



Foto: Superbild

Allein der Vorwurf eines sexuellen Übergriffs kann ausreichen, um das Leben eines Arztes nachhaltig zu verändern.

Wenn Ärzte ihre Macht missbrauchen

Sex mit Patienten

Intime Beziehungen zwischen Arzt und Patient – das war schon immer ein heikles Thema. Manchmal sogar letal: 1770 wurde der Leibarzt des dänischen Königs Dr. Friedrich Struensee hingerichtet, weil er eine Affäre mit der Königin hatte. Aber auch heute können solche Beziehungen für Arzt/Ärztin und Patient/Patientin katastrophal enden. MMW-Autor Dr. Bernhard Mäulen hat analysiert, wie es dazu kommt und was man dagegen unternehmen kann.

In den letzten Jahren sind wenige Bereiche ärztlichen Verhaltens so kontrovers diskutiert worden, wenige haben einen solchen Normenwandel erlebt wie der romantischer und sexueller Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin. Immer öfter greift die Presse dieses Thema auf, berichtet über Täter und Opfer. Betrachtet man die sehr geringen Zahlen Verurteilter, so erscheint einem

die Darstellung zuweilen arg überzogen. Andererseits wird das Thema innerärztlich längst nicht so offensiv und effektiv behandelt wie beispielsweise in den USA.

Liebe im Krankenhaus ist ganz normal

Wo Menschen zusammen leben und arbeiten, wird sich Attraktion, Verliebtheit und auch Sexualität untereinander ein-

stellen. Das kann in Praxis und Klinik zur Lebensfreude beitragen, ohne dass es jemanden belastet. Das bestätigen zahlreiche glückliche Ehen zwischen Arzt und Ärztin, Mediziner/in und Arzthelferin/Pflegekraft/Krankengymnastin etc.

Zugleich weiß jeder, dass sich Verliebtheiten am Arbeitsplatz auch negativ auswirken können, etwa wenn nach einer Trennung einer von beiden die Abteilung, Praxis oder das Krankenhaus verlassen muss, weil es sonst unerträglich wird. Hier bereits ist zu beobachten, dass die hierarchisch niedrigere Person weit überdurchschnittlich häufig den „Preis bezahlt“ und geht!

Grapschende Doktorväter

Problematisch wird es spätestens, wenn die Personen einer Liebesbeziehung in einem hierarchischen Verhältnis zueinan-

der stehen, weil sich daraus Abhängigkeit, Machtgefälle etc. ergeben. Insbesondere von Ärztinnen habe ich oft gehört, dass sie nach einer Beziehung zum Chef- oder Oberarzt geschnitten, ausgegrenzt, abgesichert wurden, sodass geplante Weiterbildungszeiten, Facharztwege etc. nachhaltig erschwert waren. Zweifelsfrei liegt dann ein Missbrauch vor, wenn die Machtposition ausgenutzt wird, um sich sexuelle Vorteile zu verschaffen, z. B. wenn ein Doktorvater die Medizinstudentin „begrapscht“ und sie durch den Hinweis auf die Dissertationsbeurteilung nötigt.

Romantische und sexuelle Beziehungen zwischen Arzt/Ärztin einerseits sowie Patient/Patientin andererseits unterliegen sehr viel strengeren Maßstäben. Hier ist das Machtgefälle noch größer, der Arzt weiß viel über die Patientin, geht in der Anamnese, der Untersuchung, der Therapie über die meisten zwischenmenschlichen Grenzen. Schon Anfang des 19. Jahrhunderts erlebte die erste deutsche Gynäkologin in Berlin, dass „... mehr als einmal Frauen zu mir flüchteten, bei denen der vorher konsultierte männliche Frauenarzt die Objektivität nicht zu wahren gewusst hatte!“ (Heusler).

Wo liegen die Grenzen?

Die Bandbreite von Beziehungen und Grenzerletzungen zwischen Arzt und Patient/-in ist enorm, sie reicht von unangemessener Berührung, über lange Berührung, Berührung oder Manipulation an Körperstellen, die bei regelrechtem diagnostischen Vorgehen nicht berührt würden, Austausch von Zärtlichkeiten, Liebesbeziehung während oder nach der Behandlung bis hin zum Extrem der sexuellen Handlung an wehrlosen, bewusstlosen oder absichtlich betäubten Patienten oder Jugendlichen und Kindern. Die letzteren Formen sind für jedermann eindeutig als Missbrauch erkennbar, die Ersteren zum Teil nur schwer. Vieles bleibt sehr subjektiv, spielt sich im Einzelfall nur im Erleben einer Patientin ab.

Jeder zehnte Kollege betroffen?

Die genaue zahlenmäßige Größe des Problems kennt niemand. Wie auch bei anderen sensiblen Themen scheinen Zah-



Erotische Beziehungen am Arbeitsplatz – wenn sie schief gehen, zahlen meist die in der Hierarchie weiter unten Stehenden den Preis dafür.

(Gartrell). Fischer & Fischer errechneten die jährliche Zahl sexueller Übergriffe in der Kassen-Psychotherapie in Deutschland auf minimal 300 Fälle (Becker, Fischer).

Nicht nur Ärzte sind Täter, sondern in ca. 15–20% auch Ärztinnen. Dabei kann es ebenfalls gravierende Komplikationen geben; so provozierte beispielsweise eine deutsche Chefärztin auf diese Weise den Rückfall eines drogenabhängigen Patienten; anschließend kam es zur Gewalteskalation.

Psychiater sind nicht schlimmer als andere

Wie oft werden Ärzte verurteilt? Eine gründliche Suche in Urteilsdatenbanken, Pressearchiven, Internet und bei Ärztekammern brachte pro Jahr nur wenige Urteile zutage. Einige der Fälle, die auch

len häufig eher die Interessenlage der Autoren/Auftraggeber als die realen Verhältnisse widerzuspiegeln. Von daher sind alle Zahlen nur mit großer Vorsicht aufzunehmen. Sicher ist: Schwere Fälle von Missbrauch ereignen sich vergleichsweise selten, viel häufiger gibt es Kontakte unterhalb der Strafbarkeitsschwelle.

Anonyme Umfragen in den USA bei 1900 Allgemeinmedizinern, Gynäkologen, Internisten und Chirurgen haben ergeben, dass etwa 9% mindestens einmal sexuellen Kontakt zu Patienten/innen hatten

Tabelle 1

Ausgewählte Fälle sexueller Übergriffe

Datum	Beteiligte	Urteil*
2002–3	35-j. Facharzt in Krankenhaus, sex. Nötigung, 1 Fall, Stuttgart	3 Jahr 10 Mon.
2001–5	57-j. Notarzt, Vergewaltigung und sex. Missbrauch, Lübeck	4 Jahr 6 Mon.
2000–6	38-j. Gefängnispsychologin, Sex mit Häftling, Sachsen	Kündigung
2000–1	Gynäkologe wegen sex. Schändung und Mordversuch, CH	Appr. weg
1999–1	61-j. Orthopäde, sex. Belästigung in 2 Fällen, Stuttgart	30000 DM, 10 Mon.
1998–9	48-j. Internist in Krankenhaus, sex. Belästigung, München	Kündigung
1998–7	55-j. pädiatr. Chefarzt, pädophile Handlungen, Hannover	Appr. weg
1997–12	46-j. Allgemeinmediziner, Missbrauch an 9 Jungen, Stuttgart	9 Jahre
1997–5	33-j. Gynäkologe in Krankenhaus, sex. Nötigung, 1 Fall, Lübeck	8 Monate
1997	61-j. Internist, sex. Missbrauch 16-Jähriger in Narkose, Lindau	2 Jahre Bewähr.
1996–8	Chirurg, versuchte Vergewaltigung der Arzthelferin, Hamm	Kassenzul. weg
1996–6	52-j. Psychologieprof., sex. Nötigung, 2 Fälle, Konstanz	1 Jahr 6 Mon.
1995–9	59-j. Zahnarzt, Missbrauch Minderjähriger, div. Fälle, Bonn	Praxiszul. weg
1995–4	66-j. Psychiater, Amtsarzt, Gerichtsgutachter, Zürich	U-haft
1994–12	36-j. Zahnarzt, sex. Belästigung, Wiederholungstäter, Aachen	Praxiszul. weg
1994–5	Anästhesist, Chefarzt, sex. Missbrauch. an 15-J., Hamburg	Kündigung
1993–8	53-j. Chefarztin, sex. Beziehung zu Pat. in Klinik, Osnabrück	Kündigung

* Datenerhebung aus Archiven, Presse und Internet, z. T. handelt es sich um noch nicht rechtskräftige Urteile

durch die Medien gingen, sind in Tabelle 1 zusammengefasst. Auffällig ist dabei:

- Die Täter kommen aus allen Facharztgruppen; entgegen landläufiger Meinungen sind Psychotherapeuten nicht überdurchschnittlich vertreten.
- Die Täter haben ein breites Altersspektrum, das gilt auch für die Opfer.
- Die Einführung des § 174 c zum Schutz von Psychotherapiepatientinnen hat anscheinend noch nicht zu einer starken Zunahme von Verurteilungen geführt.

Die Auswirkungen sexueller Grenzverletzungen durch Ärzte sind für die Pa-

Foto: KES/Dr. Reinbacher



Berührungen, die diagnostisch nicht notwendig wären – wo ist die Grenze zum sexuellen Übergriff?

tienten/-innen in der Regel gravierend! Zwar bleiben die weitaus meisten sexuellen Kontakte nicht ausschließlich auf körperliche beschränkt, es gibt auch aufseiten der Täter Gefühle, Verliebtheit und altruistische Motive. Eine gleichberechtigte oder ausgewogene Beziehung entsteht trotzdem nicht. Der Arzt/die Ärztin ist zunächst in einer überlegenen Position, weiß viel mehr über den/die Patient/-in als umge-

WEITER AUF SEITE 8

kehrt. Dies mag sich im Laufe der Beziehung ändern – aber dann kann es zur Rollenkonfusion kommen, der ehemals große Helfer entpuppt sich oft als tief bedürftig. Die Hoffnung, beschützt zu werden, wird bei der Patientin enttäuscht, am Ende fühlt sie sich sogar betrogen.

In der Folge kann es dann zu einem Vertrauensverlust und zu verringertem Selbstwertgefühl, zu Depressionen, suizidalen Handlungen und sexuellen Störungen kommen. Nachfolgende Therapien sind erschwert, es gibt eine hohe Ambivalenz, ja manchmal Blockade, ehe der/die Patient/-in eine neue Therapie riskiert (Schmidbauer).

Gibt es therapeutischen Sex?

Sind romantisch-erotische Beziehungen zu Patient/-in immer schädlich? Öfter hört man in der Diskussion um sexuelle Grenzverletzung das Argument, solche Beziehungen könnten doch auch sehr hilfreich sein. Einige derer, die wegen Grenzverletzungen angeklagt wurden, behaupten die positive, ja helfende Auswirkung einer sexuellen Beziehung zu einer Patientin (Pinter, 1995). Meist ist dies jedoch eine bloße Schutzbehauptung, die eher der persönlichen Exkulpation dient.

Andererseits wird sicher nicht jede Beziehung zwischen Arzt und Patient/in zu einem Desaster. In jüngerer Zeit hat Schmidbauer darauf hingewiesen, dass er auch positive Beziehungsverläufe beobachtet hat (1997). Trotzdem weisen die



Foto: IFA-Fred

Auch wenn erotische Beziehungen zu einer Patientin nicht immer mit einem Desaster enden – meist wird der Patientin dadurch Schaden zugefügt.

vorhandenen Studien – so unvollkommen sie datentechnisch sein mögen – deutlich auf ein Gefährdungsrisiko für Patient/-in durch eine sexuelle Grenzverletzung durch den Arzt/die Ärztin hin (Large 1997).

Dramatische Folgen für den Arzt

Kommt es zum Vorwurf des Missbrauchs einer Patientin/eines Patienten, so sind die

INTERNET-TIPPS

www.psychotraumatologie.de
www.aerztegesundheit.de
www.agava.ch
www.menninger.edu/services/prof.html

Tabelle 2

Begleitfaktoren sexueller Übergriffe durch Ärzte

- Bedürftigkeit des Arztes
- Naivität, insbesondere am Berufsbeginn
- Mangelndes Grenzbewusstsein in Bezug auf die Arztrolle
- Krise im Privatleben des Arztes (Paar-konflikt, Trennung)
- Alkoholabhängigkeit oder eine andere stoffgebundene Sucht
- Eine nicht stoffgebundene Sucht (Spielsucht, Sexsucht etc.)
- Selbstüberschätzung der eigenen Kontrolle
- Irrige Überzeugung, der Patientin/ dem Patienten zu helfen
- Wenig Selbsterfahrung und Föhlung mit eigenen Anteilen
- Narzisstische Persönlichkeitsstörung
- Bekannte oder unerkannte sexuelle Deviation

Folgen unabhängig vom strafrechtlichen Ausgang für alle Beteiligten gewaltig. Allein der Vorwurf kann ausreichen, um das Leben eines Arztes nachhaltig zu verändern. Staatsanwaltschaft und Ermittlungsbehörden müssen auch wegen des öffentlichen Drucks energisch vorgehen. Viele beschuldigte Ärzte sind sich im Unklaren darüber, was das konkret bedeuten kann.

Mögliche Folgen für Beschuldigte sind:

- Infrage stellen der beruflichen Leistung und der Person beschuldigter Ärzte/-innen
- Rufschädigung auch bei Freispruch
- Erhebliche juristische Komplikationen
- Arbeitsrechtliche Konsequenzen wie sofortige Freistellung, Kündigung
- Nachforschungen an bisherigen Arbeitsplätzen und Aufdeckung aller irgendwie gearteter Vorwürfe
- Unter Umständen Beschlagnahme der Krankenakten und Fragebogenaktion an Patienten/Patientinnen
- Beschlagnahme von Computern, Videos, E-Mails,
- Untersuchungshaft bis zum Prozess, auch wenn keine Fluchtgefahr besteht
- Ruhen der Approbation
- Misstrauen und mögliche Ausgrenzung aus der kollegialen Gruppe zu einem frühen Zeitpunkt
- Bloßstellung in den Medien, die fast immer einseitig die Position des „Opfers“ vertreten (Abdruck von Praxis-schild, Namen und Foto)
- Weitgehender Verlust des persönlichen Datenschutzes
- Deutliche Rückwirkungen auf private Beziehungen, Ehe, Kinder, Verwandte Freunde.

Was ist das bloß für ein Kollege?

Liest man in der Presse über einen Kollegen, dem eine sexuelle Grenzverletzung vorgeworfen oder nachgewiesen wird, drängt sich unwillkürlich die Frage auf: Wie konnte dieser Kollege nur so handeln? Zu dumm, zu selbstsüchtig, zu rücksichtslos klingt vieles, was da vorgebracht wird und leider auch oft den Tatsachen entspricht; etwa dass ein Arzt sexuelle

WEITER AUF SEITE 10

Oft bilden kleine, an und für sich harmlose Grenzverletzungen den Anfang für auffälligere und missbräuchlichere Handlungen.



Foto: KES/Thieme Verlag

Übergriffe an Patienten/-innen filmt und die entsprechenden Videos in der Praxis aufbewahrt.

Für die meisten Ärzte und Ärztinnen ist wohl noch nachvollziehbar, dass man eine Patientin sexuell attraktiv findet, auch dass man oder frau sich dann verliebt. Verstehbar bleibt vielleicht auch noch, dass ein Kollege oder eine Kollegin vom ärztlichen Alltag ausgebrannt, zu Hause in einer erkalteten Ehe lebend, empfänglich für Zuneigung und Bewunderung einer Patientin sein kann. Doch wie diese Mischung aus Müdigkeit, innerer Bedürftigkeit, Hunger nach narzisstischer Bestätigung, Verlust an Kontrolle eventuell verstärkt durch eine Sucht in eine Grenzverletzung führen kann, wissen die meisten Ärzte nicht. Aus Gesprächen mit Betroffenen erfuhr ich, dass sie selbst erst spät und dann mit Schrecken erkennen, wie aus kleinen, an und für sich harmlosen Grenzverletzungen immer auffälligere und missbräuchlichere Handlungen entstanden.

Sexuelle und romantische Beziehungen zwischen Arzt/Ärztin und Patient/-in sind nie ganz zu verhindern, so wenig wie Fälle von Alkoholsucht bei Ärzten. Es sollte allerdings Aufgabe der Kammern sein, verbindliche Grenzen zu formulieren, und die Ärzteschaft sollte auch Hilfsangebote bereithalten: Supervision, Therapie, ggfs. Sucht- oder Sexualtherapie. Leider gibt es in Deutschland keine spezifischen stationären Adressen für betroffene Kollegen, es gibt lediglich einige Spezialisten im ambulanten Bereich. Auch die Sexualmedizin in Deutschland könnte helfen, allerdings müsste dazu das Thema Grenz-

verletzung und Hilfe für übergriffige Ärzte zuvor in der sexualmedizinischen Ausbildung und den Lehrbüchern viel mehr berücksichtigt werden.

Was tun, wenn es mich gepackt hat?

Mein Rat an Ärzte, die in eine unprofessionelle Beziehung hineingeschlittert sind:

- Ziehen Sie sich als Erstes aus der Arzt-/Ärztinrolle zurück, geben Sie den/die Patient/-in zu einem Kollegen.
- Machen Sie sich bewusst, dass sie mit einer ziemlichen Wahrscheinlichkeit dem/der Patient/-in schaden oder geschadet haben.
- Holen Sie sich schnell professionelle Unterstützung (Supervision, Therapie).
- Falls Ihr sexuelles Verhalten suchtähnlich ist, holen Sie sich Hilfe in speziellen Selbsthilfegruppen, z. B. Sexoholics anonymous; Sex und Liebessüchtige (SLAA).

- Finden Sie heraus, warum Sie von den vielen Beziehungsangeboten im Leben ausgerechnet das zu einem Patient/einer Patientin gewählt haben.
- Fragen Sie sich, ob dies die erste derartige Beziehung ist, oder ob Sie schon vorher einmal eine wie auch immer geartete Grenzverletzung gelebt haben.
- Stoppen sie die Beziehung.

Literatur und Filme zum Artikel unter www.aerztegesundheits.de

Adresse des Autors:

Dr. med. Bernhard Mäulen

Leiter Institut für Ärztegesundheit

St. Nepomukstr. 1/2

D-78048 Villingen-Schwenningen

info@aerztegesundheits.de

HILFEN

Bücher:

1. Tschan, Werner (2001): Missbrauchtes Vertrauen – Grenzverletzungen in professionellen Beziehungen. Karger Verlag
2. Rutter, Peter (2002): Sex in der verbotenen Zone – wie Männer mit Macht das Vertrauen von Frauen missbrauchen. Arbor Verlag
3. Becker-Fischer, M.; Fischer, G. (1996): Sexueller Missbrauch in der Psychotherapie – was tun? Asanger Verlag
4. Irons, R.; Schneider, J.: (1999) The wounded healer – Addiction sensitive therapy for the sexually exploitative Professional, J. Aronson Publisher

Tabelle 3

Prävention und Therapie sexueller Übergriffe durch Ärzte

- 1 Mehr Hinweise auf richtigen Umgang mit Patienten, insbes. bei Körperkontakt
- 2 Schutzmaßnahmen, z. B. dritte Person bei körperlicher Untersuchung
- 3 Keine oder minimale Selbstoffenbarung
- 4 Keine unbezahlte Behandlung
- 5 Wartezeit nach Behandlungsende
- 6 Keine Abend- oder Nachttermine ohne Personal
- 7 Supervision
- 8 Bei Problemen und Verwicklungen sofortige Weiterleitung von Patient/-in,
- 9 Formulierung verbindlicher ethischer Richtlinien der Berufsverbände und LÄK
- 10 Kontinuierliche Fortbildung speziell auch bei Berufsanfängern
- 11 Training professionellen Verhaltens in schwierigen Situationen
- 12 Einrichtung einer Beschwerde-/Anlaufstelle für betroffenen Patient/-in