, dass Psychotherapiepatienten durch §§ 174 c Abs. 2, 181 f. Nr. 2 StGB zwar strafrechtlich vor sexuellen Übergriffen durch Therapeuten geschützt werden, parallel zur psychotherapeutischen Behandlung praktizierte körperliche Untersuchungen und Behandlungen jedoch die Möglichkeit zu sexuellen Übergriffen eröffnen, die von den Patienten eventuell nur schwer als solche erkannt und abgewehrt werden können. Damit eröffnet sich für delinquente Ärzte ein Schlupfloch, sexuelle Übergriffe als medizinische Behandlungen zu tarnen und die Opfer im Ermittlungsverfahren zu pathologisieren, zumal aufgrund der Unschuldsvermutung die Beweislast für eventuelle Straftaten auf Seiten der Anklage liegt.

Diskussion: Der Erstautor regt als Lösungsvorschlag an, in das ärztliche Berufsrecht (MBO-Ä) ein Verbot gleichzeitiger psychotherapeutischer und somatischer Behandlungen aufzunehmen, um den Patientenschutz und die Behandlungsqualität zu verbessern. Die Zweitautorin gelangt demgegenüber zu der Auffassung, dass die gleichzeitige körperliche und psychotherapeutische Behandlung besonderer Reflektion bedarf und erörtert kritisch, ob und inwieweit ein solches Verbot den Patientenschutz verbessern würde. Sie betont, dass in manchen Fällen eine parallele somatische und psychotherapeutische Behandlung durch die gleiche Person sinnvoll und notwendig sein kann und regt ihrerseits als Lösungsalternative an, die Psychotherapeuten und die Patienten für den Tatbestand durch entsprechende Information und Weiterbildung zu sensibilisieren und die bestehenden rechtlichen Möglichkeiten besser auszuschöpfen.

1. Einleitung

Wie in der somatischen Medizin, so ist auch in der Psychotherapiesituation grundsätzlich die Gefahr gegeben, dass Patienten in der Intimität des Therapiebündnisses durch iatrogenes Fehlverhalten zu Schaden kommen können. Dem Grundsatz der Nichtschädigung (*primum non nocere*) als zentralem Prinzip der ärztlichen Ethik und Voraussetzung für das Vertrauen der Patienten in die Medizin wird in der Theorie zwar jeder Psychotherapeut zustimmen. Jedoch findet diese Maxime in der Praxis nicht durchgehend die Beachtung, die ihr wünschenswerter Weise zukommen sollte, was auch nicht immer darauf zurück geführt werden kann, dass lediglich unterschiedliche

Vorstellungen vom therapeutischen Vorgehen bestehen. Manche therapeutische Verhaltensweisen (Sexualkontakte während laufender Therapie, wirtschaftliche Ausnutzung der Abhängigkeitsbeziehung, Geheimnisverrat, etc.) sind delinquent und verdienen es, in dieser Form auch eindeutig beim Namen genannt zu werden.

Aus dem Katalog möglichen Fehlverhaltens stellt die sexuelle Annäherung des Therapeuten an den Patienten – hierüber besteht heute Konsens – dabei sicherlich einen besonders krassen Verstoß gegen elementare Regeln therapeutischer Moral für die im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie zugelassenen Psychotherapieverfahren dar (Birnbacher u. Kottje-Birnbacher 1996; Märtens u. Petzold 2002). Der Schaden für die Patienten ist empirisch belegt (Moggi u. Brodbeck 1997; Notman u. Nadelson 1994; Pope 1996) und teils irreversibel. Im Standesrecht der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten werden sexuelle Grenzüberschreitungen daher konsequenterweise durch den Entzug der Approbation geahndet (Bundesärzteordnung, § 5 Absatz 2 Satz 2). Ferner steht seit 1998 „sexueller Missbrauch unter Ausnutzung eines Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses“ gemäß § 174 c StGB auch explizit unter Strafe (Deutscher Bundestag 1997). Weitere zivilrechtliche Ansprüche auf Schadensersatz und Schmerzensgeld können hinzukommen.

Rechtswissenschaftlich ist der Problembereich iatrogenen Schädigung in psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlungsverhältnissen bislang noch deutlich weniger aufgearbeitet, als in den operativen Disziplinen. Präventionsmöglichkeiten sind daher noch weitgehend unerforscht; in den Medizinrechtslehrbüchern und Monographien zum Arzthaftungsrecht fristen die Gebiete Psychiatrie und Psychotherapie mit wenigen Ausnahmen (Gründel 2000) trotz der erheblichen Prävalenz psychischer Störungen in der Bevölkerung bislang weiterhin ein Schattendasein. Kompensationen in Gerichtsverfahren wegen „psychotherapeutic malpractice“ ist für die Opfer, abgesehen von Fällen, in denen wegen schwerer Sorgfaltspflichtverletzungen, Organisations- oder Dokumentationsmängeln oder anderem eine Beweislastumkehr zur Anwendung kommt (Oberlandesgericht Düsseldorf 2005), mangels justiziabler Leitlinien faktisch nicht realisierbar.

Trotz des zum 01.04.1998 neu in Kraft getretenen § 174 c StGB ist somit weiterhin anzunehmen, dass aufgrund des Schamaffektes der Patienten und der Beweisschwierigkeiten nur ein Teil der Fälle, in denen Therapeuten grenzverletzend geworden sind, tatsächlich den Aufsichts- und Ermittlungsbehörden bekannt werden (Becker-Fischer et al. 1997). Kommt es dennoch zu Strafanzeigen gegen die Täter, gehört es zur anwaltlichen Standardverteidigung, die Opfer unglaubwürdig zu machen und die behaupteten Taten als pathologische Phantasien abzutun („blaming the patient“) (Stebner 1999; Becker-Fischer et al. 1997; Bühring 2003). Während sich die Komplikationen durch iatrogene Schädigungen im gynäkologischen, chirurgischen und inter-

nistischen Bereich noch vergleichsweise gut prognostizieren und in die Risikoauflklärung einbeziehen lassen (Martis u. Winkhardt 2003), fällt es im psychiatrischen und psychotherapeutischen Kontext somit deutlich schwerer, darüber aufzuklären, welche Risiken sich durch mögliches Fehlverhalten der Therapeuten auftun können.

Im Folgenden werden die vorliegenden empirischen Befunde zu sexuellen Grenzverletzungen und dem diesbezüglichen Problembewusstsein der Psychotherapeuten zunächst im Literaturüberblick und dann anhand einer juristischen Fallkasuistik in Kürze dargestellt, um die Problematik anschließend interdisziplinär zu diskutieren. Der Dialog der Autoren lässt dabei sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede erkennen.

2. Literaturüberblick

Eine zunehmende Zahl von Veröffentlichungen zu dem Thema, davon viele von Psychotherapeuten (Bachmann u. Böker 1994; Becker-Fischer u. Fischer 1996; Rüger 2003; Pope 1996; Moggi u. Brodbeck 1997; Vogt 2002; Norris et al. 2003; Löwer-Hirsch 1998; Mäulen 2002), verdeutlicht ein gewachsenes Bewusstsein unter Ärzten und Psychologen für die Problematik sexueller Übergriffe in Psychotherapien.

Dabei sind in der Praxis für viele Therapeuten die Grenzen therapeutischer Beziehungen nicht immer eindeutig und klar. Körperliche Berührungen kommen in der therapeutischen Praxis offenbar häufig vor: Therapeuten aus den neuen Bundesländern (TNL) gaben zu 88,1–92,1 % und Therapeuten aus den alten Bundesländern (TAL) zu 76,2 % an, sie würden ihren Patienten „die Hand halten, um Mitgefühl auszudrücken“, den Patienten „den Arm um die Schulter legen“ (76,4–81,2 % TNL und 71,7 % TAL), ihre Patienten „umarmen“ (52,8–58,4 % TNL und 67,3 % TAL), ihnen „zur Beruhigung über den Rücken streichen“ (61,8–64,4 % TNL, 63,7 % TAL) oder „einen Kuss auf die Wange geben“ (3,4–4 % TNL und 12,3 % TAL) (Arnold u. Retsch 1991; Reschke u. Kranich 1996; Reschke et al. 1999).

Obwohl seit Freud die Abstinenzregel gilt, die private Beziehungen zu den Patienten allgemein ausschließt, zeigte sich in den gleichen Untersuchungen (Arnold u. Retsch 1991; Reschke u. Kranich 1996; Reschke et al. 1999), dass für viele Therapeuten die Grenzen zwischen privater und professioneller Beziehung nicht klar sind: 74,3–78,9 %, der befragten TNL und 70,2 % der TAL gaben an, es komme vor, dass sie Patienten „von eigenen Problemen erzählen“, den „Patient zu einer Tasse Kaffee einladen“ (37,8–48,5 % TNL und 69,5 % TAL), eine „Einladung von Patient zu einer Tasse Kaffee akzeptieren“ (32,2–47,5 % TNL und 62,3 % TAL), „mit ehemaligen Patienten befreundet sein“ (36,6–40 % TNL und 45,6 % TAL), eine „Einladung von Patient

zu einer privaten Feier annehmen“ (36,6–40 % TNL und 45,6 % TAL), einen „Patient zum gemeinsamen Abendessen einladen“ (2–2,5 % TNL und 10,1 % TAL) und einen „Patient zu einer privaten Feier einladen“ (1,1–5 % TNL und 7,9 % TAL).

Sofern von der Abstinenzregel einen Schritt zurückgetreten wird, um die Beziehung zum Patienten in einem für das Setting adäquaten Rahmen methodisch-systematisch zu vertiefen, soll dieses Vorgehen hier nicht zur Diskussion stehen. Als abträglich und grenzüberschreitend muss es aber gesehen werden, wenn – die Abgrenzung dürfte vom neutralen Betrachterstandard zugegeben nicht einfach sein – Therapeuten hierüber eigene Bedürfnisse zu befriedigen suchen.

Empirische Untersuchungen belegen weiterhin, dass in Therapien Patienten ihren Therapeuten häufig erotische oder sexuelle Gefühle und Wünsche entgegenbringen (nur 19,4 % der befragten Therapeutinnen und 14,2 % der Therapeuten haben eine derartige Situation noch nie erlebt) und dass auch Therapeuten ihre Patienten sexuell attraktiv finden können (nur 22,5 % der Therapeutinnen und 7,9 % der Therapeuten kennen sexuelle Gefühle in ihrer therapeutischen Arbeit bislang nicht) (Arnold et al. 2000). 36–38 % der Befragten bejahten, sich schon einmal in Patienten verliebt zu haben (Arnold u. Retsch 1991; Reschke u. Kranich 1996).

In anonymen Befragungen in den USA berichteten 12,1 % der männlichen und 2,6 % der weiblichen Psychotherapeuten, sexuellen Kontakt mit ihren Klienten gehabt zu haben (Holroyd u. Brodski 1977; Pope et al. 1979). In den deutschen Untersuchungen gaben bis zu sieben Prozent der Therapeutinnen und Therapeuten sexuelle Beziehungen zu ehemaligen Patienten an, tauschten erotische Küsse aus oder sprachen mit Patienten über „miteinander schlafen“ (Reschke u. Kranich 1996; Reschke et al. 1999; Kotter et al. 2000; Arnold et al. 2000).

Becker-Fischer und Fischer (1996) gehen von mindestens 300 Fällen sexueller Übergriffe pro Jahr in der kassenfinanzierten Richtlinienpsychotherapie (Rüger u. Bell 2004) und von noch einmal mindestens 300 Fällen bei den außerhalb der Kassen praktizierten Therapieformen aus, bei annähernder Gleichverteilung über die verschiedenen Schulrichtungen. Die Mehrzahl der Fälle betrifft auch in Deutschland die Kombination eines männlichen Therapeuten mit einer weiblichen Patientin. Homosexuelle Beziehungen oder sexuelle Beziehungen zwischen einer weiblichen Therapeutin und ihren männlichen Patienten sind sehr viel seltener (Reschke et al. 1999; Arnold et al. 2000; Moggi u. Brodbeck 1997; Holroyd u. Brodski 1977; Pope et al. 1979). Deswegen wird im Folgenden von Patientinnen gesprochen.

3. Falldarstellung

Nachfolgend wird ein Strafverfahren gegen einen Facharzt für Psychiatrie/Psychotherapie vorgestellt, das bis Anfang 2005 unter Az. 49 Js 1231/01 bei der StA Bochum anhängig war. Der Sachverhalt erscheint beispielhaft für eine Vielzahl von denkbaren Fällen und lässt sich aus dem zusammengefasst wiedergegebenen forensischen Gutachten entnehmen, welches die Staatsanwaltschaft zur Beurteilung in Auftrag gegeben hatte.

3.1. Forensisches Gutachten

Ermittlungsverfahren gegen den Psychotherapeuten ... wegen sexuellen Missbrauchs unter Ausnutzung eines Behandlungsverhältnisses.

Dem Gutachten lagen die Aussagen von 14 Zeuginnen zugrunde, die unterschiedliche sexuelle Handlungen aufführen, die der Angeschuldigte im Rahmen von Behandlungen an ihnen vorgenommen haben soll:

- Herunterziehen der Hose nebst Slip einer auf dem Bauch auf der Untersuchungs- liege liegenden Zeugin zum Zwecke der Verabreichung einer intramuskulären Injektion, dabei Streicheln über das Gesäß nach dem Verabfolgen der Spritze,
- Ganzkörperuntersuchungen einschließlich Spreizens der Gesäßbacken durch den Therapeuten, einschließlich dann auch noch Spreizen der Schamlippen,
- oberflächliches Betasten des Unterleibes und der Scheide,
- Anschauen der Oberschenkelinnenseiten sowie des Intimbereichs,
- in den Arm nehmen einer Zeugin, dabei Zungenküsse vornehmend,
- seinen Kopf in den Schoß einer Zeugin legen und dabei einmalig auch erklärend: „Ich will dich lecken.“,
- Abtasten der entblößten Taille, Hüfte und Oberschenkel,
- Veranlassung einer Zeugin, mit ihm gemeinsam einen Saunabetrieb am ... Stausee aufzusuchen, wo er sie überredete, gemeinsam in eine Umkleidekabine zu gehen und sich dort auszuziehen, wobei er anlässlich des ersten Besuches auf sein erigiertes Glied hingewiesen habe,
- regelmäßiger Geschlechtsverkehr mit einer Zeugin im Zeitraum Oktober 1999 bis Sommer 2000.

Die dem jeweiligen Behandlungsverhältnis zugrunde liegenden Erkrankungen seitens des nervenärztlichen Fachgebietes der insgesamt 14 Zeuginnen stellen sich wie folgt dar:

- Psychotherapeutische Behandlung zur Aufarbeitung von „Problemen der Zeugin mit ihren Eltern“,
- nicht näher bezeichnetes „Nervenleiden“,
- „Probleme im Zusammenhang mit der Scheidung“,
- „nervliche Probleme nach Terroranrufen“,
- „Angstzustände“,
- zweimal „Depressionen“,
- „Angstzustände und Probleme nach der Trennung von ihrem damaligen Freund“,
- „Probleme nach der Trennung ihrer Eltern“,
- „Depressionen nach sexuellem Missbrauch in der Kindheit“,

- erneut in einem Fall „Depressionen“,
- schließlich „Angustzustände nach sexuellem Missbrauch in der Kindheit“.

Im Vermerkblatt wird lediglich die Behandlungsindikation der Zeugin ... nicht aufgeführt. Auf Blatt ... der Akte kann hierzu dann nachgelesen werden, dass sie die Therapie bei Herrn ... seinerzeit auf Grund von „Essstörungen“ begonnen habe.

Zusammenfassend lässt sich zu den aufgeführten Krankheitsbildern sagen, dass in keinem der Fälle die Behandlung bei Herrn ... auf Grund einer sexuellen Funktionsstörung aufgesucht wurde. Solche mögen als eines von mehreren Symptomen bei den Zeuginnen im einen oder anderen Fall unter anderem vorhanden gewesen sein, standen aber ganz offenbar nicht im Vordergrund und bestimmten keinesfalls das jeweils von Herrn ... zu behandelnde Krankheitsbild. In keinem der Fälle der 14 Zeuginnen wird die zwingende Notwendigkeit einer ärztlichen Untersuchung deutlich.

(...)

Den 14 Zeugenaussagen sind alles in allem Vorgehensweisen zu entnehmen, die durchaus nicht dem Standard einer ärztlich-psychotherapeutischen Erst- bzw. Folgeuntersuchung entsprechen. Zur Frage, ob ein therapeutisches Konzept denkbar sei, auf dessen Basis ein – wie auch immer gearteter – körperlicher Sexualkontakt als wertneutral, nämlich nicht missbräuchlich, erscheinen könnte, ist auszuführen, dass grundsätzlich der Körperkontakt zwischen Psychotherapeut und Patient oder Patientin auf ein unvermeidbares Minimum zu beschränken ist. In der Regel ist hiermit der Händedruck bei Beginn eines Therapiegespräches sowie bei der Verabschiedung gemeint. Es gibt derzeit kein therapeutisches Konzept, auf dessen Basis ein körperlicher Sexualkontakt zwischen Therapeut und Patient oder Patientin wertneutral im Sinne von therapeutisch wirksam oder notwendig vorstellbar ist. Sofern von Patientinnen oder Patienten ausdrücklich die Behandlung einer sexuellen Funktionsstörung gewünscht wird, wie beispielsweise Anorgasmie, Frigidität, Ejakulatio praecox und dergleichen, wird diese in der Regel von speziellen Sexualtherapeuten ärztlicher oder psychologischer Ausrichtung durchgeführt. Dabei können Verhaltensweisen und Übungen besprochen und empfohlen werden, die dann aber nicht mit dem Therapeuten, sondern mit dem jeweiligen Sexualpartner auszuführen sind.

Therapeutische Ansatzpunkte, unter denen die geschilderten, mit körperlichen Berührungen verbundenen Untersuchungen im Einzelfall angebracht sein könnten, sind nicht erkennbar und auch nicht denkbar, und zwar auch nicht unter dem Aspekt einer differenzierten Betrachtungsweise des jeweils zu behandelnden Krankheitsbildes. Die geschilderten körperlichen Berührungen bis hin zum Geschlechtsverkehr sind in jedem Falle kontraindiziert gewesen und verstoßen neben ärztlich-therapeutischen Gesichtspunkten insbesondere auch gegen ethische Regeln. (...) Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass den Vernehmungen der Zeuginnen überwiegend zu entnehmen ist, dass sie die vorgeblich therapeutisch indizierten sexuellen Handlungen des Therapeuten schon jeweils in der akuten Situation des Vollzuges als unangemessen, übergriffig, abstoßend empfanden. Man findet hierzu Formulierungen wie etwa, dass eine Zeugin nach Rückkehr aus der Praxis nach Hause „erst einmal lange geweint“ habe, dass die Betroffene „vollkommen schockiert“ war, in einem anderen Fall wird ein Gefühl beschrieben, „als würde er (gemeint ist der Therapeut) mich eher noch weiter runterziehen“, „es war so unangenehm, ich hätte kotzen können“, „das führte dazu, dass ich beim nächsten Mal schon richtig mit

Angst dorthin gegangen bin“, „mir war das fürchterlich unangenehm, da ich ja sowieso schon diese Probleme mit meinem Körper hatte“. Hiermit wird deutlich, dass die überwiegende Mehrzahl der Zeuginnen spontan eine zutreffende Wahrnehmung von dem eindeutig übergriffigen Verhalten des Therapeuten hatte.

Abschließend ist Stellung zu nehmen zu der Frage, ob medizinische Gesichtspunkte dafür vorliegen, dass das Gesäß eines Patienten oder einer Patientin weiter als über die eigentliche Injektionsstelle hinaus zu entblößen und die Haut bzw. die Muskulatur – etwa entspannungshalber – zu berühren oder zu „streicheln“ sei (wird vom Gutachter verneint).

Dr. med. ..., Chefarzt

3.2. *Verfahrenseinstellung durch die Staatsanwaltschaft*

Die Patientenkartei des Psychiaters umfasste mehrere hundert Einträge. Hätte die Staatsanwaltschaft eine eingehende Zeugenbefragung durchgeführt, wären möglicherweise noch weitere Sexualstraftaten aufgedeckt worden. Eine solche Ermittlungstätigkeit ist aber nicht nur mit erheblichem Personalaufwand verbunden, sondern auch für die Opfer, die später als Zeuginnen in der Hauptverhandlung hätten aussagen müssen, überaus belastend. Deswegen ist ein „Deal“ zwischen Staatsanwaltschaft, Gericht und Verteidigung – Geständnis gegen Strafmilderung – in solchen Fällen nicht unüblich (Widmaier 2005). Weil sich der Arzt geständig zeigte, was – die Opfer mögen es als Genugtuung empfunden haben – gemäß § 5 Absatz 2 Satz 1 BÄO zwangsläufig den endgültigen Widerruf der Approbation zur Folge hatte (Quaas u. Zuck 2005), in der weiteren Folge ein Berufsverbot sowie den Verlust der wirtschaftlichen Existenz bedeutete und die Sicherheit gewährte, dass er zukünftig keine weitere Patientinnen schädigen konnte, vermochte der Täter einer Freiheitsstrafe zu entgehen.

Ferner trifft den Arzt die zivilrechtliche Haftung gegenüber den Opfern auf Schadensersatz aus §§ 280 Absatz 1, 611 BGB, aus §§ 823 Absatz 1, Absatz 2 BGB in Verbindung mit § 174 c Absatz 2 StGB und § 826 BGB, ebenso wie auf Schmerzensgeld aus § 253 Absatz 2 BGB in diesem Fall selber, da es sich um Vorsatztaten handelt, für die seine Berufshaftpflichtversicherung nicht aufkommen wird. Auch die Anwaltsgebühren kommen als Belastung hinzu. Nur so wird das vergleichsweise geringe Sanktionsmaß aus der Abschlussverfügung vom 23.03.2005 verständlich:

„ (...) Das Verfahren gegen den Beschuldigten wegen Vergehens gemäß § 174 c Absatz 2 StGB wird mit Zustimmung des für die Eröffnung des Hauptverfahrens zuständigen Vorsitzenden des Schöffengerichts gemäß § 153 a Absatz 1 StPO nach Erfüllung der Geldauflage von 10.000,- EUR eingestellt.

Die Ermittlungen begründeten den Verdacht, der Beschuldigte habe bei der Führung seiner psychotherapeutischen Praxis sexuelle Handlungen im Sinne der §§ 174 c Absatz 2; 184 f. Nr. 1 StGB gegenüber 14 Patientinnen begangen. Der Beschul-

digte ist geständig. Die Durchführung des Ermittlungsverfahrens hat die vorläufige Entziehung der Approbation seitens der Bezirksregierung Arnsberg mit Bescheid vom 24.09.2003, den Verkauf der Praxis durch den Beschuldigten und dessen einstweilige Berufsunfähigkeit zur Folge gehabt. Aus der Bescheinigung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe vom 02.06.2004 ergibt sich, dass sich der Beschuldigte wegen schwerer Depressionen in ärztliche Behandlung hat begeben müssen. Der Beschuldigte selbst sieht derzeit keine Perspektive, jemals wieder als Arzt zu praktizieren.

Aufgrund des Geständnisses des Beschuldigten hat vermieden werden können, die geschädigten Patientinnen im Rahmen einer öffentlichen Hauptverhandlung und eingehender Vernehmungen durch die Prozessbeteiligten erneut mit den von ihnen geschilderten Sachverhalten zu konfrontieren. Letztgenannter Aspekt war für die Entscheidung von besonderem Gewicht.

Soweit Vorfälle geschildert wurden, die sich bereits in den Jahren 1993 und 1994 zugetragen haben, war das angezeigte Verhalten zu diesem Zeitpunkt noch nicht mit Strafe bedroht. Die Strafvorschrift des § 174 c StGB ist erst durch das 6. Strafrechtsreformgesetz in das Strafrechtsgesetzbuch eingefügt worden und erst seit dem 01.04.1998 in Kraft. Eine etwaige Strafbarkeit unter anderen Gesichtspunkten (etwa unter dem Aspekt der Beleidigungsdelikte) ist bereits verjährt. (...)“

4. Diskussion

Die Autoren reflektieren nachfolgend über Lösungsansätze aus Sicht ihres jeweiligen Fachgebietes.

4.1. Berufsrechtliche Konsequenzen erforderlich (Erstautor)

Da psychotherapeutische Settings aufgrund ihrer persönlichen Nähe offenbar Verlockungen bereit halten, denen Ärzten an anderer Stelle in dieser Extremform nicht begegnen, wirft der Fall einmal mehr die Frage auf, ob nicht im ärztlichen Berufsrecht ein deutlich sichtbares normatives Verbot gleichzeitiger organmedizinischer und psychotherapeutischer Behandlungen angebracht erscheint, sobald eine Psychotherapie begonnen wurde, um dem Abstinenzgebot besser gerecht zu werden. Der Rechtfertigungsgrund der ärztlichen Therapiefreiheit, wenn er dahingehend ausgelegt wird, dass der ärztliche Psychotherapeut auch in den Intimbereich der Patienten eindringen darf, ist vor allem für die Gruppe der Patientinnen ein fortbestehender Risikofaktor für iatrogene Traumatisierungen, umso mehr vor dem Hintergrund der so genannten fachgebundenen Psychotherapie, und wirft die Frage nach der Grenze zum Kunstfehler auf.

Zutreffend geht die ganz überwiegende Meinung unter Psychologen und Ärzten davon aus, dass die Abstinenzpflicht zum Gelingen psychotherapeutischer Behandlungen erforderlich ist, da gegenseitige, den Behandlungsrahmen verlassende Körperkontakte das Arbeitsbündnis und die Übertragungsbeziehung stören (Gründel 2000, S.122–126). Nicht alles, was dem Arzt

technisch möglich ist, ist ihm auch erlaubt. Insoweit verdient die Berufsfreiheit der Ärzte aus Artikel 12 Absatz 1 Grundgesetz im Interesse der Qualitätssicherung und des Patientenschutzes eine rechtlich statthafte Einschränkung.

Äußerst kritisch zu sehen ist es zum Beispiel, wenn ein Psychotherapeut eine Patientin zur Erhebung des Ganzkörperstatus vom Scheitel bis zur Sohle splitternackt untersucht, auch nachdem die Psychotherapie mit der Übertragungsbeziehung bereits aufgenommen wurde. Hier stellt sich der Verdacht auf eine „Pervertierung“ der professionellen Arztfunktion und auf Verletzung der Pflicht würdevoller Behandlung aus § 7 Absatz 1 MBO-Ä. So können auch unterhalb der Erheblichkeitsschwelle der sexuellen Handlung im Sinne von § 174 c Absatz 2 StGB verbale oder tätliche sexuelle Belästigungen durch Therapeuten gemäß § 185 StGB als Beleidigung bereits jetzt schon geahndet werden, was – als Ermessensentscheidung der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landesverwaltung – gleichwohl den Verlust von Kassenzulassung und Approbation wegen Unzuverlässigkeit zur Folge haben kann. – In einem Strafverfahren, in dem sich die Täter zu ihren Gunsten auf die Unschuldsvermutung berufen dürfen und ihnen die Strafbarkeit ihres Tuns nachgewiesen werden muss, ist schwer abzugrenzen, was noch als Erhebung des Ganzkörperzustandes (z. B. Abhören von Herzgeräuschen und Lunge, Abtasten der Lymphknoten) oder neurologische Untersuchung (Reflexüberprüfung) durchgeht und was sich bereits als „neckisches Doktorspiel“ qualifiziert. Nach den Ermittlungsunterlagen soll der Täter im vorliegenden Fall einer Patientin gegenüber sogar erklärt haben, eine Ganzkörperuntersuchung habe einmal im Quartal zu erfolgen. Den Anwälten der Täter würde durch das Verbot der Parallelbehandlung daher zumindest die Verteidigungsstrategie aus der Hand genommen, der Arzt habe nicht „gefummelt“, sondern lediglich „untersucht“ (eine Ausrede, die Psychologen als Therapeuten ohnehin nicht vorbringen können), denn bereits dieses Eingeständnis könnte dann standesrechtliche Sanktionen zur Folge haben.

Wenn die teleologische Auslegung von § 174 c Absatz 2 StGB dahin führt, dass Psychotherapiepatienten fortan besser geschützt und vormalige Strafbarkeitslücken geschlossen werden sollten – die Strafvorschrift § 177 StGB allein stellte keinen effektiven Schutz für Psychotherapiepatienten dar (Deutscher Bundestag 1997) – erfordert die oben aufgeworfene Grenzlinienfrage jedenfalls solange eine Antwort, wie die körperliche Abstinenzpflicht des ärztlichen Psychotherapeuten keine gesetzliche oder zumindest berufsrechtliche Ausgestaltung gefunden hat, die zur Auslegung des Tatbestandsmerkmals der sexuellen Handlungen im Hinblick auf die Erheblichkeitsschwelle in § 184 f. Nr. 1 StGB herangezogen werden könnte.

Nicht nur etwaigen grenzverletzenden Bestrebungen mit unscharfer Kontur zum Missbrauch würde durch diesen Schritt ein effektiver Riegel vorgeschoben. Eine entsprechende Arbeitsteilung innerhalb der Ärzteschaft, wie sie bis

zum Inkrafttreten des PsychThG zuvor vertikal bereits viele Jahre zwischen psychologischen Psychotherapeuten und Ärzten erfolgreich praktiziert wurde, lässt sich ohne für die Behandlung zu erwartenden Qualitätsverlust oder unverhältnismäßige Mehrkosten auch horizontal zwischen verschiedenen Facharztgruppen mit vertretbarem Aufwand durchführen. Konsiliarische Zusammenarbeit ist unter Medizinern allgemein üblich; der rasante medizinische Fortschritt verlangt sogar mehr und mehr nach einer Arbeitsteilung.

Verbot der Doppelbehandlung

Obgleich der überwiegende Teil der Ärzteschaft bislang auf solche Vorschläge eher skeptisch reagierte (Deutscher Ärztetag 2001; Bühring 2001), könnte zur normativen Verankerung der Abstinenzpflicht die Einfügung folgenden § 3 a in die MBO-Ä und die Ärztekammersatzungen mit guten Argumenten diskutiert werden:

„Dem Arzt ist es während eines psychotherapeutischen Behandlungsverhältnisses untersagt, körperliche Untersuchungen oder Anwendungen am Patienten vorzunehmen. Wenn parallel zur Psychotherapie die Notwendigkeit zur unmittelbaren körperlichen Behandlung mit körperlichen Berührungen gesehen wird, hat der Arzt insoweit die Zusammenarbeit mit einer Kollegin oder einem Kollegen zu suchen und den Patienten dorthin zu überweisen. Notfallbehandlungen bleiben ausgenommen, soweit sie auf das medizinisch notwendige Maß begrenzt werden.“

Damit ist nicht gesagt, dass ärztliche Psychotherapeuten einem partiellen Berufsverbot unterworfen werden sollen und nicht auch weiterhin organmedizinisch tätig werden dürften. Auch die so genannte fachgebundene Psychotherapie, die 2003 auf dem 106. Deutschen Ärztetag ins Leben gerufen wurde, wird damit nicht bereits grundsätzlich in Frage gestellt, sondern nur soweit eine Parallelbehandlung erfolgen soll. Wenn sich Patienten im Erstkontakt mit somatischen Beschwerden vorstellen, ist hierauf selbstverständlich einzugehen. Unterbleiben sollten körperliche Untersuchungen aber bei jenen Patienten, bei denen das psychotherapeutische Behandlungsverhältnis bereits aufgenommen wurde. Die Teilnahme an Not- und Wochenenddiensten ist hiervon nicht betroffen, da Notfallmaßnahmen Vorrang haben müssen. Sie sind aber auf das erforderliche Maß zu begrenzen; der oben vorgeschlagene Passus im ärztlichen Berufsrecht kann dem psychotherapeutischen Rahmen ein Stück seines Bedrohungspotenzials nehmen.

Wer den Körperstatus seiner Psychotherapiepatientinnen im Übrigen nicht selber erhebt, sondern durch einen Fachkollegen durchführen lässt, entgeht überdies nicht nur möglichen falschen Verdächtigungen, sondern kommt nach den Grundsätzen horizontaler Arbeitsteilung auch in den Genuss, sich haftungsbefreiend auf den Konsilbericht des Kollegen verlassen zu dürfen, sofern anforderungsgemäß erstellt und nicht offensichtlich fehlerhaft (Martis u. Winkhart 2003; Quaas u. Zuck 2005).

Weiter spricht für eine Arbeitsteilung, dass ein Allgemeinmediziner oder Internist bei einem Blick in die Weiterbildungsordnungen aufgrund seiner vertieften Ausbildung im somatischen Bereich möglicherweise qualifizierter erscheint, körperliche Krankheitsursachen oder Begleiterkrankungen zu diagnostizieren, und sich hierbei auch unbefangener geben kann, als ein überwiegend psychotherapeutisch tätiger Arzt. Wer sich nach dem Medizinstudium nicht ständig fortbildet, verliert schnell den Anschluss an den aktuellen Wissensstand. Bei Verdacht auf organmedizinisch begründete psychische Störungen besteht die Möglichkeit, einen Nervenarzt konsiliarisch zuzuziehen. Zwar wird nicht verkannt, dass Ärzte ein wirtschaftliches Interesse daran haben, umfassend Leistungen zu erbringen und abzurechnen. Aber die hier angeregte Beschränkung ließe eine Qualitätsverbesserung für die Patienten erwarten, denen – abgesehen von pekuniären Interessen – in der ganz überwiegenden Zahl der Fälle wahrscheinlich kaum inhaltliche medizinische Gründe entgegen gebracht werden können.

Irgendwo wird schließlich zur Entschärfung der Missbrauchsgefahr der Abhängigkeitsbeziehung in der Psychotherapie anzusetzen sein. Ein allgemeiner Appell an die ärztliche Ethik, die Patientinnen besser zu achten, mutet eher naiv an, denn die ethischen Vorschriften, die im vorgestellten Fall gebrochen wurden, bestanden lange schon, bevor es die Psychotherapie als Behandlungsmethode überhaupt gab. Warum sollten sich ausgerechnet im 21. Jahrhundert ärztliche Psychotherapeuten plötzlich auf die Ethik der Altvorderen zurückbesinnen und ihre persönlichen und wirtschaftlichen Interessen hierhinter zurück treten lassen?

Auch der von verschiedener Seite in die Diskussion gebrachte Vorschlag einer (sanktionsbewehrten) Anzeigepflicht für Ärzte und Psychologen, die von sexuellem Missbrauch in der Psychotherapie erfahren, erscheint wenig zielführend. Zum einen wäre eine solche „Denunziationspflicht“ ein Fremdkörper in der deutschen Rechtsordnung, die nicht einmal eine allgemeine Anzeigepflicht post delicti für Mord, Totschlag oder sexuellen Missbrauch von Kindern kennt. Hierdurch würden nicht nur § 203 StGB (Schweigepflicht) und § 53 StPO (Zeugnisverweigerungsrecht des Therapeuten) eingeschränkt, mit allen sich daraus stellenden verfassungsrechtlichen Fragen der Zulässigkeit einer solchen Rechtsänderung, sondern es dürfte auch den missbrauchten Frauen nicht immer ein Dienst erwiesen werden, vor allem wenn sich die Taten nicht nachweisen lassen (Gefahr der Strafanzeige wegen Verleumdung und Einforderung einer strafbewehrten Unterlassungserklärung auf dem Zivilrechtsweg). Die allgemeine Abneigung der Ärzteschaft, ihren Berufsstand von außen juristisch zu reglementieren, ist bekannt. Die angeregte Änderung des ärztlichen Standesrechts, die im Ergebnis auch den Beifall der Psychologen und ärztlichen Psychotherapeuten finden dürfte, scheint gleichwohl unter den verfügbaren Lösungsansätzen aber am effektivsten geeignet, das Problem der Unzucht mit Patientinnen einzudämmen.

4.2. Diskussion aus ärztlich-psychotherapeutischer Perspektive (Zweitautorin)

Die Zweitautorin kommt aufgrund folgender Überlegungen zu vom Erstauteur abweichenden Schlussfolgerungen:

Dass sexuelle Übergriffe von Therapeuten auf Patienten – obwohl berufsrechtlich und strafrechtlich geächtet – leider dennoch in erschreckender Zahl vorkommen, ist auch für die Bundesrepublik belegt (Arnold et al. 2000; Reschke et al. 1999; Kotter et al. 2000; u. a.). Ebenso belegt ist, dass diese Thematik in der Aus- und Weiterbildung der Psychotherapeuten nicht ausreichend thematisiert wird (Reschke u. Kranich 1996; Kotter et al. 2000) und dass erhebliche Abhaltungen bestehen, delinquent gewordene Kollegen zur Anzeige zu bringen (Kotter et al. 2000). Im deutschsprachigen Raum wurden ausschließlich Erhebungen bei psychologischen Psychotherapeuten vorgenommen (Arnold u. Retsch 1991; Vogt et al. 1999; Arnold et al. 2000; Reschke u. Kranich 1996; Reschke et al. 1999; Kotter et al. 2000), aber keine Erhebungen bei ärztlichen Psychotherapeuten und Psychiatern.

Es handelt sich zweifellos um eine äußerst wichtige Thematik, die einer sachgerechten Auseinandersetzung gerade seitens des ärztlichen Berufsstandes und der Ergreifung geeigneter Maßnahmen, auch juristischer Art, zum Schutz der Patienten vor ausbeuterischen Therapeuten bedarf. Juristische Normen und Gesetze haben immer eine vorbeugende Funktion, da sie klarstellen, was Recht und Unrecht ist. Nach Becker-Fischer und Becker (1996) sind zwei Tätergruppen zu unterscheiden, die sexuell übergriffig werden: „Die uninformiert Naiven“ beziehungsweise jene, die aufgrund eigener Belastungen die therapeutischen Grenzen überschreiten – andererseits die schwer gestörten Täter mit soziopathischen, narzisstischen, psychotischen oder Borderline-Strukturen. Während für die erste Gruppe durch klare juristische Regelungen das Unrechtsbewusstsein geweckt beziehungsweise verstärkt wird und existenzbedrohende rechtliche Konsequenzen durchaus abschreckend wirken können, ist die zweite Gruppe aufgrund ihrer Pathologie in der Regel nicht in der Lage, Unrecht einzusehen, und wird sich durch juristische Maßnahmen kaum abschrecken lassen.

Die hier geschilderten Tatbestände beschreiben (1.) sexuelle Übergriffe, die im Rahmen beziehungsweise unter dem Vorwand einer körperlichen Untersuchung ausgeführt wurden, (2.) sexuelle Annäherungen, die nicht als körperliche Untersuchungen ausgegeben wurden (Zungenküsse, der sexuelle Übergriff im Saunabetrieb, regelmäßiger Geschlechtsverkehr).

Dem zweiten Sachverhalt würde vermutlich durch ein solches Verbot nicht vorgebeugt werden können, da es dabei nicht um eine körperliche Untersuchung geht, sondern die Therapeuten die Grenzen der professionellen Beziehung verlassen und private – auch sexuelle – Beziehungen zu den Patienten aufnehmen. Da es wahrscheinlich ist, dass die in der Praxis vorkommenden

unklaren Grenzziehungen (Arnold u. Retsch 1991; Reschke u. Kranich 1996; Reschke et al. 1999) den Übergang zu sexuellen Beziehungen begünstigen (Becker-Fischer u. Fischer 1996), ferner Patienten im Rahmen ihrer individuellen Psychopathologie „harmlose“ im sozialen Kontakt übliche Berührungen als sexualisiert beziehungsweise Verführungsangebot wahrnehmen und missinterpretieren können, ist angesichts der dargestellten Zahlen eine Arbeit am Problembewusstsein der Psychotherapeuten dringend notwendig. Der Gutachter des hier vorgestellten Falles schreibt: „dass grundsätzlich der Körperkontakt zwischen Psychotherapeut und Patient oder Patientin auf ein unvermeidbares Minimum zu beschränken ist. In der Regel ist hiermit der Händedruck bei Beginn eines Therapiegespräches sowie bei der Verabschiedung gemeint“. Ist darüber hinaus tatsächlich keine Rechtfertigung für weiteren Körperkontakt im Rahmen der Psychotherapie denkbar?

Es gibt auch innerhalb der psychodynamischen Therapien Vertreter, die für eine berührende Einbeziehung des Körpers zum Beispiel im Rahmen analytischer Körpertherapie plädieren, sich dabei der Gefahr der Sexualisierung der körpertherapeutischen Hilfestellung zwar durchaus bewusst sind, jedoch die Überzeugung vertreten, dass Einsatz von Berührungen therapeutisch sinnvoll und notwendig sein kann (siehe dazu z. B. Moser 1991). Im Rahmen der Konzentrativen Bewegungstherapie, einem körperorientierten Verfahren auf psychodynamischer Grundlage, das in vielen stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Einrichtungen eingesetzt wird, sowie im Rahmen einer Reihe neuerer psychotherapeutischer Entwicklungen, der so genannten „Körpertherapien“, die ihre Wirksamkeit allerdings überwiegend noch darlegen müssen, stellt Berührung ein wichtiges therapeutisches Element dar. Auch in der Verhaltenstherapie können im Rahmen von bestimmten Expositionsbehandlungen körperliche Berührungen mit dem Patienten vereinbart werden und therapeutisch sinnvoll sein.

Bei dem hier geschilderten Fall handelt es sich offensichtlich nicht um eine Richtlinienpsychotherapie, sondern um eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. Eindeutig gehen die hier durchgeführten „Untersuchungen“ insbesondere des Intimbereiches weit über alles hinaus, was medizinisch im psychiatrisch-psychotherapeutischen Rahmen vertretbar wäre. Anders sind jedoch folgende Fälle gelagert:

Da psychische Störungen auch Ausdruck körperlicher Erkrankungen sein können, ist die körperliche Untersuchung sowie gegebenenfalls weitere laborchemische oder apparative Abklärung im Rahmen der Diagnostik und Differenzialdiagnostik psychischer Erkrankungen sinnvoll und notwendig und vor Beginn einer Psychotherapie im Rahmen des so genannten „Konsiliarberichtes“ vorgeschrieben. Auch die Verschreibung von Psychopharmaka bedingt die Notwendigkeit von EKG-Kontrollen, laborchemischen und eventuell körperlichen Untersuchungen, ebenso wie medizinische Notfälle, die sich auch

in der Praxis eines Psychiaters beziehungsweise ärztlichen Psychotherapeuten ereignen können. Auch bei Patienten mit somatoformen Störungen kann es unter Umständen medizinisch ausgesprochen sinnvoll sein, die körperliche und psychotherapeutische Behandlung in einer Hand durchzuführen, um nicht indizierte und die Symptomatik fixierende organmedizinische Behandlungen der Symptomatik zu vermeiden. Auch in Kliniken, wo psychotherapeutisch tätige Ärzte nachts unter organmedizinischen Aspekten zu den Patienten gerufen werden, die sie tagsüber psychotherapeutisch behandeln, ist die strikte Trennung nicht praktikabel.

Im Rahmen der jetzigen Weiterbildungsordnung in Deutschland wurde die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ explizit in „fachgebundene Psychotherapie“ verwandelt, in deren Rahmen ausdrücklich erwünscht ist, dass ein Facharzt mit Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ seine Patienten zugleich körperlich in seinem Fachgebiet und psychotherapeutisch behandelt. Gerade vor diesem Hintergrund kann die hier geschilderte Form des Missbrauchs einen besonderen Stellenwert bekommen und sich die Notwendigkeit ergeben, klare Settings zu definieren: zum Beispiel streng getrennt: morgens körperliche Behandlung im Beisein von medizinischem Assistenzpersonal in der allgemeinärztlichen, gynäkologischen oder anderen Sprechstunde und nachmittags in einem anderen Raum im Rahmen der genehmigten Richtlinienpsychotherapie.

Aufgrund ähnlicher Überlegungen hat der 104. Deutsche Ärztetag 2001 beschlossen: „Ärztliche Psychotherapeut/Innen entscheiden in eigener Verantwortung, ob es angezeigt ist, einen Patienten, der sich bei ihr/ihm in Psychotherapie befindet, auch körperlich zu behandeln. Eine psychotherapeutische und gleichzeitige somatische Komplettbehandlung wird ausdrücklich als möglich und in vielen Fällen als notwendig betrachtet und darf nicht als ‚Kunstfehler‘ bezeichnet werden.“ (Deutscher Ärztetag 2001).

Die DGPT (Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie) als Vertretung sowohl ärztlicher als auch psychologischer psychoanalytischer Psychotherapeuten hat 2001 darauf kritisch reagiert und es damit begründet, dass „jede gleichzeitige psychotherapeutische und somatische Behandlung genauer Überlegung und Begründung bedarf, da hier immer Fragen der Abstinenz als psychotherapeutischer Behandlungsgrundlage berührt sind ... Werden unreflektiert körperliche Untersuchungen oder Behandlungen vorgenommen, führt dieser Schritt in der Regel zu einer gravierenden Störung der Übertragungsbeziehung ...“ Dieses Problem sahen – trotz ihrer Ablehnung eines generellen „Verbots“ gleichzeitiger psychotherapeutischer und psychosomatischer Behandlung – auch die KBV-Gutachter für tiefenpsychologische fundierte und analytische Psychotherapie anlässlich der Gutachtertagung in Berlin am 7.3.2001 (DGPT 2001; www.psychotherapienetz.de/01artikel/dgpt08a.htm).

Grundsätzlich ist der Stellungnahme der DGPT beizupflichten, dass „jede gleichzeitige psychotherapeutische und somatische Behandlung genauer Überlegung und Begründung bedarf, da hier immer Fragen der Abstinenz als psychotherapeutischer Behandlungsgrundlage berührt sind.“ Da oben genannte Beispiele jedoch belegen, dass die somatische Untersuchung oder Behandlung dennoch in manchen Fällen sinnvoll und notwendig sein kann, kann deren Verbot schwerlich die Lösung sein, da es auch die Ärzte kriminalisieren würde, die verantwortungsvoll nach genauem Abwägen von dieser Möglichkeit Gebrauch machen.

Präventionsmöglichkeiten aus Sicht der Zweitautorin

Die Zweitautorin bezweifelt, ob das geforderte Verbot tatsächlich eine sinnvolle Präventionsmaßnahme darstellt. Was aber könnten sinnvolle Präventionsmöglichkeiten sein?

Die übergriffigen Verhaltensweisen traten häufiger bei männlichen Therapeuten gegenüber Patientinnen und häufiger in der Gruppe der in eigener Praxis niedergelassenen Therapeuten als bei Therapeuten in Kliniken oder anderen Einrichtungen (z. B. Beratungsstellen) auf. Es zeigte sich, dass die Mehrzahl der Therapeuten das Gefühl hatte, dass die Thematik in der Aus- und Weiterbildung nicht ausreichend behandelt worden war und dass es signifikante Zusammenhänge zwischen der persönlichen Aus- und Weiterbildung und den Verhaltensweisen in der therapeutischen Praxis gibt (Reschke u. Kranich 1996).

Daraus folgt die Notwendigkeit einer stärkeren Thematisierung der Unvereinbarkeit von professionellen und privaten Beziehungen in einer psychotherapeutischen Behandlung, eine stärkere Thematisierung der Grenzen und der standesrechtlichen und strafrechtlichen Konsequenzen in der ärztlichen und psychologisch-psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung, unter besonderem Bezug auf männliche und niedergelassene Psychotherapeuten (Reschke et al. 1999; Paxton et al. 2001) und die Sensibilisierung für die Geschlechterthematik, die hier offenbar wird. Hier sind die psychologischen und ärztlichen Fachverbände gefragt (Arnold 1993; Sonntag et al. 1999).

Sinnvoll wäre es auch, dafür zu sorgen, dass die bestehenden gesetzlichen und standesrechtlichen Regelungen häufiger zur Anwendung kommen. „Wo kein Kläger, auch kein Richter“ – daher muss an dem Unrechtsbewusstsein und der Bereitschaft von Therapeuten gearbeitet werden, Kollegen mit solchen Grenzverletzungen zu konfrontieren beziehungsweise standesrechtliche, gegebenenfalls auch strafrechtliche Schritte einzuleiten.

Wichtig und präventiv wirksam wäre ferner eine bessere Aufklärung der potenziellen Patienten und der Öffentlichkeit. Für Laien kann es nur verwirrend und grenzverwischend sein, wenn zum Beispiel in Kinofilmen sexuelle Beziehungen zwischen Patienten und Psychotherapeuten bagatellisiert, idea-

lisiert, als wünschenswert und potenziell heilend dargestellt werden (z. B. in Filmen wie *Spellbound* (1945), *Der Herr der Gezeiten* (1991), *Mr. Jones* (1993) u. a. – siehe dazu auch Gabbard u. Gabbard 1999) wobei im Film – anders als in der Realität – häufig weibliche Psychotherapeuten Beziehungen zu ihren männlichen Patienten eingehen.

5. Versuch einer Integration der unterschiedlichen Standpunkte/Ausblick

Bei unterschiedlichen Standpunkten zu einem juristischen Verbot gleichzeitiger körperlicher und psychotherapeutischer Untersuchungen oder Behandlungen stimmen die Autoren dahingehend überein, dass eine bessere Aufklärung der Patienten über Psychotherapie allgemein, die Rahmenbedingungen und die Grenzen professioneller psychotherapeutischer Beziehungen und ärztlicher Untersuchungen sinnvoll und dringend notwendig ist, um auch hier ein kritisches Bewusstsein zu wecken, zum Beispiel in populärwissenschaftlichen Medien (Vogt 2002), durch verbraucherorientierte Aufklärungsbroschüren (Thorn et al. 1993) und natürlich im Rahmen der Aufklärungspflicht in den probatorischen Sitzungen zu Beginn einer Psychotherapie. Die erfolgte psychotherapeutische Aufklärung sollte in geeigneter Weise – beispielsweise auch unter Einsatz eines schriftlichen Aufklärungsbogens – dokumentiert werden.

Literatur

- Arnold, E. (1993): Zur Überarbeitung der Berufsordnung. *Report Psychologie* 18, 12–19.
- Arnold, E., Retsch, A. (1991): Liebe, Sexualität und Erotik zwischen Therapeuten und Klientinnen. Eine anonyme Fragebogenerhebung bei zertifizierten Verhaltenstherapeuten und -therapeutinnen. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis* 23, 273–288.
- Arnold, E., Vogt, I., Sonntag, U. (2000): Umgang mit sexueller Attraktivität und Berichten über sexuelle Kontakte in psychotherapeutischen Beziehungen. *Z Klin Psychol Psychiat Psychother* 48, 18–35.
- Bachmann, K. N., Böker, W. (1994): Sexueller Missbrauch. Übergriffe in Psychotherapie und Psychiatrie. Bern: Huber.
- Becker-Fischer, M., Fischer, G. (1996): Sexueller Missbrauch in der Psychotherapie – was tun? Orientierungshilfen für Therapeuten und interessierte Patienten. Heidelberg: Asanger.
- Becker-Fischer, M., Fischer, G., Heyne, C., Jerouschek, G. (1997): Sexuelle Übergriffe in Psychotherapie und Psychiatrie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Birnbacher, D., Kottje-Birnbacher, L. (1996): Ethik in der Psychotherapie und Psychotherapieausbildung. In: Senf, W., Broda, M. (Hg.): *Praxis der Psychotherapie*, S. 499–506. Stuttgart: Thieme.
- Bühring, P. (2001): Wirbel um den „Kunstfehler“. *Deutsches Ärzteblatt* 98, A22–34.
- Bühring, P. (2003): Tabuisierung fördert die Täter. *Deutsches Ärzteblatt* 100, A20.

- Bundesärzteordnung in der Fassung vom 15. Dezember 2004, Bundesgesetzblatt Teil I, S. 3396–3404.
- Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) (2001): Stellungnahme der DGPT zur Entschließung des 104. Deutschen Ärztetages „Psychotherapeutische Behandlung neben somatischer Behandlung“. www.psychotherapienetz.de/01artik/dgpt08a.htm.
- Deutscher Ärztetag (2001): Entschließung des 104. Deutschen Ärztetages in Ludwigs-hafen. Drucksache V-26, Beschlussprotokoll, S. 81.
- Deutscher Bundestag (1997): BT-Drucksache 13/8267 vom 21.07.1997 (Strafrechtsän-derung zu § 174 c StGB).
- Gabbard, G. O., Gabbard, K. (1999): *Psychiatry and the cinema*. 2. Auflage. Washing-ton, DC: American Psychiatric Press.
- Gründel, M. (2000): *Psychotherapeutisches Haftungsrecht*. Berlin: Springer.
- Holroyd, J. C., Brodski, A. M. (1977): Psychologists' attitudes and practices regarding erotic and nonerotic physical contact with clients. *American Psychologist* 32, 843–849.
- Kotter, H., Reschke, K., Kranich, U. (2000): Wie gehen PsychotherapeutInnen in den Neuen Bundesländern mit berufsethischen Standards zum Thema „Sexualität in der Psychotherapie“ um? *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis* 32, 663–672.
- Löwer-Hirsch, M. (1998): Sexueller Missbrauch in der Psychotherapie – zwölf Fallge-schichten: Elf Frauen und ein Therapeut. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Märtens, M., Petzold, H. (2002): *Therapieschäden – Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapien*. Mainz: Grünewald.
- Mäulen, B. (2002): Wenn Ärzte ihre Macht missbrauchen – Sex mit Patienten. *Münch-ner Medizinische Wochenschrift* 144, 4–10.
- Martis, R., Winkhart, M. (2003): *Arzthaftungsrecht aktuell – Fallgruppenkommentar*. Köln: Otto Schmidt.
- Moggi, F., Brodbeck, J. (1997): Risikofaktoren und Konsequenzen von sexuellen Über-griffen in Psychotherapien. *Z Klin Psychol* 26, 50–57.
- Moser, T. (1991): Der Körper in der Psychotherapie und die Angst vor der Sexuali-sierung. *Praxis Psychother Psychosom* 36, 283–296.
- Norris, D. M., Gutheil, T. G., Strasburger, L. H. (2003): This couldn't happen to me: boundary problems and sexual misconduct in the psychotherapy relationship. *Psy-chiatric Services* 54, 517–522.
- Notman, M. T., Nadelson, C. C. (1994): Psychotherapy with patients who have had sexual relations with a previous therapist. *J Psychother Practice Research* 3, 185–193.
- Oberlandesgericht Düsseldorf (2005): Zivilurteil vom 21.07.2005, Az. I-8 U 33/05 (LG Mönchengladbach 2 O 33/05).
- Paxton, C., Lovett, J., Riggs, M. L. (2001): The nature of professional training and perceptions of adequacy in dealing with sexual feelings in psychotherapy: Experiences of clinical faculty. *Ethics & Behavior* 11, 175–189.
- Pope, K. S. (1996): Sexuelle Beziehungen zwischen Therapeut und Patient: Ein Über-blick über den Stand der Forschung. In: Pope, K. S., Sonne, J. L., Holroyd, J. (Hg.): *Sexualität in der Psychotherapie*, S. 265–284. Weinheim: Beltz.
- Pope, K. S., Levenson, H., Schover, L. S. (1979): Sexual intimacy in psychology training: results and implications of a national survey. *American Psychologist* 34, 682–689.
- Quaas, M., Zuck, R. (2005): *Medizinrecht*. München: C. H. Beck.
- Reschke, K., Köhler, M. F., Kranich, U. (1999): Wie stabil sind Umgangsmuster mit sexueller Attraktivität und Kontakten in der Psychotherapie? Eine Nachuntersuchung

- an sächsischen PsychotherapeutInnen. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis* 31, 551–570.
- Reschke, K., Kranich, U. (1996): Sexuelle Gefühle und Phantasien in der Psychotherapie. Eine anonyme Fragebogenerhebung bei sächsischen PsychotherapeutInnen. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis* 28, 251–271.
- Rüger, U. (2003): Gewalt und Missbrauch in der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 48, 240–246.
- Rüger, U., Bell, K. (2004): Historische Entwicklung und aktueller Stand der Richtlinien-Psychotherapie in Deutschland. *Z psychosom Med Psychother* 50, 127–152.
- Sonntag, U., Vogt, I., Arnold, E. (1999): Sexuelle Übergriffe in Therapie und Beratung – Erwartungen von Therapeutinnen und Therapeuten an Fachverbände. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis* 31, 119–126.
- Stebner, F. (1999): Tatort Praxis – Sex mit Patienten. *Heilpraxis-Magazin* 5, 44–45.
- Thorn, B.E., Shealy, R.C., Briggs, S.D. (1993): Sexual misconduct in psychotherapy: reactions to a consumer-oriented brochure. *Professional Psychology: Research and Practice* 24, 75–82.
- Vogt, I. (2002): Kein Kavaliersdelikt – sexueller Missbrauch in der Psychotherapie. *Psychologie heute*, 36–43.
- Vogt, I., Arnold, E., Sonntag, U. (1999): Körperkontakte und sexuelle Kontakte im psychotherapeutischen Setting. Ergebnisse einer empirischen Studie. *Report Psychologie* 10, 754–763.
- Widmaier, G. (2005): Die Urteilsabsprache im Strafprozess – ein Zukunftsmodell? *Neue Juristische Wochenschrift* 58, 1985–1987.

Korrespondenzadressen: Rechtsanwalt Dr. PH Martin Riemer, Mühlenstr. 73, D-50321 Brühl, E-Mail: post@riemer-law.de

Priv.-Doz. Dr. med. Gudrun Schneider, Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Münster, Domagkstr. 22, D-48129 Münster, E-Mail: schneig@mednet.uni-muenster.de