

7 Patientenbeschwerden über psychotherapeutische Behandlungen

Andrea Schleu, Veronika Hillebrand, Sophie Kaczmarek
und Bernhard Strauß

7.1 Beschwerdestellen

In Deutschland schlug Tausch bereits 1988 eine „Beschwerdeinstanz“ für die Psychotherapie vor, um negative Folgen von Psychotherapien zu dokumentieren, ohne dass dieser Vorschlag jemals systematisch und interdisziplinär umgesetzt worden wäre. Erst in jüngster Zeit gibt es einige, wenngleich noch zögerliche Versuche, eine Diskussion über Nebenwirkungen, negative Effekte und ethische Aspekte der Psychotherapie zu intensivieren und so etwas wie eine „Beschwerdekultur“ in der Psychotherapie zu entwickeln.

In den USA untersuchte Schoener als Reaktion auf MacCartney (1966) und Shepard (1972), die Sexualität als Methode zur Heilung psychisch Kranker propagiert hatten, seit 1974 im Walk-In Counselling Center in Minneapolis Daten von mehr als 1.000 Patientenbeschwerden über sexuellen Missbrauch. Die Ergebnisse des niederschweligen und kostenlosen Beratungs- und Behandlungsangebots wurden in einem umfassenden Handbuch 1989 veröffentlicht.

In Großbritannien wurde 2008 durch die British Association of Counselling and Psychotherapy (BACP) aufbauend auf deren Ethikvereinbarungen ein Beschwerdeprozess etabliert und in einer ersten Studie evaluiert (Khele et al. 2008).

In Deutschland herrscht derzeit weiterhin eine mangelnde und bei den psychotherapeutischen bzw. ärztlichen Kammern und Verbänden noch sehr uneinheitliche Handhabung der Beschwerden von Psychotherapiepatienten (Munz 2009). Beschwerden gelten als essenzieller Schritt zur Autonomie der Betroffenen bei der Suche bzw.

dem Wunsch nach Anerkennung und Ahndung von negativen Aspekten in der Psychotherapie. Im Jahr 2010 wurde ein Pilotprojekt der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) und der Psychotherapeutenkammern Berlin, Bayern und Baden-Württemberg initiiert, das Betroffenen eine Anlaufstelle für Beschwerden zur Psychotherapie bieten soll.

Kammerunabhängig richtete bereits 2004 der überregional aktive und gemeinnützige Verein „Ethik in der Psychotherapie e.V.“, bestehend aus einem Team institutsunabhängiger Psychotherapeuten und Juristen, ein entsprechendes Beschwerdeportal ein, wobei die Beratung von Patienten und Psychotherapeuten in ethisch schwierigen Fragen bzw. Krisensituationen sowie die Suche nach geeigneten weiterführenden Maßnahmen im Vordergrund steht.

Diese Art von unabhängiger Beratung im psychotherapeutischen bzw. psychiatrischen Bereich ist bislang einzigartig in Deutschland. Noch immer existiert ein gravierender Mangel an Anlaufstellen für Patienten mit ungünstigen oder gar schädlichen Behandlungsverläufen. Es werden weitere niedrigschwellige Angebote gefordert (z.B. Ombudsstellen oder Opferanwälte, verankert im System der Berufsaufsicht), Beratungsstellen sowie eine Zusammenarbeit der für die Berufsaufsicht und das Sozialrecht zuständigen Instanzen, die beispielsweise eine Rückzahlung erhaltener Honorare für unsachgemäß erbrachte Leistungen sicherstellen sollen (Hillebrand u. Waldherr 2006).

7.2 Art und Anzahl von Beschwerden

Die Mehrzahl der etwas mehr als 80 (im Zeitraum 1996–2006) bei der British Association of Counselling and Psychotherapy (BACP) registrierten Beschwerden wurden von selbst in der Beratung tätigen Personen vorgebracht. Sie richteten sich meist gegen anerkannte, überwiegend männliche Therapeuten, aber auch Supervisoren und Ausbilder und beinhalteten größtenteils Hinweise auf einen leichtfertigen Umgang mit der Verantwortung. In einer neuerlichen Analyse der Beschwerden (Symons et al. 2011) wurden die Ergebnisse weitgehend bestätigt und vermerkt, dass bei 91 Fällen in einem Zeitraum von 1998–2007 die Zahl der Beschwerden extrem gering ist (weniger als 2 Beschwerden pro 1.000 Mitglieder der BACP), was aber möglicherweise nur reflektiert, dass lediglich eine begrenzte Zahl von Betroffenen die Schwellen vor einer möglichen Beschwerde überwindet.

Beim Verein „Ethik in der Psychotherapie e.V.“ wurden seit dessen Gründung im Jahr 2004 mehr als 200 Beschwerden von Patienten systematisch erfasst und bearbeitet. Zuvor waren die Beraterinnen und Berater des Vereins bereits in den verschiedenen Gremien von Berufsverbänden, der Versorgung oder Supervision mit dem Thema der Grenzüberschreitungen in psychotherapeutischen Behandlungen in Berührung gekommen. Die Anfragen kommen zumeist von betroffenen Patienten selbst, allerdings haben sich auch betroffene Angehörige, psychotherapeutische Kollegen, Supervisoren, Chef- und Oberärzte an die Beraterinnen und Berater gewandt, um vor allem Unterstützung im Umgang mit verstrickten therapeutischen Beziehungen zu suchen.

Viele der Anfragenden hatten schon zuvor versucht, sich andernorts Hilfe zu holen, bevor sie das Beratungsangebot des Ethikvereins wahrnahmen. Sie berichten, dass sie von mehreren Psychotherapeuten, bei denen sie um eine zweite Behandlung oder Hil-

fe nachgesucht hatten, abgewiesen worden waren oder dass Institutionen, die erste Adressaten ihrer Beschwerden waren, sie offen oder verdeckt zurückgewiesen haben.

Die Anfragen, die an die Beraterinnen und Berater herangetragen werden, beziehen sich auf alle psychotherapeutisch Tätigen, inklusive Behandler in psychotherapeutischen Kliniken, psychiatrischen Kliniken, Pfleger und Schwestern, Heilpraktiker und Betreuer. Die Behandler umfassen alle Berufsgruppen und alle Psychotherapieverfahren.

Die vorgetragenen Beschwerden und Fragen zeigen ein sehr großes und vielfältiges Spektrum. Letztlich wird bei der Auswertung nicht auf die subjektiven Schilderungen von Betroffenen zurückgegriffen, sondern teilweise umfangreiches Material, das die Schilderungen glaubhaft und nachvollziehbar macht. In mehreren Fällen wurden die Angaben der Patienten auch in rechtlichen oder berufsrechtlichen Verfahren validiert.

In einer ersten Untersuchung der eingegangenen Beschwerden zeigte sich, dass es bei den Beschwerden am häufigsten um mangelnde Empathie des Therapeuten, mangelnde Aufklärung, aber auch Grenzverletzungen und ökonomischen Missbrauch geht (Lange et al. 2009). Ebenso werden Schweigepflichtverletzungen und „Diagnosedrohungen“ genannt.

Die meisten der vorgetragenen Beschwerden beziehen sich auf Ereignisse, die als Fehler oder Störungen im Behandlungsprozess zu beschreiben sind. Nichtsdestotrotz führen diese Ereignisse unterhalb der Strafbarkeit zu deutlichen Irritationen beim Patienten oder Klienten, manchmal auch zu einer krankheitswertigen Symptomatik. Wenn Grenzverletzungen im eigentlichen Sinne sichtbar werden, dann liegt selten nur eine einzige Grenzverletzung vor. Oft zeigt sich eine Kombination von Unregelmäßigkeiten. Es bestehen Fehler in der Abrechnung oder Rechnungslegung, Dokumentationspflichtverletzungen oder eine unklare Gestaltung des therapeutischen Rahmens im Hinblick auf Zeit und Frequenz. Festzustellen sind unterlassene Aufklärung, die Verweigerung von Antragsstellung zum Gutachten in der ambulanten Versorgung oder Schweigepflichtverletzungen. Es kommt also zu kumulierten Grenzüberschreitungen, die oft ihre Fortsetzung in narzisstischem, sozialem, finanziellem und sexuellem Missbrauch findet.

Wirft man einen Frosch in heißes Wasser, so springt er hinaus. Gibt man einen Frosch aber in handwarmes Wasser und erhitzt dieses dann langsam, so wird er reaktionslos hinnehmen, was geschieht (Kets de Vries 1996). Der Frosch kann die langsame Verschiebung der Temperatur nicht wahrnehmen.

Nach genau diesem Muster entwickeln sich Grenzüberschreitungen in der Behandlung, Beratung und Therapie. Sie beginnen mit „kleinen“ Unregelmäßigkeiten und steigern sich langsam. Der Patient kann die langsame Verschiebung der Grenzen nicht wahrnehmen, zumal oftmals, aber nicht immer, betroffene Patienten schon durch Beziehungsstörungen zu Beginn ihres Lebens in ihrer Orientierungsfähigkeit und Wahrnehmung eingeschränkt sind. Auch das strukturelle Machtgefälle, durch das der Patient in jeder Behandlungsbeziehung in eine mehr oder minder große Abhängigkeit zum Behandler gerät, führt zur unbewussten Übernahme der Vorstellungen, Normen oder Forderungen des Behandlers.

Bei den Beratungen, die im Ethikverein durchgeführt worden sind, betreffen die Anfragen vor allem unmittelbar (Patienten) und mittelbar Betroffene (z.B. Angehörige).

Damit findet sich das Ergebnis der Untersuchung von Khele et al. (2008) nicht bestätigt. Die Autoren fanden für den englischen Raum, dass Beschwerden überproportional von Fachkollegen erhoben werden, wobei allerdings die Anforderung bestand, die Beschwerde schriftlich vorzutragen, zu belegen und im Rahmen eines ausgearbeiteten Verfahrens auch in einer mündlichen Anhörung zu vertreten. Diese im Vergleich zum Ethikverein sehr hohen Zugangsvoraussetzungen für die Beschwerde können offenbar nur zu einem geringen Teil erfüllt werden. Becker-Fischer und Fischer (2008) finden in der Online-Nacherhebung zur Feststellung der Veränderungen seit Verabschiedung des Strafrechtsparagrafen § 174c zum sexuellen Missbrauch in der Behandlung, dass 70% der Antwortenden über ein überdurchschnittliches Bildungsniveau verfügen. Andere Betroffene scheuen offenbar selbst die Teilnahme an einer anonymen Online-Erhebung.

In den untersuchten Beratungen des Ethikvereins wird nur ausnahmsweise eine straf- oder berufsrechtliche sowie eine berufsverbandliche Klärung angestrebt. Diese wenigen Fälle werfen jedoch große Schwierigkeiten für die geschädigten Betroffenen auf. Selten liegen gerichtsfeste Beweise vor, oft steht Aussage gegen Aussage und ein betroffener Patient muss sich eingehenden und nicht immer fairen Befragungen durch Richter, Staatsanwälte und gegnerische Anwälte stellen. Dies geschieht zum Teil öffentlich und in Gegenwart des vermeintlich grenzüberschreitenden Behandlers. So verwundert es nicht, dass seit Verabschiedung des § 174c nur wenige Fälle von sexuellem Missbrauch strafrechtlich verfolgt worden sind (Waldherr 2008) und Behandler wegen sexuellen Missbrauchs nur ausnahmsweise zur Rechenschaft gezogen werden (Eichenberg et al. 2009).

7.3 Beschwerdekategorien

Für die weitere wissenschaftliche Aufarbeitung der Beratungsdaten wurden mittels qualitativer Methoden Kategorien von Beschwerden gebildet. Veröffentlichungen hierzu liegen bereits vor (Lange et al. 2009; Kaczmarek et al. 2011).

Empathieversagen und Verletzung der Basisvariablen

Die meisten der Beschwerden (15,8%) beziehen sich auf ein Empathieversagen oder eine Verletzung der Basisvariablen im Rahmen der Behandlung. Dies äußert sich in Entwertungen, Beschimpfungen, Vorurteilen, Verurteilungen oder Ignorieren. Zeitlich und inhaltlich unpassende Deutungen oder Interventionen werden von Patienten oft als schmerzhaft und zurückweisend erlebt. Auch die fehlerhafte Einschätzung der äußeren Lebenssituation oder deren fehlende Berücksichtigung zeigen eine ungünstige Auswirkung auf die Beziehung zwischen Patient und Behandler (etwa fehlende Rücksichtnahme auf Todesfälle, Prüfungen). Manches Empathieversagen scheint eindeutig durch die intrapsychische Dynamik des Behandlers bedingt zu sein.

Verletzung der Rahmenbedingungen

Viele der Beschwerden (8,3%) beinhalten Mitteilungen über Störungen des Behandlungssettings. Es wird über wiederholte Telefonate in den Sitzungen berichtet, wodurch Patienten private Dinge über den Behandler erfahren, oder es werden Namen anderer Patienten oder Diagnosen genannt. Berichtet wird über wiederholten verspäteten Be-

ginn oder ein vorzeitiges Ende von Behandlungsstunden. Auch die grundsätzliche Nichteinhaltung des Rahmens von 50 Minuten im ambulanten Setting wird beklagt.

Dokumentationspflichtverletzungen

Eher nebenbei erfahren Berater von Verletzungen der Dokumentationspflicht, etwa wenn Behandlungsunterlagen zur Einsicht angefordert werden und sich herausstellt, dass diese nicht existieren oder lückenhaft sind. Manchmal existierten nur Abrechnungsunterlagen, manchmal stellt sich auch heraus, dass sogar Gutachtenanträge nachträglich manipuliert worden sind oder Behandler sich weigerten oder versäumten, diese Gutachtenanträge zu stellen. Kaczmarek et al. (2012) finden Verletzungen dieser Art in 10% der untersuchten Fälle.

Die folgenden Beschwerdekategorien führen nach Auswertung der Beratungsdaten eigentlich immer zu schweren krankheitswertigen Störungen bei den betroffenen Patienten.

Schweigepflichtverletzung

Verletzungen der Schweigepflicht sind häufig (>10%). Sie finden scheinbar gedankenlos statt und werden oftmals vom Behandler gar nicht bemerkt. Neben der bereits erwähnten namentlichen Nennung und Weitergabe der Diagnose anderer Patienten, geschieht es auch, dass Behandler Angehörigen Auskünfte erteilen bzw. über Behandlungen sprechen, ohne dass eine Schweigepflichtentbindung vorliegt.

Finanzieller Missbrauch

In diese Kategorie fällt u.a. Abrechnungsbetrug, der sich auch meist als Nebenbefund offenbart. Nur in Ausnahmefällen teilen Behandler ihren Patienten mit, dass sie überzählige Sitzungen abrechnen, dann teilweise mit abenteuerlichen Begründungen (die Behandlung sei anstrengend, die Gutachtenanträge würden schlecht bezahlt). Gelegentlich fanden sich Abrechnungen von Einzelbehandlungen, obwohl über Monate oder gar Jahre eine Gruppentherapie durchgeführt wurde.

Zum finanziellen Missbrauch gehört auch, wenn Behandler ihre Patienten oder ehemaligen Patienten unentgeltlich oder als Gegenleistung für Behandlungsstunden für sich arbeiten lassen. Absurd erscheinen Begründungen, dies sei therapeutisch indiziert oder notwendig.

Wenn neben der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Vergütung parallel ein Zusatzhonorar pro Stunde verlangt wird, dann widerspricht dies nicht nur den Bestimmungen im kassenärztlichen System, sondern verlangt vom Patienten eine Vergütung für Leistungen, die in seiner Krankenversicherung eingeschlossen sind. Ökonomischer Missbrauch lag bisher bei insgesamt 9,2% der Beratungsfälle vor.

Ideologischer Missbrauch

Hier handelt es sich um einzelne Fälle, die schwerlich zu anonymisieren sind, da die jeweiligen Umstände extrem grotesk und bizarr sind. Sie offenbaren sektenartige Strukturen und treten eigentlich immer im Zusammenhang mit anderen gravierenden Grenzverletzungen in der Behandlung auf.

Sozialer Missbrauch

Hierunter fällt jegliche Vermengung von therapeutischem Rahmen und Privatraum des Patienten und des Behandlers (6,7%):

- Anmeldung im gleichen Fitnessstudio,
- gezielte oder regelmäßige Spaziergänge vorbei an der Wohnung des Patienten,
- Beratung beim Wohnungskauf,
- Einladung zu Tee oder Kaffee,
- Treffen außerhalb des Behandlungssettings.

Abbruch der Behandlung

Der Abbruch einer psychotherapeutischen Behandlung durch den Behandelnden stellt ein relativ häufiges Ereignis dar (11,7% der Patientenbeschwerden) und ist für die betroffenen Patienten mit schwerwiegenden psychischen Beschwerden und Konsequenzen verbunden. Diese Störung des Behandlungsgeschehens findet bislang in der Literatur keine Beachtung und wird signifikant häufiger von weiblichen als männlichen Behandlern verantwortet. Für die betroffenen Patienten kann dieser Bruch der therapeutischen Beziehung eine Wiederholung eines Verlassenheitstraumas oder die Reaktivierung von Zurückweisung darstellen.

Sexueller Missbrauch

15% der Beschwerden beziehen sich auf sexuellen Missbrauch im Rahmen des Behandlungsverhältnisses. Diese Form der Grenzüberschreitung wird vornehmlich von männlichen Behandlern verübt. Die geschädigten Patienten sind oftmals im Anschluss über Jahre schwer beeinträchtigt, stationär oder ambulant behandlungsbedürftig, oftmals suizidal, nicht arbeitsfähig oder werden sogar berentet. Sie können weder emotional noch rational erfassen, was geschehen ist und wie es dazu kommen konnte und fühlen sich nach der Beendigung der Behandlungsbeziehung, in der der sexuelle Missbrauch geschehen ist, verwirrt, zutiefst beschämt, entwertet und schuldig. Die schädigenden Therapeuten lassen oftmals jedes Schuld- oder Schamgefühl vermissen, bagatellisieren das Geschehene und empfinden sich entweder als Retter einer schwer geschädigten Patientin oder rationalisieren ihre Rachebedürfnisse bzw. ihre ödipalen Wünsche. Private Paar-Beziehungen werden vom Behandler destabilisiert und zerstört, indem die Partner als inadäquat entwertet werden und der Behandler sich als die bessere Alternative anbietet.

7.4 Auswirkungen von Grenzüberschreitungen bei den Ratsuchenden

Die Folgen von gewaltsamen und sexuellen Grenzüberschreitungen im Kindesalter sind hinlänglich bekannt und beschrieben (Egle et al. 2005). Becker-Fischer et al. (1995) konnten im Forschungsbericht über „Sexuelle Übergriffe in Psychotherapie und Psychiatrie“ belegen, dass die Folgen von Grenzüberschreitungen im Rahmen von psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlungen denen von Missbrauch im Kindesalter entsprechen. Zu den gleichen Ergebnissen hinsichtlich der

Symptomatik und den Folgen von entgleisten Behandlungsbeziehungen kamen Tschan (2001), Märtens et al. (2002), Gabbard (2007), Hillebrand (2008) und Schleu et al. (2007). So sind in diesen Fällen fast immer die Zeichen einer posttraumatischen Belastungsstörung nachweisbar.

Die Ratsuchenden sind ohne (passende) Worte für das, was geschehen ist. Sie sind konfus, berichten nicht zusammenhängend, sind verwirrt, oft sehr erregt und aufgewühlt. Auch wenn sich über den Berater oft ein schier endloses Wortband ergießt, sind die Fakten daraus kaum herauszufiltern. Oftmals erfährt der Berater die Dinge, die von großer Wichtigkeit sind, nur in Nebensätzen. Die Betroffenen selbst können sie als solche gar nicht erkennen und benennen. Selbst bei den nur mittelbar betroffenen Angehörigen und Partnern von Patienten findet sich eine tiefe Beunruhigung, Irritation und Verwirrung. Sie schildern aus ihrer Perspektive glaubhaft gravierende Veränderungen ihres Angehörigen, auch sie sind oft im Sprachduktus „entgrenzt“ und sprunghaft oder klammern sich hilflos an eine Chronologie ohne jedoch klare Worte und eine Orientierung darin finden zu können.

Aufgrund der massiven eigenen inneren Verwirrung sind die betroffenen Ratsuchenden in der Regel paralysiert. Sie sind nicht in der Lage, die Umstände der Grenzüberschreitung schriftlich zu formulieren und strukturiert darzustellen. Daher können sie die institutionellen Beschwerdewege nicht wahrnehmen, erleben sich erneut als unfähig und fühlen sich überfordert und entwertet. Und wenn sie dennoch versucht haben, sich anderenorts Hilfe zu holen, treffen sie auf viele äußere Widerstände.

Es wird berichtet, dass sie sich durch hohe Anforderungen bei der Beschwerdeeingabe überfordert fühlen und sich haben abschrecken oder einschüchtern lassen. Schon unfreundliche oder unwirsche telefonische Auskünfte führen dazu, dass viele aufgeben. So tauchen sie nie mehr in Beschwerde- oder Fehlerstatistiken auf, die die offiziellen Institutionen ausweisen. Dies erklärt aus Sicht der Berater des Ethikvereins, dass die Zahlen von Beschwerden, die bei den Berufskammern eingehen, bei den Berufsverbänden vorliegen oder gerichtlich verfolgt werden, weit unter denen liegen, die im Forschungsbericht von Becker-Fischer et al. (1995) mit 600 Fällen von sexuellem Missbrauch pro Jahr beziffert worden sind. Die institutionellen Hürden sind für betroffene und geschädigte Patienten nicht zu nehmen und tragen so systematisch dazu bei, das Problem zu übersehen oder zu bagatellisieren.

Schuld- und Schamgefühle der Betroffenen führen dazu, dass sie Beratungen im Ethikverein wiederholt anonym beginnen und sich nur langsam so viel Vertrauen aufbauen lässt, dass die Ratsuchenden sich namentlich zu erkennen geben können. Es kommt jedoch auch vor, dass die Beratungen wegen starker Gefühlsstürme wieder abgebrochen werden. Wiederholte Erklärungen von Befangenheit seitens möglicher (Nachfolge-)Therapeuten können sich zu scheinbar paranoiden Vorstellungen aufblähen, dass „alle unter einer Decke stecken“ und es „nirgendwo“ mehr einen Platz außerhalb der grenzüberschreitenden Behandlungsbeziehung gibt. Die Berater können diese Erfahrung unmittelbar nachvollziehen, wenn für Betroffene die Möglichkeiten für eine Nachfolgebehandlung eruiert werden. Den Beratern begegnet dann oftmals eine diffuse, ausweichende Rückmeldung. Manchmal werden Befürchtungen geäußert, dass die eigene berufliche Reputation leiden könnte, dass Konflikte im Kollegenkreis zu einem Rückgang an Zuweisungen führen könnten oder die Zusammenarbeit in Gremien beeinträchtigt werden könnte. Solche Argumente werden Patienten gegenüber natürlich nicht ausgeführt, aber sie begegnen ihnen unausge-

sprochen dennoch. Tschan (2001) hat dies den „Pakt des Schweigens“ genannt. Schilling (2007) weist eindringlich darauf hin, dass das Verschweigen und Zudecken von solchen Geschehnissen einen „korrumpierenden Charakter“ für alle bekommt, die damit befasst sind oder Kenntnis davon erhalten.

Nicht nur die tiefe innere Beschämung und die massiven Schuldgefühle, sondern auch die Verunsicherung und Verwirrung der betroffenen Patienten leiten eine Entwicklung ein, sich von der Umwelt sozial zu isolieren, was wiederum die Folgen der posttraumatischen Störung wie in einem Teufelskreis weiter verstärkt. In einer solchen „grenzenlosen Beziehung“, wie Bauriedl (2007) es nennt, übernimmt der Geschädigte Scham und Schuld des Schädigenden. Es entsteht ein zunehmendes Empfinden von Wertlosigkeit und Hilflosigkeit, das sich unaufhörlich zwischen den Geschädigten und die Umwelt stellt und den Geschädigten in der Verstrickung gefangen hält. So betrachtet, ist das Trauma der Grenzüberschreitung in der Psychotherapie gerade auch deshalb für die Umwelt so bedrohlich, weil es „ansteckend“ ist. Der betroffene Patient in seiner Verwirrung und Sprachlosigkeit kann das Trauma nur szenisch im Handlungsdialog weitertransportieren.

Neben diesen Hauptcharakteristika von Sprachlosigkeit, Verunsicherung, Handlungsunfähigkeit und Isolation klagt ein Großteil der Betroffenen über ausgeprägte depressive Symptome. So finden sich Selbstzweifel und Grübeleien, zunehmende Ängste und Schlafstörungen, Suizidgedanken und eine tiefe Resignation.

Eine Gruppe von Betroffenen zeigt tiefe Empörung und deutliches Wutempfinden. Dies korreliert scheinbar mit einer schrittweise wachsenden Realisierung des Ausmaßes der Grenzüberschreitung und ihrer Folgen für die eigene Person. So scheint es nur schrittweise zu einer Rücknahme der idealisierten Bindung an den Behandler zu kommen und einer (teilweisen) Lösung der tiefen emotionalen Übertragungsbeziehung an den Behandler.

In einigen Beratungsprozessen kam es zu direkten Kontakten zwischen schädigenden Behandlern, Partnern, Angehörigen und beispielsweise beratenden Rechtsanwälten und den Beratern des Ethikvereins. Bezeichnenderweise konnten die Berater bei diesen Personen in einer überraschend großen Zahl die gleichen psychischen Auswirkungen der grenzenlosen Beziehung feststellen wie sie auch bei den Patienten selbst beobachtet werden können, wenn auch in geringerem Ausmaß.

Dies erscheint einerseits nicht verwunderlich. Die Behandler haben mit ihren Patienten grenzüberschreitende Beziehungsstrukturen herausgebildet, entweder indem sie schon vorbestehende krankhafte Beziehungsmuster verstärken oder diese bei Patienten ohne Vorschädigungen neu implementieren. Dieses Beziehungsmuster wirkt jedoch in der Folge nicht nur im Rahmen der grenzüberschreitenden Behandlung, die Anlass der Anfrage an den Ethikverein geboten hat, sondern spiegelt sich auch sonst in den Beziehungen des Patienten und des Behandlers außerhalb der Behandlungssituation wider. So ist verständlich, dass sich, wie oben beschrieben, die Umwelt so entschieden und vehement gegen die Mitteilung einer Grenzüberschreitung zu schützen versucht und schützen muss. Diese Mitteilungen sind sowohl von ihrem Inhalt als auch von ihrer Art selbst grenzüberschreitend – auch für den Zuhörer.

7.5 Psychodynamik der Grenzverletzungen im Behandlungsprozess

Die therapeutische Beziehung zwischen Patient und Behandler ist, wenn es zu Grenzüberschreitungen kommt, von verschiedenen Charakteristika geprägt: In jeder Behandlungsbeziehung besteht ein strukturelles Machtgefälle (Tschan 2001; Fischer 1997). Wenn es zu Grenzüberschreitungen kommt, wird dieses Machtgefälle durch den Behandler zu seinem eigenen Vorteil und zur Befriedigung seiner eigenen narzisstischen, aggressiven oder sexuellen Bedürfnisse ausgenutzt. Dadurch erfährt er eine narzisstische Aufblähung und Idealisierung, er wird zum „Scheinriesen“ auf Kosten seines Patienten. In der Folge wehrt er sich bewusst oder unbewusst gegen seine Entidealisierung. Die Fürsorgepflicht und Verantwortung für den therapeutischen Prozess wird so von ihm nicht mehr getragen. Dem Patienten wird Verantwortung zugeschoben. Das Machtgefälle wird weiter zuungunsten des Patienten verschoben und fixiert und es kommt zu einer Rollenumkehr.

In solchen therapeutischen Beziehungen lässt sich eine typische Übertragungs- und Gegenübertragungskonstellation mit einer gespaltenen Übertragung feststellen (Wöller 2006). Einerseits wird der Behandler vom hilfsbedürftigen Patienten als Retter angesehen und nimmt diese idealisierende Übertragungszuschreibung aus eigener narzisstischer Bedürftigkeit an. Macht und Ohnmacht, Hilfsbedürftigkeit und Rettungsvorstellungen auf beiden Seiten bedingen so einander. Es existiert in diesem Beziehungsmuster eine unausgesprochene und unreflektierte gemeinsame Retterphantasie.

Andererseits existiert das Phantasma des Täters. Der Behandler wird vom Patienten als potenzieller Täter wahrgenommen, der Patient unterwirft sich und versucht, diesen auf Kosten seiner eigenen autonomen Entwicklung zufriedenzustellen. Der Behandler nimmt dann diese Übertragungszuschreibung an anstatt sie zu benennen und aufzulösen und handelt gemäß eigener unbewusster aggressiver, neidgesteuerter oder rachsüchtiger Impulse.

Es ist auch zu beobachten, dass sich die Übertragungs-/Gegenübertragungskonstellation umdreht und Patienten in Identifikation mit früheren Tätern den Behandler in eine Opferposition bringen. Dieser wird dann in der Gegenübertragung die unerträgliche Hilflosigkeit und Ohnmacht des Opfers, das der Patient zuvor gewesen ist, zu spüren bekommen. Behandler, die in ihrem Ausdruck aggressiver, abgrenzender und eigener autonomer Empfindungen zu gehemmt sind, können so der feindseligen Zuschreibung ihrer Patienten ohnmächtig erliegen.

Die Positionen von Behandlern und Patienten entsprechen sich spiegelbildlich und in der einen oder anderen Variante. Es entsteht das Bild einer Täter-Opfer-Dyade oder einer Opfer-Retter-Dyade. Das jeweilige Dritte wird dagegen jeweils ausgeschlossen und abgespalten.

Diese Konstellation der gespaltenen Übertragungen bildet letztendlich unerträgliche Spannungen in der therapeutischen Beziehung ab. Es bleibt nicht als triangulierendes Beziehungsdreieck: Täter – Opfer – Retter bestehen, es erweist sich als verzerrt und oszilliert so zwischen den beiden Dyaden hin und her. So erklärt sich das Phänomen der Täter-Opfer-Umkehr (Holzbecher 2006), das jeder Rationalität zuwiderläuft. Es entstehen so Situationen, in denen Patienten sich als Retter ihrer Behandler fühlen oder schädigende Behandler die geschädigten Patienten als Täter empfinden und später versuchen, ihnen die Schuld und Verantwortung für das Geschehene

zuzuweisen. Benjamin (2005) beschreibt einen Beziehungsraum, in dem Projektionen des Bösen, des Täters, Verantwortlichkeit und Ohnmachtsgefühle in einem Machtkampf zwischen Patient und Behandler hin und her geworfen werden. Es können sich auch exklusive verstrickte Zweierbeziehungen bilden, um die Beziehungsspannung zu reduzieren. So kommt es in der phantasmatischen Vorstellung von Rettung zu einer fusionierenden Beziehung zwischen Patient und Behandler, die den Täter und damit „das Böse“ versuchen aus der Beziehung auszuschließen. Henningsen (2007) spricht in diesem Kontext von konkretistischer Fusion, die auch die Funktion der gemeinsamen Abwehr von Schuld- und Schamgefühlen erfüllt.

Gabbard (2007) betont, dass er bei der Untersuchung von grenzverletzenden Behandlern eigene psychische Traumatisierungen finden konnte. Die projektiven Identifizierungen der Patienten werden für den Behandler vor dem Hintergrund eigener internalisierter traumatischer Beziehungserfahrungen unerträglich. Der Behandler wehrt die traumatischen Objektrepräsentanzen des Patienten ab, um seine eigenen traumatischen Introjekte unter Kontrolle zu halten. Aus den Beratungsdokumentationen des Ethikvereins kann dies bestätigt werden: Löwer-Hirsch (2003) weist darauf hin, dass im Rahmen von grenzüberschreitenden Beziehungen auch eine vertikale Spaltung aufseiten des Behandlers oder Beraters besteht und sie führt den Begriff des „Doppeldenk“ ein. Eine solche vertikale Persönlichkeitsspaltung lässt sich punktuell oder dauerhaft in allen traumatisierenden Beziehungsmustern feststellen (Nijenhuis 2008a, b).

7.6 Vorgehen bei der Beratung am Beispiel des Ethikvereins

Aus den bisherigen Ausführungen lassen sich verschiedene Implikationen für die Beratung von Betroffenen in grenzüberschreitenden Behandlungssituationen ableiten:

Eine Beratung für geschädigte Patienten sollte *niederschwellig* sein. Die meisten Rat-suchenden können sich in einer traumatisierenden Situation eher nicht schriftlich äußern. Eine mündliche telefonische Kontaktaufnahme oder eine Anfrage per Mail scheinen das Äußern der Beschwerde zu erleichtern. Oftmals sind die Beschämung und das Misstrauen so groß, dass geschädigte Patienten sich nur unter dem Schirm der Anonymität trauen, Beratung und Hilfe zu suchen.

Die Beratungen, die im Ethikverein angeboten werden, stellen ein niederschwelliges Beratungsangebot dar. Die Beratungen sind kostenlos. Die Anfragenden können, falls gewünscht, zunächst anonym Kontakt aufnehmen. Dies kann telefonisch erfolgen oder per Mail, aber natürlich auch schriftlich oder persönlich.

Angesichts der Schwere der vorgetragenen Beschwerden könnten diese unangenehm und belastend für die Empfänger sein, was eine möglicherweise übliche Gegenübertragungsreaktion darstellt. Oftmals scheint die Beschäftigung mit negativem und traumatischem Geschehen beim Zuhörer Widerstände auszulösen, die ein betroffener Patient allerdings wiederum als Zurückweisung und als erneutes Unverstanden-sein in seinem Anliegen erleben kann.

Die Beraterinnen und Berater sind erfahrene Psychotherapeuten unterschiedlicher methodischer Provenienz. Oftmals haben Nachfolgebehandlungen von Patienten, die Grenzüberschreitungen in der Vorbehandlung erlitten hatten, Anlass geboten, sich dem Thema zu widmen und sich im Verein zu engagieren. Viele sind auch in Ethik- oder Schiedskommissionen ihrer Berufsverbände engagiert und arbeiten seit

Jahren im *Verbändetreffen gegen sexuellen Missbrauch in Psychotherapie und Beratung* mit. Es besteht darüber hinaus eine enge Zusammenarbeit mit einigen Juristen, die ihre Kompetenzen zur Klärung der komplexen rechtlichen Abwägungen in diesen Fällen in den Verein einbringen.

Die Schilderungen der Betroffenen werden zunächst als subjektiv wahr angenommen. Das Geschilderte wird weiter exploriert und gemeinsam mit dem Anfragenden näher untersucht. Das Ergebnis wird sodann auch bewertet und eingeordnet. Die Beratungsgespräche werden ausführlich und systematisch dokumentiert sowie anonymisiert und wissenschaftlich ausgewertet.

Vielen Patienten kann eine wirksame Reorientierung geboten werden, die entweder eine potenziell erfolgreiche Fortsetzung der Therapie ermöglicht oder eine Beendigung der Behandlung einleitet, wenn gravierende Grenzverletzungen erkennbar geworden sind oder eine Klärung mit dem aktuellen Therapeuten nicht möglich ist. Nicht jede Beratung ist allerdings erfolgreich: Es ist festzustellen, dass umso mehr Beratung erforderlich ist, je größer das Ausmaß der Grenzüberschreitung war/ist oder je geringer das aktuelle Funktionsniveau der ratsuchenden Patienten ist. Unnötig zu erwähnen, dass auch Menschen von einem solchen niedrigschwelligen Beratungsangebot Gebrauch zu machen versuchen, die schwer krank sind, und denen im Rahmen eines solchen Beratungsangebotes nicht geholfen werden kann.

Es lassen sich einige grundsätzliche Regeln für das Vorgehen bei Beratungen im Zusammenhang mit Patientenbeschwerden nennen.

Unabhängigkeit des Beratungsangebotes

Es muss eine Unabhängigkeit der Beratung gewahrt sein und nach außen auch erkennbar sein, da geschädigte Patienten wegen der grundlegenden Erschütterung des Vertrauens durch den Missbrauch in der Behandlung zurecht äußerst misstrauisch und vorsichtig sind. Die sich wiederholenden Zurückweisungen, die sie oftmals bei der Suche nach Orientierung erlebt haben, erhöhen das Misstrauen und machen es zunehmend unüberwindbar, da die geschädigten Patienten von vornherein davon ausgehen, dass auch eine Beratungsinstitution in Kontakt mit dem schädigenden Behandler stehen könnte. In dieser Hinsicht ist auch eine regionale Unabhängigkeit wichtig, da es für die betroffenen Patienten „kontaminierte Regionen“ gibt, in denen sie in ihrem Misstrauen oft nicht zu Unrecht davon ausgehen, dass jeder, den sie ansprechen, mit dem schädigenden Behandler in Loyalitäten verbunden und damit befangen ist.

Die dritte Position

Entscheidend für das Gelingen der Beratung erscheint, dass der Ratsuchende im Berater eine klare unabhängige dritte Position erleben kann. Diese setzt voraus, dass es dem Berater gelingt, sich weder mit der Position des Geschädigten noch des Schädigers zu identifizieren, sondern ein fragender und sprechender Dritter zu bleiben. Dabei geht es um ein gemeinsam zu erarbeitendes Verständnis und nicht um eine unreflektierte und emotionalisierte Solidarisierung mit dem Geschädigten, was einer neuerlichen konkretistischen Fusionierung entsprechen würde. Andererseits würde aber eine „Neutralität“, die nicht Stellung bezieht, für den Ratsuchenden erneut Unverstandensein, Verlassenheit und Isolation bedeuten, vergleichbar mit der Erfahrung von Kindern, die, wenn sie sich Hilfe in missbrauchenden Beziehungen suchen, bei

Eltern oder anderen Vertrauenspersonen auf taube Ohren stoßen. Kinder ebenso wie geschädigte Patienten erleben Verleugnung oder Vertuschung, sodass sie in der Folge aufgeben. Die dritte Position bedeutet nun, dass das Geschehene gemeinsam betrachtet und untersucht werden kann. Dies erfordert, dass der Berater sich nicht durch die traumatisierende Übertragung, die selbstverständlich auch in der Beratungssituation spürbar ist, infizieren lässt. In der Beratung muss eine klare Reorientierungsmöglichkeit gegeben werden, in der das Unrecht, das geschehen ist, als solches auch benannt wird. Denn hierüber besteht ja gerade die Verwirrung beim Ratsuchenden. Er kann die Einordnung des Geschehenen nicht mehr sicher oder nur noch eingeschränkt vollziehen. Ebenso ist die Bewertung des Geschehenen für den Ratsuchenden schwierig. Er kann nicht entscheiden, ob er oder der Behandler etwas falsch gemacht haben. Oft fehlt es auch schlicht an klaren Aussagen und Informationen dazu, was in einem geordneten Behandlungssetting stattfinden darf und was nicht stattfinden darf. Andererseits kann auch eine Solidarisierung zwischen dem Berater und dem Ratsuchenden gegen den vermeintlich „bösen Behandler“ keinen Ausweg aus den charakteristischen grenzüberschreitenden Beziehungsstrukturen bieten. Genau dieser Vorwurf der blinden Solidarisierung wird allerdings oftmals beratenden Kollegen gemacht, die es wagen, sich nicht fraglos neben einen angegriffenen Kollegen zu stellen.

Prävention und Konsequenzen

Aus der Aufarbeitung der Beratungsdaten des Ethikvereins lässt sich unschwer ableiten, dass Information und Öffentlichkeit zum Thema fehlen. Es ist ersichtlich, dass dies auf allen betroffenen Ebenen der Fall ist. Die betroffenen Patienten verfügen ebenso wenig über die notwendigen Informationen wie Fachkollegen, betroffene Hausärzte, Behandler in Kliniken oder wie Rechtsanwälte oder Krankenkassen-Mitarbeiter. Um das mangelnde Verständnis und die daraus resultierende Zurückweisung betroffener Patienten zu überwinden, bedarf es umfassender Aufklärungsarbeit.

7.7 Prävention, Schlussfolgerungen für die therapeutische Praxis, Aus- und Weiterbildung

Die Inzidenz von Behandlungsfehlern, die mit ca. 10% (Becker-Fischer et al. 1995) angegeben werden muss, erscheint erschreckend hoch. Für den amerikanischen Raum hat (Lilienfeld 2007) eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit potenziell schädlichen Auswirkungen von Behandlungen psychischer Erkrankungen gefordert. Der Autor macht den Vorschlag, potenziell schädliche Methoden zu kennzeichnen und fordert einen intensivierten Austausch zwischen Wissenschaft und klinisch Tätigen. Für Deutschland sind fragwürdige Verfahren oder Methoden durch die Psychotherapierichtlinien zumindest in der vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Behandlung ausgeschlossen, in Kliniken wie auch in ambulanten Behandlungen kommen dennoch immer wieder Methoden zur Anwendung, die nicht anerkannt bzw. wissenschaftlich fundiert sind. Interessant ist, dass Erfahrung vor Fehlern nicht zu schützen scheint. Viele der Beschwerden beziehen sich auf erfahrene Behandler. Vielmehr entsteht der Eindruck, dass die lange Berufserfahrung einzelnen Behandlern eine scheinbare Sicherheit suggeriert, die sich als Selbsttäuschung entpuppen kann. Die besonders gravierenden Beschwerdefälle, die sich auf sexuellen Missbrauch

in der Behandlung beziehen, betreffen oft erfahrene und gut beleumundete Behandler, die häufig Machtpositionen in Institutionen oder Verbänden innehaben.

Aufgrund der festgestellten hohen Zahl von schädigenden Behandlungen erscheint es zwingend notwendig, dieses Thema als Pflichtelement in jedem Aus- bzw. Weiterbildungscurriculum zu implementieren. Auch in die relevanten Studiengänge und in die Pflegeausbildung sollten entsprechende Inhalte aufgenommen werden.

Im Ausbildungskatalog für Richtlinienpsychotherapeuten ist das Thema „Ethik und Recht“ vorgesehen, welches – wenn es unterrichtet wird – oft mit großer Aufgeschlossenheit und regem Interesse aufgenommen wird.

Wie in einer Großzahl der Beratungsfälle feststellbar war, finden gravierende Grenzüberschreitungen in Behandlungen oftmals unter den Augen von Supervisoren im Rahmen der Ausbildung und danach statt. In diesen Fällen versagt die Supervision als Methode sowohl in ihrer Funktion für die Weiterbildung und Schulung als auch in ihrer Funktion zur Qualitätssicherung. Wer Zweifel an dieser Tatsache hegt, möge sich näher mit den Darstellungen der Verstrickungen und Verwicklungen zwischen Winnicott, Khan und Godley sowie dem beteiligten Institut beschäftigen (Sandler 2007). Über viele Jahre fanden verschiedene Grenzüberschreitungen unter den Augen aller statt. Daher muss im Rahmen der Ausbildung die Verantwortung des Supervisors und des Ausbildungsinstituts für die Behandlungen des Kandidaten gefordert werden. Nach Abschluss der Ausbildung stellt sich die Situation noch schwieriger dar. Fachkollegen scheuen offensichtlich eine Konfrontation, wenn sie Kenntnis von Grenzüberschreitungen in Behandlungen erhalten. Potenziell schädigende Behandler wechseln dahingegen oft den Intervisions- oder Supervisionskontext.

Nicht überraschend und dennoch bemerkenswert ist die Feststellung einer transgenerationalen Weitergabe von grenzüberschreitenden Beziehungsstrukturen sowohl in Ausbildungsinstituten, großen Abteilungen, Ambulanzen und Krankenhäusern. Was bei „Missbrauchsfamilien“ und Holocaust-Überlebenden bekannt ist, zeigt sich als problematisches Element auch in der Aus- und Weiterbildungssituation der nächsten Behandlergeneration. Dabei handelt es sich nicht um Loyalitäten oder autoritätsgeleitete Phänomene, sondern eher um die unbewusste, nicht durchgearbeitete oder unreflektierte Weitergabe von entgrenzten Beziehungsmustern (s.o.). Begünstigend wirken die auch in der Aus- und Weiterbildungssituation bestehenden strukturellen Abhängigkeitsverhältnisse.

Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass Grenzüberschreitungen in Behandlungssituationen fast immer unmerklich und leise beginnen, erscheint es sinnvoll, zu einer breit angelegten Diskussion über Fehler in der Behandlung einzuladen.

Als einen weiteren Schritt könnten Mittel und Wege erprobt werden, angehende Patienten über das Vorgehen, den Rahmen und die Grenzen von Behandlungen zu informieren und Aufklärung im Rahmen des Genehmigungsverfahrens fest zu verankern sowie auf niederschwellige Beratungsmöglichkeiten hinzuweisen.

7.8 Rechtliche Folgen

Die strafrechtlichen und berufsrechtlichen Konsequenzen von Pflichtverletzungen und Grenzüberschreitungen in Behandlungsverhältnissen sind hinlänglich beschrie-

ben (Birnbacher 2005; Schleu 2007; s. Kap. 9). Die Durchsetzung zivilrechtlicher Ansprüche gestaltet sich oftmals noch schwieriger, da diese Verfahren erst nach dem Abschluss eines Strafrechtsverfahrens und der Verjährungsfrist von nur drei Jahren durchgeführt werden. Berufsrechtliche Verfahren ruhen ebenso solange, bis strafrechtliche Verfahren abgeschlossen sind. Anderen Konsequenzen und Sanktionen auf der Ebene von Berufsverbänden, Instituten oder Kliniken entziehen sich schädigende Behandler oft durch Austritt oder Kündigung. Die durch die Grenzüberschreitung im Behandlungskontext traumatisierten Patienten sind ihrerseits ganz offensichtlich nicht in der Lage, die Erfordernisse des Klageweges oder entsprechender Ethik- oder Schiedsverfahren zu erfüllen. Die beschriebene Traumatisierung mit Sprachlosigkeit und Desorientierung verhindert eine realitätsgerechte, zeitnahe und angemessene schriftliche Aufzeichnung der Grenzüberschreitung und lähmt selbstschützende Handlungsstrategien der betroffenen Patienten. So ist es auch nicht verwunderlich, dass nicht wenige der strafrechtlichen Verfahren durch Angehörige von geschädigten Patienten in Gang gesetzt werden. In der weiteren Folge des Verfahrens ist es dann allerdings fraglich, inwieweit die geschädigten Patienten den Belastungen des juristischen Verfahrens gewachsen sind. In einem entsprechenden strafrechtlichen Verfahren sind sie als Zeugen geladen und müssen öffentlich sowohl über die Behandlung als auch ihr Privatleben, möglicherweise höchst intime Dinge, Auskunft geben. Außerdem müssen sie kritische Befragungen durch Richter und gegnerische Rechtsanwälte im Verfahren aushalten und dies unter Umständen von Angesicht zu Angesicht mit dem schädigenden Behandler.

Der § 174c stellt ein Officialdelikt dar. Dies bedeutet, dass der sexuelle Missbrauch von Amts wegen untersucht und strafrechtlich verfolgt werden muss. Daher kommt der geschädigte Patient in die Rolle des Zeugen und hat, falls er nicht zusätzlich als Nebenkläger im Verfahren auftritt, keinerlei Kontrolle oder Einfluss auf den Verlauf des Verfahrens. Dieser Umstand, der beim geschädigten Patienten erneut Hilflosigkeit und Ohnmachtsgefühle entstehen lässt, ebenso wie die Befragungen durch die gegnerischen Rechtsanwälte, die versuchen, die Glaubwürdigkeit des geschädigten Patienten zu erschüttern, wirken auf viele Betroffene wie eine erneute psychische Traumatisierung.

Die Tatsache, dass sich diese juristischen Verfahren oftmals über Jahre hinziehen, bedeutet für geschädigte Patienten auch, dass ein möglicher Heilungsprozess immer wieder unterbrochen und hinausgezögert wird oder im Gegenteil sogar neuerliche Traumatisierung im juristischen Verfahren hinzukommt. Dies hat zur Folge, dass der geschädigte Patient den traumatischen Prozess nicht abschließen kann. Ein Leben nach der Traumatisierung kann nicht begonnen werden.

Wenn es zu strafrechtlichen Verfahren kommt, ergeben sich möglicherweise auch für Nachfolgetherapeuten problematische Konfliktsituationen. Einerseits können sie möglicherweise wichtige, manchmal die einzigen Zeugen von Auswirkungen und Folgen grenzüberschreitender Behandlungen für den Patienten sein, andererseits tragen sie die Verantwortung für ein schwieriges Nachbehandlungsverhältnis. Dabei stehen sie natürlich unter der ärztlichen oder psychotherapeutischen Schweigepflicht. In diesen Nachfolgebehandlungen muss es einerseits vermieden werden, in Identifikation mit dem geschädigten Patienten diesen zu einer Anzeige zu drängen. Dies würde letztendlich eine erneute Grenzüberschreitung darstellen. Andererseits wünschen Patienten, die sich selbst zu einer Anzeige entschieden haben, oftmals die

Zeugenschaft des Behandlers vor Gericht. Dabei übersehen sie häufig, ebenso wie ihre Behandler, dass damit ein sehr konflikthafte Feld betreten wird. Es handelt sich bei dem Behandlungsauftrag einerseits und dem Auftrag zur Zeugenschaft vor Gericht andererseits um nicht kompatible oder nicht kongruente Aufträge.

In der Rolle des Behandlers kann der Patient von einer grundsätzlich wohlwollenden Haltung des Behandlers ausgehen. Vor Gericht und durch die Befragung des Richters und des gegnerischen Anwalts im Zeugenstand besteht dagegen die Verpflichtung zur Wahrheit und Objektivierung der Befunde. So können sich Situationen ergeben, die den Behandler zwingen, diese wohlwollende Position des Therapeuten gegenüber dem Patienten zu verlassen. Dies ergibt sich daraus, dass die Entbindung von der Schweigepflicht nicht eingegrenzt werden kann bzw. auf bestimmte Aussagen oder Feststellungen begrenzt werden kann. Der Behandler kann, wenn die Schweigepflichtentbindung vorliegt, nicht mehr vom Aussageverweigerungsrecht Gebrauch machen. Eine Nichtbeantwortung einer Frage würde in einem solchen Fall mit der Gefahr einhergehen, dass sie durch das Gericht nicht im Sinne des Patienten interpretiert werden kann.

Vor dem Hintergrund dieser Informationen, die in Beratungsprozessen gewonnen werden konnten, nimmt es nicht Wunder, dass sich betroffene Patienten oftmals gegen ein juristisches Verfahren entscheiden.

In einzelnen Fällen, wenn die geschädigten Patienten nach eingehender Rechtsberatung ausdrücklich ein Verfahren nach § 174c ablehnen und der schädigende Behandler nach gleichfalls eingehender Rechtsberatung Einsicht und Bereitschaft zur Mediation zeigt, dann besteht die Möglichkeit einer Mediation unter psychotherapeutischer Leitung. Ziel eines solchen Mediationsprozesses ist ein Unrechtsanerkennnis durch den schädigenden Behandler und eine Klärung und Anerkennung der schädigenden Momente in der Behandlung mit beiden Beteiligten. Dabei können die Verstrickungen Schritt für Schritt mit beiden Beteiligten gelöst werden. Die Schuld- und Scham-Umkehr, die in diesen grenzverletzenden Behandlungen regelmäßig zu finden ist, kann aufgelöst werden. Dabei kann mit psychotherapeutischer Kompetenz den zeitlichen Erfordernissen beider Beteiligten vor dem Hintergrund des traumatisierenden Prozesses Rechnung getragen werden (Stamm et al. 2002).

Bei einer solchen Mediation wird der Zeitrahmen nicht durch die Prozessordnung bei Gericht bestimmt, sondern sowohl der geschädigte Patient, als auch der schädigende Behandler können Einfluss auf den zeitlichen Rahmen der Mediation nehmen und müssten nicht erneut Hilflosigkeit und Ohnmachtsgefühle erleben.

Ziel einer solchen Mediation ist dann ein zivilrechtlicher Anwaltsvergleich (§§ 779, 796c ZPO) mit Unterwerfung unter die Zwangsvollstreckung seitens des Schuldners (Gutmann 2010).

Ein solches Vorgehen stellt möglicherweise für beide Beteiligten eine sinnvolle Alternative dar. Beide Beteiligten haben die Möglichkeit, unter Anleitung des Mediators ihre Verstrickung lösen. Es besteht die Möglichkeit eines Schuldanerkennnisses und einer Wiedergutmachung, womit dann ein traumatischer Prozess auch zum Abschluss gebracht werden kann. Für die grenzüberschreitenden Behandler sollte in einem solchen Mediationsprozess auch geprüft werden, welche Auflagen notwendig sind, um grenzüberschreitendes Verhalten des Behandlers in anderen aktuellen Behandlungen und für die Zukunft zu vermeiden. Schoener et al. (1989) haben einge-

hend die notwendigen Maßnahmen und Konsequenzen in dieser Hinsicht beschrieben. Dazu gehören z.B.

- eine erneute psychotherapeutische Behandlung durch Behandler mit in dieser Hinsicht spezifischer Qualifikation,
- Supervision der bestehenden übrigen Behandlungen und
- ein Ruhen von Dozententätigkeit oder anderen öffentlichen Funktionen.

Letzteres ist auch erforderlich, um die Spaltung zwischen Scham und Schuld behaftetem Tun des Behandlers einerseits und öffentlicher Modellfunktion andererseits aufzulösen und eine Chance zur psychischen Reintegration zu ermöglichen. Behandler, die in ihrer Leistungsfähigkeit durch die psychische Traumatisierung bei einem fehlgelaufenen Behandlungsprozess beeinträchtigt sind, sind in der Regel nicht in der Lage, die Qualität ihrer sonstigen psychotherapeutischen Arbeit zu erhalten. Traumatisierungen durch grenzüberschreitende Behandlungen mit Spaltungen oder Dissoziationen auch aufseiten des Behandlers schwächen nicht nur die Wirksamkeit der Behandlungstätigkeit, sondern sie stellen auch eine potenzielle Gefahrenquelle für andere Patienten dar.

Fazit

Zusammenfassend muss festgehalten werden, dass auf der Grundlage der Analyse von Beratungsfällen durch den Ethikverein die Zahl der grenzverletzenden Behandlungen nicht ignoriert werden kann. Die Folgen für die geschädigten Patienten sind gravierend. Oftmals sind auch Angehörige mittelbar betroffen. Bei den schädigenden Behandlern bestehen häufig entgrenzte Beziehungsstrukturen, was zur Wiederholungstäterschaft führen kann. Die äußerst komplexen psychodynamischen Verstrickungen und Entgleisungen von Behandlungsverhältnissen sind bislang nur wenig Gegenstand wissenschaftlicher Aufmerksamkeit gewesen.

Literatur

- Bauriedl T (2007) Auch ohne Couch. Klett-Cotta Stuttgart
- Becker-Fischer M, Fischer G (2008) Sexuelle Übergriffe in Psychotherapie und Psychiatrie. Asanger Verlag Heidelberg
- Becker-Fischer M, Fischer G, Heyne C, Jerouschek G (1995) Forschungsbericht Sexuelle Übergriffe in Psychotherapie und Psychiatrie. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
- Benjamin J (2005) Das moralische Dritte als Ausweg aus der Täter-Opfer-Beziehung: Wirkung, Initiative und Verantwortung in der Psychoanalyse. In: Springer A, Gerlach A, Schlösser A-M (Hrsg.) Macht und Ohnmacht. 417ff. Psychosozial-Verlag Gießen
- Birnbacher D, Kottje-Birnbacher L (2005) Ethik in der Psychotherapie und Psychotherapieausbildung. In: Senf W, Broda M (Hrsg.) Praxis der Psychotherapie. 761ff. Georg Thieme Verlag Stuttgart
- Castonguay LG, Boswell JF, Constantino MJ, Goldfried MR, Hill CE (2010) Training Implications of Harmful Effects of Psychological Treatments. Am Psychol 65, 34–49
- Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (Hrsg.) (2005) Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Schattauer Verlag Stuttgart
- Eichenberg C, Dorniak J, Fischer G (2009) Sexuelle Übergriffe in therapeutischen Beziehungen: Risikofaktoren, Folgen und rechtliche Schritte. Psychother Psych Med 59, 337–344
- Fischer G (2005) Folgetherapie nach sexuellem Missbrauch in der Psychotherapie und Psychiatrie. In: Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (Hrsg.) Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Schattauer Verlag Stuttgart

- Gabbard GO (2006) Die Rolle des Traumas des Analytikers bei der Pathogenese professioneller Grenzverletzungen. DPG-Tagung, Hamburg
- Göpel K, Löffler D, Munz D (2009) Patientenbeschwerdestellen: Förderung durch Patientenautonomie durch Aufklärung und Hilfe. PID 12/2009
- Gutmann T (2010) unveröffentlichte Mitteilung, Münster
- Hillebrand V (2008) Ombudsstelle für niederschwelliges Konfliktmanagement bei Beschwerden. Vortrag, Fachtagung der Psychotherapeutenkammer BW
- Hillebrand V, Waldherr B (2006) Sexuelle Übergriffe in der Psychotherapie: Den Opfern eine Stimme geben. Dtsch Arztebl 103, A2157-A2158
- Holzbecher M (2006) Sexuelle Grenzüberschreitung in der Psychotherapie – Macht und Abwehr im gesellschaftlichen Umgang mit sexueller Gewalt. Symposion: „Ethik und Psychotherapie“ des BVVP-Bayern
- Kaczmarek S, Cappel R, Passmann K, Hillebrand V, Schleu A, Strauß B (2011) Negative Effects of Psychotherapy, Quantitative and Qualitative Analysis of Patients Complaints, Posterbeitrag SPR Bern
- Kets de Vries M (1996) Leben und Sterben im Business. Econ Verlag Berlin
- Khele S, Symons C, Wheeler S (2008) An Analysis of Complaints to the British Association for Counselling and Psychotherapy, 1996–2006. Counselling and Psychotherapy Research 8, 124–132
- Lange E, Hillebrand V, Pfäfflin F (2009) Beschwerden über Therapeuten. Psychotherapeut 54, 307–309
- Lilienfeld SO (2007) Psychological Treatments That Cause Harm. Perspectives on Psychological Science 2, 53–70
- Löwer-Hirsch M (2003) Opfer von Beratung. Supervision 3
- MacCartney JL (1966) Overt transference. Journal of Sex Research 2, 227–237
- Märtens M, Petzold H (Hrsg.) (2002) Therapieschäden: Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Matthi-as-Grünwald-Verlag Mainz
- Nijenhuis ERS (2008a) Traumabezogene Symptome im Licht der strukturellen Dissoziation. In: van der Hart O, Nijenhuis ERS, Steele K (Hrsg.) Das Verfolgte Selbst. 114–136. Junfermann Verlag Paderborn
- Nijenhuis ERS (2008b) Strukturelle Dissoziation und das Spektrum der traumabezogenen Störungen. In: van der Hart O, Nijenhuis ERS, Steele K (Hrsg.) Das Verfolgte Selbst. 137–158. Junfermann Verlag Paderborn
- Sandler A-M (2007) Reaktionen der psychoanalytischen Institutionen auf Grenzverletzungen – Masud Khan und Winnicott. In: Zwettler-Otte S (Hrsg.) Entgleisungen in der Psychoanalyse. 93–119. Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen
- Schilling R (2007) Das Handeln des Psychoanalytikers, die psychoanalytische Situation und die Frage der Ethik. In: Zwettler-Otte S (Hrsg.) Entgleisungen in der Psychoanalyse. 19ff. Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen
- Schleu A, Hillebrand V, Gutmann T (2007) Deutschland. In: Hutterer-Krisch R (Hrsg.) Grundriss der Psychotherapie-ethik. 363–402. Springer Verlag Wien
- Schoener GR, Milgrom JH, Gonsiorek JC, Luepker ET, Conroe RM (1989) Psychotherapists' Sexual Involvement With Clients: Intervention and Prevention. Walk-In Counselling Center, Minneapolis, Minnesota
- Shepard M (1972) The love treatment: The pros and cons of patient-therapist sex. Forum 18–25
- Stamm BH (2002) Sekundäre Traumatisierung. Junfermann Verlag Paderborn
- Symons C, Khele S, Rogers J, Turner J, Wheeler S (2011) Allegiations of serious professional misconduct. Counselling and Psychotherapy Research 11, 257–265
- Tausch R (1988) Schädigungen von Klienten durch Psychotherapie und Möglichkeiten ihrer Verminderung. In: Kleiber D, Kuhr A (Hrsg.) Handlungsfehler und Misserfolge in der Psychotherapie. 45–53. dgvt Tübingen
- Tschan W (2001) Missbrauchtes Vertrauen. S. Karger Verlag Basel
- Waldherr B (2009) Sexueller Missbrauch durch Psychotherapeuten – Noch immer ein Tabu? Lindauer Psychotherapietage
- Wöller W (2006) Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Schattauer Verlag Stuttgart