

Grenzüberschreitungen und sexuellen Missbrauch in Institutionen vermeiden

Jörg M. Fegert

Sexueller Missbrauch ist häufig. Im Vergleich von internationalen Studien aus zwanzig verschiedenen Ländern fanden FINKELHOR et al. (1994) eine Prävalenz für Mädchen zwischen 7 % und 36 % und für Jungen zwischen 3 % und 29 %. Eine Replikation dieser Arbeit (PEREDA et al. 2009) ergab ähnliche Ergebnisse. HÄUSER et al. (2011) berichten auf der Basis einer repräsentativen, retrospektiven Befragung mit dem Childhood Trauma Questionnaire von 12,7 % sexuellen Missbrauch in Kindheit und Jugend in der Allgemeinbevölkerung. Die KFN Befragung 2014 ergab eine Lebenszeitprävalenz sexuellen Missbrauchs bis einschließlich 16. Lebensjahr von 6 % (HELLMANN 2014). Missbrauch ist in unserer Gesellschaft generell bei Mädchen häufiger als bei Jungen und findet am häufigsten in der Familie statt, wenn man sexuelle Übergriffe zwischen Gleichaltrigen, welche den gängigen Definitionen sexuellen Missbrauchs nicht entsprechen (Altersabstand, Machtgefälle), ausklammert. Im Jahr 2010 wurde von betroffenen ehemaligen Schülern des Canisius-Kollegs am Eckigen Tisch sexueller Missbrauch eine breite öffentliche Debatte losgetreten. Die Bundesregierung setzte eine Unabhängige Beauftragte ein. Eine Anlaufstelle für Betroffene wurde eingerichtet, um im Sinne eines Critical Incident Reporting Systems die Forderungen und Empfehlungen der Betroffenen am, ebenfalls von der Bundesregierung eingerichteten, Runden Tisch sexueller Missbrauch diskutieren zu können. Die zentralen Ergebnisse der Anlaufstelle wurde publiziert (vgl. FEGERT et al. 2013 und RASSENHOFER et al. 2013). Zum Thema Missbrauch in Institutionen lagen der Anlaufstelle 1.138 Berichte von Betroffenen vor, welche aufgrund deren Einwilligung zur wissenschaftlichen Auswertung zur Verfügung standen. Nur 9 % der Betroffenen wurden einmal, z. B. während einer Pfadfinderfreizeit oder Sportreise, missbraucht. In 29 % der Fälle fand der Missbrauch innerhalb der Institutionen mehrfach statt und in 62 % der Fälle handelt es sich um einen fortgesetzten, wiederkehrenden Missbrauch. Zitat eines Betroffenen: *»Ich habe als Kind im Internat gelebt. Dort wurde ich missbraucht und musste auch jede Nacht mitanhören, wie meine Zimmergenossen missbraucht wurden. Jeder hatte Nacht für Nacht Angst ›dran‹ zu sein.«* 83 % der Täter waren Männer, in 7 % der Fälle wurden die Taten durch Täterinnen begangen, in 10 % sowohl durch Täter als auch Täterinnen. *»Zusammen mit meiner Schwester musste ich zur Mitarbeiterin nach Hause mitkommen. Dort war auch der ›Lover‹ der Mitarbeiterin. Wir mussten uns ausziehen, die Erzieherin legte sich mit mir ins Bett, meine Schwester und der Lover standen dabei. Beide Erwachsene haben uns angefasst.«* 62 % der damals berichteten Fälle bezogen sich auf einen kirchlichen Kontext, doch gab es auch Fälle aus Vereinen oder aus dem Gesundheitswesen, insbesondere aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie und aus ambulanten psychotherapeutischen Situationen. Ähnlich wie manche katholischen Pfarrer die Beichtsituation ausnutzten, nutzten auch Therapeuten halbverstandene Begrifflichkeiten wie Schweigepflicht bei den Kindern, um ihnen einzuschärfen,

dass diese nicht über das Erlebte sprechen dürften. Eine häufige Täterstrategie war ein scheinbar besonders positives Verhältnis (»Lieblinge«) aufzubauen und mit Belohnungen, Vorteilen, besonders langen Randstunden in der Psychotherapie, privaten Treffen, Mitnahme zu Veranstaltungen etc. oder auch durch Bestrafungen und Drohungen dieses Verhältnis aufrecht zu erhalten.

Präventionsstrategien in Institutionen:

Der Runde Tisch sexueller Kindesmissbrauch hat bei seinen Beratungen eine Mehrebenenstrategie der Prävention mit der Implementierung von Mindeststandards (Unterarbeitsgruppe I des Runden Tisches Kindesmissbrauch) besprochen. Gefordert wird hier die Vorlage eines verbindlichen Schutzkonzeptes, die Durchführung einer einrichtungsinternen Risikoanalyse zu Arbeitsfeld spezifischen Gefährdungspotentialen und Gelegenheitsstrukturen, die Bereitstellung eines internen und externen Beschwerdeverfahrens und eines Notfallplans für Verdachtsfälle. Sicherergestellt werden soll die Hinzuziehung eines/einer externen Berater/Beraterin in Verdachtsfällen. Es soll ein einheitliches Dokumentationswesen für Verdachtsfälle vorgesehen werden. Wichtig sind themenspezifische Fortbildungsmaßnahmen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Des Weiteren wurde die Einholung und Prüfung polizeilicher Führungszeugnisse und die Aufarbeitung und konstruktive Fehlerbearbeitung im Sinne von Prävention und Rehabilitierungsmaßnahmen empfohlen. Kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken, Praxen von Kindern- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Kinderarztpraxen und Kinderkliniken sollen »sichere Orte« für Kinder und Jugendliche sein. Insofern erscheint eine Aufklärung von Kindern über ihre Rechte im Rahmen der Krankenbehandlung erforderlich. Eltern bzw. Sorgeberechtigte sollten über die Beschwerdewege informiert werden. Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für Kinder und Jugendliche sollten benannt werden. An der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie in Ulm wurden z. B. als niederschwelliges Beschwerdesystem für die stationär behandelten Patientinnen und Patienten seit vielen Jahren Telefonanlagen zu den umgebenden Jugendämtern und zum Patientenfürsprecher freigeschaltet (vgl. FEGERT 2014). Um die Kinder auf die Behandlungsabläufe, aber auch ihre Rechte vorzubereiten, wurde für Schulkinder die Informationsbroschüre in Comicform »Was ist denn schon normal?« entwickelt (PIONTKOWSKI 2010). Diese Broschüre enthält auch einen spezifischen Teil für die Sorgeberechtigten mit weiteren Ausführungen zu den Rechten der Kinder. Auf der Ebene der Organisationsentwicklung im Qualitäts- und Beschwerdemanagement müssen Schlüsselprozesse ebenso initiiert werden wie auf der Ebene der Personalentwicklung und der Teamentwicklung. Konkret kann erst davon ausgegangen werden, dass Schutzkonzepte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, in Kurkliniken für Kinder und Jugendliche, in Kinderkrankenhäusern wirksam sind, wenn die betroffenen Kinder und Jugendlichen, die sich dort in Behandlung befinden, tatsächlich über ihre Rechte und über Beschwerdewege Bescheid wissen. Eigentlich haben Träger von Einrichtungen, in denen sich Kinder oder Jugendliche

ganztätig oder für einen Teil des Tages aufhalten, und die zuständigen Leistungsträger gegenüber dem überörtlichen Träger der Jugendhilfe Anspruch auf Beratung bei der Entwicklung und Anwendung fachlicher Handlungsleitlinien zur Sicherung des Kindeswohls und zum Schutz vor Gewalt sowie zu Verfahren der Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an strukturellen Entscheidungen in der Einrichtung sowie zu Beschwerdeverfahren in persönlichen Angelegenheit. Leider haben die zuständigen, überörtlichen Träger, also meist die Landesjugendämter, bislang noch wenig zur Umsetzung dieses Beratungsanspruchs im medizinischen Bereich getan. Das Monitoring des Unabhängigen Beauftragten sexueller Kindesmissbrauch zeigte in der zweiten Erhebungswelle 2013, bezogen auf die Grundgesamtheit von 570 angefragten Kliniken und Fachabteilungen für Kinder und Jugendliche, nur einen Rücklauf von 26 % ausgefüllten Fragebögen. Von diesen, zur Antwort bereiten medizinischen Einrichtungen, hatten 56 % einen Handlungsplan bei vermutetem sexuellem Missbrauch. Betrachtet man Bereiche wie die Risikoanalyse, das Beschwerdemanagement, aber auch die Mitarbeiterfortbildungen, so muss festgestellt werden, dass hier noch deutliche Anstrengungen nötig sind, um generell den Schutz von Kindern vor Übergriffen in Institutionen zu verbessern. In der Praxis ist die Umsetzung einzelner Maßnahmen, wie z. B. die Einholung des erweiterten Führungszeugnisses in regelmäßigen Abständen, nicht einfach zu organisieren. Solche Maßnahmen sind in einer Klinik zustimmungspflichtig, d. h. der Personalrat muss vor einer entsprechenden Dienstanweisung involviert werden. Zu klären ist die Frage, wer die Kosten hierfür trägt und die Mitarbeiterschaft muss klar über Sinn und Zweck dieser Maßnahme informiert werden. Vielerorts werden diese Herausforderungen noch nicht sehr ernst genommen. Wobei einige Fälle, welche dann schnell von der Presse skandalisiert wurden, auch die Leitungsverantwortlichen in Krankenhäusern veranlassen sollten, hier rechtzeitig für Kinder und Jugendliche adäquate Beschwerdesysteme bereit zu halten.

Fazit:

Prinzipiell kann das Gesagte auch in vielen Punkten für die Erwachsenenpsychiatrie gelten, wo es auch zu Gewalt und sexueller Gewalt an Patientinnen und Patienten kommen kann und wo es effektive Beschwerdewege braucht, um hinreichenden Schutz zu gewähren und aus Fehlern lernen zu können. Es geht hier generell um Haltungen. Aus der Sicht der Organisationsforschung kann postuliert werden, dass sowohl die potentiell betroffenen Patientinnen und Patienten, wie die Mitarbeitenden in einer Einrichtung, Mitglieder einer »community of practice« sind, in der informelle Regeln der Organisation weitergegeben bzw. gelernt werden (vgl. GOFFMAN 1973). Übergriffe durch das Personal werden in direkten Interaktionen mit den Patientinnen und Patienten ermöglicht oder auch verhindert. Insofern ist es wichtig, dass auch im Kollegenkreis solches Verhalten oder entsprechende Signale thematisiert und kritisch diskutiert werden. Gerade weil im »Psycho-Bereich« von vielen Laien alles Mögliche als therapeutische Strategie verstanden werden

kann, ist es wichtig transparent über das Vorgehen in der Krankenbehandlung zu informieren. Standesrechtlich muss die für eine effektive Behandlung notwendige Vertrauensbasis zwischen Patienten und Behandler durch ethische Maßstäbe und den Schutz von Patienten vor Übergriffen gewährleistet werden. Leider zeigte eine jüngste, noch unveröffentlichte Umfrage des Unabhängigen Beauftragten sexueller Kindesmissbrauch, die nach einer Anfrage durch die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie durchgeführt wurde, dass das standesrechtliche Vorgehen in Bezug auf das Ruhen der Approbation oder den Entzug der Approbation regional stark abweicht. Hinzu kommt, dass Obergerichte die grundgesetzlich garantierte Berufsfreiheit so hoch einschätzen, dass in der Regel erst der Ausgang oft langwierigen Strafverfahren abgewartet wird. Handlungsfähigkeit zum Schutz von Betroffenen (Agency) wird nur in Beziehungen und Strukturen erreicht. Gerade in der psychiatrischen Behandlung geht es darum, Präventionskonzepte zur Vorbeugung von Übergriffen zu leben und immer wieder neu zu überprüfen.

Literatur

- FEGERT, J. M./RASSENHOFER, M./SCHNEIDER, T./SPRÖBER, N./SEITZ, A. (ed) (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«, Juventa Beltz.
- FEGERT, J. M. (2014): »Beteiligungs- und Beschwerdemöglichkeiten für Kinder und Jugendliche in der Kinder- und Jugendpsychiatrie«, Frühe Kindheit – die ersten sechs Jahre, vol. 17, no. 2, pp. 14–21.
- FINKELHOR, D. (1994): »The international epidemiology of child sexual abuse«, Child Abuse & Neglect, vol. 18, no. 5, pp. 409–417.
- GOFFMAN, E. (1973): »Deutsche Ausgabe: Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen«. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- HÄUSER, W./SCHMUTZER, G./BRÄHLER, E./GLAESMER, H. (2011): »Misshandlungen in Kindheit und Jugend: Ergebnisse einer Umfrage in einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung. Maltreatment in childhood and adolescence: results from a survey of a representative sample of the German population«, Deutsches Ärzteblatt international, vol. 108, no. 17, pp. 287–294.
- HELLMANN, D. F. (2014): Repräsentativbefragung zu Viktimisierungserfahrungen in Deutschland Forschungsbericht Nr. 122 des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen, Hannover.
- PEREDA, N. GUILERA, G./FORNS, M./GOMEZ-BENITO, J. (2009): »The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: a meta-analysis«, Clinical psychology review, vol. 29, no. 4, pp. 328–338.
- PIONTKOWSKI, C./MORS, C./FEGERT, J. M. (2010): Was ist denn schon normal? Mein Aufenthalt in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm (http://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/Kliniken/Kinder_Jugendpsychiatrie/Dokumente/WebversionWIDSN.pdf).
- RASSENHOFER, M./SPRÖBER, N./SCHNEIDER, T./FEGERT, J. M. (2013): »Listening to victims: Use of a Critical Incident Reporting System to enable adult victims of childhood sexual abuse to participate in a political reappraisal process in Germany«, Child Abuse & Neglect, vol. 37, no. 9, pp. 654–663.