

Missbrauch in therapeutischen Beziehungen

Möglichkeiten zur kritischen Positionierung der Ärzteschaft

Professional misconduct in therapeutic relationships

Developing critical attitudes in the medical community

I. Franke, A. Riecher-Rössler

Psychiatrische Universitätspoliklinik, Universitäre Psychiatrische Kliniken, c/o
Universitätsspital Basel, Petersgraben 4, CH-4031 Basel

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Anita Riecher-Rössler
Chefärztin
Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK)
Psychiatrische Universitätspoliklinik
c/o Universitätsspital Basel
Petersgraben 4
CH-4031 Basel
Tel.: +41 61 265 5114
Fax: +41 61 265 4599
E-mail: Anita.Riecher@upkbs.ch

Zusammenfassung: Bereits der hippokratische Eid definiert die Einhaltung von Grenzen in der Arzt-Patient-Beziehung als Teil ärztlichen Handelns: „...In alle Häuser, in die ich komme, werde ich zum Nutzen der Kranken hineingehen, frei von jedem bewussten Unrecht und jeder Übeltat, besonders von jedem geschlechtlichen Missbrauch an Frauen und Männern, Freien und Sklaven...“. Spezifisch zum Thema Grenzen in der Arzt-Patient-Beziehung in der Psychiatrie äußert sich z.B. die Deklaration von Madrid der World Psychiatric Association 1996 [29]. Grenzüberschreitungen jeglicher Art in therapeutischen Beziehungen - nicht nur im Rahmen von Psychotherapien - sind ein ebenso relevantes wie tabuisiertes Thema. Es gibt kaum Möglichkeiten für betroffene Patienten, angemessene therapeutische und juristische Unterstützung zu finden. Eine Positionierung der Ärzteschaft, v.a. der psychotherapeutisch tätigen Ärzte, zu diesem Thema erscheint sehr wichtig. Neben einer Sensibilisierung sind Prävention, Entwicklung von Richtlinien zum Umgang mit Opfern und Tätern sowie Integration der Thematik in medizinische Ausbildung und öffentlichen Diskurs wichtige Ziele.

Schlüsselwörter: Missbrauch, Grenzüberschreitung, Psychotherapie, Selbstbeurteilung, ärztliche Behandlung, Opfer, Täter

Abstract: Already the Hippocratic Oath defines maintaining boundaries in the physician-patient-relationship as an essential part of medical care: "...In every house where I come I will enter only for the good of my patients, keeping myself far from all intentional ill-doing and all seduction and especially from the pleasures of love with women or men, be they free or slaves...". The World Psychiatric Association's Declaration of Madrid 1996 [29] specifically comments on boundary-issues of physician-patient-relationships in psychiatry. Boundary violations in any kind of therapeutic relationship - not only regarding psychotherapy - are both relevant and tabooed. There are hardly any options for patients concerned of finding appropriate therapeutic and legal support. A public positioning of the medical profession seems to be very important. Apart from raising awareness, further important goals are prevention, guidelines for appropriate handling of victims and offenders, as well as integration of the issue in education and public discourse.

Keywords: abuse, boundary-crossing, psychotherapy, self-assessment, medical treatment, victim, offender

Die Wahrung von Grenzen in ÄrztInnen-PatientInnen-Beziehungen¹ wird bereits im Hippokratischen Eid als wichtiger Teil ethischen ärztlichen Handelns formuliert. Missbrauch in Arzt-Patient-Beziehungen ist sowohl gesellschaftlich wie auch innerhalb der Ärzteschaft ein stark tabuisiertes Thema. Zu vermutende hohe Fallzahlen und schwere Konsequenzen für Betroffene erfordern eine Positionierung insbesondere der psychotherapeutisch tätigen Ärzte. Wir geben nachfolgend einen Überblick über die Thematik und Empfehlungen zum Umgang damit.

Definition des professionellen sexuellen Missbrauchs

Unter professionellem sexuellem Missbrauch (PSM) versteht man alle sexuellen Handlungen im Rahmen von fachlichen Auftragsverhältnissen bzw. Beziehungen (z.B. Arzt-Patient-Beziehung) [28]:

- Jede Form sexueller Handlungen (orale, anale, vaginale Penetration, genitale Stimulation mit/ohne Ejakulation), Berühren von Geschlechtsorganen, Küssen, etc.
- „Hands-off“-Delikte wie z.B. voyeuristische oder exhibitionistische Handlungen, Zeigen pornografischen Materials, Frotteurismus
- Sexualisierende und sexistische verbale Äusserungen

Derartige Handlungen können in Deutschland mit Freiheitsstrafen von 3 Monaten bis zu 5 Jahren geahndet werden (§174c StGB: Sexueller Missbrauch unter Ausnutzung eines Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses).

PSM hat viele Parallelen zu Inzest und wird deshalb bisweilen als therapeutischer Inzest bezeichnet [21]. Weil Macht in professionellen Beziehungen so ungleich verteilt ist, kann die „Zustimmung“ des Opfers niemals einen sexuellen Übergriff rechtfertigen. Die Verantwortung liegt immer vollumfänglich bei der Fachperson. Begriffe wie „Verliebtheit“ oder „Romantik“ sind in diesem Zusammenhang stets fehl am Platz. Erotische oder sexuelle Gefühle im Rahmen einer Behandlung müssen jeweils im Kontext des fachlichen/therapeutischen Auftrages geklärt werden [1, 3, 21, 28].

In ca. 90% der PSM-Fälle erleidet das Opfer erhebliche und anhaltende Schäden [21]. Auch wenn der sexuelle Kontakt erst nach Beendigung der professionellen Beziehung entstanden ist, beläuft sich dieser Prozentsatz auf immer noch 80% [19].

Während sich viele nationale und internationale Positionspapiere sehr konkret über die Wahrung von Grenzen bei *aktuellen* Patienten äussern, wird der Umgang mit *früheren*

¹ Im Folgenden ist mit der männlichen Form immer auch die weibliche gemeint.

Patienten seltener thematisiert. Dabei ist gerade im Falle psychotherapeutischer Behandlungen davon auszugehen, dass Übertragungsphänomene und Machtgefälle häufig - wenn nicht immer - weit über die Behandlung hinaus fortbestehen [14].

Häufigkeit des PSM

Sexuelle Beziehungen zwischen Therapeut und Patient blieben bis in die späten 70er Jahre weitgehend ausserhalb der öffentlichen Wahrnehmung. Erst dann erschienen Fallberichte, die vermuten liessen, dass das Problem eine grössere Dimension erreicht, als bis dahin angenommen [8, 15]. Über die Häufigkeit von Missbrauch in Therapien gibt es für Europa keine verlässlichen Daten, weshalb Schätzungen analog zu einer kanadischen Umfrage aus dem Jahr 1991 an 11 Millionen Einwohnern (nach vorheriger Sensibilisierung über die Medien) vorgenommen wurden. Demnach hat 1% der Befragten innerhalb der vergangenen 5 Jahre einen sexuellen Übergriff und 2% eine sexuell gefärbte Handlung oder Bemerkung durch eine Fachperson aus dem Gesundheitswesen erlebt. Umgerechnet auf die Bevölkerungszahl Deutschlands ist von ca. 165000 Betroffenen jährlich auszugehen [12, 26, 28].

Opfer des PSM

Grundsätzlich kann jeder, der eine therapeutische Beziehung eingeht, Opfer von Vertrauens- und Machtmissbrauch werden [3, 21]. Opfer bilden eine heterogene Gruppe. Es lassen sich keine prädiktiven Variablen (wie z.B. Diagnose) finden, die das Risiko erhöhen, Opfer eines Übergriffes zu werden [2]. Gemäss vorliegenden Daten über Täter-Opfer-Konstellationen aus den USA und den Niederlanden bewegt sich der Anteil von Mann auf Frau-Übergriffen zwischen 61-96%, der von Mann auf Mann-Übergriffen zwischen 2-8%, der von Frau auf Frau-Übergriffen zwischen 0,5-25% und derjenige von Frau auf Mann-Übergriffen zwischen 2-5% [31].

Hinsichtlich der Folgen von PSM zeigt sich bei den Opfern keine einheitliche Psychopathologie [28]. Für das Verständnis der Folgen sind Konzepte der Psychotraumatologie und der Bindungstheorie wichtig. Die diagnostischen Kriterien des Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) treffen für einige PSM-Opfer zu, für andere nicht. Aus dem Bereich der Traumatologie stammt das umfassendere Konzept einer Viktimisierung auf drei Ebenen [13]: i) unmittelbare physische und psychische Folgen des Übergriffes (emotionaler Schock, Selbstvorwürfe, Schuldgefühle, Scham, Verletzung, Verzweiflung, Rat- und Hilflosigkeit) mit nicht selten lebenslangen Folgen, ii) unsachgemässe und unsensible

Reaktionen von Institutionen, beratenden Fachleuten, Untersuchungsbehörden oder Angehörigen (z.B. dem Opfer implizit oder explizit die Schuld für den Übergriff geben) und iii) Folgen in Zusammenhang mit der sozialen Antwort auf die Traumatisierung im Sinne der Entwicklung einer Opferidentität (z. B. Gefühl, keine Chance zu haben, keine Hilfe zu bekommen oder nicht ernst genommen zu werden) [18, 28].

Bei umschriebenen Traumatisierungen sind Depressionen, PTSD oder Angststörungen mögliche Folgen; komplexe Traumafolgen sind lang anhaltende Beschwerden und Störungen der Persönlichkeitsentwicklung [18]. 14% aller Personen, die eine sexuelle Beziehung zu einem Psychotherapeuten erlebt haben, unternehmen mindestens einmal einen Suizidversuch, 1% beenden ihr Leben durch Suizid [19].

Täter

Eine amerikanische Untersuchung aller Verurteilungen wegen sexueller Grenzverletzungen durch Ärzte zwischen 1981-1996 (n=761) zeigte, dass Täter überdurchschnittlich häufig aus den Bereichen Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Gynäkologie und Geburtshilfe oder Allgemeinmedizin kamen [8].

Untersuchungen über Prävalenzraten sind relativ alten Datums und werden häufig aufgrund der Methodik der Datenerhebung (meist Versand von Selbstbeurteilungsfragebögen) kritisiert [17, 24]. Gemäß den vorhandenen Daten wird davon ausgegangen, dass 7-11% aller männlichen und 2-3.5% aller weiblichen Psychotherapeuten in ihrer beruflichen Laufbahn sexuelles Fehlverhalten begehen [11, 17, 28], 33-80% davon sind Wiederholungstäter [21, 22, 28]. Wenn Frauen Übergriffe begehen, liegt in ca. 80% der Fälle Frau-Frau-Missbrauch vor [31]. Primär handelt es sich um Verhaltensstörungen der Täter, die durch psychische Erkrankungen begründet sein können, aber nicht müssen. Die Motive der Täter lassen sich in drei Gruppen aufteilen [12, 28]. Diese Einteilung beruht auf möglichen Interventions- bzw. Behandlungsstrategien, die Übergänge zwischen den Gruppen können fließend sein.

1. Situational Handelnde: aufgrund aktueller eigener Lebensumstände in Kombination mit moralisch-ethischen Defiziten in der Berufsauffassung
2. Täter mit psychischen Störungen, die die Entscheidungsfähigkeit bzw. die Fähigkeit zur Aufrechterhaltung von Grenzen beeinflusst (z. B. Depressionen, Abhängigkeitserkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, beginnende Demenzen)
3. Sexualstraftäter

In mehr als 50% aller PSM-Fälle leidet der Täter unter einer oder mehreren gravierenden psychischen und/oder psychosexuellen Störung(en) [31]. Sehr häufig besteht eine ausgeprägte

narzisstische Problematik, aber auch andere Persönlichkeitsstörungen liegen vor. Auch affektive Störungen, Suchtprobleme und Paraphilien sind im diagnostischen Spektrum anzutreffen [16, 21, 22]. Auf Täterseite ist ein bereits erfolgter Übergriff ein wichtiger Indikator dafür, dass ein erneuter Übergriff passieren kann [2].

Von der Grenzüberschreitung zur Grenzverletzung - „Slippery Slope“

Jede Person, die sich in irgendeiner Form einer Behandlung unterzieht, sei es einer Psychotherapie, Physiotherapie oder anderen medizinischen Behandlung, erwartet, dass die behandelnde Person über spezifisches Wissen und Fähigkeiten verfügt. Jede Patienten-Therapeuten-Beziehung ist demzufolge durch ein Machtgefälle charakterisiert [5]. Es ist in jedem Fall der Behandelnde, der die Grenzen kennen und setzen muss, der über das diagnostische und therapeutische Wissen verfügt und der in den meisten Fällen den Ort und das Setting der Behandlung bestimmt [10]. Der Patient auf der anderen Seite, der auf der Suche nach Hilfe ist, befindet sich in einer Position, in der ihm gesagt wird, er solle auf die Kapazität des Behandelnden vertrauen. Aus diesem Grund ist es bei der Beurteilung unerheblich, von wem die Initiative zu sexuellen Handlungen ausgeht [6].

Der Begriff „Missbrauch“ bezieht sich nicht ausschliesslich auf vollzogenen sexuellen Missbrauch, wenngleich dies die gravierendste Form von Übergriffen darstellt. Man geht von einem prozesshaften Vorgang aus, bei dem eine Reihe weniger gravierender Grenzüberschreitungen bzw. -verletzungen einem tatsächlichen sexuellen Übergriff vorausgeht.

Das Englische kennt hierfür den Begriff des „slippery slope“ (rutschiger Abhang). Dieser wurde erstmals von Robert Simon [24] geprägt, der sich mit den Abläufen vor einem möglichen Übergriff auseinandersetzte. Zwar spielt bei vollzogenen Übergriffen die „richtige Gelegenheit“ eine Rolle, aber es ist auch davon auszugehen, dass Täter diese Gelegenheit selbst schaffen bzw. ihre Position dazu benutzen. Für bewusst manipulative, den Übergriff vorbereitende Handlungen des Täters wird auch der Begriff „grooming“ (in etwa „präparieren“) verwendet (z.B. Vergabe eines Termins zu Randzeiten, wenn keine anderen Personen mehr in der Praxis sind).

Einer bewussten und offenen Auseinandersetzung mit diesen Vorgängen kommt somit eine wichtige präventive Bedeutung zu. Beispiele hierfür finden sich in einer Veröffentlichung der kanadischen Ärztesellschaft aus dem Jahr 2004 (die sich allgemein auf Arzt-Patient-Kontakte bezieht, nicht nur auf psychotherapeutische Behandlungsverhältnisse) [4]:

Mögliche Grenzüberschreitungen

- Aufsuchen derselben Lokalitäten
- Überschneidungen im Freundes-/Bekanntkreis
- Persönliche Auskünfte, Selbstoffenbarungen
- Zweigleisiger Beziehungsaufbau (professionell/sozial)
- Umarmungen/Berührungen

Grenzverletzungen

- Geschenke schenken oder entgegennehmen
- Gängige Konventionen zugunsten bestimmter Patienten ignorieren
- Annahme, die Wertvorstellungen des Patienten seien deckungsgleich mit den eigenen
- Ausgeprägte Selbstoffenbarungen
- Verbales Eindringen in den persönlichen Raum
- Unangemessene Berührungen

Die unter Grenzüberschreitungen aufgeführten Beispiele stellen *mögliche* Grenzüberschreitungen dar. Sie müssen nicht in jedem Fall zu Grenzverletzungen führen und sind nicht immer vermeidbar. In erster Linie soll durch die Beispiele Achtsamkeit und ein bewusster Umgang mit Grenzen erreicht werden, da es in jedem Fall dem Arzt obliegt, die Grenzen einzuhalten. Dazu gehört auch, vermeintlich „banale“ Interaktionen zu hinterfragen.

Im Zusammenhang damit wurde ebenfalls von der kanadischen Ärztesgesellschaft [4] außerdem ein Selbstbeurteilungsbogen veröffentlicht, der Aufmerksamkeit, Selbstachtsamkeit, Reflexion und offene Auseinandersetzung fördern soll. Er besteht aus 27 Fragen, die nach Häufigkeit des Auftretens im eigenen Alltag beantwortet werden (siehe Anhang). In der Originalpublikation wird jede Frage in einem separaten Abschnitt („discussion points“) diskutiert und die Relevanz für das Thema erörtert.

Aktuelle Praxis im Umgang mit PSM

Gesamthaft erscheint der Umgang mit PSM nach wie vor durch eine anhaltende Tabuisierung und mitunter auch Verharmlosung charakterisiert. Obwohl in den letzten Jahren zunehmend ein Qualitätsbewusstsein in die Medizin Einzug gehalten hat (z.B. Entwicklung einer „Fehlerkultur“ in der Medizin oder Zertifizierung von Institutionen nach bestimmten Kriterien), spielt die gerade in der Psychotherapie hochrelevante Gewährleistung einer

professionellen Beziehungsqualität innerhalb dieser Qualitätskriterien kaum eine Rolle. Mit Besorgnis und Irritation sind in diesem Zusammenhang insbesondere öffentliche Äußerungen einiger psychotherapeutisch tätigen Fachpersonen zu betrachten. So vertritt der Begründer der Schematherapie, J. Young, die Meinung, innerhalb einer Therapie seien Berührungen zwischen Therapeut und Patient bis hin zu Umarmungen erlaubt. Dies wird v.a. in frühen Therapiestadien im Sinne eines „Re-parenting“ („Wieder-Beelterung“) als indiziert betrachtet. Zum Thema Grenzen allgemein ist seiner Meinung nach die Therapie schwerer Persönlichkeitsstörungen effektiver, wenn die Grenzen weniger rigide seien, da eine zu große emotionale Distanz korrektive emotionale Erfahrungen eher verhindere. In diesem Rahmen sei auch gegenseitiges Duzen zwischen Therapeut und Patient legitim [30]. In diesem Zusammenhang muss kritisch hinterfragt werden, inwieweit es einer schwer beziehungsgestörten Person, die sich in psychotherapeutische Behandlung begibt, abverlangt werden kann, dort gemachte Erfahrungen, z.B. Berührungen, korrekt einzuordnen. Daneben muss auch berücksichtigt werden, dass dabei eine andere Form des Missbrauchs zum Tragen kommen kann, die darin besteht, eine emotionale Abhängigkeit des Patienten vom Therapeuten zu generieren.

Donna E. Stewart et al. veröffentlichten 2009 Ergebnisse einer Email-Umfrage unter den WPA-Mitgliedergesellschaften zum Vorhandensein i) einer staatlichen Gesetzgebung und Positionierung der jeweiligen psychiatrischen Gesellschaften und ii) von Regularien, die explizit sexuelle Kontakte zwischen Psychiater und Patient verbieten, die Meldung solcher Vorfälle fördern und Behandlung für Opfer und Täter vorsehen [25]. Nur 51% der befragten Fachgesellschaften aus 109 Ländern beteiligten sich an der Umfrage. Während von den nationalen Fachgesellschaften, die geantwortet haben, 85% im jeweiligen Land Gesetze oder Reglemente haben, die sexuelle Kontakte mit aktuellen Patienten verbieten, gaben weniger als ein Viertel an, solche Regelungen in Bezug auf frühere Patienten zu haben. Die Hälfte derjenigen, die an der Befragung teilnahmen, gab an, in ihrem Land gebe es keine unmittelbare Meldepflicht, wenn ein Arzt Kenntnis von sexuellen Übergriffen eines Kollegen erhalte. Nur ein kleiner Teil der Fachgesellschaften gab an, dass für Opfer und/oder Täter eine Behandlung zur Verfügung stehe. Die am häufigsten berichtete Sanktion war Entzug der Zulassung für variable Zeiträume.

Deutschland war 1998 das einzige europäische Land, das mit dem §174c StGB ein Verbot jeglichen sexuellen Kontaktes innerhalb einer Psychotherapie gesetzlich verankerte. Allerdings scheiterte das Vorhaben, auch andere ärztliche Disziplinen in das Gesetz einzuschließen. In der Schweiz wurde erst vor kurzem durch die Schweizer Gesellschaft für

Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) ein Positionspapier zum Thema „Missbrauch in psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen“ verabschiedet [23], worin besonders betont wird, dass die während einer Behandlung gewachsene Abhängigkeit unter Umständen lebenslang anhalten kann und sich Übergriffe nach Behandlungsabschluss nicht von solchen während einer Behandlung unterscheiden. Auch wenn es in Deutschland und der Schweiz inzwischen einige strafrechtlich belangte Täter gibt, führt dies kaum zum Entzug der Praxisbewilligung bzw. zu anderen Sanktionen (Bedingungen, unter denen eine weitere Berufstätigkeit möglich ist, bzw. Kontrollinstanzen).

Führend bei der Etablierung adäquater gesetzlicher Regelungen sind Kanada, die USA, Neuseeland und Australien. In den genannten Ländern wurde vor ca. 10 Jahren eine Null-Toleranz-Politik gegenüber PSM durchgesetzt. In Ontario gibt es beispielsweise ein spezielles Untersuchungsverfahren innerhalb der Ärztevereinigung, in welchem nach jeder schriftlicher Meldung über ärztliches Fehlverhalten eine Untersuchung erfolgt und der Fall gegebenenfalls an die Disziplinarstelle weitergegeben wird. Diese kann Zulassungen aberkennen, für eine gewisse Zeit entziehen oder an bestimmte Auflagen knüpfen. Außerdem kann im Falle sexuellen Missbrauchs der betreffende Arzt zur Erstattung der Therapiekosten für das Opfer verpflichtet werden. Bei sexuellem Missbrauch erfolgt eine öffentliche Rüge mit Publikation im Internet und in der Verbandszeitschrift. Bereits nach einer Meldung kann eine polydisziplinäre (u.a. psychiatrische) Begutachtung der Fachperson eingeleitet werden [27].

Empfehlungen

Eine Anwendung des oben beschriebenen Selbstbeurteilungsinstrumentes erfordert auf Seiten des Anwenders ein Problembewusstsein bzw. die Bereitschaft, sich damit auseinanderzusetzen. Die Hauptverantwortung im Umgang mit Opfern und Tätern liegt aber bei der Rechtsprechung und den Berufsverbänden. Hierbei ist, wie bereits von Cullen 1999 [7] gefordert und argumentativ unterlegt, eine Null-Toleranz-Politik angebracht.

Tschan beschreibt im Rahmen der Konzeptionalisierung einer Patientenlauf- und Beratungsstelle in Basel in einem 3-Säulen-Modell, wie die Ärzteschaft sich im Umgang mit dem Thema positionieren kann [12]: i) Prävention; ii) Konsequenzen; iii) Hilfe. Im Rahmen der Prävention ist vor allem die Integration der Thematik in Aus- und Weiterbildung wichtig. Die Aufrechterhaltung einer „Null-Toleranz“-Haltung muss durch die Rechtsprechung verankert und gewährleistet werden. Eine Meldepflicht (zumindest ein strukturiertes Meldeverfahren), die zur Überprüfung potenzieller Täter führt, ist notwendig. Strukturierte Hilfsangebote sind sowohl auf Opferseite (niederschwellige Anlaufstellen) als auch auf

Täterseite (z. B. Boundary-Trainingsprogramme) dringend erforderlich. Nach einem temporären Berufsverbot sollte eine Wiederaufnahme der Berufstätigkeit nur nach einer Rehabilitationsbehandlung und mit begleitendem Monitoring erfolgen dürfen.

Fazit:

- Missbrauch in Therapiesituationen ist nach wie vor ein in hohem Masse tabuisiertes Thema
- Es ist von einer hohen Anzahl betroffener Patienten und v.a. Patientinnen auszugehen
- Die Folgen erlebter Übergriffe im Rahmen einer therapeutischen Beziehung sind gravierend
- Die Wahrung von Grenzen innerhalb der Therapie obliegt einzig und alleine der Fachperson
- Für Opfer von PSM müssen niederschwellige Beratungs- und Hilfsangebote zur Verfügung stehen
- Strafverfolgung und Vertreter der Berufsgruppe müssen im Umgang mit Tätern eine konsequente Null-Toleranz-Politik verfolgen
- Der Integration des Themas in Aus- und Weiterbildung kommt eine wichtige präventive Bedeutung zu

Interessenkonflikt: Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Bachmann KM, Böker W (Hrsg) (1994) Sexueller Missbrauch in Psychotherapie und Psychiatrie. Huber, Bern
2. Bates C, Brodsky A (1988) Sex in the Therapy Hour. Guilford Press, New York
3. Becker-Fischer M, Fischer G (1997) Sexuelle Übergriffe in Psychotherapie und Psychiatrie. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd 107. Kohlhammer, Stuttgart
4. Boundaries self assessment tool, The College of Physicians and Surgeons in Ontario, 2004:
<http://www.cpso.on.ca/uploadedFiles/downloads/cpsodocuments/members/Maintaining%20Boundaries.pdf>
5. Charter on Medical Professionalism (2002) Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter. Ann Intern Med 136:243-46, simultaneously published in: Lancet 359:520-522
6. Committee on Physician Sexual Misconduct (1992) Crossing the boundaries. College of Physicians and Surgeons of British Columbia
7. Cullen RM (1999) Arguments for zero tolerance of sexual contacts between doctors and patients. J Med Ethics 25:482-486
8. Dahlberg C (1970) Sexual contact between patient and therapist. Contemp Psychoanal 6:107-24
9. Dehlendorf CE, Wolfe SM (1998) Physicians Disciplined for Sex-Related Offenses. JAMA 279:1883-1888
10. Derek J (1994) Patients as victims. Sexual abuse in psychotherapy and counselling. Wiley and Sons, Chichester
11. Ehlert-Balzer M (1999) Fundament in Frage gestellt. Sexuelle Grenzverletzungen in der Psychotherapie. Mabuse 121:47-51
12. Fakten zu PSM (Professional Sexual Misconduct) - Sexuelle Grenzverletzungen durch Medizinalpersonen, Steuerungsgruppe PABS, MEDGES Basel, 08.04.2003, update 11.02.2004
http://www.medges.ch/uploads/media/Fakten_PSM_0203.pdf
13. Foa EB, Keane TM, Friedman MJ (2000) Effective Treatments for PTSD. Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. The Guilford Press, New York
14. Gabbard GO (2002) Post-termination sexual boundary violations. Psychiatr Clin North Am 25:593-603
15. Gartrell N, Herman J, Olarte S et al (1986) Psychiatrist-patient sexual contact: results of a national survey. I. Prevalence. Am J Psychiatry 143:126-31
16. Gonsiorek JC (1995) Breach of Trust. Sexual exploitation by health care professionals. Sage Publ., Thousand Oaks
17. Halter M, Brown H, Stone J (2007): Sexual Boundary Violations by Health Professionals – an overview of the published empirical literature. The Council for Healthcare Regulatory Excellence, London.
18. Matsakis A (1996) I can't get over it. A handbook for trauma survivors. New Harbinger Publ., Oakland
19. Penfold SP (1998) Sexual abuse by health professionals. University of Toronto Press, Toronto
20. Pope KS, Vetter VA (1991) Prior therapist-patient sexual involvement among patients seen by psychologists. Psychotherapy 28:429-438
21. Schoener GR, Hofstee Milgrom J, Gonsiorek JC et al (1989) Psychotherapists' sexual involvement with clients: intervention and prevention. Walk-In Counseling Center, Minneapolis, Minnesota

22. Schoener GR (2001) Preventive and remedial boundaries training: effective tools and methods. Vortrag am Symposium "Professional Boundaries and Training in Psychiatry" am 154th Annual Meeting of the American Psychiatric Association, New Orleans, Louisiana
23. Schweizer Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie <http://www.psychiatrie.ch/index-sgpp-de.php?frameset=74>
24. Simon Robert I (1995) The natural history of therapist sexual misconduct: identification and prevention. *Psychiatric Annals* 25:90-94
25. Stewart DE, Venos E, Ashraf IJ (2009) Mental health policies on reporting child sexual abuse and physician-patient sexual relationships. *World Psychiatry* 8:45-48
26. Task Force on Sexual Abuse of Patients (1991). The Final Report. College of Physicians and Surgeons of Ontario, Toronto
27. The College of Physicians and Surgeons of Ontario, <http://www.cpso.on.ca/policies/positions/default.aspx?id=1720>
28. Tschan W (2005) Missbrauchtes Vertrauen. Sexuelle Grenzverletzungen in professionellen Beziehungen. Basel, Karger, 2. Aufl.
29. World Psychiatric Association (1996) Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice, <http://www.wpanet.org/content/madrid-ethic-english.shtml>
30. Young JA (2009) „Körperkontakt zwischen Therapeut(in) und Patient(in) ist erlaubt“, Interview in *Verhaltenstherapie* 19:185-186
31. Zondervan T (2007) Missbrauch durch Hilfeleistende: Prävention und Post-Prävention von Professional Sexual Misconduct durch Aufklärungsarbeit. *Psychotherapie Forum* 15:183-189

Anhang

Selbstbeurteilungsfragebogen „Wahrung von Grenzen in therapeutischen Beziehungen“

(„Maintaining boundaries with patients“, The College of Physicians and Surgeons in Ontario in Members' Dialogue September/October 2004, übersetzt durch I. Franke)

Der nachfolgende Selbstbeurteilungsfragebogen besteht aus 27 Fragen. Die Anwendung des Fragebogens hat zum Ziel, das Bewusstsein für Grenzen in therapeutischen Beziehungen zu schärfen, Selbstreflexion zu fördern und eine offene Diskussion über die Thematik unter Ärzten anzuregen. Versuchen Sie bei der Beantwortung der folgenden Fragen einzuschätzen, wie oft Sie die jeweiligen genannten Dinge bei sich beobachten (z.B. selten, regelmässig, gelegentlich oder oft).

1. Wie fühle ich mich, wenn bestimmte Patienten meine Sprechstunde verlassen, und warum fühle ich mich so?
2. Würde ich die Behandlung von Patienten, die mir undankbar erscheinen, am liebsten abbrechen?
3. Vermeide ich die Beendigung der Arzt-Patienten-Beziehung bei Patienten, die emotional abhängig von mir sind?
4. Bevorzuge ich Patienten, die meine Anweisungen befolgen?
5. Wie fühle und verhalte ich mich gegenüber Patienten, die sich trotz eines erwarteten Behandlungsergebnisses beschweren?
6. Wie verhalte ich mich gegenüber kulturellen Tabus, die mit meiner Meinung über eine effektive Behandlung interferieren?
7. Verwende ich unangemessen viel Zeit darauf, über bestimmte Patienten nachzudenken?
8. Hindere ich - vorsätzlich oder versehentlich- durch Wortwahl, Tonfall oder Haltung Patienten daran, am Entscheidungsfindungsprozess bezüglich ihrer Gesundheit teilzuhaben?
9. Nehme ich unangemessene Geschenke von Patienten an?
10. Suche ich während eines klinischen Kontaktes Rat bei Patienten, um einen persönlichen Vorteil daraus zu ziehen?
11. Lege ich mehr Wert auf mein persönliches Erscheinungsbild, wenn ich weiss, dass ich einen bestimmten Patienten sehen werde?
12. Mache ich mehr persönliche Details als klinisch notwendig ausfindig, um mehr über das Privatleben eines Patienten zu erfahren?
13. Tue ich regelmäßig bestimmten Patienten Gefallen oder mache spezielle Arrangements (z.B. Termine zu ungewöhnliche Zeiten oder an ungewöhnlichen Orten, Ausdehnung der üblichen Konsultationszeit)?
14. Behandle ich Patienten, die ich attraktiv oder wichtig finde, anders?
15. Teile ich private Probleme mit meinen Patienten?
16. Habe ich Gedanken oder Phantasien, einem bestimmten Patienten näher zu kommen?
17. Suche ich sozialen Kontakt zu bestimmten Patienten ausserhalb der Behandlungszeiten? Wenn ja, warum?
18. Erzähle ich Patienten persönliche Dinge, um sie zu beeindrucken? Wenn ja, warum?
19. Bin ich aufgeregt oder habe ich Sehnsucht, wenn ich an einen bestimmten Patienten denke bzw. seinen/ihren Besuch erwarte?
20. Empfinde ich es als Bestätigung für meinen persönlichen Sex-Appeal, wenn sich ein Patient mir gegenüber verführerisch verhält?
21. Verschreibe ich Medikamente oder stelle Diagnosen in meinem sozialen Umfeld?
22. Bitte ich Patienten um persönliche Gefallen?
23. Mache ich Geschäfte mit Patienten?
24. Erkläre ich meine Funktion, bevor ich Patienten befrage oder einer intimen Untersuchung unterziehe?
25. Stelle ich das Wohlbefinden und die Privatsphäre von Patienten, wenn sie sich entkleiden, z.B. durch Sichtschutz oder Verlassen des Raumes sicher?
26. Vergewissere ich mich des Wohlbefindens von Patienten während intimer Untersuchungen?
27. Falls nötig, frage ich Patienten, ob sie die Anwesenheit einer dritten Person während einer Untersuchung wünschen?