



Prävention

Die seit 155 Jahren teilblinde Justitia (ist) immer noch nicht bereit, durchwegs auf ihre Teilblindheit zu verzichten.

(Margrith Bigler-Eggenberger, erste Bundesrichterin der Schweiz, 2003 [1])

Dieses Zitat ist um so prägnanter, hält man sich vor Augen, dass die Justitia – in den meisten Abbildungen mit einer Augenbinde versehen – in der Halle des Bundeshauses, wo die obersten Richter der Schweiz gewählt werden, mit offenen Augen dargestellt ist. Um es auf den Punkt zu bringen: Für die Prävention gilt an erster Stelle, dass die Existenz des Problems eingestanden, das Problem also «gesehen» wird. Voraussetzung dazu sind das Melden der einzelnen Fälle und eine proaktive Auseinandersetzung der Entscheidungsträger mit den Fakten. Beides bedingt sich gegenseitig – wer dem Thema mit Ignoranz begegnet, wird jegliche Notwendigkeit präventiver Massnahmen bestreiten. Der eigene Standpunkt und Erwartungshorizont bestimmt die Wahrnehmung der Problematik. Ziel jeder Prävention muss sein, Opfer vor sexuellen Übergriffen zu schützen; damit können präventive Massnahmen stets nur aus der Opferperspektive konzipiert werden. Prävention muss sich daran orientieren, ob dadurch potentiell Betroffene unverzüglich und wirkungsvoll geschützt werden können und ob sie gleichzeitig zu adäquaten Interventionen führt, die weitere Übergriffe verhindert.

Keine Disziplin kann für sich in Anspruch nehmen, das Problem der sexuellen Übergriffe umfassend bewältigen zu können. Weder die Medizin, noch die Rechtsmedizin, noch die Justiz, noch Behörden sind dazu ohne Zusammenarbeit mit den anderen Bereichen in der Lage. Dies erfordert eine interdisziplinäre Auseinandersetzung, um die Einseitigkeit der traditionellen Sichtweise zu überwinden [2]. Neben der Entwicklung eines gemeinsamen Begriffsrepertoires müssen die aus unterschiedlicher Perspektive gewonnenen Erkenntnisse und Vorgehensweisen zu einer gemeinsamen Interventionsstrategie integriert werden. Für die Justiz stellen sich gänzlich andere Fragen als für eine Institution oder Konsumentenschutzorganisation. Gemeinsam ist allen, dass sie die Sicherheit der Menschen schützen wollen, welche die unterschiedlichen fachlichen Dienste in Anspruch nehmen. Das Gesundheitswe-

sen ist in doppelter Hinsicht involviert, weil betroffene Opfer Hilfe und Beratung suchen. Umgekehrt illustriert dies eben auch die Tragik, wenn sich das Gesundheitswesen nicht mit diesen Fragen auseinander setzt.

Alle involvierten Disziplinen sind verpflichtet, ihre Arbeit nach wissenschaftlichen Erkenntnissen auszurichten. Opferschutz muss auf Fakten basieren, nicht auf Emotionen oder Trugschlüssen [3]. Die neueste Charta zur ärztlichen Berufsethik fordert unter Punkt 8 eine Verpflichtung zur Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse: «Die Ärzteschaft ist für die Richtigkeit dieser Erkenntnisse, die sowohl auf wissenschaftlicher Evidenz als auch auf ärztlicher Erfahrung beruhen, verantwortlich» [4]. Die Thematik muss in der Berufsausbildung vermittelt werden und erfordert eine curriculare Integration. «Ethos entfaltet sich in der Nähe des Vorbildes und in der konkreten Handlungssituation, Fachwissen und Know-how kann man im Hörsaal lernen» [5] – eine konkrete Forderung an die Ausbilder, im Bewusstsein dieser Tatsache ihre Haltung zu reflektieren.

In Zusammenhang mit sexuellen Gewaltphänomenen stellt PSM eine besondere Problematik dar, weil sexuelle Übergriffe nicht zuletzt auch durch die involvierten Fachleute auf vielen Ebenen erfolgen können. In Interventionsstrategien fand diese Tatsache bisher erstaunlich wenig Beachtung. Die vorhandenen Zahlen belegen jedoch, dass es sich nicht um bedauerliche Einzelfälle handelt. Eine systematische Auseinandersetzung im Hinblick auf Qualitätssicherungen ist unabdingbar. Es wird in diesem Zusammenhang auch die Frage zu beantworten sein, ob die Fachleute hinreichend darauf vorbereitet sind, die ihnen übertragenen Aufgaben zu bewältigen. Der ärztliche Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, Daniel Hell, wies in einem Editorial in der «Schweizerischen Ärztezeitung» darauf hin, dass sich das Problem der sexuellen Missbräuche nicht alleine mittels administrativer und judikativer Massnahmen lösen liesse [6].

Im medizinethischen Diskurs gilt die «Null-Toleranz»-Politik als einzig möglicher Weg bei PSM. Cullen [7] zeigt in seiner Argumentationslogik, wie das nachfolgend formulierte kontrafaktische Argument praktisch nicht zu widerlegen ist: Wenn sexuelle Kontakte im Gesundheitswesen ausdrücklich erlaubt wären, hätte dies katastrophale Konsequenzen. Dann müsste beispielsweise jede Frau, die einen Frauenarzt aufsucht, damit rechnen, dass sie sexuell missbraucht wird. Es ist folglich für das Gesundheitswesen nur ein klares Verbot jeglicher sexueller Übergriffe denkbar, das ohne Ausnahme für alle Fachleute in Ausübung ihrer professionellen Tätigkeiten gilt. In Analogie können diese Überlegungen auf andere Berufsdisziplinen übertragen werden. Die Auswirkungen auf den gesetzgeberischen Prozess und die Wechselwirkungen mit der öffentlichen Meinung in Bezug auf moralische Empfindungen

und Haltungen sind durch das reflexive Gleichgewicht in der Rechtsphilosophie hinlänglich bekannt [8]. Wibren van der Burg [9] hat über die Ausgestaltung des legislativen Prozesses in verschiedenen Beiträgen dieses reflexive Gleichgewicht weiter ausgeführt und ein interaktives Vorgehen für den Rechtssetzungsprozess vorgeschlagen. Das alte Paradigma beruht nach van der Burg darauf, dass erstens eindeutige moralische Normen existieren, über die ein ausreichender gesellschaftlicher Konsens besteht, und dass sich zweitens moralische Normen mittels der Sanktionsdrohung des Rechts effektiv durchsetzen lassen.

Beide Auffassungen haben sich in Anbetracht der neueren Entwicklungen als nicht haltbar erwiesen und sind überholt. Der Wertepluralismus moderner Gesellschaften und die laufenden Veränderungen moralischer Reflexionen müssen sich zwangsläufig auf den Gesetzgebungsprozess auswirken. Auch die zweite Annahme des alten Ansatzes hat, insbesondere in moralisch sensiblen Bereichen, wie sie die sexuellen Übergriffe darstellen, eine lückenlose gesetzliche Kontrolle illusorisch gemacht. Die Geltung des Rechts lässt sich daher nicht allein mit dem Mittel der Androhung von Sanktionen durchsetzen. *Das Recht ist vielmehr darauf angewiesen, dass diejenigen, an die es sich wendet, es aufgrund ihrer eigenen moralischen Überzeugungen für richtig halten und befolgen.* Wibren van der Burg [9] plädiert daher für ein neues interaktives Paradigma, das sich einerseits auf den Prozess der Gesetzgebung und andererseits auf die Implementierung des Rechts bezieht:

1. Der Prozess der Gesetzgebung zu ethischen Fragen sollte als ein Prozess der Interaktion zwischen Gesetzgeber und Gesellschaft strukturiert werden, so dass die Entwicklung neuer moralischer und gesetzlicher Normen sich wechselseitig stützen und stärken.

2. Die Gesetzgebung sollte derart gestaltet werden, dass sie eine fortlaufende moralische Debatte und eine fortlaufende ethische Reflexion ermöglicht. Im Sinne der Implementierung stellt dies den besten Weg dar, um sicherzustellen, dass die Praxis an denjenigen Idealen und Werten orientiert bleibt, die das Gesetz zu realisieren versucht.

Der Vorteil einer derartigen Vorgehensweise besteht gemäss van der Burg darin, dass durch die Mitarbeit der Adressaten des Gesetzes bereits vor der Verabschiedung ein Umdenkprozess einsetzt; des weiteren, dass nicht ein moralischer Konsens den Ausgangspunkt der Gesetzesdebatte bildet: Vielmehr stellt die Konsensfindung das Ziel des Prozesses dar, bei dem die Entwicklung moralischer Kriterien und rechtliche Bestimmungen Hand in Hand gehen. Bei der Implementierung sind die Beteiligten nicht gehorsame Untertanen, sondern durch ihre praktischen Kenntnisse an der Ausarbeitung der Rechtsnormen beteiligt. Häufig wissen die praktisch tätigen Fachleute besser

als der Gesetzgeber selbst, welche Bereiche eines gesetzlichen Rahmens bedürfen. Die Implementierung wird auf diese Weise zu einem kooperativen Bemühen von Legislative und den beteiligten Instanzen und Personen. So betrachtet führt der Implementierungsprozess zu einer Konvergenz zwischen neuen Rechtsnormen und der Praxis, die sich an diesen Normen orientiert und entsprechend verändert. Der Gesetzgebungsprozess muss für neue Erkenntnisse und Entwicklungen, die sich aufgrund des eingeleiteten Implementierungsprozesses ergeben, offen sein. Die Diskrepanz zwischen dem Recht, wie es sein soll, und dem Recht, wie es ist, würde sich deutlich minimieren.

Weltweit fanden bisher verschiedene grosse Konferenzen zur Thematik von PSM statt, vier davon in Nordamerika (Minneapolis 1986 und 1992, Toronto 1994, Boston 1998); zwei weitere wurden in Sydney (1996) und Melbourne (1998) abgehalten. In der Schweiz fand 2000 eine erste nationale Tagung unter Einbezug internationaler Fachleute statt. Solche Fachveranstaltungen vermitteln den Teilnehmern das notwendige Faktenwissen, ermöglichen einen wertvollen Austausch und dienen der Vernetzung gleichgerichteter Aktivitäten. Auch beeinflussen solche Tagungen die öffentliche Wahrnehmung, insofern die Bezeichnung «transdisziplinär» genau diesen Sachverhalt der Wirkung über die Fachgrenzen hinaus charakterisiert. Die Öffentlichkeit muss über die fachlichen Grenzen wie auch die entsprechenden Massnahmen zu deren Einhaltung Kenntnis haben.

12.1

Beratungsstellen

Die Berufsverbände und Institutionen müssen durch Schaffung geeigneter Beratungsstellen Opfern und deren Angehörigen Hilfestellung bieten. Mittels Onlineangeboten können die geltenden Richtlinien öffentlich bekannt gemacht werden. Die Beratungsstellen sollen gemäss einer «Politik der offenen Tür» konzipiert sein, wo sich Betroffene ernst genommen fühlen. Mit der Beratungsstelle wird gleichzeitig auch das Melden ermöglicht. Damit wird eine Stelle geschaffen, an die sich Betroffene wenden können. Neben diesen institutionsgeführten Beratungsstellen müssen unbedingt öffentliche, unabhängige Stellen für die Personen zur Verfügung stehen, die sich nicht an die erstgenannten Stellen wenden mögen.

Nach diesem Modell wurde durch die Medizinische Gesellschaft Basel die PABS konzipiert [10], die Betroffene und Angehörige bei sexuellen Übergriffen durch Medizinalpersonen berät. Selbstverständlich geht der Schaffung einer solchen Stelle ein längerer Entscheidungsfindungsprozess voraus [11].

Analog könnten Institutionen wie etwa Schulen, Spitäler, Sportvereine etc. interne Strukturen aufbauen, die als Anlaufstelle dienen können.

Eine Organisation gelangt über die Beratungsstelle zu Kenntnissen über die Art der Vorfälle und die Täter. Dieses Wissen kann für Weiterbildungszwecke im Sinne eines optimierten Risikomanagements genutzt werden. Die Organisation muss ein Konzept entwickeln, wie sie mit dem Wissen über die Täter verfährt. Aus mitmenschlichen, moralischen und rechtlichen Gründen müssen gegen Fachleute, die ihren Klienten durch sexuelle Grenzverletzungen Schaden zufügen, Massnahmen eingeleitet werden können.

Beim Melden gibt es unterschiedliche Ansätze: soll dies mit einer verpflichtenden Regelung angegangen werden oder freiwillig sein? «Verpflichtend» würde implizieren, dass jede Fachperson, die Kenntnisse über PSM einer anderen Fachperson erhält, zur Meldung des Vorfalles gesetzlich verpflichtet wäre. «Freiwillig» würde implizieren, dass die Entscheidung jeder einzelnen Fachperson überlassen bleibt. Aus Gründen der Praktikabilität und in Anbetracht des Gegenstandes spricht viel für die erste Lösung, alles andere würde fortgesetzten Missbrauch ermöglichen, was in höchstem Masse unverantwortlich wäre. Die zweite Lösung entspricht weitgehend dem Status quo, der sich offensichtlich als suboptimal erwiesen hat.

Onlineangebote können keine Beratungsstellen ersetzen. Sie können hingegen Richtlinien und mögliche Hilfsangebote bekannt machen und auch einen anonymisierten Erstkontakt ermöglichen, was gerade Opfern sexueller Gewaltdelikte leichter fällt.¹

Für Fachleute sollte durch die Berufsorganisation ebenfalls ein Beratungsangebot geschaffen werden. Erneut bieten sich Onlineangebote zur Kontaktaufnahme an. Derartige Beratungsstellen sollten mit Personen besetzt sein, die Erfahrung und vertiefte Kenntnisse in Tätertherapien haben. Eine derartige Hilfestellung kann Fachleute in der Einleitung der nötigen Schritte bestärken und dient auch der Vermittlung geeigneter Fachleute für spezifische Anliegen wie beispielsweise Behandlungen [12].

¹ Eines der weltweit besten Beratungsangebote sowohl für Betroffene wie auch für interessierte Fachleute bietet die Website <http://www.advocateweb.org>. Über die Homepage können die einzelnen Bereiche rasch aufgerufen werden, und unzählige Links ermöglichen dem Besucher raschen Zugang zu weiteren mit der Thematik verbundenen Gebieten.

Aus- und Weiterbildung

Das Thema sexueller Missbrauch muss Eingang in die Ausbildung der betroffenen Berufsgruppen finden. Erprobte Modelle nach dem Konzept des Boundary-Trainings können als Grundlage dienen, die vielfältigen Rollenkonflikte im Umgang mit Nähe und Distanz in der fachlichen Tätigkeit zu reflektieren. Das nachfolgende Konzept wurde durch die Arbeitsgruppe «Umgang mit Tätern» der Medizinischen Gesellschaft Basel für die curriculare Ausgestaltung der ärztlichen Ausbildung vorgeschlagen [13]. Das Modell kann an andere Disziplinen entsprechend angepasst werden.

Als Grundlage der nachfolgenden Überlegungen sei auf die entsprechende Literatur verwiesen [14–25]. Der medizinische Unterricht in der Humanmedizin beruht auf drei Aspekten: Wissen, Fähigkeiten und Einstellungen. Bereits auf vorklinischer Stufe müssen die angehenden Ärzte mit den fundamentalen Sachverhalten zu Nähe und Distanz zumindest einmal in Berührung kommen, bevor in der klinischen Ausbildung eine Vertiefung dieser Basiskenntnisse erfolgen kann. In der fachlichen Spezialisierung müssen, je nach Bereich, weitere Kenntnisse vermittelt werden, insbesondere in denjenigen Disziplinen, die regelmässig der Erstkontakt für betroffene Patienten sind. Es sind dies in erster Linie die hausärztlich bzw. in der Erstversorgung tätigen Ärzte für allgemeine Medizin, innere Medizin, Pädiatrie, Gynäkologie und Psychiatrie. Die Ausbildung soll dabei nicht als isolierte Massnahme betrachtet werden, sondern wird erst im Verbund mit anderen Schritten eine präventive Wirkung zeigen. Zahlreiche Fachleute sind sich jedoch dahingehend einig, dass der Ausbildung ein wesentlicher präventiver Aspekt zukommt. Dabei soll entsprechend dem allgemeinen Wissensstand der Studenten und jungen Ärzte eine zunehmende praktische Gewichtung erfolgen.

In der Vorklinik sollen die grundlegenden Fakten vermittelt werden, z.B. dass sexuelle Grenzverletzungen in fachlichen Beziehungen durch nicht sexuelle Grenzverletzungen eingeleitet werden. Das Konzept des Vertrauensraums in der Arzt-Patienten-Beziehung und die Formulierung von Grenzen sollen dabei zentrale Lerninhalte sein. Abzuhandeln sind z.B. die Gestaltung der Konsultationen, geltende Regeln für Abmachungen wie Honorarzahlungen, Annahme von Geschenken, Kleidung, Sprache (z.B. Duzen), Rollenumkehr (Arzt berichtet über seine Probleme und Schwierigkeiten) und körperliche Kontakte. In der Thematisierung der Arzt-Patienten-Beziehung soll aufgezeigt werden, dass sich keine starren Grenzen von «richtig» und «falsch» definieren lassen, sondern dass wir in der ärztlichen Tätigkeit immer mit einem Kontinuum konfrontiert sind. Die Studenten können anhand von Videovignetten

mögliche Dilemmasituationen kennen lernen und Gefühl und Verständnis dafür entwickeln, welche Entscheidungen am ehesten einer professionellen Grundhaltung entsprechen.

In der klinischen Ausbildung sollen zunehmend praktische Fallbeispiele, gegebenenfalls aus eigener Erfahrung, in den Unterricht integriert werden. Ausgehend vom Phänomen der Grenzüberschreitungen soll die Führung und Dokumentation einer Krankengeschichte aufgezeigt werden, wobei alle Dilemmasituationen sorgfältig zu dokumentieren sind. Dies ist nicht zuletzt im Hinblick auf effizientes klinisches Risikomanagement erforderlich. Fragen der Neutralität und des Engagements müssen in Hinblick auf ihre Konsequenzen verdeutlicht werden, ebenso Genderaspekte. In Fallseminaren können einzelne Gesichtspunkte anhand konkreter Situationen elaboriert werden. Auf dieser Stufe können Fragen wie persönliche Beziehungen, Ende einer Behandlung, gemeinsame Geschäftsprojekte mit Patienten etc. thematisiert und im Hinblick auf mögliche Dilemmasituationen verdeutlicht werden. Die Studierenden sollten nun mit beruflichen Richtlinien und rechtlichen sowie administrativen Regelungen in Kontakt kommen und auch mit der Fachliteratur zu diesen Themen bekannt gemacht werden.

In weiter fortgeschrittenen Stufen können nach dem Modell des problemorientierten Lernens Kenntnisse darüber vermittelt werden, welche Arzt-Patienten-Beziehungen zu besonderen Risikosituationen führen können. Derartige Beispiele finden sich etwa bei Patienten mit depressiven Problemen, Opfern sexueller, emotionaler und/oder körperlicher Gewalt, Patienten mit Abhängigkeitskrankheiten oder mit unsicheren Bindungserfahrungen. Auf der anderen Seite sollen die eigene Vulnerabilität und mögliche Gegenstrategien aufgezeigt werden. Die rechtlichen und administrativen Konsequenzen bei Nichteinhalten von fachlichen Grenzen sollen deutlich kommuniziert werden.

Während der fachlichen Spezialisierung sollen Kenntnisse vermittelt werden, wie Opfer nach fachlichen Grenzverletzungen behandelt werden können. Die vorhandene Spezialliteratur soll vermittelt und die Kenntnisse in den klinischen Alltag integriert werden. Für Verletzungen fachlicher Grenzen gilt, dass keine von aussen kommende Expertise eine Garantie zu deren Vermeidung darstellen kann, sondern letztendlich nur der Einzelne selbstverantwortlich seine Handlungen reflektieren muss. Fallbesprechungen und Supervisionssitzungen sollen sich nicht nur rein somatischen oder psychiatrischen Fragestellungen widmen, sondern die Aspekte der Grenzverletzungen und ärztlichen Dilemmasituationen mit berücksichtigen. Die Ausbilder müssen solche Problemfelder gezielt ansprechen und als Teil des Lernprozesses in die Ausbildung integrieren. Erotische Gefühle u.ä. sind als normaler Bestandteil

menschlicher Beziehungen zu thematisieren, nicht, wie bisher, zu skotomisieren. Grundkenntnisse über das Rehabilitationskonzept und die Behandlung von Fachleuten sollen ebenfalls vermittelt werden. Die Bedeutung des Vertrauens bzw. die Folgen des Vertrauensbruchs für die Arzt-Patienten-Beziehung sollen im klinischen Alltag reflektiert und Informationen über bestehende Hilfsangebote vermittelt werden.

Die Fachleute der Psychiatrie und Psychotherapie sollen darüber hinaus in ihrer spezialärztlichen Aus- und Weiterbildung Kenntnisse erwerben, wie mit Medizinstudenten, Ärzten und Fachkollegen therapeutisch gearbeitet werden kann. Das diesbezügliche Spezialwissen muss als Teil der Ausbildung zum Facharzt in die Fort- und Weiterbildungsverordnungen integriert werden. Bei allen medizinischen Disziplinen sollen Kenntnisse vermittelt werden, wie durch rechtzeitige Inanspruchnahme kollegialer Hilfe persönliche und fachliche Schwierigkeiten bewältigt und gemeistert werden können. Durch eine proaktive Auseinandersetzung muss der Stigmatisierung begegnet werden, die mit solchen Bewältigungsstrategien nach wie vor einhergeht. So hat insbesondere die Konsultation psychiatrischer und psychotherapeutischer Fachleute immer noch äusserst negative Konnotationen [26] – ein Umstand, der angesichts der Häufigkeit persönlicher und medizinischer Probleme von Ärzten äusserst kontraproduktiv ist. Noch problematischer ist die häufig zu beobachtende Tatsache, dass viele Schwierigkeiten über Jahre bestehen, ohne dass rechtzeitig fachliche Hilfe in Anspruch genommen wird. «Ärzte setzten oft ihre eigenen Lehren nicht in die Tat um und achten auch nicht auf ihre eigene Gesundheit» [27].

Nur kontinuierliche Aus- und Weiterbildung zu diesen Fragen ist angesichts des fortbestehenden Dilemmas sinnvoll. Einmalige Veranstaltungen haben keine ausreichend prophylaktische Wirkung. Institutionen können über den Mittelzufluss dazu angehalten werden, Weiterbildungen zu dieser Thematik als Teil der Kompetenzerhaltung und Qualitätssicherung für alle Mitarbeiter anzubieten.

Paradigmenwechsel in der Justiz

Die westliche Zivilisation ist zu Recht stolz auf eine zentrale Errungenschaft im modernen Justizvollzug: die Unschuldsvermutung [28]. Ein Täter ist solange kein Täter, bis ihm ein Richter in einem Strafverfahren zweifelsfrei seine Schuld nachweisen kann und ihn aufgrund seines Vergehens verurteilt. Im Strafverfahren gilt eine hohe Beweisintensität, d.h. wenn ein Richter im

Gerichtsverfahren Zweifel am Tatvorwurf oder am Tathergang hat, muss er einen Angeklagten nach dem Grundsatz «in dubio pro reo» (im Zweifel für den Angeklagten) frei sprechen. Da bei sexuellen Delikten meist das Opfer selbst den einzigen Zeugen darstellt und Opfer aufgrund ihrer Erfahrungen häufig widersprüchliche Aussagen machen, ist es oft ein Leichtes, im Verfahren beim Richter jene Zweifel zu wecken, die in der Folge zu einem Freispruch führen. Eine gängige Strategie der Verteidigung besteht darin, das Opfer zu diskreditieren, um die Glaubwürdigkeit der Aussagen in Zweifel zu ziehen [29]. Zermürbungstaktiken dienen demselben Ziel, indem Gerichtstermine immer wieder verschoben werden, was für die Opfer sexueller Delikte regelmässig zu Verunsicherung und grossen emotionalen Belastungen führt [30]. Die Opfer haben im Verfahren die Funktion der Zeugen der Anklage, welche der Staat gegen den beschuldigten Täter erhebt. Das bedeutet, dass Opfer keinen Einfluss auf die Ausgestaltung der Verfahren nehmen können, der Angeklagte hingegen schon. Strafverfahren werden unter anderem aus solchen Gründen als täterorientiert bezeichnet. Richter gehen legalistisch vor und argumentieren demzufolge, dass sie einzig über den Täter urteilen könnten.

Das Paradigma der Unschuldsvermutung schützt den Täter vor Willkür. Wie sieht es demgegenüber auf Opferseite aus: Gilt ihre Aussage als unglaubwürdig, solange ein Täter nicht rechtmässig verurteilt ist? Die Justiz – erhebt sie den Anspruch, gerecht zu sein – muss sich ein Paradigma der «Opferrespektierung» zu Eigen machen. Die Richter, die zu urteilen haben, urteilen auch über die Opfer als Menschen, deren Erfahrungen sie womöglich nie geteilt haben und nie teilen werden, die auch höchstwahrscheinlich anderen gesellschaftlichen Schichten angehören und ihnen deshalb fremd sind. Richter teilen kaum die Opfererfahrungen derjenigen Menschen, die als Zeugen der Anklage zitternd vor ihnen stehen und auf Gerechtigkeit hoffen. «Thinking victim» – Opferrespektierung – heisst, die Ohnmacht, die Verzweiflung und den Schmerz dieser Opfer zu sehen, die ihre Erfahrungen nie mehr vergessen werden.

Die heutige Justiz hat seit der Aufklärung das Talionsprinzip – Auge um Auge, Zahn um Zahn – hinter sich gelassen. Das Gericht, gestützt auf die Gesetzgebung, geht gegen den Täter vor und verurteilt ihn im Namen des Volkes zu einer angemessenen Strafe. Die Opfer verzichten damit auf persönliche Rache und erfahren Gerechtigkeit durch das richterliche Urteil. Wenn man sich nun nochmals vor Augen hält, wie viele Sexualstraftäter effektiv durch die Justiz verurteilt werden – ein verschwindend geringer Teil – und welche Massnahmen den Täter-Fachleuten auferlegt werden, so wird auch klar, dass viele Opfer zusammen mit ihren Angehörigen diese Gerechtigkeit eben nicht erfahren. «Meine Misshandler haben mich jahrelang vergewaltigt

und gequält, aber sie laufen frei und ohne Sorgen herum – ich bin diejenige, die ihr Leben lang gestraft ist, die sich nicht aus dem Haus traut und die sich für ihre Krankheit ständig rechtfertigen und entschuldigen muss» [31]. Nähme Justitia ihre Augenbinde ab, würde sie sehen. Dann würde auch die Justiz die «unsichtbare Wunde» wahrnehmen, welche den Opfern von einer Täter-Fachperson zugefügt wurde, die eigentlich einen klaren Auftrag zu erfüllen gehabt hätte.

Die Ohnmacht der Opfer spiegelt sich in der Ohnmacht der Rechtsauslegung und den fehlenden wirkungsvollen Massnahmen des Justizvollzuges bei PSM wider. Sowohl der Gesetzgebungsprozess, die Rechtsauslegung wie auch der Massnahmenvollzug sind wandelbar und unterliegen in demokratischen Gesellschaften dem politischen Handeln. Gelegentlich kann man sich allerdings des Eindrucks nicht ganz erwehren, als würden die Entscheidungsträger davon ausgehen, dass sich die Menschen den Gesetzen anzupassen hätten und dass Rechtsgrundsätze als unverrückbar gälten. Gesetze sind jedoch wandelbar, wie auch die Rechtsauslegung wandelbar ist. Solange die Justiz ihr Augenmerk vornehmlich auf Täterbelange richtet, wird sie jedoch die berechtigten Anliegen auf Opferseite nicht wahrnehmen.

Die Justiz muss zudem in Anbetracht der vielfältigen Traumatisierungen durch die Verfahren selbst ihre Vorgehensweise überdenken. Dass Opfer sexuellen Missbrauchs durch Anwälte ins Kreuzverhör genommen und erneut traumatisiert werden, sollte definitiv der Vergangenheit angehören. Die Verfahren müssen zwingend dieser Kategorie von Opfern angepasst werden; sonst macht sich die Justiz unter dem Vorwand der Wahrheitsfindung einer Retraumatisierung Betroffener mitschuldig, was kaum im Sinne des Gesetzgebers sein kann. Durch ein striktes zeitliches «bench marking» (Vorgabe zeitlicher Bearbeitungslimiten bzw. Beschleunigungsgebot der Verfahren) muss die Justiz zudem dazu verpflichtet werden, die Verfahren erheblich zu beschleunigen und zu verkürzen. Die langen Wartezeiten bedeuten für die Opfer häufig eine Zumutung und verzögern die Heilung entscheidend. Wenn zusätzlich offene finanzielle Forderungen im Rahmen der gerichtlichen Auseinandersetzung zu klären sind, können sich aufgrund der langen Behandlungsfristen für Betroffene gravierende Härtefälle und finanzielle Schwierigkeiten ergeben. Die Opferhilfegesetzgebungen haben inzwischen in diesem Punkt eine gewisse Erleichterung gebracht. Würde die Justiz bei Klagen wegen sexuellen Missbrauchs die Hinterlegung einer Kautions zur Begleichung mutmasslicher finanzieller Schäden verlangen, könnte Opfern rasch geholfen werden.

Die Ausbildung der Richter in Zusammenhang mit PSM muss professionalisiert werden. Es brauchte beispielsweise jahrelange (!) Überzeugungsarbeit,

bis die Gerichte in Vergewaltigungsfällen das Schweigen eines Opfers nicht mehr als Zustimmung zum sexuellen Verkehr werteten, sondern als Ausdruck der Resignation angesichts einer völlig aussichtslosen Situation. Das Schweigen verdeutlicht erst recht die problematische Seite des Opfers, das völlig wehrlos und apathisch reagiert. Die alte Auslegung des Schweigens als Zustimmung mutet beinahe zynisch an. Ein ähnliches Umdenken ist gegenüber Opfern von professionellen sexuellen Übergriffen nötig. Die Verantwortung der Fachperson kann nicht durch das Verhalten des Opfers relativiert werden. Die Gerichte könnten Wesentliches zur besseren Bewältigung beitragen, wenn sie die Grundbedingungen des Auftragsverhältnisses beachten würden.

Juristisch formal richtige Verfahren bedeuten noch lange nicht, dass sie gerecht sind. Aufgrund der vorausgegangenen Ausführungen muss sich die Rechtssprechung zumindest mit der Frage beschäftigen, ob Artikel 6 der Europäischen Menschenrechtskonvention – der Grundsatz eines fairen Gerichtsverfahrens – nicht nur aus der Sicht des Täters, sondern auch für die Opfer professioneller Übergriffe überhaupt erfüllt wird. Solange die meisten PSM-Täter frei gesprochen werden, bedeutet dies jedes Mal einen Schlag ins Gesicht der Opfer. Es entspricht nicht der Absicht des Autors, mit diesen Ausführungen die Arbeit der Justiz oder der Gerichtsinstanzen anzuzweifeln oder gar als ungenügend darzustellen. Die aufgeführten Überlegungen resultieren aus jahrelanger Beratung von Opfern sexueller Übergriffe durch Fachleute. Allzu häufig findet sich eine grosse Diskrepanz zwischen den erklärten Absichten und der tatsächlichen Realität, wie sie durch die Opfer erlebt wird. Will die Justiz für sich in Anspruch nehmen, derart traumatisierten Menschen zu ihrem Recht zu verhelfen, muss sie vermehrt auf die besondere Situation von Betroffenen eingehen, was letztlich eben auch eine Berücksichtigung der Opferperspektive erfordert.

12.4

Das Drei-Säulen-Modell für eine wirkungsvolle Prävention

Eine pragmatische Vorgehensweise gegen PSM beruht auf einem Drei-Säulen-Modell. Nur das stringente Ineinandergreifen dieser drei Vorgehensweisen wird zu einer nachhaltigen Reduktion sexuellen Missbrauchs durch Fachleute führen.

1. Kenntnisse, Fertigkeiten, Haltungen
2. Konsequenzen
3. Hilfestellung

Alle Massnahmen müssen sich am Verhältnismässigkeitsprinzip orientieren und die multifaktoriellen Ursachen berücksichtigen. Die unterschiedlichen Täterprofile erfordern eine differenzierte Vorgehensweise, zumindest auf den Ebenen «Konsequenzen» und «Hilfestellung». Die drei unterschiedlichen Ansätze werden nur dann wirklich das Erhoffte erbringen, wenn sie stringent ineinander greifen. Die einzelnen Massnahmen sollen daher nicht isoliert betrachtet werden. Keine Massnahme für sich kann das Problem PSM nachhaltig lösen.

Prävention muss in erster Linie durch curriculare Integration der entsprechenden Stoffgebiete durch die Ausbildungsinstitutionen gewährleistet werden. Durch Aufnahme dieses Postulates in die Ausbildungs- und Prüfungsbestimmungen der einzelnen Berufsbereiche erhält dieser Schritt das nötige Gewicht. Medizinethischer Unterricht ist nicht einfach als notwendiges Übel neben den «eentlichen» Stoffgebieten zu betrachten, sondern bildet die Basis des eigenen Handels und verdient damit auch entsprechende Beachtung. Das Phänomen der White-Collar-Kriminalität verweist auf die Ernsthaftigkeit der Thematik.

Die Konsequenzen ergeben sich aus den Rechtsbestimmungen und den gesetzlichen und administrativen Massnahmen in Zusammenhang mit PSM. In der allgemeinen Kriminalistik hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass erst das Zusammenwirken von Prävention, Repression, Therapie, Schadensverminderung und Wiedergutmachung zu einer nachhaltigen Änderung bei Gewaltdelikten beitragen kann. Henriette Haas [32] weist darauf hin, dass Delinquenz wie jede andere Tätigkeit grösstenteils erlernt wird. «In der Regel fängt jemand nicht mit einem Mord, einem Raub oder einer Vergewaltigung an, sondern er hat vorher leichtere Taten verübt ...». Weiter formuliert die Autorin: «Therapie heisst Opfertherapie und Tätertherapie. Eine Therapie soll als positive Indikation für Täter, die willens und fähig sind, davon zu profitieren, gewählt werden.» Lernerfahrungen können bekanntlich umgelernt werden – auf diesem Paradigma beruhen die Rückfallpräventionsprogramme.

Die Entscheidungsträger müssen sich in der Konzeption aktiv mit der Opfersituation auseinandersetzen. Einem Opfer Glauben zu schenken stellt einen aktiven Vorgang der Anteilnahme und des Mitfühlens dar. Da die Experten selbst nie Opfer einer derartigen Situation wurden, versuchen sie auf der Basis eigener Empfindungen und Einschätzungen zu handeln und zu argumentieren: Ohne «thinking victim» kann die Problematik nie verstanden werden, und wenn wir nicht mit den Tätern arbeiten, werden wir ihre Motive nie verstehen. Deshalb müssen als dritte Massnahme geeignete Hilfe- und Beratungsangebote für die Fachleute selbst geschaffen werden.

Zusammenfassung

- In der PSM-Prävention ist Opferschutz das oberste Ziel.
- Alle Massnahmen müssen aus der Opferperspektive konzipiert werden und zu einem wirkungsvollen und unmittelbaren Schutz weiterer Personen führen.
- Täterarbeit ist Opferschutz.
- Die Thematik erfordert einen interdisziplinären Zugang, weil keine Disziplin alleine die Problematik umfassend lösen kann.
- Die Interventionskonzepte müssen auf wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen beruhen.
- PSM muss als besondere Tragik in den Gesamtzusammenhang von sexueller Gewalt gestellt werden.
- Eine wirkungsvolle Prävention beruht auf einem Drei-Säulen-Modell, bei dem Ausbildung, Konsequenzen und Hilfestellung erst in ihrem Zusammenwirken zu einer signifikanten Reduktion von PSM führen.

Literatur

- 1 Bigler-Eggenberger M: Justitias Waage – wagemutige Justitia? Die Rechtsprechung des Bundesgerichts zur Gleichstellung von Frau und Mann. Basel, Helbing und Lichtenhahn, 2003.
- 2 Fegert JM, Berger C, Klopfer U, Lehmkuhl U, Lehmkuhl G: Umgang mit sexuellem Missbrauch. Institutionelle und individuelle Reaktion. Münster, Votum, 2001.
- 3 Hislop J: Female Sex Offenders. Ravensdale, Issues Press, 2001.
- 4 American Board of Internal Medicine, American College of Physicians-American Society of Internal Medicine, European Federation of Internal Medicine: Medical professionalism in the new millennium: A physician charter. *Ann Intern Med* 2002;136:243–246 (gleichzeitig publiziert in: *Lancet* 2002;359:520–522).
- 5 Sass H-M: Medizinethik; in Pieper A, Thurnherr U (Hrsg.): *Angewandte Ethik*. München, C.H. Beck, 1998, pp 80–109.
- 6 Hell D: Editorial. *Schweiz Ärztztg* 2000;81:3.
- 7 Cullen RM: Arguments for zero tolerance of sexual contact between doctors and patients. *J Med Ethics* 1999;25:482–486.
- 8 Van der Pfordten D: Rechtethik; in Nida-Rümelin J (Hrsg.): *Angewandte Ethik. Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung. Ein Handbuch*. Stuttgart, Alfred Kröner, 1996, pp 200–289.
- 9 Van der Burg W: Legislation on ethical issues: Towards an interactive paradigm. *Societas Ethica*, Jahrestagung, 1998, pp 158–173.
- 10 Tschan W: PABS: Patienten-Anlauf- und Beratungsstelle der Medizinischen Gesellschaft Basel. *Schweiz Ärztztg* 2001;82:2467–2473.
- 11 Tschan W: Missbräuche in der ärztlichen Praxis. *Schweiz Ärztztg* 2000;81:145–148.
- 12 Tschan W: Umgang mit Tätern. *Schweiz Ärztztg* 2003;84:1568–1569.
- 13 Arbeitsgruppe «Umgang mit Tätern»: Empfehlungen zu Händen des Vorstandes. *Medizinische Gesellschaft Basel*, 04.03.2002 (erhältlich unter <http://www.medges.ch>, Stichwort «Patientenberatung»).
- 14 Roman B, Kay J: Residency education on the prevention of physician-patient sexual misconduct. *Acad Psychiatry* 1997;21:26–34.
- 15 Bridges N: Meaning and management of attraction: Neglected areas of psychotherapy training and practice. *Psychotherapy* 1994;31:424–433.
- 16 Bridges N: Managing erotic and loving feelings in therapeutic relationships: A model course. *J Psychother Pract Res* 1995;4:329–339.
- 17 Bridges N: Teaching psychiatric trainees to respond to sexual and loving feelings: The supervisory challenge. *J Psychother Pract Res* 1998;7:217–226.
- 18 Butterfield PS: The stress of residency: A review of the literature. *Arch Int Med* 1988;148:1426–1435.

- 19 Gabbard GO: Lessons to be learned from the study of boundary violations. *Am J Psychother* 1996;50:311–321.
- 20 Gorton GE, Samuel SE, Zebrowski S: A pilot course for residents on sexual feelings and boundary maintenance in treatment. *Acad Psychiatry* 1996;20: 43–55.
- 21 Gutheil TG, Gabbard GO: The concept of boundaries in clinical practice: Theoretical and risk-management dimensions. *Am J Psychiatry* 1993;150:188–196.
- 22 Nugent C, Gill J, Plaut M: Sexual Exploitation: Strategies for Prevention and Intervention. Report of the Maryland Task Force to Study Health Professional Client Sexual Exploitation. Baltimore, Maryland Department of Health and Mental Hygiene, 1996.
- 23 Robinson GE, Stewart DE: A curriculum on physician-patient sexual misconduct and teacher-learner mistreatment. 1. Content. *Can Med Assoc J* 1996;154: 643–649.
- 24 Robinson GE, Stewart DE: A curriculum on physician-patient sexual misconduct and teacher-learner mistreatment. 2. Teaching method. *Can Med Assoc J* 1996;154:1021–1025.
- 25 Vasquez MJT: Counselor-client sexual contact implications for ethics training. *J Couns Dev* 1988;67:238–241.
- 26 Myers MF: The psychiatrist's role in the management of impaired colleagues. *Dir Psychiatry* 1996;15:1–8.
- 27 Myers MF: Treating physicians with psychotherapy. *Dir Psychiatry* 1992;12:1–8.
- 28 Topfink E: *Das Grundrecht der Unschuldsvermutung*. Bern, Stämpfli, 2000.
- 29 Raitt FE, Zeedyk MS: False memory syndrome: Undermining the credibility of complainants in sexual offences. *Intern J Law Psychiatry* 2003;26: 453–471.
- 30 Anonymus: A victim's experience of the criminal justice system. *J Clin Forensic Med* 2003;10:41–47.
- 31 Sinason V: Introduction; in Sinason V (Hrsg.): *Attachment, Trauma and Multiplicity*. Hove, Brunner-Routledge, 2002, pp 3–20.
- 32 Haas H: *Agressions et victimisations: Une enquête sur les délinquants violents et sexuels non détectés*. Aarau, Sauerländer, 2001.