

Vorgehen bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch von Kindern und Jugendlichen durch medizinisch-therapeutisches Personal

Vera Clemens¹, Oliver Berthold^{1,2}, Michael Kölch³ und Jörg M. Fegert¹

¹Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm

²DRK Kliniken Berlin|Westend, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Berlin

³Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Universitätsmedizin Rostock

Zusammenfassung: *Theoretischer Hintergrund:* Im letzten Jahr erreichten mehrere Verdachtsfälle von Professional Sexual Misconduct (PSM) die Medizinische Kinderschutzhotline. Insbesondere meldeten sich Heilberufler_innen, die Hinweise auf einen sexuellen Missbrauch von Kindern/Jugendlichen durch Kolleg_innen hatten und nicht wussten, wie sie vorgehen sollen. *Fragestellung:* Zusammenstellung der aktuellen Daten zu PSM und sexuellem Missbrauch von Minderjährigen im Gesundheitswesen. *Methode:* Ausgehend von diesen Anfragen wurde eine selektiven Literaturrecherche zu Definition, Epidemiologie und rechtlichen Rahmenbedingungen von PSM sowie mögliche Hinweise für PSM durch Kolleg_innen durchgeführt. *Ergebnisse:* PSM durch Angehörige der Gesundheitsberufe stellt ein relevantes Problem dar. Bei Verdacht auf PSM sollten Kolleg_innen nicht mit dem Verdacht konfrontiert werden, sondern die Führungsebene informiert werden. Die Einbeziehung der Strafverfolgungsbehörden sollte sorgfältig abgewogen werden. Eine Berücksichtigung der Bedürfnisse und des Willens der betroffenen Patient_innen ist hierbei zentral. *Diskussion und Schlussfolgerung:* PSM in der Medizin ist ein hochkomplexes und bisher wenig erforschtes Thema.

Schlüsselwörter: sexueller Missbrauch, professional sexual misconduct, Kindesmisshandlung, institutioneller Kinderschutz, medizinische Kinderschutzhotline

Handling Cases of Suspected Sexual Abuse of Children and Adolescents by the Medical-Therapeutic Staff

Abstract: *Background:* Professional sexual misconduct (PSM) encompasses all kinds of sexual assault or acts stemming from professional dependency relationships. Because of the power gap in the relationship between healthcare professionals and patients, PSM is of particular relevance in health care facilities. Data are accumulating and point toward a high prevalence of PSM in health care and sexual violence against minors. Recently, several suspected cases of PSM led to consultations at the national Medical Child Protection Hotline for medical professionals. Particularly health care professionals who had evidence of sexual abuse of children/adolescents by peers and did not know how to proceed contacted the hotline. *Objective:* This article compiles the current data on PSM and sexual violence against minors in health care in Germany as well as possible prevention and intervention strategies. *Methods:* Based on a selective literature search, we point out details concerning the definition, epidemiology, and legal framework of PSM as well as giving possible hints on PSM by colleagues. The analysis is supplemented by a case report on specific consultation requests made to the Medical Child Protection Hotline. We also present possible prevention strategies of PSM, as potential options for action if PSM is suspected. *Results:* While data on epidemiology are scarce, suspected PSM by healthcare professionals in Germany is a relevant problem. Persons with pedophilic tendencies often specifically seek out fields of work that provide close contact with children. By law, any sexually motivated contact with persons under the age of 14, any sexual act perpetrated on a person under the age of 18 by taking advantage of a coercive situation, and any sexual contact between health care professionals and patients of any age during treatment is prohibited. The protection of children in institutions is a necessary and legal obligation. In cases of suspected PSM, colleagues should not be confronted with the suspicion, but the executive level should be informed. Seeking out information from psychotherapists' organizations/medical associations can be helpful. Whether to involve law enforcement authorities should be considered carefully. In all these steps, close cooperation and respect for the needs and will of the affected patients are paramount. *Discussion and Conclusion:* PSM in medicine is presently a complex and understudied theme. To ensure effective prevention, it is first of all necessary for all areas to adopt an attitude toward patients that is appreciative and respects boundaries. It is important that independent patient advocates and complaints offices be open to feedback, including that from young children, and take it seriously. Because of the lack of clear action plans and often personal involvement with suspected colleagues, uncertainty among the professionals

involved is understandable. Nevertheless, whenever PSM is suspected, any health care professional is obliged to take considerate action to protect the patients and other potential victims from further harm.

Keywords: sexual abuse, professional sexual misconduct, child maltreatment institutional child protection, medical child protection hotline

Eine Auseinandersetzung im medizinisch-psychotherapeutischen Bereich mit dem Thema „Ärzt_innen/Therapeut_innen als Täter_innen“ von sexualisierter Gewalt“ ist notwendig.

Dies wurde im Sommer 2019 durch das Bekanntwerden einer mehrere Jahre zurückliegenden Strafanzeige wegen sexuellen Missbrauchs von Kindern durch einen Assistenzarzt aufgezeigt.

Dieser hatte an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums des Saarlandes an Kindern möglicher Weise nicht indizierte Untersuchungen durchgeführt. Neben der strafrechtlichen Ebene ist bei sexuellen Übergriffen auf Patient_innen auch stets die standesrechtliche Ebene zu beachten. Bereits im Hippokratischen Eid ist niedergelegt „In welches Haus immer ich eintrete, eintreten werde ich zum Nutzen des Kranken, frei von jedem willkürlichen Unrecht und jeder Schädigung und den Werken der Lust an den Leibern von Frauen und Männern [...]“ (Ärztelkammer Baden-Württemberg, n. D.). Der Ausschluss sexuell motivierter Kontakte mit Patient_innen galt demnach bereits in der Antike. Patient_innen können während medizinischer Behandlungen Schutz vor sexuellen Handlungen erwarten. Dass möglicher sexueller Missbrauch durch Personen, die eigentlich als helfende Instanz und Berufsgeheimnisträger_innen wahrgenommen werden, initiiert werden kann und dass professionelle Ärzt_innen-Patient_innen- bzw. Therapeut_innen-Patient_innen-Beziehungen auch zur Anbahnung von sexuell motivierten Kontakten oder Betreuungsverhältnissen im Ehrenamt manipulativ genutzt werden können, löst in der Öffentlichkeit, aber auch in der Fachöffentlichkeit eine besondere Erschütterung und Verunsicherung aus. Wem soll man noch trauen, wenn sogar Ärzt_innen und Therapeut_innen Täter_innen sein können? Für medizinisches Fachpersonal stellt sich zudem die Frage, wie man mit Verdachtsfällen von sexuellem Missbrauch durch – vielleicht persönlich bekannte – Kolleg_innen (in der Fachliteratur als Professional Sexual Misconduct (PSM) bezeichnet) umgehen soll.

Dieses Thema nahm auch auf der Tagung „Schutzkonzepte und Kinderschutz im Krankenhaus“ am 07.06.2019 in Berlin in Kooperation der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) mit dem Universitätsklinikum Ulm großen Raum ein. Auf der begleitenden Pressekonferenz stellte Georg Baum, Hauptgeschäftsführer der DKG, in Aussicht, dass sich die DKG für die Übernahme verpflichtender Schutzkonzepte in die QM-Richtlinie

(QM-RL) beim gemeinsamen Bundesausschuss einsetzt. Im Sommer 2020 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat dann beschlossen, dass Schutzkonzepte in medizinischen Einrichtungen als Teil des Qualitätsmanagements vorgeschrieben sind. Ein wirksamer Schutz von Patient_innen vor sexuellen Übergriffen durch Fachkräfte soll so zu einem Qualitätsmerkmal von Krankenhäusern werden. Hier wurde insbesondere auf die Rolle der By-stander_innen – Personen, die problematisches Verhalten bei Kolleg_innen wahrnehmen, aber keine Konsequenzen aus ihrer Wahrnehmung und aufkommendem Verdacht ziehen – hingewiesen. Der Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, Johannes-Wilhelm Rörig, machte bei der Tagung deutlich, dass im Hinblick auf die Verbreitung von Schutzkonzepten, insbesondere im medizinischen Bereich, trotz einiger Fortschritte noch „sehr viel Luft nach oben“ sei. Gleichzeitig betonte er die Bedeutung von Krankenhäusern bei der Bekämpfung sexualisierter Gewalt gegen Kinder und Jugendliche.

Die gesteigerte fachliche Thematisierung und die Berichterstattung in der Presse führten auch zu einem Anstieg der themenbezogenen Beratungsgespräche in der Medizinischen Kinderschutzhotline (Berthold et al., 2019).

Die Anrufer_innen waren durch den teilweise engen Kontakt mit den von ihnen verdächtigten Kolleg_innen sehr belastet. Fragen umfassten u. a. den richtigen Umgang mit dem Kolleg_innen, aber auch den Umgang mit der Schweigepflicht, wenn Patient_innen im geschützten Rahmen von Übergriffen berichtet hatten. Auch die Frage, inwieweit weitere potentiell Betroffene informiert werden sollten, wurde gestellt. Gerade im ambulanten Setting, wo eine Entlastung durch Besprechung des Falles mit Vorgesetzten nicht möglich ist, führt dies nach unserer Erfahrung zu einer tiefen Verunsicherung. Ziel dieses Artikels ist es daher, eine Übersicht über die Literatur zu geben und hieraus mögliche Handlungsoptionen und Abwägungen im Falle von Verdachtsfällen im professionellen Kontext aufzuzeigen.

Die Medizinische Kinderschutzhotline

Die Medizinische Kinderschutzhotline ist ein vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördertes Beratungsangebot für medizinisches Fachpersonal bei Verdachtsfällen von Kindesmisshandlung, Vernachlässigung

sigung und sexuellem Kindesmissbrauch. Die Hotline ist bundesweit rund um die Uhr kostenfrei unter der Nummer 0800 19 210 00 erreichbar. Die Beratung erfolgt auf kollegialer Basis anonymisiert durch speziell geschulte Ärzt_innen.

Im folgenden Exkurs wird ein Anruf zum Thema PSM bei der Medizinischen Kinderschutzhotline geschildert. Es handelt sich um eine aus mehreren unterschiedlichen Beratungsanliegen synthetisierte Fallvignette.

Exkurs: Fallvignette

Anruf eines niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten der, entsprechend der Rahmenbedingungen der Medizinischen Kinderschutzhotline, anonym bleibt: Er behandle einen 13-jährigen Jungen wegen einer generalisierten Angststörung. Zuvor sei der Junge bei einem anderen niedergelassenen Therapeuten in Behandlung gewesen, habe aber dann auf eigenen Wunsch zu dem jetzt anrufenden Kollegen gewechselt. Im Rahmen der Therapie habe der Junge berichtet, dass der Vorthérapeut ihn geküsst hätte. Daher hätte er dort nicht mehr hingehen wollen. Die private Handynummer des Therapeuten hätte er gleich zu Anfang der Therapie bekommen, damit er sich immer melden könne, „falls etwas sei“. Da der Therapeut ihm regelmäßig beruhigende „Gute Nacht“-Nachrichten geschrieben hätte (er hätte vor allem in den Abendstunden Ängste), hätte auch er begonnen, dem Therapeuten immer zu schreiben, wenn es ihm nicht gut gehe. Im Verlauf hätte der Therapeut aber auch Fotos von sich geschickt, Kuss-Smileys zur Nacht und auch Fotos von dem Jungen gefordert, damit er sicher sein könne, dass es ihm gut gehe. Zuletzt hätte er dann auch Nacktbilder von dem Patienten gefordert. Die Therapiestunde hätte der Patient immer als angenehm empfunden, der Therapeut wäre sehr „kumpelhaft“ gewesen, hätte ihm zugehört und ihn ernst genommen. Von dem privaten Kontakt hätte er nie jemandem erzählt. Bei einer Stunde hätte der Therapeut ihn plötzlich auf den Mund geküsst und in den Schritt gefasst. Das wäre ihm sehr unangenehm gewesen. Er hätte in der Stunde selber nichts gesagt, sich dann aber geweigert, wieder zur Therapie zu gehen. Seinen Eltern hätte er erzählt, dass er sich mit dem Therapeuten gestritten hätte. Die ganze Sache wäre ihm sehr unangenehm und er wolle nicht, dass irgendjemand davon erfahre.

Der Anrufer zeigt sich sichtlich verunsichert. Er kenne den beschuldigten Kollegen noch von früher, da sie am selben Institut die Psychotherapieausbildung gemacht

hätten. Der Kollege sei sehr beliebt, hilfsbereit und nett gewesen. Der Anrufer berichtet, keinen Anlass zu haben, an den Aussagen seines Patienten zu zweifeln, irgendwie käme ihm das aber schon unwirklich vor. Bei dem Kollegen sei ihm früher nie etwas aufgefallen. Er äußert weiterhin die Sorge, dass wenn er die Information jetzt weitergebe, er dann den Ruf des Kollegen (vielleicht zu Unrecht) zerstören würde. Auf der anderen Seite müsse er nach den Offenbarungen seines Patienten etwas tun, da der Kollege ja weiter Kinder behandle. Der Patient habe sowohl die Informierung seiner Eltern als auch der Polizei abgelehnt.

Ergebnisse der selektiven Literaturrecherche zum Thema PSM, dargestellt nach Themenbereichen

Professional Sexual Misconduct (PSM)

PSM, also sexuelle Übergriffe in professionellen Abhängigkeitsbeziehungen, umfassen „alle sexuellen Handlungen im Rahmen von Beziehungen zwischen Ärzt_in und Patient_in oder Fachperson und Klient_in, einschließlich sämtlicher Berührungen der intimen Bereiche, die die notwendigen Kontakte einer Untersuchung übersteigen – unabhängig davon, ob die Kontakte auf der nackten Haut oder über der Kleidung stattfinden“ (Jud, 2015). Gerade im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie besteht häufig eine langandauernde und zeitintensive Behandlung und damit auch eine Beziehung, die mit großer Verbundenheit und Vertrautheit zwischen Behandler_in und Patient_in einhergeht. Die Gefährdung für PSM in der Psychiatrie/Psychotherapie ist daher höher als in anderen medizinischen Bereichen (Luepker, 1999). Die Definition bezieht sich nicht ausdrücklich auf minderjährige Patient_innen. Bei PSM gegen Kinder und Jugendliche kann eine pädophile Neigung von Täter_innen, auf die im Folgenden noch eingegangen wird, eine Rolle spielen. Wichtig bei PSM im Kinder- und Jugendbereich ist zudem der Umstand, dass die Opfer minderjährig sind, was besondere strafrechtliche Konsequenzen hat, sowie für das Vorgehen im Verdachtsfall die Einwilligungsfähigkeit des/der Patient_in.

Gesetzlicher Rahmen

§ 176 StGB stellt jeden sexuell motivierten Kontakt zu Personen unter vierzehn Jahren (Kind) unter Strafe. Hier-

zu zählen auch Kontakte über soziale Medien, Handy etc. Nach § 182 StGB ist zudem jede sexuelle Handlung an einer Person unter achtzehn Jahren unter Ausnutzung einer Zwangslage strafbar (Heimann & Kölch, 2021).

Sexueller Kontakt mit Schutzbefohlenen ist nach § 174 StGB auch über das 14. Lebensjahr hinaus verboten. Der Paragraph § 174c des Strafgesetzbuches (StGB) verbietet sexuellen Kontakt zwischen Ärzt_innen und Patient_innen bei Ausnutzung eines Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses und schließt explizit auch Psychotherapeut_innen ein.

§ 203 StGB stellt jede unbefugte Weitergabe von Privatgeheimnissen durch (unter anderem) medizinisches und therapeutisches Personal unter Strafe („Schweigepflicht“). Als Ausnahmetatbestände wurden vom Gesetzgeber zahlreiche Befugnisnormen definiert (so auch für die Weitergabe von Patientendaten an Kostenträger). Im Kontext dieses Beitrages sind folgende Ausnahmen von der Schweigepflicht relevant:

Das Bundeskinderschutzgesetz enthält eine Befugnisnorm zur Information des Jugendamtes (§ 4 KKG). Geheimnisträger sind bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindwohlgefährdung unter der Voraussetzung, dass mit eigenen Mitteln eine Gefährdung für das Kind/Jugendliche nicht abgewendet werden könne, befugt, das Jugendamt auch ohne Zustimmung des Kindes/Jugendlichen bzw. der Sorgeberechtigten zu informieren.

In § 34 StGB ist der rechtfertigende Notstand geregelt. „In einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt. Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.“

Standesrecht

Ethisch und berufskulturell verankert ist das Verbot der sexuellen Kontakte zu Patient_innen wie oben gezeigt wurde, seit über 2 000 Jahren, und ist in diesem Sinne auch in die Genfer Deklaration des Weltärztebundes eingegangen, die in der aktuellen Fassung auch Teil der Muster-Berufsordnung der deutschen Ärzteschaft ist (Bundesärztekammer, 2021). Auch die Musterberufsordnung für Psychologische Psychotherapeut_innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut_innen untersagt in Punkt 5 des Paragraphen 6 jeglichen sexuellen

Kontakt zu Patient_innen (Bundespsychotherapeutenkammer, 2007).

Epidemiologie von PSM

Daten zur Verbreitung von PSM im medizinisch-therapeutischen Bereich Kinder- und Jugendlichen gegenüber existierten lange nicht (American Academy of Pediatrics, 2011). Eine kürzlich veröffentlichte Studie weist jedoch auf eine hohe Verbreitung in Deutschland hin. In einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung mit 2 516 Teilnehmenden berichteten 0.2%, in der Kindheit/Jugend sexuellen Missbrauch durch Pflegepersonal in Krankenhäusern, Rehabilitationszentren oder Behinderteneinrichtungen erlebt zu haben (Clemens et al., 2019). Dieses Ergebnis zeigt, dass PSM längst nicht nur vom ärztlich-therapeutischen Heilpersonal ausgeht, sondern auch z. B. von Pflegepersonal. Wenn auch eine direkte Hochrechnung auf die deutsche Einwohnerzahl von knapp 83 000 000 nur bedingt zulässig ist, so weisen diese Zahlen doch auf eine sechsstellige Anzahl Betroffener alleine in Deutschland hin.

Hinweise für PSM durch Ärzt_innen / Therapeut_innen

Menschen mit pädophilen Neigungen suchen sich häufig gezielt Arbeitsfelder, in denen enger Kontakt mit Kindern besteht (Pumberger & Eher, 2013; Konrad et al., 2018). Als Opfer werden oft „verletzliche“, bedürftige Kinder ausgewählt, z. B. Kinder die gemobbt werden, in Haushalten mit vielen Belastungen aufwachsen oder die psychisch erkrankt sind (Colton et al., 2010). Dass auch in stationären Einrichtungen für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, wie Kinderkliniken und Kinder- und Jugendpsychiatrien PSM vorkommt, darf daher nicht verwundern. Doch auch ohne eine pädophile Sexualpräferenz ist der Machtgradient, der Ärzt_innen/Therapeut_innen-Patient_innen-Beziehungen innewohnt, ein Risikofaktor für (sexuell) grenzverletzendes Verhalten.

Abzugrenzen zum sexuellen Missbrauch ist grundsätzlich grenzverletzendes Verhalten von Fachkräften, welches nicht aus sexueller Motivation erfolgt. Wenn Patient_innen z. B. unnötig lange entkleidet in Untersuchungszimmern warten müssen, wenn Eltern vor schmerzhaften, scham- oder angstbesetzten Untersuchungen ohne Notwendigkeit aus dem Raum geschickt werden oder Kinder nicht altersentsprechend in die Behandlung einbezogen werden, so geschieht dies oft genug aus mangelnder Sensibilität, ggfs. jedoch ohne sexuelle Motivation. Trotzdem ist solches Verhalten aus zwei

Gründen auch im Kontext des PSM problematisch: zum einen kann es Außenstehenden die Abgrenzung zu sexuell motiviertem Fehlverhalten erschweren und zum anderen schafft es ein Klima, in dem Grenzverletzungen zunehmend hingenommen werden.

In Bezug auf sexuellen Kindesmissbrauch wird seit den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts die sog. emotionale Kongruenz (Araji & Finkelhor, 1985; Konrad et al., 2018) als wichtige Eigenschaft pädophiler Täter_innen diskutiert. Der Begriff beschreibt Erwachsene, die sich stark im Einklang mit kindlichen Gefühlen und Sichtweisen fühlen und Kinder als Ansprechpartner für eigene emotionale und physische Bedürfnisse sehen. Pumberger und Eher benennen Verhaltensweisen, die auf pädophile Präferenzen hinweisen können (Pumberger & Eher, 2013). Hier ist allerdings zu beachten, dass es sich lediglich um mögliche Anhaltspunkte, aber nicht um beweisende Kriterien für pädosexuelles Verhalten handelt. Hierbei handelt es sich um (gekürzt nach Pumberger & Eher, 2013):

- Ein Erwachsener/eine Erwachsene sucht sich gezielt enge „Kinderfreunde“ (sic) und teilt Interessen und Hobbies vorwiegend mit Kindern
- Ein Erwachsener/eine Erwachsene wendet sich mit psychischen und körperlichen Bedürfnissen primär an Kindern
- Ein Erwachsener/eine Erwachsene verwendet sexuell gefärbte Zuschreibungen/Begriffe in Bezug auf Kinder („sexy“, „Ständer“)
- Ein Erwachsener/eine Erwachsene fordert von Kindern Körperkontakt gegen den erklärten Willen
- Ein Erwachsener/eine Erwachsene wird von außen als „zu gut, um wahr zu sein“ wahrgenommen, übernimmt z. B. Babysitten ohne Bezahlung, nimmt fremde Kinder mit zu Ausflügen etc.

Täter_innen im beruflichen Kontext neigen deutlich seltener als Täter im familiären Nahfeld zu Gewaltanwendung und setzen eher manipulative Strategien im Kontakt mit ihren potentiellen Opfern an (Peter & Bogerts, 2010; Turner et al., 2014). Dies kann dazu führen, dass sie bei Kolleg_innen und Vorgesetzten als besonders zugewandt und hilfsbereit im Umgang mit Patient_innen erscheinen und durch ein besonders hohes Engagement am Arbeitsplatz auffallen. (Mcalinden, 2006). Dies kann im Verlauf auch dazu führen, dass ihnen selbst nach Bekanntwerden erster Verdachtsmomente oder nach Äußerungen von Kindern ein Fehlverhalten häufig nicht zugetraut und den Opfern daher nicht geglaubt wird (Colton et al., 2010; Fegert et al., 2013).

Für PSM selbst gibt es Anhaltspunkte mit unterschiedlicher Sensitivität und Spezifität. Unnötige, langwierige oder wiederholte und grundsätzlich nicht indizierte körperliche Untersuchungen sollten ebenso wenig akzeptiert

werden wie das gezielte Herstellen von Zweierkontakt ohne Bezugspersonen oder andere Mitarbeiter_innen. Hier gebietet es allein schon der oben thematisierte Hinweis auf ein insgesamt patientenfreundliches Klima, dass solches Verhalten im Kollegenkreis zum Thema gemacht wird.

Wenn Fachkräfte gezielt ungewöhnlich enge, vertraute Beziehungen zu Patient_innen aufbauen oder unterhalten, sollte dies auffallen. Dazu gehören auch intime oder sexualisierte Äußerungen Betroffener oder Täter_innen, Geschenke oder andere Gefälligkeiten oder das gezielte Terminieren von Patientenkontakten in Randzeiten, wenn andere Mitarbeiter (noch) nicht anwesend sind. Eine Erreichbarkeit für einzelne Patient_innen auch außerhalb der Arbeitszeiten sowie Treffen in der Freizeit sind bis auf eng begrenzte, therapeutisch begründbare Ausnahmen mindestens unprofessionell. Das betrifft ebenso das Anfertigen oder Einfordern von Bild- oder Videoaufnahmen von Patienten ohne klare therapeutische Indikation (American Academy of Pediatrics, 2011).

Handlungsimplicationen

Möglichkeit zur Prävention

Bereits heute ist der Schutz von Kindern in Einrichtungen eine gesetzliche Verpflichtung. Einrichtungen nach Sozialgesetzbuch VIII, d. h. Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe müssen z. B. zur Einstellung und in regelmäßigen Abständen sog. Erweiterte Führungszeugnisse von allen Mitarbeitern einfordern (§§ 72a SGB VIII sowie 45 SGB VIII). Der Schutz des Wohls der Kinder und Jugendlichen ist zudem Grundlage für die Erteilung einer Betriebsgenehmigung und sieht eine Meldepflicht bei Gefährdungen gegenüber der Aufsichtsbehörde vor.

Für eine wirksame Prävention ist zunächst einmal in allen Bereichen eine den Patient_innen gegenüber wertschätzende und Grenzen respektierende Haltung notwendig. Diese muss natürlich letztlich von jedem einzelnen Mitarbeiter_innen verinnerlicht, sie muss jedoch zunächst einmal vorgelebt werden. Daher ist die Leitung jeder Einrichtung aufgefordert, ein Klima von Authentizität und Transparenz zu schaffen, in dem Grenzüberschreitungen jeglicher Art nicht im Rahmen von „Getuschel“, sondern offen und lösungsorientiert thematisiert werden können.

Dazu gehören beispielsweise unabhängige Patientenfürsprecher und Beschwerdestellen, die Rückmeldungen auch von jungen Kindern offen gegenüberstehen und diese ernst nehmen.

Hinzukommend sollten für alle Beteiligten einsehbare Informationen über das Thema Schutz vor Missbrauch, auch in kindgerechter Sprache, bereitgestellt werden und eine stetige Auseinandersetzung sämtlicher Mitarbeiter_innen, auch jener ohne regelmäßigen Patientenkontakt, stattfinden. Eine offene, den Patient_innen zugewandte und respektvolle Atmosphäre, in der Verhaltensweisen wie z. B. unnötige oder unnötig lange Entkleidungen von Patient_innen nicht toleriert werden, können die Sensibilität und das Bewusstsein für PSM erhöhen und durch die Reduktion von solchem „unsensiblen Verhalten“ PSM leichter identifizierbar zu machen.

Konkrete Empfehlungen zur Risikoanalyse, zur Mitarbeiterschulung und anderen Maßnahmen bieten verschiedene Ratgeber für Schutzkonzepte in Einrichtungen des Gesundheitswesens, abrufbar über die Seite des Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (www.kein-raum-fuer-missbrauch.de, unter „Schutzkonzepte“).

Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie der Universitätsklinik Ulm bietet in einer Kooperation mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zwei im Rahmen des BMBF-geförderten Projektes ECQAT entwickelte Online-Kurse zur Entwicklung von Schutzkonzepten für alle Mitarbeitenden in den Mitgliedskrankenhäusern der Deutschen Krankenhausgesellschaft kostenfrei an. Es handelt sich um die Kurse „Schutzkonzepte in Organisationen – Schutzprozesse partizipativ und achtsam gestalten“ (<https://schutzkonzepte.elearning-kinderschutz.de>) und „Leitungswissen Kinderschutz in Institutionen – ein Online-Kurs für Führungskräfte“ (<https://leitung.elearning-kinderschutz.de>). Der zweitgenannte Kurs fokussiert spezifisch die Aufgaben und Verantwortlichkeiten von Führungs- und Leitungskräften von pädagogischen, medizinischen und therapeutischen Einrichtungen, die Kinder und/oder Jugendliche betreuen, im Kontext des Kinderschutzes. Ziel des Online-Kurses ist es, diese in die Lage zu versetzen, die Implementation von Gefährdungs-/ bzw. Risikoanalysen und Schutzkonzepten in ihren Institutionen erfolgreich zu begleiten und ein traumasensibles Umfeld zu schaffen. Die Anmeldung zu den beiden Kursen ist jederzeit über die oben genannten Webseiten möglich. Auch die Kassenärztliche Vereinigung stellt im Rahmen ihrer Fortbildungsplattform für alle niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen ein Modul zu Schutzkonzepten zur Verfügung (Ärzteblatt, 2019).

Handlungsoptionen in Verdachtsfällen von PSM durch Mitarbeiter_innen

Ziele wirksamer Intervention sind die möglichst vollständige Klärung von Verdachtsmomenten, der Schutz von Kindern und Jugendlichen vor weiteren Übergriffen (mittelbar natürlich auch außerhalb der eigenen Einrichtung) und die Sicherstellung der adäquaten Versorgung bereits Betroffener. Die Erfahrungen aus zurückliegenden Fällen zeigt aber auch, dass nachgeordnet durchaus auch das eigene Team Unterstützung benötigt, um nach einem Vorfall, der möglicherweise mit Presseberichterstattung, Ermittlungen gegen und Kündigungen von Mitarbeitenden einhergeht, zu einer geordneten Arbeitsweise zurück zu kehren. Andererseits kann es auch zu falschen Anschuldigungen kommen.

Um in solchen hoch verunsichernden und emotionalen Situationen effektiv handeln zu können, ist eine Planung für einen Verdachtsfall unabdingbar. Verantwortungsbeispiele müssen festgelegt werden, der Umgang mit Betroffenen, Angehörigen, Ermittlungsbehörden und der Öffentlichkeit muss bedacht werden. Grundsätzlich liegt die Reaktion auf Verdachtsmomente zunächst in der Verantwortung der Einrichtungsleitung, die ggf. externe Beratung hinzuziehen sollte. Insbesondere die Fragen nach dem Umgang mit der_/dem verdächtigten Mitarbeiter_in und der Einschaltung der Ermittlungsbehörden sind zu komplex, um sie erschöpfend im Rahmen dieses Beitrages behandeln zu können.

Dennoch sollen in diesem Artikel häufige Fragen zumindest angesprochen werden, auch wenn die konkreten Antworten natürlich niemals pauschaliert auf alle Fälle angewendet werden können.

Grundsätzlich schließen sich die Autor_innen der Forderung des Runden Tisches an, dass Entscheidungen in Verdachtsfällen von sexuellem Missbrauch durch medizinisch-therapeutisches Personal grundsätzlich in den Verantwortungsbereich der Einrichtungsleitung fallen.

Naheliegender Weise stellt sich früh im Verlauf die Frage, ob und wann die Ermittlungsbehörden informiert werden sollen.

Auch wenn die Polizeiliche Ermittlung nicht den Schutz Betroffener, sondern die Identifikation und Anklage potentieller Täter_innen zum Ziel hat, können polizeiliche Ermittlungen helfen, die Situation zu klären und Beweise zu sichern. Diese können durch die strafrechtliche Verurteilung des Täters langfristig zum Schutz weiterer Patient_innen beitragen. Hier ist es zentral, die Meldung an die Polizei gut mit den Betroffenen bzw. den Sorgeberechtigten vorab zu besprechen, Erfolgsaussichten ehrlich darzustellen und Transparenz über den Ablauf eines Ermittlungsverfahrens und eines potentiellen Gerichtsver-

fahrens herzustellen. Anders als im Kinderschutz, wo die Sicherstellung des Schutzes des Kindes Priorität hat, gilt im Strafrecht „in dubio pro reo“ – also im Zweifel für den Angeklagten. Vor dem Hintergrund der erheblichen persönlichen und beruflichen Konsequenzen für Täter_innen ist davon auszugehen, dass diese die Taten häufig nicht zugeben werden. Insbesondere da die Täter_innen häufig mit Opfern alleine sind bzw. Kolleg_innen und Eltern bei Untersuchungen rausschicken, ist auch die Nichtverurteilung von Täter_innen bei der Erwägung einer Strafanzeige transparent mit zu besprechen. Hier wird erneut deutlich, wie relevant die Wahrnehmung, Dokumentation und Informationsweitergabe auffälliger Verhaltensweisen von Kolleg_innen an Vorgesetzte ist. Ein wichtiger Punkt ist hierbei auch das potentielle Anrecht auf Opferentschädigung, wobei die polizeiliche Anklage keine zwingende Voraussetzung für den Erhalt der Entschädigung darstellt. Wichtig ist zudem der Hinweis, dass die einmal begonnene Ermittlung nicht auf Wunsch der Betroffenen wieder eingestellt werden kann – auch ein Rückzug der Strafanzeige führt nicht zur Einstellung des Verfahrens.

Stimmt der_die einsichtsfähige Patient_in bzw. die Sorgeberechtigten einer Weitergabe der Information an die Polizei nicht zu, können Ärzt_innen und Therapeut_innen unter gewissen Voraussetzungen dennoch die Informationen weitergeben. Dies darf dann aber explizit nur aus Erwägungen zur Gefahrenabwendung/Prävention des Missbrauchs Anderer und nicht mit dem Ziel der Strafverfolgung wegen des stattgefundenen Missbrauchs stattfinden. Voraussetzung hierfür ist eine „gegenwärtige, nicht anders abwendbare Gefahr“ (Zitat aus § 34 StGB, „rechtfertigender Notstand“) weiterer sexueller Übergriffe. Der Bruch der Schweigepflicht muss also notwendig und erfolgsversprechend sein.

Zentrale Aspekte bei der Güterabwägung zur Hinzuziehung der Strafverfolgungsbehörden

Vorteile:

- Nur die Strafbehörde hat die Möglichkeit, angemessene Ermittlungen durchzuführen und Tatbestände aufzudecken
- Strafbehördliche Ermittlungen können den Schutz für die_/den Indexpatient_in selber sowie anderer potentielle Betroffener ermöglichen
- Der Zugang zu Entschädigung nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) kann erleichtert sein

Nachteile:

- Das Ziel der Strafbehörden ist die Identifikation und Anklage des_der Täter_in, nicht der Schutz des Opfers
- Belastungen des_der Indexpatient_in durch das Verfahren

- Verurteilung der_des Täter_in ist nicht gesichert
- Vertrauensverlust zum_zur Therapeut_in bei Anzeige gegen den Willen der des_der Indexpatient_in
- Einmal gestellt kann die Anzeige aufgrund der Ermittlungspflicht der Strafverfolgungsbehörden nicht zurückgenommen werden

Zentral ist, dass unabhängig von der Entscheidung, alle Schritte transparent mit dem_der Indexpatient_in und ggfs. den Sorgeberechtigten besprochen wird.

Weitere wichtige Ansprechpartner_innen neben der Leitung und den Strafverfolgungsbehörden können je nach Profession entweder die zuständige Ärztekammer oder Psychotherapeutenkammer sein. Bei ihnen ist die Rechtsprechung auf Grundlage des Standesrechts angesiedelt, also Sanktionen bei berufsunwürdigem Verhalten, bis hin zur Entscheidung, ob ein Kammermitglied unwürdig ist, den Beruf auszuüben. Üblicherweise werden laufende Strafverfahren/Verurteilungen von Kammermitgliedern an die Kammern mitgeteilt. Umgekehrt ist es in Einzelfällen denkbar, dass auch ohne staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren eine Information mit Zustimmung des_der Indexpatient_in an die zuständige Kammer erfolgt, um zu klären, ob auf diesem Wege der Schutz von anderen Patient_innen gewährleistet werden kann, wenn der_die Indexpatient_in vor einer Strafanzeige zurückschreckt.

Auch wenn es in den geschilderten Dilemmata keine einheitliche Lösung geben kann, ist für beteiligte Ärzt_innen und Therapeut_innen die sorgfältige, möglichst objektive Güterabwägung zentral. Dieser Prozess ist nachvollziehbar zu dokumentieren. Eine mögliche Hilfestellung kann hier die anonyme Beratung durch die insoweit erfahrene Fachkraft bieten, die über das Jugendamt kontaktiert werden kann und bei der Gefährdungseinschätzung im Verdachtsfall beraten kann. Auch die medizinische Kinderschutzhotline kann in dieser Fragestellung unterstützen. Der Abschlussbericht des Runden Tisches Sexueller Missbrauch (BMJ, 2011), der u. a. die „Leitlinien zur Einschaltung der Strafverfolgungsbehörden“ und die „Leitlinien zur Prävention und Intervention sowie zur langfristigen Aufarbeitung und Initiierung von Veränderungen nach sexualisierter Gewalt durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Institutionen“ enthält, kann Hilfestellung zum Umgang mit sexuellem Missbrauch in Institutionen geben. Wichtige Aspekte zur Einschaltung der Strafverfolgungsbehörden sind zudem nachlesbar in den Empfehlungen des Runden Tisches Sexueller Kindesmissbrauch, die in dem Ratgeber „Verdacht auf sexuellen Kindesmissbrauch in einer Einrichtung – Was ist zu tun?“ eingegangen sind (BMVJ, 2019). Die Unabhängige Kommission zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs

hat Empfehlungen zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs in Institutionen veröffentlicht (<https://www.aufarbeitungskommission.de/empfehlungen-aufarbeitung-institutionen/>).

Literatur

- Ärzteblatt (2019). *E-Learning-Angebot für Ärzte zum Umgang mit Verdachtsfällen von Kindesmissbrauch*. Verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/107634/E-Learning-Angebot-fuer-Aerzte-zum-Umgang-mit-Verdachtsfaellen-von-Kindesmissbrauch>.
- American Academy of Pediatrics (2011). Protecting children from sexual abuse by health care providers. *Pediatrics*, 128, 407–426. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-1244>
- Araji, S. & Finkelhor, D. (1985). Explanations of pedophilia: Review of empirical research. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 13(1), 17–37.
- Ärzttekammer Baden-Württemberg (n. D.). *Der hippokratische Eid*. Verfügbar unter <https://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/40merkblaetter/20recht/10gesetze/hippoeid.pdf>
- Berthold, O., Hoffmann, U., Clemens, V., Witt, A. & Fegert, J. M. (2019). Improving child protection in healthcare: peer counseling, education, and research using the example of abusive head trauma. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 62, 960–969. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-02982-2>
- BMJ, BMFSFJ & BMBF (2011). *Abschlussbericht Runder Tisch Sexueller Kindesmissbrauch*. Verfügbar unter http://www.bmjv.de/SharedDocs/Downloads/DE/Fachinformationen/Abschlussbericht_RTKM.pdf?__blob=publicationFile.
- BMVJ (2019). *Verdacht auf sexuellen Kindesmissbrauch in einer Einrichtung – Was ist zu tun?* Verfügbar unter http://www.bmjv.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Verdacht_Kindesmissbrauch_Einrichtung.pdf?__blob=publicationFile&v=8.
- Bundesärztekammer (2021). *(Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (Stand 2021)*. Verfügbar unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Recht/_Bek_BAEK_MBO-AE_Online_final.pdf
- Bundespsychotherapeutenkammer (2007). *Muster-Berufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten*. Verfügbar unter https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20060113_musterberufsordnung.pdf
- Clemens, V., Hoffmann, U., König, E., Sachser, C., Brähler, E. & Fegert, J. M. (2019). Child maltreatment by nursing staff and caregivers in German institutions: A population-representative analysis. *Child Abuse and Neglect*, 95, Art. 104046. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104046>
- Colton, M., Roberts, S. & Vanstone, M. (2010). Sexual abuse by men who work with children. *Journal of Child Sexual Abuse*, 19, 345–364. <https://doi.org/10.1080/10538711003775824>
- Fegert, J. M., Rassenhofer, M., Schneider, T., Spröber, N. & Seitz, A. (2013). *Sexueller Kindesmissbrauch-Zeugnisse, Botschaften, Konsequenzen: Ergebnisse der Begleitforschung für die Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten der Bundesregierung zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs*, Frau Dr. Christine Bergmann. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Heimann, T. & Kölich, M. (2021). Rechtliche Aspekte im Kinderschutz. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 70(1), 6–24. <https://doi.org/10.13109/prkk.2021.70.1.6>
- Jud, A. (2015). Sexueller Kindesmissbrauch. In J. M. Fegert, U. Horrmann, E. König, J. Niehues & H. Liebhardt (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch – Begriffe, Definitionen und Häufigkeiten. Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen: Ein Handbuch zur Prävention und Intervention für Fachkräfte im medizinischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Bereich* (S. 41–49). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Konrad, A., Kuhle, L. F., Amelung, T. & Beier, K. M. (2018). Is emotional congruence with children associated with sexual offending in pedophiles and hebephiles from the community? *Sex Abuse*, 30(1), 3–22. <https://doi.org/10.1177%2F1079063215620397>
- Luepker, E. T. (1999). Effects of practitioners' sexual misconduct: A follow-up study. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 27(1), 51–63.
- Mcalinden, A.-M. (2006). 'Setting 'Em Up': Personal, familial and institutional grooming in the sexual abuse of children. *Social and Legal Studies*, 15, 339–362. <https://doi.org/10.1177/0964663906066613>
- Peter, E. & Bogerts, B. (2010). Sexualstraftaten an Kindern — Wer sind die Täter? Eine Hellfeld — Analyse rechtskräftig abgeschlossener Verfahren auf der Basis der Täter-Opfer-Beziehungen. *Neue Kriminalpolitik*, 22(2), 45–51.
- Pumberger, T. & Eher, R. (2013). *Meinungen von Expertinnen und Experten zur Entstehung und Relevanz pädosexueller Neigungen und Verhaltensweisen bei Männern und zu entsprechenden Ansatzpunkten für eine primäre und sekundäre Prävention. Institut für Gewaltforschung und Prävention*. Verfügbar unter http://www.igf.or.at/downloads/IGF_Praevention_Paedophilie_Projekt_201312.pdf
- Turner, D., Rettenberger, M., Lohmann, L., Eher, R. & Briken, P. (2014). Pedophilic sexual interests and psychopathy in child sexual abusers working with children. *Child Abuse and Neglect*, 38, 326–335. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.07.019>

Autorenschaften

Vera Clemens und Oliver Berthold haben zu gleichen Teilen an dem Manuskript mitgewirkt und teilen sich die Erstautorenschaft.

Dr. Vera Clemens

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm
Steinhövelstraße 5
89073 Ulm
vera.clemens@uni-ulm.de