

Eva Arnold, Beatrix Franke, Monika Holzbecher,
Franz-Josef Illhardt, Renate Lezius-Paulus, Andreas Wittrahm (Hrsg.)

Ethik in psychosozialen Berufsfeldern



Materialien für Ausbildung und Praxis



GwG-Verlag

Eva Arnold, Beatrix Franke, Monika Holzbecher, Franz-Josef Illhardt,
Renate Lezius-Paulus, Andreas Wittrahm (Hrsg.)

Ethik in psychosozialen Berufsfeldern

Materialien für Ausbildung und Praxis



GwG-Verlag Köln

Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V.

© 2006 GwG-Verlag, Köln
Redaktion und Umschlagfoto: Thomas Reckzeh-Schubert
Layout: Oliver Matußek
ISBN: 978-3-926842-38-1

Inhalt

Vorwort

<i>Monika Holzbecher</i>	5
--------------------------------	---

Einleitung

<i>Eva Arnold</i>	6
-------------------------	---

Teil I: Aufsatzsammlung

Ethische Grundlagen für personzentriertes Handeln in Therapie und Beratung <i>Eva Arnold, Franz-Josef Illhardt, Andreas Wittrahm</i>	9
---	---

Philosophische Gedanken zu einer personzentrierten Berufsethik <i>Eckart Ruschmann</i>	20
---	----

Warum eine Entscheidung eine gemeinsame Entscheidung ist <i>Franz Josef Illhardt, Beatrix Franke</i>	27
---	----

Ethik in der Kinder -und Jugendpsychotherapie <i>Renate Lezius-Paulus</i>	34
--	----

Grenzverletzungen in der therapeutischen Beziehung <i>Monika Holzbecher</i>	39
--	----

Sexuelle Grenzüberschreitungen in der Therapie – Macht und Abwehr im gesellschaftlichen Umgang mit sexueller Gewalt <i>Monika Holzbecher</i>	45
--	----

Teil II: Materialien und Anregungen für die praktische Umsetzung

Methodische Einführung <i>Eva Arnold</i>	51
---	----

Bausteine für die Ausbildungspraxis <i>Monika Holzbecher</i>	58
---	----

Bausteine

1. Was ist mit „Ethik“ gemeint?	61
2. „Gerechtigkeit“ und „Neutralität“ als ethische Prinzipien	62
3. Die Bandbreite möglicher Grenzverletzungen	64
4. Ethik im beruflichen Regelwerk und in der Selbstverpflichtung	66
5. Der Personzentrierte Ansatz und ethisches Verhalten	70
6. Umgang mit ethischen Konflikten	71
7. Ethik und Arbeitsatmosphäre	73
8. Arbeitsklimatische Umfeldanalyse	75
9. Verwicklungen	77
10. Berufsspezifische ethische Fragestellungen	79
11. Die „Befindlichkeit“ des Profis	81
12. Persönliches Konfliktverhalten	82
13. Ethik und Wertewandel	85
14. Rechtliche Grundlagen	87

Teil III: Sammlung Fallbeispiele

Gebrauchsanleitung <i>Monika Holzbecher</i>	92
Fallkonstellationen <i>Monika Holzbecher</i>	94
1. Grenzsituationen (Eva Arnold und Monika Holzbecher)	94
2. Unerwünschte Gefühle	96
3. Intime Grenzen	97
4. Umgang mit Vereinbarungen	99
5. Rechtliche Aspekte	100
6. Sexualisierte Grenzverletzungen im Arbeitsalltag von sozialen Einrichtungen und Kliniken . . .	101
7. Berufsspezifische Variationen einer Situation	103
8. Beispiele aus der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen und aus der Familienberatung (Renate Lezius-Paulus)	106
9. Ethische Konflikte, die aus divergierenden Werten/Arbeitsaufträgen etc. resultieren können . . .	110
10. Spezielle Aspekte und Konfliktsituationen in der Ausbildung	111

Teil IV: Rechtliche Aspekte und Regelungen

<i>Monika Holzbecher</i>	113
Regelungen innerhalb der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)	113
Übergreifende Rechtsgrundlagen	113

Anhang

Ethische Richtlinien der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)	117
---	-----

Vorwort

Monika Holzbecher

Ethische Fragen und auftretende Konflikte, bei denen diesbezügliche Aspekte von Bedeutung sind, werden in der professionellen Arbeit zunehmend diskutiert. Nahezu alle Verbände und Organisationen haben ethische Richtlinien und Kodizes für ihren Zuständigkeitsbereich verabschiedet und Verfahrenswege (z. B. Schiedsstellen) geschaffen, die bei Verstößen gegen die geltenden Vereinbarungen genutzt werden können.

Da jedoch der präventiven Arbeit, d. h. der Verhinderung von Konflikten in diesem schwierigen Aktionsfeld ein erhöhter Stellenwert zukommt, wird es als notwendig angesehen, bereits während der Aus- und Fortbildung anzusetzen und das Thema zu einem verpflichtenden Ausbildungsgegenstand werden zu lassen.

In den Ausbildungsgängen der GwG ist dies bereits in den jeweils geltenden Richtlinien verankert worden. Das vom verbandsinternen Ausschuss für ethische Angelegenheiten und Beschwerden erstellte Handbuch hat das Ziel, Anregungen zu bieten, wie dieses Ausbildungsmodul mit Inhalt gefüllt werden kann und wie ethische Aspekte unterschiedlicher Art innerhalb der personenzentrierten Ausbildung thematisiert werden können. Neben

sexuellen Grenzverletzungen wird eine große Vielfalt an Verunsicherungen und Konflikten angesprochen, die sich in psychosozialen Arbeitsfeldern ergeben und die zu nachhaltigen Störungen im Vertrauensbereich führen können. Fragen des Arbeitsklimas, des Umgangs auf der kollegialen Ebene sind hierbei eben so wichtig wie der professionelle Kontakt mit dem jeweiligen Klientel.

Spezifische Arbeitsfelder und dort auftretende Störungen, z. B. Konflikte im Schulalltag (Mobbing, zunehmende verbale und körperliche Gewalt) oder Gewissenskonflikte, die auf der Ebene von Managemententscheidungen bei Coaching thematisiert werden, konnten angesichts der Fülle an beruflichen ethischen Fragestellungen nur ansatzweise berücksichtigt werden.

Es ist jedoch ein Folgeband geplant, in dem Berufsgruppen „zu Wort kommen“ sollen, die in diesem Handbuch, das eine eher allgemeine Einführung beabsichtigt, keinen angemessenen Raum erhalten konnten.

Wir wünschen trotz des ernststen Themas viel Freude bei der Umsetzung unserer Vorschläge!

Einleitung

Eva Arnold

In den letzten ein bis zwei Jahrzehnten ist in Deutschland über die ethischen Grundlagen professionellen Handelns zwar nicht lautstark, aber kontinuierlich diskutiert worden. Anlass für solche Diskussionen waren häufig Klagen von (ehemaligen) Psychotherapieklientinnen, die durch sexuelle Übergriffe ihres Therapeuten (seltener: ihrer Therapeutin) geschädigt worden waren. Von diesen Fällen ausgehend – die inzwischen auch rechtlich eindeutig als Fehlverhalten einzuschätzen sind – haben sich Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Berater, Supervisorinnen, Coaches und Weiterbildner mit den berufsethischen Implikationen zahlreicher anderer Themen auseinandergesetzt, z. B. mit der Autonomie des Klienten/der Klientin in Bezug auf die Wahl therapeutischer Mittel, mit Fragen der Verteilungsgerechtigkeit beim Zugang zu Therapie und Beratung oder mit dem Recht der Therapeuten, den Lebensstil ihrer Klienten zu beeinflussen.

Die meisten Berufs- und Fachverbände der psychosozialer Berufe haben in den letzten zehn Jahren berufsethische Grundsätze oder Richtlinien erlassen, darunter auch die Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG). Diese Vereinbarungen sollen einen doppelten Zweck erfüllen: Sie sollen den Mitgliedern Orientierungshilfe geben, aber auch die Öffentlichkeit darüber informieren, welche „Spielregeln“ Psychotherapeutinnen und Berater einhalten müssen. Berufsethische Richtlinien bieten darüber hinaus den Ethik-Kommissionen oder Schlichtungsstellen der Verbände eine Handhabe, um Beschwerden gegen ihre Mitglieder nachzugehen. Diese Funktionen erfüllen auch die Ethischen Richtlinien der GwG, die allen Mitgliedern zugeschickt und auf der Homepage der GwG veröffentlicht wurden (www.gwg-ev.org).

Die Idee zu den hier vorliegenden Materialien entstand einige Zeit nach der Verabschiedung der Ethischen Richtlinien im „Ausschuss für Ethische Angelegenheiten und Beschwerden“ der GwG. Nachdem das Thema „Berufsethik“ auch in den Ausbildungsrichtlinien verankert worden war,

stellte sich die Frage, wie das Thema konkret in den Ausbildungsgängen angesprochen werden sollte. Die Antwort der Ausschussmitglieder auf diese Frage ist die vorliegende Materialsammlung zum Thema.

Der Überzeugung der Ausschussmitglieder, dass „Berufsethik“ im Allgemeinen und „Ethik im klientenzentrierten Ansatz“ im Besonderen weniger ein Regelwerk als eine Haltung ist, die im Kontakt zu Klientinnen und Klienten, Kolleginnen und Kollegen zum Ausdruck kommt, ist eine Sammlung von Texten entstanden, die sich als Anstoß zur Diskussion versteht. Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer, Ausbilderinnen und Ausbilder sind eingeladen, aus dem präsentierten Material ihre eigene Auswahl zu treffen – und diese durch eigene Inhalte und Fragen zu ergänzen.

Die Materialsammlung gliedert sich in vier Abschnitte:

Im ersten Abschnitt sind Aufsätze zum Thema „Berufsethik“ und „personzentrierte Ethik“ gesammelt, die der Einführung dienen können. Sie bieten theoretische Differenzierungen und können im Selbststudium erarbeitet und in der Ausbildungsgruppe diskutiert werden. Neben der Frage nach der personzentrierten Ethik werden speziellere Aspekte bearbeitet, die in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen und in der Arbeit mit Klientinnen und Klienten anderer kultureller Herkunft aktuell werden können.

Im zweiten Abschnitt geht es um die Frage, mittels welcher Methoden das Thema „Berufsethik“ in die Ausbildung eingebracht werden kann. Dieser Abschnitt wendet sich vornehmlich an Ausbilderinnen und Ausbilder, die die Arbeit an diesem Thema planen. Vorgeschlagen wird ein variantenreicher Umgang mit berufsethischen Fragen, wobei die Beschäftigung mit so genannten „Fallvignetten“ besonders empfohlen wird. Darüber hinaus werden weitere Möglichkeiten vorgestellt das Thema einzuführen. 14 Bausteine bieten die Möglichkeit, zu unterschiedlichen ethischen As-

pekten in der Arbeitswelt Anregungen zu erhalten, die für eine vertiefende Bearbeitung geeignet sind. Zu diesem Abschnitt gehört auch der Bezug zwischen Berufsethik und Berufsrecht.

Im dritten Abschnitt wurden Fallbeispiele zusammengestellt, die Anlass zur Diskussion über berufsethische Fragen geben können. Die Fallbeispiele entstammen nicht nur der Psychotherapie und Beratung, sondern einer breiten Palette von Handlungsfeldern, in denen Mitglieder der GwG tätig sind. Der Ausschuss ist sich allerdings des Umstandes bewusst, dass es nicht gelingen konnte, sämtliche Anwendungsbereiche angemessen abzubilden. Er bittet die Nutzer dieser Materialsammlungen, die hier vorgelegte Sammlung durch eigene Fallbeispiele zu ergänzen.

Im vierten Abschnitt werden die Regelungen innerhalb der GwG vorgestellt und die übergreifenden rechtlichen Grundlagen zusammengefasst.

Der Ausschuss hofft, mit diesem Band Interesse für die gesamte Breite berufsethischer Aspekte in den Handlungsfeldern der GwG-Mitglieder zu wecken und wünscht allen Leserinnen und Lesern engagierte und ertragreiche Diskussionen.

Teil I

Aufsatzsammlung

Ethische Grundlagen für personzentriertes Handeln in Therapie und Beratung

Eva Arnold, Franz-Josef Illhardt, Andreas Wittrahm

Seit Anfang der 90er Jahre gibt es in der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie einen „Ausschuss für ethische Fragen und Beschwerden“, ursprünglich als „Ethik-Kommission“ gegründet. Im folgenden drucken wir einen Aufsatz in überarbeiteter Form nochmals ab, mit dem sich die Ethik-Kommission beim Aachener Kongress 1995 und sodann in der GwG-Zeitschrift erstmalig in der verbandlichen Öffentlichkeit der Diskussion stellte. Zu Beginn der 90er-Jahre war das Thema der Ethik in der Psychotherapie in allen Therapieverbänden aktuell geworden, nachdem Berichte von sexuellen Übergriffen in Therapie und Beratung die Öffentlichkeit sensibilisiert hatten. Im Zuge der Beschäftigung mit ersten Anfragen und Beschwerden in der Ethik-Kommission stellte sich jedoch heraus, dass dieses Thema auch in der GwG zwar keinesfalls vernachlässigt werden durfte, dass das Spektrum möglicher Verletzungen ethischer Standards jedoch weit über die Frage der persönlichen Integrität hinausging. Anfragen bezüglich der Verknüpfung von Geschäft und Heilkunde, aber auch von Geschäft und Ausbildung, Beschwerden über mögliche Verletzungen der therapeutischen Sorgfaltspflicht bis hin zu Anfragen über den Umgang mit einer möglichen Verstrickung von Therapeuten in den Staatssicherheitsdienst der DDR beschäftigten die Ethik-Kommission. Dazu galt es ein Fundament zu erarbeiten, das die Bedeutung der Ethik im Sozialberuf, die Möglichkeiten ethischer Standards in Therapie und Beratung und nicht zuletzt eine Reflexion auf mögliche spezifische Rahmenbedingungen für eine Ethik im Personzentrierten Ansatz umfasste. Damit schuf der Ausschuss für ethische Fragen und Beschwerden Grundlagen, um auf gesicherter argumentativer Basis zunächst Ethik-Richtlinien für den Verband zu entwerfen und auf diesem Hintergrund in Beschwerdefällen Hinweise zu geben und ggf. auch Missbilligungen auszusprechen.

Allerdings war uns schon bald klar, dass auch in diesem Bereich das eigentliche Anliegen lauten muss, durch Aus- und Fortbildung der im personzentrierten Bereich Tätigen, d. h. durch Sensibilisierung, durch Information, Bewusstseinsbildung und Training ethisches Fehlverhalten zu minimieren. Der folgende Beitrag dokumentiert darum einerseits die Grundlage für das Argumentieren und Handeln, die wir für den Ausschuss für ethische Fragen und Beschwerden geschaffen haben. Zugleich verstehen wir ihn als Einführung in eine Auseinandersetzung mit ethischen Fragen in der Aus- und Weiterbildung, die wir in den folgenden Beiträgen zunächst vertiefen und sodann mit Hilfe von Fallbeispielen und praktischen Übungsvorschlägen für die Ausbildungspraxis zugänglich machen möchten.

1. Berufliche Ethik in human- und sozialwissenschaftlichen Berufen

Dass Ethik immer zu spät und den praktischen Fragen des Lebens nicht gewachsen ist, dürfte trotz des Ethikbooms zur Zeit immer noch ein verbreitetes (Vor-) Urteil sein. Oscar Wilde formulierte es in seinem Stück „Ein idealer Gatte“ so: Sir Robert Chiltern hatte sich vor Jahren an einem unlauteren Projekt beteiligt. Jetzt, Jahre später, saß er reich und anerkannt im House of Lords und konnte sich einen Skandal nicht leisten. Andererseits drohte ihm eine frühere Freundin seiner Frau, ihn vor seiner Frau als korrupten Politiker und untreuen Ehemann bloßzustellen, wenn er nicht ein windiges, aber lukratives Projekt gegen die Politik des Oberhauses, dem er ja angehörte, unterstützte. Er hatte die Wahl: politischer Skandal oder Ehekrise. Den befreundeten Lord Goring bat er um Rat, und der macht ihm klar, dass ein Politiker – Moral hin oder her – sich eindeutig „verantwortungsethisch“ (so

würde man heute sagen) entscheiden muss. Und dazu gehöre, gewagte, wenn auch unehrenhafte Projekte mitmachen und trotzdem nach außen ein Ehrenmann sein zu wollen. Enge moralische Bedenken will er zerstreuen, wenn er sagt:

„... in England ist ein Mann, der nicht zweimal die Woche vor einem großen, gewöhnlichen, unmoralischen Publikum Moral predigen kann, als ernsthafter Politiker nicht denkbar. Es würde ihm kein Beruf mehr übrig bleiben, außer in der Botanik oder der Kirche. Ein Schuldbekennnis hat keinen Zweck. Es würde dich ruinieren.“

Oscar Wilde, 1885

Ein Konflikt taucht auf: Wird an den Folgen gemessen, wie – grundsätzlich sind die professionellen Probleme des 19. Jahrhunderts denen unserer Tage ähnlich – man sich verhalten soll? Oder soll man Moral eher als Verhalten sehen, das an hehren Prinzipien innerer Güte gemessen wird? Dieses Problem besteht noch heute als die unklare Frage, ob Ethik konsequentialistisch oder deontologisch sei. Wilde hätte sich seinen antimoralischen Zynismus schenken können, wenn er nicht irgendwie die Herausforderung gespürt hätte, Moral im beruflichen Alltag zu verwirklichen, das alltägliche Verhalten nicht nur als bloße professionelle Attitüde zu sehen, eben als etwas, das gemessen werden muss. Dazu folgende Geschichte von Immanuel Kant:

„Die Vorschriften für den Arzt, um seinen Mann auf gründliche Art gesund zu machen, und für einen Giftmischer, um ihn sicher zu töten, sind insofern von gleichem Wert, als eine jede dazu dient, ihre Absicht vollkommen zu bewirken.“

Immanuel Kant, 1785

Natürlich sind Arzt und Giftmischer – oder allgemeiner gesagt – der sozial und der antisozial Handelnde, sehr verschieden; aber nicht – das ausschließlich betont Kant –, wenn man sie nur unter dem Blickwinkel der Anwendung ihrer Berufsregeln betrachtet. Die wichtigste Konsequenz daraus ist, dass man an die Probleme nicht nur strategisch herangehen, also nicht nur zweckrational denken darf. Hinter der professionellen Außenseite muss das Nachdenken über Ziele und ihren Wert Platz haben. Zugegeben, Ziele zu reflektieren, ist ganz und gar subjektiv, aber warum auch nicht? Es kommt doch darauf an, Transparenz der Ziel- und Prioritätensetzung, also Subjektivität zu ermögli-

chen. Das gilt für alle, die professionell handeln, z. B. den Psychotherapeuten, aber auch die davon Betroffenen, ihre Klienten also.

Als Anhaltspunkte für die Bewertung der Ziele sollen Fragen nach den vier Kriterien formuliert werden, die in Anlehnung an Beauchamp & Childress (1989) formuliert wurden:

- Zentralität: Wie deutlich betrifft ein Ziel das, was einem Menschen in seinen Interaktionen wichtig ist?
- Finalität: Unterstützt ein konkretes Ziel die anderen Ziele, die sich ein Mensch gesetzt hat?
- Universalität: Ist dieses Ziel auch dann noch gut, wenn es von anderen Menschen gewählt wird?
- Nützlichkeit: Fördert das Ziel das Wohlergehen des Handelnden und der anderen Menschen, die davon betroffen sind?

Diese vier Kriterien sind eher universal; konkrete Ausformulierungen des Prinzipiellen aber sind die beiden folgenden Punkte, die

1. Identität und
2. Gegenseitigkeit ermöglichen.

Diese beiden Punkte stehen den Kriterien „Zentralität“ und „Universalität“ sehr nahe.

zu 1.: Identität ermöglichen

Ein leider sehr verbreiteter Irrtum versteht unter ethischer Orientierung des Handelns, dass man von Prinzipien, Normen und Regelkatalogen ausgeht. Aber je weniger wir von solchen quasi objektiven ethischen Vorgaben ausgehen können (ganz einfach deswegen, weil wir sie in unserer pluralistischen Situation nicht mehr als von außen autorisierte Regeln akzeptieren können), desto leichter fällt es uns, den sehr dynamischen Aspekt der Ethik zu sehen: nämlich, dass jemand sein Leben gestaltet und in dieser Gestaltung seine Wertentscheidungen und Wertvorzüge sichtbar werden. Jemand erzählt eine Episode aus seinem Leben und gibt darin zu erkennen, was eben diese Wertentscheidungen und Wertvorzüge sind. Die gilt es zu erkennen, nicht zu kritisieren oder zu

desavouieren. Es geht nicht darum, Moral, also fromme, aber externe Prinzipien zu predigen, wie Oscar Wilde sagen würde. Ethik will und kann, auch wenn wir sie heute mehr als Philosophie unserer moralischen Regeln ansehen, die Weichen für ein gelungenes Leben stellen. Nach einer alten Definition galt sie gar als

„Kunst des guten und glücklichen Lebens (ars bene beateque vivendi)“

Henry More, 1679

Das ist der Ansatz der sog. narrativen Ethik. Narrativ (=erzählend) „bezeichnet ein Textschema, das in allen Kulturen für die Ordnung von Erfahrung und Wissen grundlegend ist“ (K. Stierle, 1984). Das Besondere am narrativen Ansatz der Ethik ist die Beobachtung, dass Geschichten, die jemand erzählt, diese Ordnung von Erfahrung und Wissen verraten, wenn sie richtig verstanden werden. Ordnung gründet immer auf dem, was dem Erzähler wichtig ist, auf seinen Wertvorzügen also. Insofern ist sie ein Hinweis darauf, wie und wer jemand „sein“ will. Eine Maxime, formuliert als „ich will...“, ist erst bedeutsam durch ihre Basisvision, ist mehr als nur abstrakte und kognitive Norm, sie stellt Identität her. G. H. Mead (1937) sah diesen Begriff für die Ethik als wichtiger an als den Systemkonflikt der Ethik (zwischen „konsequentialistischer“ und „deontologischer“ Orientierung [dazu siehe den Anfang des Aufsatzes]). Geschichten sagen viel über den Entwurf meiner Identität.

zu 2.: Gegenseitigkeit ermöglichen

Ein Gewährsmann der Psychologie und Medizin ist Victor von Weizsäcker, er transformierte die Medizin zur psychosomatischen Medizin. Er hat die ärztliche Ethik kritisiert, nicht weil er etwas gegen moralphilosophische Überlegungen in seinem Fach hatte, sondern weil er Ethik, die er damals kannte, als Einweg-Ethik (vom Arzt zum Patienten) und nicht als Gegenseitigkeitsethik im sozialen Umfeld erlebte.

„Mir fehlt in den früheren ärztlichen Sitten und Systemen die Lösung des Problems der Gegenseitigkeit ... Was wertvoll ist, das soll im Sinne der Gegenseitigkeit gefunden werden.“

Victor von Weizsäcker, 1948

Ziel einer Berufsethik oder für berufliches Handeln angewandten Ethik ist sicherzustellen, dass Norm- und Wertfragen im Sinne der Gegenseitigkeit gelöst werden. „Wert“ ist ein Begriff, der sehr in Misskredit gekommen ist, weil er vielfach als etwas Metaphysisches missverstanden wird; aber eigentlich ist „Wert“ das, was mir wichtig und erstrebenswert ist, also mein Entwurf von mir selber, von meiner Art zu leben und von meinen Beziehungen (Identität). Der Philosoph W. Zimmerli (1983) spricht darum von der „konvivalen Funktion“ der Werte. Ihr zentraler Aspekt ist, dass eine Handlung erst dann ein Kandidat für eine Handlung von humaner Qualität ist, wenn sie Gegenseitigkeit in den Blick hebt.

Der Philosoph W. Kamlah formulierte in Anlehnung an Kants kategorischen Imperativ als Grundnorm der Moral:

„Beachte, dass die Anderen bedürftige Menschen sind wie du selbst, und handle demgemäß.“

W. Kamlah, 1973

Zusammenfassung

Human- und sozialwissenschaftliche Berufe müssen davon ausgehen, dass professionelles Handeln niemals nur Handeln nach Standards des Berufs sein kann. Das Nachdenken über die Ziele ist ihr Bestandteil. Eine erste Annäherung an diese Transparenz der Ziele sind die Wertkomplexe der Identität und der Gegenseitigkeit. Werden sie ausgeblendet oder in bloß strategischem Handeln vergessen, wird der Anspruch der human- und sozialwissenschaftlichen Berufe verraten. Gerade die Gesprächspsychotherapie beweist das, wenn sie auf Prozessvariablen wie Verstehen, Akzeptanz und Echtheit gegründet ist. Ethik ist für sie so etwas wie Qualitätssicherung.

2. Grundfragen berufsbezogener Ethik im psychotherapeutischen Bereich

2.1 Warum bedarf es ethischer Standards für die psychotherapeutische Praxis?

Wir gehen von der Überzeugung aus, dass psychotherapeutische Arbeit immer auch ethische Fragen berührt, die durch die Eigenart der Beziehung

zwischen Therapierenden und ihrer Klientel begründet sind. Das Thema psychotherapeutischer Gespräche sind persönliche Verletzlichkeiten des Klienten bzw. der Klientin, die während der Behandlung möglichst rückhaltlos offen gelegt werden sollen. Auf diese Weise entsteht eine asymmetrische Beziehung, in der sich der Therapeut bzw. die Therapeutin in einer Machtposition befindet. Klientinnen und Klienten sind nicht zu jeder Zeit in der Lage, die Motive des Therapeuten bzw. der Therapeutin zu durchschauen, sinnvolle von sinnlosen Interventionen zu unterscheiden oder sich gegen Fehlbehandlungen und Zumutungen zu verwahren. Sie können in dieser Situation relativ leicht ausgebeutet werden – z. B. sexuell, finanziell oder emotional. Von Therapierenden muss deshalb erwartet werden, dass sie sich ihrer Verantwortlichkeit bewusst sind und darauf verzichten, therapeutische Beziehungen zur Befriedigung eigener Bedürfnisse auszunutzen.

2.2 Welchen ethischen Prinzipien soll psychotherapeutisches Handeln folgen?

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass psychotherapeutisches Handeln nicht nur methodischen, sondern auch ethischen Grundsätzen verpflichtet ist. Eine offene Frage ist jedoch, ob sich allgemeingültige ethische Prinzipien formulieren lassen, die für therapeutisches Handeln gelten, oder ob sich die Leitlinien des Handelns nur je im Einzelfall, aus den konkreten biographischen Zusammenhängen der Beteiligten ableiten lassen, wie es in der „narrativen Ethik“ (s. o.) diskutiert wird.

Der Literatur lassen sich einige Vorschläge für allgemeine, ethische Prinzipien der psychologischen bzw. psychotherapeutischen Arbeit entnehmen:

Der Berufsverband Deutscher Psychologen (1986) nennt in der Präambel zur Berufsordnung zwei Grundsätze, die sich als ethische Prinzipien auslegen lassen, nämlich

1. Verantwortung, d. h. soziale Verantwortung, das Vertrauen von Ratsuchenden nicht zu missbrauchen und die Autonomie des Individuums zu achten;
2. Kompetenz, d. h. die Verpflichtung, höchstmögliche Kompetenz in seinem Tätigkeitsbe-

reich anzustreben und Aufträge, die die eigenen Kompetenzen überschreiten, abzulehnen.

Damit werden zwei Bezugspunkte angesprochen, die als Maßstab für psychologische Berufstätigkeiten gelten können: die Rechte und Bedürfnisse derjenigen, die von psychologischer Arbeit betroffen sind, sowie die Erfordernisse, die sich aus dem aktuellen Stand psychologischen Wissens ergeben.

In ähnlicher Weise formuliert die American Psychological Association (APA) für ihre Ethik-Richtlinien (1992) sechs Grundprinzipien für professionelles Handeln:

1. Kompetenz
2. Integrität
3. Fachliche und wissenschaftliche Verantwortung
4. Respektieren der Menschenrechte und der Menschenwürde
5. Sorge um das Wohl anderer
6. Soziale Verantwortung

Speziell für den Bereich der Psychotherapie formuliert Kitchener (1984) fünf Prinzipien:

1. Respekt vor der Autonomie anderer Personen (autonomy)
2. Sorge um das Wohlergehen anderer (beneficence)
3. Schadensvermeidung (nonmaleficence)
4. Gerechtigkeit (justice)
5. Gewissenhaftigkeit (fidelity)

Vergleicht man diese Vorschläge, so wird deutlich, dass die genannten Prinzipien einander kaum widersprechen, sondern weitgehend ineinander überführbar sind. Es scheint also einen weitgehenden Konsens über die berufsethischen Prinzipien psychologischer Tätigkeit zu geben. Allerdings wollen einige Autoren (z. B. Jordan & Meara, 1990) diese Grundsätze nicht als Merkmale der Tätigkeit, sondern als Charaktereigenschaften der psychotherapeutisch Tätigen verstanden wissen. Sie argumentieren, dass es nicht um „Prinzipien“ des professionellen Handelns geht, sondern um eine Haltung, die in der Persönlichkeit des bzw. der Therapierenden verankert ist. Sie sprechen deshalb von „Tugenden“, die den professionellen Charakter auszeichnen sollen. Die Liste der erwünschten guten Eigenschaften ist lang und ent-

hält u. a. Umsicht, Verschwiegenheit, Ausdauer, Mut, Integrität, soziale Gesinnung, Bescheidenheit und Hoffnung.

2.3 Wie sollen Ethik-Richtlinien gestaltet werden?

Ethische Prinzipien sind, auch wenn sie in der Regel ausführlicher erläutert werden, im konkreten Einzelfall auslegungsbedürftig. Einige Psychologen- und Therapieverbände haben sich daher entschlossen, konkret formulierte ethische Richtlinien zu erlassen, die sich auf Tätigkeitsfelder beziehen (z. B. Erstellen von Gutachten, Durchführung von Forschungsprojekten, therapeutische Arbeit) und einzelne Tätigkeiten (Erheben von Daten, Werbung, Tauschgeschäfte, sexuelle Kontakte). Solche Richtlinien empfehlen bestimmte Handlungsweisen und verbieten bestimmte Handlungen, die das Klientel schädigen können, z. B. sexuelle Kontakte zwischen Therapierenden und Klientinnen bzw. Klienten. Die differenziertesten Regeln für psychologische Tätigkeiten hat unseres Wissens die American Psychological Association (APA) erlassen (APA 1992). Sie wurden erstmals 1952 verabschiedet und sind seitdem mehrfach überarbeitet und geändert worden; regelmäßig werden Berichte über Verstöße gegen diese Richtlinien und verhängte Sanktionen vorgelegt (vgl. Arnold 1994).

Über die Notwendigkeit und den Nutzen von Ethik-Richtlinien ist heftig diskutiert worden (z. B. Bambeck & Wolters, 1981; Braun, 1975; Discussion an ethics, 1952, Wienand, 1982). Die Gegner von Richtlinien vertreten z. B. die Ansicht, sie seien unnötig, da Psychologinnen und Psychologen selbst in der Lage sein müssten, die Vertretbarkeit ihres Handelns zu beurteilen. Häufiger wird das Argument angeführt, dass psychologische Tätigkeiten grundsätzlich zu komplex seien, um in allgemeingültige Richtlinien gefasst zu werden. Jeder Ethik-Kodex sei grundsätzlich lückenhaft und unvollständig, auch weil immer wieder neue Problemfelder in das Bewusstsein rücken, die früher gar nicht wahrgenommen wurden. Mit diesem Argument verbindet sich die Befürchtung, dass ein Ethik-Kodex geradezu dazu herausfordern könnte, sich buchstabengetreu an die Bestimmungen zu halten. Die Befürworter einer Kodifizierung heben dagegen vor allem drei Vorteile expliziter Regeln hervor. Erstens sind sie

geeignet, zur Aufklärung über ethische Standards beizutragen, und zwar sowohl bei den Mitgliedern der Vereinigung wie auch in der Öffentlichkeit. Zweitens wird die Befürchtung geäußert, dass andere Institutionen, die mit psychologischer Tätigkeit nicht vertraut sind (z. B. der Gesetzgeber) unangemessene Regeln erlassen könnten, wenn der Berufsstand diese Aufgabe vernachlässigt. Drittens seien explizite Regeln unerlässlich, damit die Berufsorganisationen Sanktionen gegen Mitglieder verhängen können, die in grober Weise gegen ethische Grundregeln verstoßen.

Entschließt man sich dazu, ethische Richtlinien zu erarbeiten, ist vor allem die Frage zu klären, welche Reichweite die Regeln haben sollen. Zu unterscheiden ist zwischen „Minimalregeln“ und „Maximalvorstellungen“ (vgl. Welfel & Kitchener, 1992). „Minimalregeln“ sind Bestimmungen, die zum Schutz der Klientel absolut notwendig sind, um Schaden zu vermeiden. „Maximalvorstellungen“ gehen über diese notwendigen Schutzbestimmungen hinaus und beschreiben Therapeutenverhalten, das von der jeweiligen Organisation als besonders wünschenswert betrachtet wird. Die Aufgabe einer Kommission, die Richtlinien zu erstellen hat, unterscheidet sich in beiden Fällen erheblich. Im ersteren Fall, bei der Formulierung von „Minimalstandards“, ist die Aufgabe der Erstellung von Ethik-Richtlinien wahrscheinlich verhältnismäßig einfach. Es handelt sich um eine begrenzte Anzahl von Grundregeln, die besonders grobe Formen von Fehlverhalten verbieten und mit entsprechenden Sanktionen bedrohen. Es dürfte nicht sehr schwer sein, Konsens über derartige Minimalbestimmungen zu erreichen, da es sich überwiegend um Verhaltensweisen handeln dürfte, von deren Unrechtmäßigkeit ein großer Teil der Mitglieder ohnehin überzeugt ist. Im letzteren Falle würde es den Ethik-Richtlinien zufallen, wünschenswertes Therapeutenverhalten in möglichst vielen Facetten konkret zu beschreiben – eine äußerst aufwendige Angelegenheit, zumal ein beträchtlicher Teil der Vorstellungen wahrscheinlich kontrovers sein würde. Der Orientierungswert von Maximalstandards dürfte allerdings erheblich höher sein als von Minimalregeln.

Bei der Formulierung von Ethik-Richtlinien ist auch zu beachten, dass es Bereiche des psychotherapeutischen Handelns gibt, die bereits gesetzlich geregelt sind (z. B. Datenschutz). Diese Bereiche brauchen nicht explizit geregelt zu werden. Es ist

darauf zu achten, dass die Ethik-Richtlinien nicht mit solchen juristischen Bestimmungen in Konflikt geraten, da diese – rechtlich gesehen – immer vorrangig sind (Wienand, 1982, S. 44). Nach Wienand sollen Richtlinien spezifischer und strenger sein als die staatliche Gesetzgebung, indem sie Bereiche regeln, die der allgemeinen rechtlichen Regelung kaum zugänglich oder sogar rechtlich irrelevant sind. „Streng“ bedeutet nach Wienand auch, dass Verstöße gegen ethische Richtlinien von den Therapieverbänden sanktioniert werden müssen.

2.4 Wie können ethische Prinzipien und Richtlinien in die Praxis eingeführt werden?

Nachdem Richtlinien, gleich welcher Reichweite, erstellt worden sind, stellt sich die Frage, wie sie in der psychotherapeutischen Praxis etabliert werden können. In der Regel sieht das Verfahren wahrscheinlich so aus, dass eine Gruppe von Expertinnen und Experten, z. B. die Ethik-Kommission, Richtlinien erarbeitet, die dann von der Mitgliederversammlung verabschiedet und den Mitgliedern des Verbandes zur Kenntnis gebracht werden. Dann wird ein Gremium eingerichtet, das Beschwerden über Verstöße gegen diese Richtlinien entgegennimmt und über Sanktionen entscheidet. Dieses Vorgehen ist ein gangbarer Weg, aber unbefriedigend, weil die Durchsetzung der Standards ausschließlich über Sanktionen angestrebt wird. Um die Mitglieder des Verbandes für ethische Fragestellungen zu sensibilisieren und die Selbstverpflichtung auf die Standards zu erhöhen, erscheint es uns wichtig, eine lebendige Diskussion über die ethischen Grundlagen des psychotherapeutischen Handelns anzuregen, statt sie nur formal zur Einhaltung zu verpflichten.

Eine Möglichkeit, die Diskussion anzuregen, liegt darin, die Mitglieder des Verbandes bereits an der Entstehung der Richtlinien zu beteiligen. Die Amerikanische Psychologen-Vereinigung hat vor fast 50 Jahren gezeigt, dass es möglich ist, die (Weiter-)Entwicklung von Ethik-Richtlinien auf Mitglieder-Befragungen zu gründen, sich um die Regelung derjenigen Bereiche zu bemühen, die von den Mitgliedern selbst als regelungsbedürftig angesehen werden (vgl. Pope & Vetter, 1992) und eine lebendige Diskussion in der Verbandszeitschrift in Gang zu halten. Allerdings ist bekannt, dass sich jeweils nur ein Teil der Mitglieder an öf-

fentlichen und verbandsöffentlichen Diskussionen beteiligt, während ein größerer Teil passiv bleibt. Die Etablierung einer ethischen Grundhaltung betrifft jedoch die Arbeit aller Mitglieder und ist viel zu wichtig, um sie „Experten“ zu überlassen.

Wie kann es gelingen, auch diejenigen an der Diskussion zu beteiligen, die in der Verbandsarbeit nicht aktiv sind?

Der direkteste Zugang zur therapeutischen Praxis verläuft über die Supervisionsgruppen (Vasquez, 1992). Hier werden konkrete Einzelprobleme bearbeitet, an denen sich berufsethische Prinzipien und Richtlinien zu bewähren haben. Voraussetzung ist allerdings, dass Konfliktfälle, die ethische Fragen berühren, überhaupt als solche erkannt und bearbeitet werden. Die Sensibilisierung aller Mitglieder für die ethischen Implikationen psychotherapeutischen Handelns, besonders aber der Supervisorinnen und Supervisoren, ist daher eine wichtige Bedingung für das Funktionieren dieses Weges. Ein grundsätzlicher Nachteil dieses Weges besteht darin, dass jeweils nur diejenigen Probleme aufgegriffen und bearbeitet werden können, die in der Praxis der SupervisandInnen entstehen (Handelman, 1986).

Ein wichtiger weiterer Zugang scheint uns darin zu bestehen, die Beschäftigung mit berufsethischen Fragen in der Aus- und Weiterbildung in der Psychotherapie obligatorisch zu verankern, möglichst bereits im Rahmen der universitären Ausbildung. Dies kann auf zwei Arten geschehen: Einerseits müssen angehende PsychotherapeutInnen mit Ethik-Richtlinien vertraut gemacht werden. Sie können nur dann eingehalten werden, wenn die Mitglieder mit ihnen so vertraut sind, dass sie sie im Einzelfall selbständig anwenden können. Andererseits sollten in der Aus- und Weiterbildung den Richtlinien übergeordnete ethische Prinzipien diskutiert werden, d. h. die Werthaltungen der angehenden Therapeutinnen und Therapeuten. Verschiedene Vorschläge für Kursangebote zu ethischen Fragestellungen für die universitäre Ausbildung und die psychotherapeutische Weiterbildung liegen aus dem englischsprachigen Raum vor (Eberlein, 1987; Eine & Ulrich, 1988; Rodolpha et al., 1990, zusammenfassend Welfel, 1992).

Schließlich und endlich sind Entscheidungen, die sich an ethischen Prinzipien und Regeln orientieren, häufig unpopuläre Entscheidungen, die auf-

wendig sind, Kosten verursachen, Mühe machen und nicht selten auch zu Konflikten führen (vgl. Canon, 1992). Es mag in vielen Fällen deshalb schwer fallen, nicht nur eine wünschenswerte Lösung zu finden, sondern sie auch durchzuhalten. Institutionen, auch Verbände, können deshalb viel tun, wenn sie darauf achten, eine Atmosphäre zu erzeugen, in der die Einhaltung von Standards unterstützt und nicht zusätzlich entmutigt oder behindert wird. Es ist nach Canon die Pflicht von Psychologinnen und Psychologen, die in Institutionen und Verbänden an leitender Stelle tätig sind, bei der Organisation der gemeinsamen Arbeit nicht nur Wirtschaftlichkeitserwägungen u. ä. zu berücksichtigen, sondern speziell solche Vorgehensweisen zu unterstützen, die den höchsten ethischen Standards entsprechen.

3. Ethische Fragestellungen im Rahmen des Personzentrierten Ansatzes

Fragen einer Ethik personenzentrierter Psychotherapie und Beratung können unter drei Aspekten diskutiert werden.

1. Zunächst ist zu fragen, wie sich ethische Fragestellungen im Rahmen des Personzentrierten Ansatzes insgesamt darstellen, da dieser ja – über eine reine Beratungs- oder Therapietheorie hinaus – zugleich eine Persönlichkeits-theorie (mitsamt normativen Verstellungen zur ge- oder misslingenden Entwicklung) und vor allem eine ausgebaute Theorie zwischenmenschlicher Beziehungen im allgemeinen umfasst.
2. Erst im zweiten Schritt ist zu überlegen, wie sich allgemeine Vorstellungen ethisch akzeptablen Verhaltens (vgl. den Beitrag von Arnold) mit den speziellen Kriterien personenzentrierten beruflichen Handelns (insbesondere in Therapie und Beratung) in Verbindung bringen lassen.
3. Schließlich könnte es im dritten Schritt von Interesse sein, eine Diskussion anzustoßen, ob sich Gesellschaften, Verbände oder sonstige Institutionen, die die Förderung des Personzentrierten Ansatzes zum Institutionszweck haben, selbst an ethischen Kriterien, die im Rahmen personenzentrierten Denkens entwickelt werden, messen lassen müssen, und welche

Konsequenzen sich gegebenenfalls daraus für Struktur und Abläufe in solchen Institutionen ergeben.

3.1 Ethische Fragen im Rahmen des Personzentrierten Ansatzes und ethische Anfragen an den Personzentrierten Ansatz

Nach einer gebräuchlichen Definition in der Moralphilosophie empfiehlt es sich, zwischen moralischen und ethischen Begründungen zu unterscheiden. Während erstere der individuellen Rechtfertigung eines moralisch relevanten Handelns und des sich darin äußernden Urteils dienen, werden ethische Begründungen zur allgemeinen Begründung moralischen Urteilens und Handelns herangezogen (Pieper 1985). Danach fällt es zunächst schwer, an den Personzentrierten Ansatz überhaupt mit ethischen Fragestellungen heranzugehen. Denn Carl Rogers selbst legt bei der Beurteilung der Angemessenheit oder Unangemessenheit von Handlungen und Urteilen höchstes Gewicht auf die subjektive Erfahrung, die sich in der „organismischen Bewertung“ als höchster Instanz ausdrückt. Ein Individuum, das Übereinstimmung von Selbst und Erfahrung erlebt und in Übereinstimmung von Selbst und Erfahrung handelt, kann nicht „amoralisch“ handeln. Eine solche „Bezugnahme auf Gefühle“ mag nun zwar als – durchaus legitime – moralische Begründung gelten, nicht jedoch als Argument im ethischen Diskurs. Eine andere moralphilosophische Bewertung könnte sich allerdings bei einer vertieften Ausarbeitung des Zusammenhangs von „kongruentem Handeln“ und narrativer Ethik ergeben – vgl. Beitrag von Illhardt und Franke.

Subjektiv verhält sich also – in personenzentrierter Perspektive – eine Person, die in Übereinstimmung von Selbst und Erfahrung handelt, niemals amoralisch. Denn nach einer Rogers'schen Setzung muss „kongruentes Handeln“ immer persönlich konstruktiv (im Sinne der Erhaltung und Steigerung des Organismus) und zugleich intersubjektiv verträglich (aufgrund der prinzipiellen Vertrauenswürdigkeit des Organismus) sein. Eine Bewertung nach äußeren, nach intersubjektiven oder gar „objektiven“ personenzentrierten Kriterien kann zunächst nur dahingehend stattfinden, ob das Handeln der Person wirklich kongruent war.

Der ethische Diskurs im Kontext des Personenzentrierten Ansatzes kann darum nicht an einzelnen Handlungen bzw. Handelnden festgemacht werden, sondern muss auf der Metaebene geführt werden:

- Zum einen ist die Setzung der grundlegenden Vertrauenswürdigkeit und Konstruktivität der kongruenten Person zu diskutieren.
- Des Weiteren haben wir zu fragen, ob sich Kriterien für die Übereinstimmung von Selbst und Erfahrung (Kongruenz) intersubjektiv ermitteln lassen.
- Schließlich entsteht dann die spannende ethische Frage, ob eine Person sittlich verpflichtet ist, einen solchen Zustand von Kongruenz anzustreben bzw. umgekehrt, ob nach äußeren Kriterien destruktives bzw. unethisches Handeln im Zustand der Inkongruenz von der jeweiligen Person zu verantworten ist.

Die folgenden Überlegungen knüpfen bei der letzten Frage an, also innerhalb des personenzentrierten Bezugsrahmens. Die dominierende Tendenz im Personenzentrierten Ansatz, der subjektiven Bewertung des Handelns durch den Handelnden den Vorrang zu geben, schränkt alle Möglichkeiten der Bewertung allgemein-ethischen Handelns zunächst einmal stark ein – es sei denn, man macht aus der Möglichkeit bzw. dem Ziel kongruenten Handelns eine Verpflichtung und verbindet diese mit einem allgemeinen Recht auf ungehinderte Entfaltung der Selbstaktualisierungstendenz.

Dann ließen sich sogar zwei „Imperative“ des Personenzentrierten Ansatzes gewinnen – zunächst einer der die Person auf die Sorge für die eigene kongruente Entwicklung verpflichtet, sodann ein zweiter, der das Verhalten in allen zwischenmenschlichen Begegnungen vorschreibt. Der erste müsste lauten: Handle jederzeit so, dass Du möglichst hohe Kongruenz zwischen Selbst und Erfahrung erlebst. Unternimm alles, um diese Kongruenz zu steigern, und meide Bedingungen, die diese Kongruenz beeinträchtigen. Der zweite Imperativ lautet in der schwachen Form: Handle jederzeit so, dass Du die Selbstaktualisierung Deines Gegenüber so wenig wie möglich behinderst. Erweitert könnte man dieses Enthaltungsgebot auch in eine Verhaltensverpflichtung wandeln, und dann würde die Vorschrift lauten: Handle jederzeit

so, dass Du Deinen Beitrag zur Selbstaktualisierung Deines Gegenübers leistest.

Gerade die späteren Arbeiten von Carl Rogers sprechen für eine Betonung des zweiten Imperativs. Heben sie doch die Bedeutung der Begegnung und der Beziehung, qualifiziert durch „Gegenwärtigkeit“ und „presence“ für alle menschlichen Entwicklungsprozesse immer stärker hervor, wie Schmid (1991, 1994, 1995 vgl. auch Pfeiffer 1995) in den letzten Jahren überzeugend herausgearbeitet und vertieft hat. Sie machen die wechselseitige Abhängigkeit von Selbstaktualisierung und Beziehungsfähigkeit deutlich. So gesehen könnten sich für die Qualität zwischenmenschlicher Prozesse ethisch begründete Maßstäbe entwickeln lassen, die im übrigen ein hohes Maß an Überschneidung mit „professionellen“ Standards personenzentrierten Handelns ebenso wie mit allgemeinen Ansprüchen an eine psychotherapeutische Ethik (vgl. die Ausführungen von Arnold) aufweisen dürften.

3.2 Ethische Kriterien therapeutischen, beraterischen und bildenden Handelns im Rahmen des Personenzentrierten Ansatzes

Mit dem professionellen Beziehungsangebot in Beratung, Therapie und Bildung übernimmt der Therapeut Verantwortung. Er stellt sich in den Dienst eines Klienten und verpflichtet sich in einem Kontrakt, der Ziele und Strukturen sowie die Qualität des therapeutischen Prozess beschreibt. Zumindest für das Beziehungsangebot sind gewisse Standards von Carl Rogers als notwendig und hinreichend beschrieben und in vielfältigen Forschungen bestätigt, erweitert und modifiziert bzw. differenziert worden. Auch dieser Prozess kann nur im Modus der „personalen“ Begegnung stattfinden. Entsprechend dem personenzentrierten Konzept kann nun allerdings nicht in erster Linie von ethischer Relevanz sein, ob diese „Variablen“ oder Dimensionen der Beziehungsqualität mehr oder weniger gut realisiert werden. Dies bleibt subjektiv zunächst der persönlichen Bewertung des Therapeuten überlassen und fällt objektiv in die Zuständigkeit der Qualitätssicherung (vgl. dazu Schmidt & Nübling 1994f), die hinsichtlich der Realisierung der Standards sogar über im engsten personenzentrierten Gründungskreis entwickelte empirische Überprüfungsinstrumente (Skalen) verfügt. Die ethische Fragestellung setzt erst ein, wenn mit hinreichender Deutlichkeit the-

therapeutische bzw. beraterische Standards verletzt wurden. Dann ist zu fragen, aus welchem Grund die „Kunstregeln“ gegebenenfalls verletzt, gar nicht realisiert oder durch fehlerhaftes Handeln ersetzt oder ergänzt werden.

Der Ansatz für eine ethische Beurteilung therapeutischen, beraterischen und bildenden Handelns innerhalb des Bezugsrahmens des personenzentrierten Konzeptes muss dabei eindeutig bei Kongruenz des Therapeuten ansetzen. Beginnt man die Analyse aus der Perspektive der Übereinstimmung von Selbst und Erfahrung (s. o.), so kann sich der Therapeut im therapeutischen Beziehungsangebot (im ethischen Sinne) nur dann fehlverhalten, wenn er selbst nicht kongruent ist und aus diesem Grund die Erfahrung in der therapeutischen Beziehung nicht angemessen symbolisieren kann. Dann kann es zu falschem Verstehen oder zu destruktivem therapeutischem Agieren kommen. Erster ethischer Beurteilungsmaßstab ist folglich das Bemühen des Therapeuten um Kongruenz in der jeweiligen Beziehung. Damit sind, wie bereits erwähnt, weitergehende Bemühungen um Qualitätssicherung nicht ausgeschlossen, aber dabei handelt es sich dann um eine professionelle, nicht eine ethische Überprüfung. Der Zusammenhang von Grundhaltung und Qualität ihrer Realisierung auf einer höheren Ebene (Bemühen um Professionalität als ethisches Prinzip) muss für den Personenzentrierten Ansatz noch diskutiert werden.

Mit der Ergänzung seines ursprünglich recht individualistischen Personkonzeptes um die dialogische Seite des Personbegriffs und seiner Hinwendung zur Bedeutung der (therapeutischen) Begegnung als zweiter konstituierender Größe personalen Wachstums (neben der Aktualisierungstendenz) hat Rogers der interpersonellen Seite der Beratung zunehmende Geltung verschafft. Aus diesem Grund kann zum einen die oben genannte Verpflichtung zur Sorge für Kongruenz in der therapeutischen Beziehung als Verpflichtung zur kollegialen Überprüfung und Förderung dieser therapeutischen Kongruenz operationalisiert werden. Diese „personale“ Erweiterung des Konzeptes führt allerdings darüber hinaus zu zwei weiteren Kriterien für die ethische Qualifizierung bzw. Beurteilung personenzentrierten beruflichen Handelns. Eine ausdrückliche Betrachtung des Menschen als Person und die Förderung seines Personseins verbietet die Verzweckung des Partners im therapeutischen Handeln unter der Frage:

Was ist dieser Mensch (bzw. was ist mit ihm los) und führt zu einer Radikalisierung des Bemühens um Verstehen: Wer ist dieser Mensch? (und welche Bedeutung haben für ihn sein Verhalten und seine Art, Erfahrungen zu machen)?

Ein solches Verzweckungsverbot, das positiv in die Notwendigkeit eines klaren, gemeinsam gewollten (und damit erst am Ende einer längeren Klärungsphase stehenden – vgl. Esser 1985) Kontraktes übersetzt werden kann, stellt auch einen Anschluss her an allgemeine berufsethische Richtlinien für den therapeutischen Bereich. Hinzu kommt, dass auch ein professionelles Geschehen zwischen Personen nur als Begegnung zu denken ist – und Begegnung fordert vom Therapeuten „presence“ in der Terminologie von Rogers (vgl. Schmid 1994f) und interpersonelle Verbindlichkeit oder Commitment im Sinne von Binder & Binder (1981): „Commitment beinhaltet die Bindung des Therapeuten an das Ziel, Bedingungen herzustellen, die für den Klienten konstruktiv sind; die Verpflichtung, eigendynamische Entwicklungsmöglichkeiten des Klienten zu akzeptieren und zu fördern; und das Engagement für die Person des Klienten. Commitment heißt Engagement, Bindung, Verpflichtung, Zuständigkeit, Nichtgleichgültigkeit gegenüber den herzustellenden Bedingungen, d. h. der therapeutischen Aufgabe oder Leistung, dem therapeutischen Ziel und der Person“ (Binder & Binder, 1981).

Diese Verpflichtung dem Klienten gegenüber ist wiederum im Lichte der Kongruenz und Selbsttransparenz auf die Verpflichtung der eigenen Person gegenüber zu überprüfen, so dass sich als ein Spezifikum des Personenzentrierten Ansatzes in ethischer Perspektive die normative Forderung ergibt, die drei Dimensionen der konstruktiven Begegnung in ihrer spannungsvollen Balance zueinander zu halten – und damit ein Transzendieren auf „presence“ – Gegenwärtigkeit – zuzulassen (nicht: herzustellen!).

Während also der erste Blick auf den Personenzentrierten Ansatz aus ethischer Perspektive vor allem Subjektivität und Autonomie in der Übereinstimmung von Selbst und Erfahrung fokussiert (und damit allenfalls in Konzepten einer narrativen Ethik Chancen zur positiven Würdigung hätte), ergibt sich in dem Moment, wo Personenzentriertheit (von Carl Rogers im Spätwerk sogar als „way of being“ existentiell fundiert) konkretisiert wird,

der Ansatz einer materiellen Ethik für den Personenzentrierten Ansatz – ausgehend von einer gleichzeitigen Verpflichtung zu Authentizität / Transparenz gegenüber der eigenen Person wie auch dem Partner und Verbindlichkeit der Person ebenso wie dem Prozess gegenüber.

Darüber hinaus vermag „Personenzentriertheit“ über die unbedingte Aufforderung zur interpersonalen Überprüfung der Angemessenheit des eigenen Handelns (Supervision) auch an die Konzepte der Diskurs-Ethik (Habermas, Apel) anzuschließen und diese wiederum hinsichtlich ihrer empirischen Möglichkeitsbedingungen zu qualifizieren (vgl. Wittrahm, 1994)!

3.3 Ethische Maßstäbe für institutionelle Verkörperungen der personenzentrierten Ideen?

Die Frage einer „strukturellen Ethik“ in der verbandlichen Operationalisierung des Personenzentrierten Ansatzes, d. h., in Deutschland z. B. in der GwG, hat eine besondere Brisanz. Von allen Organisationen, die eine Idee vertreten (etwa Kirchen, Gewerkschaften, Wohlfahrtsverbände), wird von außen, häufig aber auch aus der Mitgliedschaft ein der Idee entsprechendes innerorganisatorisches Handeln erwartet. Werden dabei Diskrepanzen zwischen Anspruch und Handeln erlebt, resultiert daraus nach innen Frustration und nach außen Glaubwürdigkeitsverlust.

Für die Realisierung des Personenzentrierten Ansatzes in Organisationen mit dem Zweck der Förderung eben dieses Personenzentrierten Ansatzes ergeben sich daraus u. a. folgende Fragestellungen:

- Gibt es Anhaltspunkte zum Verhältnis von personenzentriertem Konzept und Umgang mit Macht (zur Durchsetzung von Interessen – innerverbandlich wie durch den Verband als ganzen) – im Werk von Rogers oder Nachfolgern?
- Und lassen sich von dort Anhaltspunkte zur Bewertung von Machtstrukturen im Verband gewinnen (in der Satzung und in der faktischen Ausübung)?
- Ist es überhaupt wünschenswert bzw. sinnvoll, ethisch fundierte personenzentrierte Handlungsprinzipien, Strukturvorschläge und Beurtei-

lungskriterien für das Binnenverhältnis etwa in der GwG oder vergleichbaren Verbänden und Organisationen zu entwickeln? Anders formuliert: Soll der Personenzentrierte Ansatz nur eine Identität für therapeutische, beraterische Tätigkeit etc. liefern, oder soll er darüber hinaus eine Identität für alle Felder im Verband ermöglichen? Oder ist es angemessener, für innerverbandliches Handeln und insbesondere für die Verbandsführung allgemeine Grundsätze rationaler Organisationsführung zu berücksichtigen und hier auf eine „personenzentrierte Begründung“ zu verzichten?

Wenn eine Entscheidung für den Versuch der Übertragung personenzentrierter Maßstäbe auf die Organisation getroffen wird, ist auch hier der Ausgangspunkt bei der Kongruenz zwischen Anspruch und Erfahrung der innerverbandlichen Wirklichkeit zu nehmen: Wer erlebt angesichts welcher innerverbandlichen Vorgänge Inkongruenz zwischen Anspruch und Wirklichkeit, wieviel Inkongruenz kann den Verbandsmitgliedern (auch den Funktionsträgern) zugemutet werden, wie viel Inkongruenz sind sie bereit zu ertragen, und wie könnte eine Reduktion der Inkongruenz aussehen?

Es ist davon auszugehen, dass hier der Ansatz bei der „Transparenz“ der Entscheidungsvorgänge und Handlungsbegründungen einerseits (als strukturellem Kriterium) und der Verpflichtung zur Transparenz des jeweiligen strategischen Handelns auf die dahinter stehenden Motive (als persönlichem Kriterium) anzusetzen ist. Wie ein Höchstmaß dieser personalen und strukturellen Transparenz in den Rahmenbedingungen des innerverbandlichen Handelns herzustellen ist und wer jeweils für die Herstellung förderlicher Bedingungen Verantwortung übernehmen muss, wäre dann unter Aufnahme organisationswissenschaftlichen Wissens zu klären und in Satzung und Organen des Verbandes zu verankern.

4. Literatur

- American Psychological Association (APA) (1992). Ethical Principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 47, 1597-1611.
- Arnold, E. (1994). Berufsethische Richtlinien als Strategie zur Etablierung ethischer Grundsät-

- ze in der Psychotherapie. In E. Arnold & U. Sonntag (Hrsg.) *Ethische Aspekte der psychosozialen Arbeit* (205-221) Tübingen: DGVT.
- Bambeck, J. J. & Wolters, A. (1981). Moral in der Psychotherapie. *Psychotherapie & Medizinische Psychologie*, 31, 113-124.
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (1989). *Principles of Biomedical Ethics*. 3rd Ed. New York, Oxford: Oxford University Press.
- Berufsverband Deutscher Psychologen (BDP) (1986). *Berufsordnung für Psychologen*. Bonn: BDP.
- Binder, U. & Binder H. J. (1981). Klientenzentrierte Psychotherapie bei schweren psychischen Störungen. Frankfurt/M.: Fachbuchhandlung für Psychologie.
- Braun, S. H. (1975). Ethical issues in behavior modification. *Behavior Therapy*, 6, 51-62.
- Canon, H. J. (1992). Psychologist as university administrator: Visible standard-bearer. *Profess. Psychology: Research a. Practice*, 23, 211-215.
- Discussion an ethics (1952). *American Psychologist*, 7, 425-455.
- Eberlein, L. (1987). Introducing ethics to beginning psychologists: A problem-solving approach. *Professional Psychology: Research and Practice*, 18, 353-359.
- Esser, U. (1985). Das Erstinterview in der Erziehungsberatung. ZPP 1.
- Fine, M. A. & Ulrich, L. P. (1988). Integrating psychology and philosophy in teaching a graduate course in ethics. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19, 542-546.
- Jordan, A. E. & Meara, N. M. (1990). Ethics and the professional practice of psychologists: The rote of virtues and principles. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 107-114.
- Kamlah, W. (1973). *Philosophische Anthropologie. Sprachkritische Grundlegung und Ethik*. Mannheim: Bibliographisches Institut.
- Kitchener, K. S. (1984). Intuition, critical evaluation, and ethical principles: The foundation for ethical decisions in counseling psychology. *The Counseling Psychologist*, 12, 43-56.
- Mead, G. H. (1937). *Geist, Identität und Gesellschaft*. Frankfurt/M.: Suhrkamp 1968.
- Pfeiffer, W. M. (1995). Die Beziehung – der zentrale Wirkfaktor in der Gesprächspsychotherapie. *GwG-Zeitschrift* 97, 27-32.
- Pieper, A. (1985). *Ethik und Moral. Eine Einführung i. d. prakt. Philosophie*. München: Beck.
- Pope, K. S. & Vetter, V. A. (1992). Ethical dilemmas encountered by members of the American Psychological Association. *American Psychologist*, 47, 397-411.
- Rodolpha, E. R., Kitzow, M., Vohra, S. & Wilson, B. (1990). Training interns to respond to sexual dilemmas. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 313-315.
- Rogers, C. R. (1985) Die Kraft des Guten. Ein Appell zur Selbstverwirklichung. Frankfurt/M.: Fischer-Taschenbuch 42271 (Original. On personal power).
- Rogers, C. R. & Schmid, P. F. (1991). *Personzentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis*. Mainz: Grünewald.
- Schmid, P. F. (1994). *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie. Ein Handbuch. Bd. I Solidarität und Autonomie. (1995); Bd. II Die Kunst der Begegnung*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Schmidt, J. & Nübling, R. (1994f). *Qualitätssicherung in der Psychologie. Teil 1 GwG-Zeitschrift* 96, 1994, Teil II 99, 1995.
- Stierle, K. (1984) *Narrativ*. In: *Historisches Wörterbuch der Philosophie*. Hrsg.: Ritter, J. Basel, Schwabe & Co / Darmstadt Wiss. Buchgesellschaft Bd. 8
- Weizsäcker, V. v. (1948). *Grundfragen der medizinischen Anthropologie. Gesammelte Schriften Bd. 7 [Allg. Medizin. Grundfragen medizinischer Anthropologie]*, hrsg. von P. Achilles et al. Frankfurt/M.: Suhrkamp 1987, 255-282.
- Vasquez, M. J. T. (1992). Psychologist as clinical supervisor: Promoting ethical practice. *Profess. Psychology: Research a. Practice*, 23, 196-202.
- Welfel, E. R. & Kitchener, K. S. (1992). Introduction to the special section: Ethics education – An agenda to the ‘90s. *Professional Psychology: Research and Practice*, 23, 179-181.
- Welfel, E. R. (1992). Psychologist as ethica educator. Successes, failures, and unanswered questions *Professional Psychology. Research and Practice*, 23, 182-189.
- Wienand, M. W. (1982). *Psychotherapie, Recht und Ethik*. Weinheim: Beltz.
- Wittrahm, Andreas (1994). *Orientierungen zur ganzheitlichen Altenpflege. Anthropologie – Ethik – Religion*. Bonn: Dümmler, 5. Auflage.
- Zimmerli, W. (1983). *Alternative Werte – Ethische Faktoren in einer Welt von Morgen*. In: *Wandlung von Verantwortung und Werten in unserer Zeit. Evolution of Responsibilities and Values Today*. Hrsg. v. d. Deutschen Unesco-Kommission, Bonn, 76-105.

Philosophische Gedanken zu einer personenzentrierten Berufsethik

Eckart Ruschmann

Eine wichtige Ursache für die zunehmende Verunsicherung in Fragen der Werte, der Verbindlichkeiten und der Orientierung liegt sicher darin, dass die gesellschaftlichen Wertevorgaben (durch den Staat, aber auch durch einflussreiche gesellschaftliche Organisationen, insbesondere die Kirchen) immer weniger verbindlichen Charakter haben bzw. auch beanspruchen. Die Toleranz unterschiedlichen Lebensformen gegenüber hat deutlich zugenommen, die individuelle Gestaltungsmöglichkeit in den persönlichen Bereichen der Lebensführung ist in den letzten 100 Jahren im Vergleich zu früheren Zeiten sehr groß geworden. Diese geringere Einflussnahme bzw. -wirkung von Staat und gesellschaftlichen Gruppen auf das individuelle Verhalten hat aber auch zu der anfangs beschriebenen größeren Schwierigkeit der Orientierung geführt. Werte scheinen etwas rein Individuelles, Persönliches geworden zu sein, es gibt kaum Verbindlichkeiten, die Orientierung wird für das Individuum dadurch erheblich schwieriger.

Beratungsbedarf

So ist es verständlich, dass der Bedarf an Beratung in den letzten Jahrzehnten enorm zugenommen hat, und vor dem beschriebenen Hintergrund lässt sich das durchaus als Positivum verstehen. Der Philosoph Werner Stegmaier hat das in seinem Eröffnungsvortrag zur Tagung „Der Rat als Quelle des Ethischen“ so beschrieben, dass die zunehmende Bedeutung professioneller Beratung eine Folge von Individualisierung und Demokratisierung ist, einer zunehmenden gesellschaftlichen Tendenz, die Handlungsentscheidung dem Individuum zu überlassen und ihm – via Beratung – Handlungswissen zugänglich zu machen (Stegmaier, 1993, 15 f.).

In dieser Hinsicht sind nun allerdings PsychotherapeutInnen und BeraterInnen für ihre berufliche Tätigkeit in einer ähnlichen Situation wie ihre Klienten – auch für sie individuell sowie für die Psychotherapeuten und Berater als Berufsgruppe stellt sich das Problem der zunehmenden

Schwierigkeit einer Orientierung hinsichtlich grundlegender Wertfragen im Umgang mit sich selbst und den Klienten. Wenn verbindliche allgemeine/gesellschaftliche Wertorientierungen fehlen, besteht in besonderem Maße die Gefahr, die eigenen Werte zu verabsolutieren und damit den ratsuchenden Klienten auf eine oft subtile, implizite und häufig kaum bewusste Weise die eigenen Werte zu ‚vermitteln‘, auch wenn sie vielleicht in wichtigen Aspekten dem Wertesystem des/der anderen widersprechen.

Orientierungshilfen

Kann die Philosophie bei diesen Erwägungen hilfreich sein und eine Orientierungsfunktion ausüben, wenn z. B. Berufsverbände für Psychotherapie und Beratung versuchen, ethische Richtlinien für ihren Berufsstand zu formulieren? Gerade durch die erwähnte Abnahme staatlicher/gesellschaftlicher verbindlicher Normen ist zunehmend die Frage an die Philosophen gerichtet worden, ob sie – als Vertreter einer politisch und weltanschaulich wenig festgelegten und um Objektivität bemühten Disziplin – nicht imstande sein könnten, die entstandene ‚Lücke‘ auszufüllen. Diese Frage möchte ich im Folgenden erörtern und mit einer kurzen Vorwegnahme meiner Schlussfolgerungen beginnen:

Die Philosophie, spezifischer: die philosophische Ethik, kann für berufsethische Fragen durchaus hilfreich sein, sofern man sich der Tatsache bewusst ist, dass es ‚die Philosophie‘ nicht gibt und man mit unterschiedlichen Ansätzen, Prämissen und Ergebnissen konfrontiert ist, wenn man sich verschiedenen philosophischen Autoren zuwendet. So bleibt die Auswahl und Umsetzung ganz der Autonomie des jeweiligen Anwendungsbereiches vorbehalten. Je nach Ausrichtung und Menschenbild werden auch bestimmte philosophische Ansätze und Orientierungen besser oder weniger gut ‚passen‘.

Für die Nutzbarmachung philosophischer Überlegungen für einen spezifischen Bereich menschlichen Lebens bzw. professioneller Tätigkeit ist auch erschwerend, dass der aktuelle philosophische Ethik-Diskurs den primären Bezugspunkt darstellt, und dieses Feld ist unübersichtlich und für den Nicht-Fachmann relativ schwer zu übersehen, zumal in der Philosophie – anders als in anderen Disziplinen – ältere Positionen nicht in dem Maße ‚veralten‘, sondern stets mit herangezogen werden. Trotz dieser Schwierigkeiten glaube ich, dass es möglich ist, philosophische Überlegungen für die ethische Reflexion im berufsbezogenen Kontext zu nutzen, und zwar vor allem dann, wenn man die unterschiedlichen Positionen *weniger auf ihre Antworten als auf ihre Fragen (im Sinne von Perspektiven)* hin untersucht.

Wenn man von den Philosophen zunächst einmal eine Klärung oder Definition des Wertebegriffs erwartet, wird man auf zwei grundsätzlich unterschiedliche Haltungen stoßen: Während die meisten Vertreter der zeitgenössischen akademischen Philosophie primär an ‚moralischen Überzeugungen‘ und ihren Begründungen interessiert sind, also den Fokus auf die moralische *Handlung* richten, geht es in einer anderen Orientierung mehr um moralische *Haltungen*, und daraus ergibt sich die Notwendigkeit, Werte und Tugenden (als gelebte Werte und Einstellungen) zu untersuchen und zu beschreiben.

Eine an moralischen Überzeugungen und daraus resultierenden Handlungen interessierte Ethik wird vor allem versuchen, allgemeine Kriterien für gut, richtig, gerecht etc. zu entwickeln. Statt von Werten spricht man deshalb eher von Präferenzen (Wert = Ergebnis einer Wertung, d. h. Präferenz von A vor B). Es geht also um normative Kriterien, um Aussagen mit Geltungsanspruch (vgl. Nida-Rümelin 1996, 3).

Kognitionsethik

Dieser Standpunkt einer theoretisch-kognitiv vorgehenden Ethik mit dem Anspruch, Handlungen als moralisch zulässig zu charakterisieren, stellt den ‚Mainstream‘ der philosophischen Ethik der Gegenwart dar – eine auf Kant bezogene Ethik, die ihrem Charakter nach objektivistisch ist und deontologisch (‚Pflichtethik‘), die also die Aufgabe der Ethik vor allem darin sieht, mit dem

umzugehen, was verpflichtend ist, was getan bzw. unterlassen werden *sollte*. Eine deontologische Ethik ist in gewisser Weise nach dem Vorbild einer gesetzgebenden Instanz konzipiert, die allgemeine Prinzipien formuliert, ohne sich dabei um die Anwendung auf konkrete Einzelfälle zu kümmern. Je rigoroser (verpflichtender) ethische Grundsätze formuliert werden, umso deutlicher wird diese ‚Lücke‘ zwischen Theorie und Praxis. Christoph Demmerling hat entsprechend das Kantische Verbot zu lügen gedeutet: „Die kontraintuitive Konsequenz, welche Kant zieht, wenn er behauptet, auch den Verfolgern eines von uns versteckten Freundes müsse die Wahrheit über dessen Aufenthaltsort gesagt werden, verdankt sich der Zielrichtung seiner Fragestellung: ihm ging es um die Begründung allgemeiner Maximen des Handelns. Um nichts anderes. Mit unserer moralischen Praxis hat dies recht wenig zu tun. Hier sind wir stets als Handelnde in ganz bestimmten Situationen gefordert“ (Demmerling, 1995, 261) – gefordert zur jetzt bewussten Entscheidung.

Es ist offensichtlich, dass gerade für die Zwecke einer Berufsethik im personenzentrierten Kontext eine solche Ausrichtung nur begrenzt von Nutzen ist, und zwar vor allem in den Aspekten, wo es um die Begründung von ethischen Minimalforderungen geht, etwa die Verpflichtung zur Achtung der Autonomie des Klienten, zur Sicherung positiver Auswirkungen (Nutzen) bzw. der Vermeidung negativer Auswirkungen (‚Schadensvermeidung‘), sowie zur Gleichbehandlung entsprechend dem Prinzip der Gerechtigkeit¹.

Die Formulierung von Grundhaltungen als therapeutisches ‚Ethos‘ lässt sich auf diese Weise nicht erzielen, Werte und ‚Tugenden‘ (als ‚gelebte Werte‘) sind aus dieser Perspektive für Begründungszusammenhänge ohne Bedeutung. Für den Aspekt des ‚gelingenden Lebens‘ bzw. aller orientierenden Zielvorstellungen kommt noch hinzu, dass sich Werte, die sich nicht unmittelbar auf ethische Normen und Verpflichtungen beziehen lassen, sogar ausdrücklich als ‚außermoralische Werte‘ aus dem Aufgabengebiet einer normativen Ethik ausgeschlossen werden.

Meines Erachtens ist gerade angesichts der besonderen Ansprüche einer praxisbezogenen Ethik im personenzentrierten Kontext die Integration von Pflicht- und Tugendethik besonders wichtig; das erwähnte Buch von Beauchamp und Childress

(*Principles of Biomedical Ethics*) verdankt seinen großen Einfluss sicher der Tatsache, dass hier – zu einem im philosophischen Kontext recht frühen Zeitpunkt – ein solcher Versuch gemacht wird, indem zwischen ‚moralischen Normen‘ und ‚moralischem Charakter‘ unterschieden wird. Im deutschsprachigen Kontext hat sich insbesondere der Tübinger Philosoph Hans Krämer um eine Integration von Pflichtethik und ‚Ethik des gelingenden Lebens‘ oder Tugendethik bemüht (‚Integrative Ethik‘, 1992).

Für die erwähnte ‚Mainstream-Ethik‘ bedeutet ‚kognitivistisch‘ aber auch, dass nur der Verstand (bzw. die Vernunft) die Basis für moralische Begründungen sein kann. „Der Rekurs auf Gefühle erweist sich“, so formulierte es Christoph Demmerling, „in kognitivistischer Perspektive als hoffnungslos indiskutabel (Demmerling, 1995, 259) und wird meist als subjektivistisch (‚emotivistisch‘), d. h. objektiv unbegründet abgelehnt.

Werte – Wahrnehmung/Erfahrung oder Gefühl?

Es gab und gibt nun andere theoretische Ansätze, die davon ausgehen, dass es Werte-Erfahrungen gibt; auch die Alltagssprache behandelt Werte ja oft, als könnten diese wahrgenommen bzw. intuitiv erkannt werden. Solche Theorien mit Anspruch auf die Gegebenheit (und Erkennbarkeit) objektiver Werte haben zu allen Zeiten Widerspruch hervorgerufen, der die subjektive Komponente menschlicher Wertsysteme betont. Angesichts tradierter Denkformen, die ‚subjektiv‘ weitgehend mit ‚Gefühl‘ gleichsetzen, ist es nahe liegend, der objektivistischen Perzeptionsethik eine subjektive *Emotionsethik* entgegenzustellen. In ihrer Extremform negiert sie jede Objektivität von Wertvorstellungen, betrachtet sie nur als subjektive, eben gefühlsmäßig bestimmte Reaktion. Doch ist der Bezug auf die Gefühle keineswegs notwendigerweise mit einer subjektivistischen Position verbunden, lässt sich doch durch die Gleichartigkeit solcher Reaktionen bei vielen Menschen eine Übereinstimmung in moralischen Urteilen erklären; so ging schon Hume davon aus, dass, „solange das menschliche Herz aus denselben Elementen zusammengesetzt ist wie jetzt, wird es niemals gegenüber dem allgemeinen Wohl gänzlich gleichgültig sein“, und deshalb ist für ihn die Menschenliebe, also ein Gefühl, „die Grundlage für die Moral oder für ein allgemeines System des

Lobes und des Tadels“ (Hume, 1751, 201, auch in Birnbacher/Hoerster, 1976, 73).

Die tatsächlich große Bedeutung der Gefühle für das moralische Urteil, und insbesondere für die Werte-Konstitution, wird zunehmend (wieder) erkannt und berücksichtigt, stellt aber immer noch eine Art ‚Gegenposition‘ zu einer kognitivistischen Ethik dar. Betrachtet man diese unterschiedlichen Positionen einmal primär unter dem Aspekt der jeweiligen Fragestellung und der primären Perspektive, dann erscheinen sie keineswegs mehr so unvereinbar, wie das im zeitgenössischen Diskurs teilweise wirkt. Sowohl in der Entstehung von Werten wie auch in der konkreten Anwendung auf einzelne Handlungen ist vielmehr eine integrative ‚Leistung‘ aller epistemischen Funktionen gegeben; das soll am Beispiel der ‚Grundbereiche‘ der Moral aufgezeigt werden, wie sie gerade in der Tradition einer deontologischen Ethik formuliert wurden und werden – Ursula Wolf (1984) bezeichnet sie als Bereiche der Nicht-Verletzung, der Aufrichtigkeit und der Gerechtigkeit.

‚*Nichtverletzen*‘ ist die Bezeichnung für einen Grundwert aus der deontologischen Perspektive, die das Gebot, nicht zu verletzen, bzw. das Verbot, jemanden zu verletzen, formuliert. Geht man eher – wie in der Tugendethik – von *Grundhaltungen* (eben Tugenden) aus, wird man diese Dimension positiv als Mitgefühl oder liebevolles Zugewandtheit beschreiben und den Zusammenhang mit empathischem Verstehen betonen.

Diese Haltung und die daraus abstrahierte Werte-Vorstellung gehört offenbar zu einer grundlegenden menschlichen Qualität – schon Säuglinge reagieren nachweislich auf das Weinen anderer Kinder; für die moderne Entwicklungspsychologie ist damit die anthropologische Basis für Mitgefühl und Empathie gegeben. Auf dieser Basis kann sich dann als ‚Prinzip‘ die Einsicht entwickeln, nach Möglichkeit andere Menschen nicht zu verletzen; eine akzeptierende, zugewandte Haltung gilt als hoher Wert. So sieht Hoffman (1991, 275) in der sich entwickelnden Empathiefähigkeit eine wesentliche Quelle der Moralität.

Auch die Dimension der *Aufrichtigkeit* spielt schon zu diesem frühen Zeitpunkt eine wichtige Rolle, denn wenn die Eltern nicht imstande sind, ein authentisches und kongruentes Verhalten zu realisieren, entwickelt sich anstelle von Vertrau-

en in die Aufrichtigkeit und Verlässlichkeit der Bezugspersonen Misstrauen und Unsicherheit. In diesem Fall muss ein Kind ständig damit rechnen, dass unvorhersehbare Reaktionen kommen (bis hin zu unmotivierten Bestrafungen etc.), was dann sehr bald zur Entwicklung eigener Inkonsistenz führt. Kinder, die solchen Einflüssen ausgesetzt sind, können z. B. nach ersten Versuchen, ein weinendes Kind zu trösten, die nicht sofort gelingen, dieses unvermittelt schlagen und gelten dann als ‚böse‘ – tatsächlich wiederholen sie nur das Verhalten ihrer Eltern, die ihre Spannungen und Inkongruenzen in vergleichbarer Weise ‚ausleben‘. Formuliert man aus diesen konkreten Erfahrungen und den daraus folgenden ständigen Einschätzungen bei sich selbst und anderen ein allgemeines Prinzip mit Geltungsanspruch, dann ergibt sich daraus die Forderung nach Aufrichtigkeit, Wahrhaftigkeit oder Authentizität.

Wesentlich komplexer erweist sich die Entwicklung des Prinzips „*Gerechtigkeit*“. Kinder entwickeln durchaus bald ein Gespür dafür, ob z. B. eine Bestrafung angemessen oder nicht angemessen (‚ungerecht‘) ist. Ein wirkliches Verständnis für das Prinzip von Gerechtigkeit entwickelt sich allerdings erst ab dem 6. Lebensjahr, vor dem Erfahrungshintergrund erlebten Unrechts, sowohl von Eltern und anderen Bezugspersonen wie auch durch ältere Kinder. Betrachtet man die moralische Entwicklung jedoch vor allem aus der Perspektive der ‚Opfer‘, so wird nicht verständlich, wieso ‚unmoralisches Verhalten‘ überhaupt entstehen kann, wenn doch in dieser Weise der Mensch in seinen Grundanlagen auf Mitgefühl und Empathie hin ausgerichtet ist. Doch ist jeder Mensch nicht nur ‚Erleider‘, sondern auch *Verursacher* von Leid. Die Antwort liegt in dem grundsätzlichen Spannungsverhältnis von Selbst- und Fremdbezug, das für das moralische Bewusstsein konstitutiv ist. In dem Maße, wie sich ein ‚Ich‘ zu entwickeln beginnt, zeigen sich auch die möglichen negativen Aspekte des Selbstbezugs, und zwar in Form von Ichzentriertheit und Egoismus.

Daraus entstehen dann Konflikte mit anderen Menschen, und die entwicklungsgeschichtlich erste ‚Basis‘ der Moral, die Empathie, vermag zwar „den Bereich der Moral zu *erschließen*“, wie es der Pädagogische Psychologe Walter Herzog ausdrückt, „ausfüllen kann sie ihn nicht“. Er begründet das so: „Aus der Empathie wächst die Moral des *Wohlwollens* und der *Fürsorge*. Diese

ist eine konfliktfreie Moral, die aktiv das Gute sucht. Menschen sind aber keine konfliktfreien Wesen ... Eine bloß empathische Moral genügt daher nicht, um moralisch zu handeln. Konflikte verlangen nach einer *reaktiven* Moral. Sie verlangen nach Gerechtigkeit“ (Herzog, 1991, 348). Das Prinzip der Gerechtigkeit erweist sich demnach als notwendig, weil es *Unrecht* gibt, also das so genannte ‚Böse‘, über dessen Entstehung es die unterschiedlichsten Mythen, Konzepte und Theorien gibt.

Das so genannte Böse

Ich sehe zwei primäre Quellen für die Entwicklung destruktiven (‚bösen‘) Verhaltens. Die eine besteht in Defiziten bei der Entwicklung der sozialen oder emotionalen Intelligenz – bei ungünstigem Verhalten der Bezugspersonen wird die natürliche Entwicklung zu Empathie und Sympathie verformt oder behindert, und daraus erwachsen Verhaltensweisen im Umgehen mit anderen, die als destruktiv empfunden und eingestuft werden.

Die andere Quelle liegt in der Angelegtheit des Menschen auf Selbstbezug, ein Bezogensein auf die eigene Person, das sich als Konsequenz der Ichentwicklung herausbildet und dann vielfach dominant wird. Kant hat das treffend beschrieben: „Von dem Tage an, da der Mensch anfängt durch Ich zu sprechen, bringt er sein geliebtes Selbst, wo er nur darf, zum Vorschein, und der Egoismus schreitet unaufhaltsam fort“ (1789/1800 B/A 5f).

Dass die Ichbezogenheit die eigentliche Quelle des ‚Bösen‘ ist, gehört zu den ältesten Einsichten der Menschheit (vgl. Schulz zum Thema des Bösen: 1972, 723f.), im westlichen wie östlichen Denken. Neuere entwicklungspsychologische Befunde stützen dieses alte Wissen und widerlegen Konzepte, nach denen es eine aggressive, quasi animalische Komponente des Menschen gebe. In diesem Sinne fordert Walter Schulz, die Frage menschlicher Aggression auf dem Boden der ‚Tatsache der Ichhaftigkeit‘ anzusetzen und damit dialektisch anzugehen (Schulz, 1972, 771). Entsprechend formuliert Herzog, mit Bezug auf Schulz: „Nicht das ‚Animalische‘ im Menschen verkörpert das Böse, sondern seine pervertierte ‚Ichhaftigkeit““ (Herzog, 1991, 338).

Selbst- und Fremdbeziehung können gelingen oder misslingen. Sie sind keine Gegenspieler, und Egoismus kann sicher nicht durch überzogene Sorge für andere ausgeglichen werden. Während die antike Philosophie zwischen gelungener Selbstsorge (*cura sui*) und ängstlicher Besorgnis um sich unterschied – das Gegenteil war Nachlässigkeit – begann in der christlichen Tradition schon Paulus, beide Formen zu diskreditieren und als ‚Sorge um das Fleisch‘ zu denunzieren (Schmid, 1995, 110). Dabei gibt es keine treffendere Beschreibung des Zusammenhangs von (gelungenem) Selbst- und Fremdbezug als das neutestamentliche Liebesgebot – sich selbst zu lieben, um dadurch überhaupt in der Lage zu sein, andere zu lieben. Gerechtigkeit ist ein Prinzip, das dann gegensteuern kann, wenn die ‚natürliche‘ Basis der Moral – Sympathie und Empathie – nicht mehr führt, sondern eine falsche Ichzentriertheit dominant wird. Gerechtigkeit ist ein kognitives Prinzip, das man mit dem Verstand einsehen kann, auch wenn die moralischen Gefühle nicht (mehr) angemessen funktionieren. Die Quelle der Gerechtigkeitskonzeption kann dabei durchaus auch eine Form des Egoismus sein, der sich sozusagen ‚zähmen‘ lässt, wenn man ihn als Grundphänomen anerkennt. Die Dialektik von Egoismus und Altruismus lässt sich allerdings versöhnen, wenn das höchste moralische Ziel so definiert wird – wie im christlichen Liebesgebot –, dass man sich selbst liebt und für sich sorgt in gleicher Weise wie für (bestimmte) andere. Auf diese Weise löst sich die negative Ausprägung von Selbst- und Fremdbezug auf, der scheinbare Gegensatz zwischen Egoismus und Altruismus verschwindet.

Diese Ausführungen sollten deutlich machen, wie wichtig für eine psychotherapeutische oder beratende Berufsethik die differenzierte Betrachtung von Werten und Prinzipien auch und gerade unter dem Aspekt der Werte-Genese darstellt. Spricht man vornehmlich die Sprache der kategorischen Pflicht-Ethik, wird man Prinzipien vertreten, die letztlich aus einer dominant kognitiven Interpretation und Gewichtung der Entwicklung menschlicher Wertgefühle und -prinzipien entstanden ist; je nach zugrunde liegendem Menschenbild wird der rigorose Charakter solcher Prinzipien mehr oder weniger ausgeprägt sein; für Kant z. B. war – aufgrund seines eher pessimistischen Menschenbildes – die Pflicht die eigentliche ethische Orientierung, während die Neigung (also damit vornehmlich das

Gefühl) eher die Gefahr mit sich brachte, gegen Prinzipien zu verstoßen.

Zunehmende Reflexivität, Zentriertheit und Tiefe: ein moralisches Ziel

Will man von den epistemischen Funktionen her beschreiben, was Werte darstellen, wird man allerdings auch mit einer Addition der drei Funktionen (Wahrnehmung, Gefühl und Denken) nicht die Ebene erreichen, um die es bei ‚Werten‘ geht – es muss sich um eine höhere Form der Integration handeln, denn Gedanken wie auch Gefühle können von oberflächlicher Qualität sein und keine wirklich orientierende Funktion haben.

Ich möchte zum Schluss zwei unterschiedliche Weisen skizzieren, wie tiefe bzw. (in umgekehrter Perspektive) hohe Werte und die entsprechenden Haltungen eines Umgehens mit Werten charakterisiert werden können. Einmal lassen sich Werte als ‚Ergebnis‘ einer besonderen Form der Bewusstheit und des reflexiven Selbstbezugs beschreiben. Im personenzentrierten Kontext lässt sich die von Carl R. Rogers entwickelte Prozess-Skala² als Beschreibung zunehmender Reflexivität verstehen.

Die zweite Perspektive lässt sich am besten in einem Zentralitätsmodell ausdrücken, das von der Dimension der Tiefe ausgeht. Für den Bereich der Gefühle hat das – im philosophischen Kontext – Max Scheler versucht. Mit der Symbolisierung von ‚Gefühlstiefe‘ ist z. B. verständlich, wieso scheinbar gegensätzliche Gefühle gleichzeitig gegeben sein können – Scheler unterscheidet dann Tiefe und Peripherie des Gefühlserlebens: man kann z. B. inmitten eines schweren Leides froh lächeln. „In dieser Frohheit bewegen wir uns fühlbar doch aus unserer zentralen Ichtiefe heraus in eine peripherere Schicht unserer seelischen Existenz; ob wir hier lange oder kurz verweilen, immer bleibt doch das ‚tiefe Leid‘ in jener Ichtiefe liegen, und gibt in dem Wechsel der Gefühlszustände auf jener peripheren Schicht unserem Gesamtzustand sein kernhaftes Gepräge“ (Scheler, 1980, 333f.).

Hier hat Scheler den Schmerz der Tiefe zugeordnet, das Lächeln als Ausdruck eines positiven Gefühls einer periphereren, oberflächlicheren Ebene. Es gibt aber auch das umgekehrte Phänomen, dass ‚unter‘ einem tiefen Schmerz eine noch tiefer

empfundene innere Ruhe bis Gelöstheit zugänglich wird, oder dass in einer intensiven Glücks- und Freude-Erfahrung sich ‚aus der Tiefe‘ ein kleiner ‚Schuss‘ schmerzliche Wehmut mischt.

Selten beachtet wird die Möglichkeit, solche unterschiedlichen, gleichzeitig oder unmittelbar nacheinander gewahrwerdenden Gefühlszustände entweder bestimmten Wahrnehmungsaspekten zuzuordnen, oder aber zu einem konzeptuellen Element, einer Vorstellung, einem Begriff in Bezug zu setzen – hier zeigt sich ein Weg, Schellers ‚Wertfühlen‘ epistemologisch exakt abzubilden: eine Wahrnehmung ebenso wie Konzepte (z. B. der Begriff für eine Tugend, einen Wert) können auf eine so ‚innerliche‘ Weise ‚gefüllt‘ werden, dass verständlich wird, wie Scheler aus eigener oder miterlebter Erfahrung zur Annahme eines ‚unmittelbaren Wertfühlens‘ kommen konnte. Werte, die aus einer ‚Tiefendimension‘ heraus erfasst und empfunden werden, können für die eigene Person wie auch für andere, zu denen man darüber spricht, eine solche ‚Dichte‘ und ‚Substanz‘ bekommen, dass solche Objektivierungen wie bei Scheler zumindest nachvollziehbar sind.

Sofern das eigene Menschenbild eine ‚Tiefendimension‘ kennt³, lässt sich die Tiefendimension der Werte als zentrale ‚Ebene‘ innerer Werte symbolisieren, die als qualifizierendes Charakteristikum Wahrnehmungen, Gefühle und Konzepte quasi zu ‚Wertträgern‘ werden lässt, insofern sie von einem verinnerlichten Wert-Bewusstsein ‚durchdrungen‘ sind. Eine angemessene sprachliche Symbolisierung dafür ist: *für mich* richtig bzw. falsch, d. h. aus meinen Werten heraus eingeschätzt. Allgemeinverbindliche Antworten auf Wertfragen sind heute noch weniger als jemals zuvor möglich, denn das Individuum steht nur noch selten in einer überlieferten Tradition von Werten und Antworten auf letzte Fragen; so wird heute zunehmend deutlich, dass die Selbstverantwortung und Sorge um sich selbst, von der bereits Platon sprach, auch die ‚Sorge um die eigene, persönliche Sinngebung‘ umfasst.

So gehören charakterliche Qualitäten (‚Fähigkeiten‘ bzw. ‚Tugenden‘) und ihre Entwicklung und Vertiefung über den ganzen Lebensverlauf durchaus zu wichtigen Prinzipien und Wertorientierungen für Psychotherapeuten und Berater, etwa formuliert als Ich-Transzendierung oder Bewusstheit/Achtsamkeit. So sollte eine Berufse-

thik nicht nur einen ‚Katalog‘ von basalen Pflichten für Therapeuten/Berater (bzw. für die Klienten: von Rechten) aufweisen, sondern zugleich in positiver Weise die Entwicklung von Grundhaltungen als ‚Tugenden‘ oder Qualitäten beschreiben, und zwar in vergleichbarer Weise – wenn auch mit anderen Schwerpunkten und Gewichtungen – für Therapeut/Berater *und* Klienten. Wenn Ziele nicht in inhaltlichen Vorgaben bestehen, sondern eher strukturell als ‚Lebensziele‘ gefasst werden, die mit Reifung und Entwicklung zu tun haben, dann wird das therapeutische/beraterische ‚Berufsethos‘ auf eine ganz selbstverständliche Weise zu einer Zielvorstellung des ‚gelingenden Lebens‘, die – auf individuell unterschiedliche und persönlich gestaltete Weise – für jeden Menschen die letzte Orientierung darstellt.

Anmerkungen

- ¹ Vgl. z. B. die häufig zitierten vier moralisch-ethischen Grundsätze nach Beauchamp u. Childress: 1) Respekt für Autonomie, 2) Wohlwollen – Fürsorge, 3) Nichtverletzen (Vermeidung der Ursachen von Schädigung) und 4) Gerechtigkeit (als ‚Basic Principles‘ bezeichnet, s. Beauchamp/Childress, 2001, 12).
- ² Beschreibung der sieben Prozessphasen s. Rogers, 1961, 136 ff.
- ³ Wie etwa bei Rogers im Sinne einer ‚organismischen Werte-Instanz‘, so die Definitionen Nr. 36-38 in Rogers, 1959, 37.

Literatur

- Beauchamp, T., Childress, J. (2001). Principles of Biomedical Ethics. 5th ed. Oxford: University Press.
- Birnbacher, D., Hoerster, N. (Hrsg.) (1976). Texte zur Ethik. München: dtv.
- Demmerling, C. (1995). Vernunft, Gefühl und moralische Praxis. Überlegungen zur Kultur der praktischen Vernunft. In: Vernunft und Lebenspraxis. Hrsg. v. Christoph Demmerling [et.al.] Frankfurt/M.: Suhrkamp, 246-270.
- Herzog, W. (1991). Das moralische Subjekt. Pädagogische Intuition und psychologische Theorie. Bern: Huber.
- Hoffman, M. L. (1991). Empathy, Social Cognition, and Moral Action. In: Handbook of Moral Behavior and Development. Vol. 1: Theory.

- Ed. by William M. Kurtines, Jacob L. Gewirtz.
N. N.J.: L. Erlbaum Ass., 275-301
- Hume, D. (1751). Eine Untersuchung über die Prinzipien der Moral. Übers. u. hrsg. v. Streisinger, G. Stuttgart: Reclam 19962.
- Kamlah, W. (1972). Philosophische Anthropologie. Sprachkritische Grundlegung der Ethik. Mannheim: BI.
- Kant, I. (1789/1800). Anthropologie in pragmatischer Hinsicht, Hrsg.: Karl Vorländer. 6. Aufl. Leipzig: Meiner, 1922 (Sämtliche Werke; 4,2, Philosophische Bibliothek; 44).
- Krämer, H. (1992). Integrative Ethik. Frankfurt/M.: Suhrkamp 1992 (1995 als stw 1204).
- Nida-Rümelin, J. (1996). Theoretische und angewandte Ethik: Paradigmen, Begründungen, Bereiche. In: Angewandte Ethik. Julian Nida-Rümelin (Hrsg.) Stuttgart: Kröner, 2-85.
- Oldemeyer, E. (1979). Handeln und Bewußtsein. Anthropologische Überlegungen zu ihrem Verhältnis. In: Lenk (1979), 729-764.
- Rawls, J. (1971). Eine Theorie der Gerechtigkeit, Frankfurt/M.: Suhrkamp 1979 (stw 271) (A Theory of Justice. Harvard 1971).
- Rogers, C. R. (1959): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln: GwG 1987.
- Rogers, C. R. (1961). Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten. Stuttgart: Klett-Cotta 1973.
- Ruschmann, E. (1999). Philosophische Beratung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Scheler, M. (1980). Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik. Neuer Versuch der Grundlegung eines ethischen Personalismus (1916). 6. Aufl. Bern, München: Francke 1980.
- Schmid, W. (1995). Selbstsorge. Zur Biographie eines Begriffs. In: Endreß M (Hrsg.): Zur Grundlegung einer integrativen Ethik. Frankfurt/M.: Suhrkamp (stw 1205), 98-129.
- Schulz, W. (1972). Philosophie in der veränderten Welt. Pfullingen: Neske.
- Stegmaier, W. (1993). Der Rat als Quelle des Ethischen.. In: Stegmaier W, Fürst G (Hrsg.) Zur Praxis des Dialogs. Stuttgart: Akad. der Diözese Rottenburg-Stuttgart (Hohenheimer Protokolle, 45).
- Wolf, U. (1984). Das Problem des moralischen Sollens. Berlin, New York: de Gruyter.

Warum eine Entscheidung eine gemeinsame Entscheidung ist

Franz Josef-Illhardt und Beatrix Franke

Wir erkennen, wer wir sind, weil wir gleichzeitig uns im Verhältnis zu anderen anders sehen lernen
(Habermas 2003, 154)

„Erfolg ist die Summe richtiger Entscheidungen“ behauptete eine große inländische Bank. Gehen wir einmal davon aus, dass dies eine Kurzbeschreibung der aktuellen Mentalität ist. Wenn dieser Bankslogan so einsichtig wäre und gewissermaßen die innere Architektur der Entscheidung wiedergäbe, bräuchten wir diese Überlegungen nicht. Was heißt eigentlich – hier vor allem ethisch gesehen – „richtig“?

1. „Richtig“ ist nicht gleich „gut“. Nehmen wir das Beispiel, das wir im Folgenden immer wieder verwenden: Ein Hautarzt muss sich entscheiden, ob er weiter in dem Krankenhaus, in dem er angestellt ist, arbeiten oder sich niederlassen will. Die Entscheidung, sich niederzulassen, ist möglicherweise „richtig“, aber ist sie auch „gut“? Man könnte auch an andere Beispiele denken: Berufswahl, eine Bundestagswahl, Partnerwahl usw. Im Sprachgebrauch der Ethiker nennt man „richtig“, was einer ausgewogenen Zweck-Mittel-Relation entspricht, „gut“ nennen sie eine Entscheidung, die den persönlichen Zielen entspricht.
2. Eine Entscheidung ist niemals eine „einsame“ Entscheidung, gleichsam das Resultat reiflicher Überlegungen. Entscheidungen stehen im Kontext von gemeinsamem Handeln, basieren auf Traditionen, Zielen und Wertvorzügen, die man mit anderen Menschen teilt, reagieren auf Situationen, die andere mitbestimmt haben usw. Im Sinne des Ausgangszitats von Habermas umfasst eine Entscheidung all das, was wir hier benannt haben, sie ist ein Stück Gegenseitigkeit, von der sich niemand abkoppeln kann, der sich entscheidet.

Kant brachte dazu einen drastischen Vergleich: „Die Vorschriften für den Arzt, um seinen Mann auf gründliche Art gesund zu machen, und für einen Giftmischer, um ihn sicher zu töten, sind inso-

fern von gleichem Wert, als eine jede dazu dient, ihre Absicht vollkommen zu bewirken“ (Kant 1785, 35). Eine Entscheidung, wie wir sie anzielen, muss beides sein: „richtig“ und „gut“, muss nicht nur strategisch, sondern auch menschlich/mitmenschlich in Ordnung sein. Sie entdeckt „Spuren einer Vernunft, die zusammenführt, ohne Abstände zu tilgen, die unter Fremdem das Gemeinsame kenntlich macht, aber dem Anderen seine Andersheit lässt“ (Habermas 2001, 166). Gute Entscheidungen realisieren Gemeinsamkeit und akzeptieren, dass Entscheidungen immer auch die Perspektive des Anderen sind.

Dazu eine Erzählung: Ein Rabbi hörte sich die Geschichte eines Ehepaares aus seiner Gemeinde an, das in eine Beziehungskrise gekommen war. Danach sagte er der Frau, als sie ihre Geschichte erzählt hatte: Sie haben recht, dass Sie sich trennen wollen. Und als der Mann seine Version erzählte, gab er ihm auch Recht. Ein Freund des Rabbiners meinte, es sei logisch unmöglich, dass beide recht hätten. Da meinte der Rabbi: „Da hast du auch wieder recht“. – Kann dieses Kapitel über das Thema „Entscheidung“ mehr als nur allen recht geben? Hat die Ethik der Entscheidung mehr zu bieten als die unscharfe und witzlose Bestätigung des Bestehenden? Oder noch allgemeiner gefragt: Can Ethics Provide Answers (so der Titel eines Aufsatzes von J. Rachel)?

Aber mit einer moralhaltigen Interpretation bleiben wir dem Vordergrund der Geschichte vom Rabbi (drei Probleme, ein und dieselbe Lösung) verhaftet. Zudem gehen wir dem allgemeinen Vorurteil auf den Leim, dass Ethik der wissenschaftlich legitimierte Lieferant von normativen Sätzen sein sollte. Stattdessen muss Ethik verstehen helfen, sie soll der professionellen Erfahrung helfen, situationsangemessene Normen zu finden bzw. zu entwickeln. Der Hintergrund unserer Geschichte vom Rabbi liegt in der Weisheit dieser

(logisch anfechtbaren) Lösung, der es ja nicht um das Verteilen von Bewertungen geht, wohl eher um das Erzeugen einer gemeinsamen Ausgangsbasis für eine konstruktivere Lösung des Paarpblems. Beziehen wir uns auf das Dilemma von Kant: Entscheidungen sind mehr als Beschlüsse im Sinne von Verhaltensregeln. Ziel der Ethik ist Verstehen. Rekonstruieren und Entwickeln von Normen kommen erst danach, sie sind niemals der erste Schritt der Ethik. Wenn der Rabbi das meinte, sollten wir festhalten: Nicht „was“, sondern „warum“ etwas entschieden wird, ist wichtig.

Wenden wir diese Maxime auf das Thema „Entscheidung“ an! Nicht das „Was“, sondern das „Warum“ ist wichtig, der Rabbi gab der Frau, dann dem Mann und schließlich auch seinem Freund recht, nicht weil er nicht differenzieren wollte, sondern weil er immer die Hintergründe der Entscheidung sah und es vermeiden wollte, jemanden trotz seiner guten Motive und Ziele zu verletzen. Man darf nicht auf der Regel-Ebene stehen bleiben, wenn der eine für Trennung war und der andere dagegen, ganz zu schweigen von dem logisch argumentierenden Bekannten: Regeln sind unterschiedlich, aber hinter ihnen stehen Fragen danach, welche Konsequenzen, Motive, Gründe und Ziele jemand sieht.

Noch einmal: Das „Was“ bedient die Regel-Ebene und ihre strategische Gültigkeit. Warum jemand diese Konsequenzen, Motive, Gründe und Ziele sieht, ist eine Frage, die nur den anderen etwas angeht, Sache des Helfers (in dieser Anekdote: des Rabbi) ist nur, bei der Entwicklung dieses „Warum“ zu helfen, etwa bei Fehlentwicklungen zu warnen, mehr Klarheit zu schaffen usw. Was das im einzelnen für Kriterien sind, muss Gegenstand der weiteren Ausführungen werden. Dazu ein Fall:

Ein 46-jähriger in einer Klinik tätiger Hautarzt steht vor der Frage, ob er sich selbständig machen oder in der Klinik angestellt bleiben sollte. Er ist verheiratet und hat zwei Kinder im Alter von 17 und 14 Jahren. Im Gegensatz zur Haltung seiner Vorgesetzten ist er ein Vertreter der ganzheitlichen Medizin, sein Interesse gilt vor allem alternativen Behandlungsmethoden. Aufgrund seiner persönlichen und finanziellen Situation kristallisieren sich bei seiner Entscheidungsfindung mithilfe des beratenden Gesprächspartners folgende beiden Konflikte heraus: Sicherheit des Angestelltenver-

hältnisses versus Kreativität in der eigenen Praxis, d. h. Anpassung an den „Stil des Hauses/der Station“ versus Eigenständigkeit und Realisieren seiner medizinischen Grundüberzeugungen.

Entscheidungen sind keine Funktionen von Fakten, die wir als das „Was“ bezeichnet haben. David Hume erkannte den fundamentalen Unterschied von „is and ought“, und seit G. E. Moore wurde das als „naturalistischer Fehlschluss“ – gemeint ist damit die Unableitbarkeit von praktischen Konsequenzen aus Fakten [„Natur der Sache“] – bezeichnet.

Auf diesem Fundament ruht ein weiterer Ansatz, nennen wir ihn den reflexiven Ansatz: Handeln setzt Ziele-Haben voraus, und Ziele-Haben beruht auf (gemeinsamen) Werterfahrungen, was dann letztendlich in Entscheidungen mündet. Mit anderen Worten: Klient und Therapeut sehen das Warum ihrer Entscheidung aus ihrer jeweiligen Perspektive und Erfahrung. Insofern brauchen sie einen gemeinsamen reflexiven Ansatz, indem sie herausfinden, ob der Klient und sein Helfer Konsequenzen, Motive, Gründe und Ziele bei sich selber kennen und – was untrennbar damit zusammenhängt – welche moralischen Ressourcen sie bei sich selber wahrnehmen. Entscheidungen, die man mit anderen zusammen zu fällen hat, haben immer zwei Seiten zu bedenken, die Seite dessen, der die Wahl trifft, und die Seite dessen, der in die Entscheidung involviert ist, z. B. weil er berät. Das bedeutet: Der Klient hat seine Konsequenzen, Motive, Gründe und Ziele zu reflektieren, aber auch der Berater. Man lernt nur gemeinsam. Je besser man die Architektur der Entscheidung auf beiden Seiten kennt, desto besser kann man dabei helfen.

Man kann an folgende Probleme denken, an Suizidenten, Suchtkranke, mobbende Arbeitskollegen, Menschen in Konflikten von Schwangerschaft oder Partnerschaft usw. Die Ethik solcher Dilemmata zu kennen, ist oft hilfreich, unbedingte Voraussetzung ist jedoch der reflexive Ansatz: Verstehen, warum der Klient sowie sein Therapeut das jeweilige Problem haben bzw. nicht haben und lösen bzw. nicht lösen können. Leider bleibt das in der modernen Ethik oft außen vor: Eine Lösung liegt nie nur in der Sache, sondern immer auch in den moralischen Ressourcen dessen, der für das Problem und seine Lösung Verantwortung übernimmt. Zurück zu unserem Beispielfall:

Ob der Berater und in welche Richtung er Einfluss nimmt, hängt entscheidend von seinen eigenen Grundüberzeugungen und moralischen Ressourcen ab. Handelt es sich bei ihm um einen sehr sicherheitsbedachten Menschen, wird er – bewusst oder unbewusst – eher die Seite des Klienten stärken, auch in Anbetracht der Familie, kein finanzielles Risiko einzugehen und unter diesen Umständen in der Klinik zu bleiben.

Benutzen wir dafür eine in der Moralphilosophie übliche Sprache: *Entscheidungen haben nie nur eine objektive, sondern immer auch eine subjektive Seite.* Objektiv, z. B. objektiv richtig – ein objektiv „gut“ gibt es nicht – würde heißen: Oft glaubt man, die Konsequenzen, Motive, Gründe und Ziele, über die wir gerade gesprochen haben, seien so und nicht anders zu beurteilen. Dabei wurde bedacht, dass derjenige, der sich entscheiden will, weil er die Konsequenzen, Motive, Gründe und Ziele zur Zeit noch nicht einschätzen kann, auf dem Weg dahin ist, aber dazu Hilfe fordert, weil die Entscheidung so wichtig oder so schwer und dilemmahaft ist. Darin liegt der Weg der Ethik: Die Sache kennen ist die eine – objektive – Seite, das Abschätzen- und Gewichtenkönnen ist die andere – subjektive – Seite. Der Psychotherapeut oder Berater kann nur helfen, wenn er auch diese subjektive Seite herausarbeitet. Tut er das nicht, bleibt die Entscheidung in der Schwebelage, „die“ Entscheidung wird niemals die „eigene“ Entscheidung. *Die Aufgabe/Kunst des Beraters ist, die subjektive Seite, die Gewichtung der verschiedenen Alternativen durch den Patienten vornehmen zu lassen und ihm diese zuzugestehen.*

1. Der Prozess der Entscheidung: Blickwinkel jenseits der Psychologie

Der berühmte deutsche Philosoph und Psychiater Karl Jaspers widersetzte sich dem Versuch, an der medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg ein psychotherapeutisches Institut, das Sigmund-Freud-Institut einzurichten. Der Punkt war nicht, die Medizin von ihren psychischen Aspekten frei zu halten, ganz im Gegenteil. Es ging ihm vielmehr darum, klar zu machen und insbesondere in der medizinischen Ausbildung festzuhalten, dass die Beziehung zwischen Arzt und Patient mehr ist als nur Psychologie. Ganzheit des Menschen – und darauf kommt es dem Arzt Jaspers an – bedeutet zunächst, aber nicht allein die Integration

des Psychischen. Ganzheit ist insofern auch – und vielleicht zu allererst – eine Frage der geistigen Entscheidung, für die Jaspers dann lieber den Begriff „Wahl“ benutzt. So begibt sich derjenige, der eine Wahl trifft, auf einen Weg jenseits der Psychologie. Helfer wie Klient wollen ein Stück weit sich selbst, mit anderen Worten die Skizze eines inneren Entwurfs entdecken, der im Laufe eines übervollen Alltags verhindert oder einfach zugeschüttet wurde. Der Arzt in unserem Beispiel

wird sich fragen müssen, ob er der sein will und kann, der er ist, sei es als hilfreicher und ganzheitlicher Therapeut oder als Familienvater, der seiner Familie Sicherheit bietet. Was von beidem will er sein? Wieviel Kompromisse und Enttäuschungen nimmt er in Kauf? Kann er – auf Dauer – der sein, der zu sein er sich entscheidet, ist das wirklich „seine“ Wahl?

Bemerkenswert ist in dieser Philosophie auch, dass nicht einfach Gesundheitsziele verabredet werden, sondern die Beteiligten jenseits aller Psychologie entdecken, wer sie sind, und entscheiden müssen, wer sie sein wollen. Aber ohne Frage: Das Höchste für den Helfer (Jaspers als Arzt, Psychologe und Philosoph ging hier von der medizinischen Situation aus) ist, „*Schicksalsgefährte*“ zu werden mit dem Kranken, Vernunft mit Vernunft, Mensch mit Mensch.“ (K. Jaspers 1986, 18; eigene Hervorhebung), d. h. die wirklich existentielle Prägung dieser Beziehung ist ein zentraler Punkt. Insofern sind Klient und Therapeut wirkliche Partner, weil sie einen gemeinsamen Bezugspunkt haben bzw. entwickeln.

Man sollte weniger den medizinischen Hintergrund und mehr das Paradigma einer existentiellen Nähe beachten. Es geht darum zu klären, warum diese Nähe zwischen Helfer und Klient nicht praktiziert wird. Verfehlte Nähe ist die verfehlte Gemeinsamkeit von Zielen, von Vernünftigkeit und existentieller Wahl. Wer das nicht sieht, sieht vielleicht nur noch die professionelle Differenz, die ein Machtgefüge begründet, jedoch die gemeinsame Basis des Menschlichen übersieht.

„Schicksalsgefährte“ in unserem Beispiel bedeutet für den Psychotherapeuten, nicht mehr als die wichtige Funktion des Gesprächspartners und Beraters zu übernehmen. Schließlich trifft der Klient eine sehr zentrale Wahl, nämlich die Wahl – um im Jasperschen Sprachgebrauch

zu bleiben – seiner selbst. Der Berater könnte dem Arzt vermitteln, wie wichtig es ist, Grundüberzeugungen zu leben und zu verwirklichen. Vielleicht könnte er ihn darin bestärken, dass die persönliche Entwicklung des Arztes wichtiger ist als nach institutioneller und finanzieller Sicherheit zu streben.

2. Wer ist eigentlich der Experte?

Auf einer sehr abstrakten Ebene kann sicher akzeptiert werden, dass Entscheidungen immer auch das eigene Ichselbersein-Können betreffen. Aber wenn das so ist, ist dann nicht die Kompetenz dessen, der eine Entscheidung für sich oder auch mit anderen zusammen erarbeitet, auf den Kopf gestellt? Der Experte ist dann nicht mehr der, der ethische Kompetenz (z. B. Kenntnis von den Regeln seiner Gruppe oder Schicht) besitzt, sondern der, der mit dieser oder jener moralischen Entscheidung sein Leben gestaltet, weil er Konsequenzen, Gründe, Motive und Ziele kennt und bewertet. Unser Beispiel verdeutlicht,

dass der wahre Experte für diese Entscheidung nur der ratsuchende Klient selber sein kann. Er muss die zum Entscheidungskonflikt führenden Faktoren für sich individuell gewichten, z. B. höhere Gewichtung der finanziellen Sicherheit unter den gegebenen familiären Umständen als der Selbstverwirklichung in alternativer und ganzheitlicher Medizin. Vielleicht ist es aber auch die Kreativität, die der Hautarzt bisher kaum mitleben lassen konnte. Aber was auch immer darüber rasoniert werden könnte, es ist „seine“ Entscheidung.

Was macht die Gestaltungskompetenz aus, worin liegen die konstitutiven Merkmale einer ethischen Entscheidung? Dazu drei Kriterien:

1. Ein erstes und fundamentales Kriterium ist der *Aufbau von Verantwortungsfähigkeit*. Ziel einer Entscheidung ist, Verantwortung zu übernehmen. „Das Individuum hat sich gleichsam an der Hand genommen und eine im höchsten Maße verantwortliche Handlung begangen“ (Rogers 1942, 38), und den ersten Schritt in Richtung Ethik getan. Initiale Hilfe auf diesem Weg zur Entscheidung ist „Wohlberatenheit“, wie Aristoteles das nannte (Nikomachische Ethik, VI, 1142 a 33) und für die Angehörigen

helfender Berufe (Psychotherapie, Medizin, Pflege, Sozialarbeit, Seelsorge usw.) zentral, um eine Entscheidung „im besten Interesse“ ihres Klienten treffen zu können. Aber der erste Schritt kommt vom Klienten. Was sein „bestes Interesse“ und damit seine oberste Präferenz ist, kann nur er selber sagen. Dazu gehört auch, einen Klienten vor Entscheidungen zu warnen, deren Konsequenzen er – z. B. in seiner augenblicklichen Verfassung – nicht verantworten kann.

2. Entscheidungen sind *ein Prozess, nicht ein Ereignis*, also eher ein Weg mit vielen Etappen, die hier so beschrieben werden:

- (1) die Notwendigkeit einer Entscheidung überhaupt wahrzunehmen,
- (2) die Konsequenzen seiner Einstellung zu erkennen und festzulegen,
- (3) zu begreifen, welche dieser Möglichkeiten „meine“ Möglichkeit ist,
- (4) welche der Optionen am wenigsten die Belange anderer verletzt und
- (5) welche der Optionen daher gemessen an den eigenen Mitteln umgesetzt werden kann.

Mit anderen Worten: eine Entscheidung ist eine Art des Stellungnehmens, in dem der Klient seine (ihm vielleicht selber) verborgenen Möglichkeiten verstehen lernen sollte. Ihm dabei zu helfen heißt, ihm diesen Prozess anhand „einfühlenden, empathischen Verstehens“ (klientenzentrierte Grundvariable nach Sander 1999, 54f) zu erleichtern, transparent zu machen und ihn auch zu wollen. Der Prozess einer Entscheidung beginnt vielleicht schon mit zaghaften, vielleicht konjunktivischen Überlegungen wie „dann müsste ich doch...“ oder Fragen wie „müsste man dann nicht...?“ Ethik der Entscheidung ist nicht Antwortengeben, sondern Überlegungen- bzw. Fragenverstehen. Das zentrale Prinzip der Ethik beruht auf *gegenseitiger Anerkennung des Klienten und seines Beraters als vernünftige Subjekte*, eben weil der eine (der Helfer) nicht einfach Antworten auf die Fragen anderer (des Klienten) weiß, sondern der Klient weiß die Antwort selber (vielleicht besser als der Helfer und meist situationsgerechter), aber die Fragen des Klienten fordern möglicherweise Verstehenshilfe. Um es philosophisch zu sagen: *Ethik der*

Entscheidung kann nur verstehende (hermeneutische) Ethik sein.

Je stärker ausgeprägt diese Variablen habituell verwirklicht sind, desto mehr wird die Selbstexploration des Klienten angeregt und damit der Schritt getan, dass er durch Klärungshilfe in Form von empathischem Verstehen wieder „Experte“ für sein eigenes Leben wird. Der Experte ist also nicht mehr der Helfer, sondern der Klient selber. Diese Haltung stellt in der klientenzentrierten Psychotherapie/Beratung die Basis der therapeutischen/beratenden Unterstützung dar. Wenn das übersehen wird, findet keine „Beratung“ mehr statt, sondern Belehrung, ethikferne Manipulation. Hilfe bei der Entscheidung setzt also vor allem Zurücknahme der eigenen professionellen Dominanz voraus, die man als vermeintlicher Experte bzw. sog. Profi zwangsläufig hat. Für den Menschen typisch ist – so ein Ausdruck aus der Bioethik – „moral agent“ zu sein: Handeln – und mag es noch so viele Gesetze und Normen geben – beruht am Ende immer auf „meiner“ Entscheidung und liegt in „meiner“ Verantwortung. Fremdgesteuerte Entscheidungen dürfen und können kein Ziel für den Helfer sein (vgl. den Beitrag von E. Ruschmann in diesem Band, S. 20).

Wenn der Klient selber wieder sein eigener Experte wird, liegt darin die Herausforderung der Autonomie – gemeint als das Programm von empowerment des Menschen, er selber zu sein. Die Psyche und das soziale Umfeld dieses Patienten zu kennen, ist dann nicht die Flucht der Ethik in die Psychologie oder Soziologie. Psycho-soziale Kenntnisse sind wichtig, um Unterstützung (social support) und die inneren Kräfte des Vertrauens für das empowerment des Patienten zu mobilisieren. Wenn z. B. ein Helfer einen trauernden Angehörigen begleitet, tut er das, weil er weiß, dass dieser Angehörige vom traurigen Augenblick beherrscht wird, aber irgendwann in ihm die Kraft der Selbstbestimmung befreit werden kann. Allfällige Entscheidungen müssen an diesem Ziel des Klienten orientiert sein. Rogers spricht in diesem Zusammenhang von der Aktualisierungskompetenz, der zufolge jeder Mensch nach Wachstum, Reife und Autonomie strebt, wenn sie nicht behindert wird (Sander 1999, 47).

3. „Shared decision making“

Gemeinhin werden Entscheidungen in zwei Kategorien eingeordnet: in die Kategorien „Autonomie“ und „Paternalismus“ (Emanuel & Emanuel 1992). Für eine der beiden Kategorien Stellung zu beziehen ist insofern müßig, weil in der Entscheidung immer die Verantwortung des Helfers sowie die Selbstbestimmung des Klienten eine Rolle spielen und Kompromisse nur gültig sein können, wenn sie diese beiden Momente berücksichtigen. Gemeinsame Entscheidungsfindung ist darum angesagt; aber Partnerschaftlichkeit in der Therapeut-Klient-Beziehung darf nicht überfrachtet werden mit Elementen aus Freundschaft, Partnerschaft, Familie o. ä., weil sie diese Gemeinsamkeit unterminieren (vgl. die Ethikrichtlinien der GwG in diesem Band, S. 117).

Wichtig geworden ist das Konzept des *sharing of uncertainties*. Dieses Konzept beschreibt die Gegenseitigkeit im Mitteilen von Unsicherheiten, wodurch einerseits Ängste, Zweifel, geringe Aussicht auf Erfolg usw. ausgesprochen werden und dadurch ihre Macht verlieren. Andererseits bedeutet das sharing of uncertainties Abbau unrealistischer Erwartungen, wodurch Helfer in die unrealistische Rolle des Allmächtigen geraten können.

Ein weiteres partnerschaftliches Konzept ist das *shared decision making*. Entscheidungen sind nicht allein vom Klienten, also autonom, oder vom Helfer, also eher paternalistisch, sondern gemeinsam zu fällen. Dieser Prozess der gemeinsamen Entscheidung braucht vor allem die

- vorbehaltlose Information nicht nur seitens des Beraters, sondern auch seitens des Klienten,
- Information auch über persönliche Werteinstellungen und Prioritäten von beiden,
- Akzeptanz und Bearbeitung der negativen Konsequenzen und Implikationen von Behandlungsentscheidungen wie auch letzten Endes die
- gemeinsame Festlegung eines Behandlungsplanes.

Greifen wir auf unser Beispiel zurück:

Der Therapeut sah seine Rolle im Berater- und Gesprächspartnersein, also dem ratsuchenden Klienten dabei zu helfen, die verschiedenen Seiten, die seine Entscheidung beeinflussen und

zum Konflikt führen, wahrzunehmen, sie gewichten und bewerten zu helfen. Erst aufgrund einer solchen Beratung und persönlichen Bewertung wird es dem Arzt möglich, die für ihn richtige Entscheidung zu treffen.

Der Nachteil einer solchen gemeinsamen Entscheidung ist sicher die Langwierigkeit und Offenheit der endgültigen Entscheidung, was in vielen Bereichen natürlich problematisch ist. Ein wichtiger Vorteil dieser gemeinsamen Entscheidung ist auf jeden Fall, dass Entscheidungen, die von Helfer und Klient gemeinsam getragen werden, auf jeden Fall einen höheren Grad von Motivation haben und auf dem „guten“ Gefühl der Akzeptanz als Voraussetzung für Compliance seitens aller Beteiligten basieren. Offen bleibt vorerst das Problem, was zu tun ist, wenn es eben nicht zu einer gemeinsam getragenen Entscheidung kommt. Ist dann das Umschalten auf eine härtere, unpartnerschaftliche Gangart notwendig oder als Rückfall in vormoralische Verhaltensweisen (nach der Art: Es entscheidet, wer das Sagen hat) anzusehen? Stattdessen sollten Elemente eines realistischen Dissens-Managements oder konfliktleichternder Gespräche überlegt werden.

Immer wieder tauchen unterschiedliche Positionen auf, was im Zusammenspiel von Therapeut, Klient und Umfeld nicht verwunderlich ist. Solche unterschiedlichen Positionen sind oft nicht fundamental, gelegentlich steigern sie sich zum Konflikt und behindern Compliance. Das unter den Teppich zu kehren, verhindert das Wachsen am und durch den Entscheidungskonflikt, stattdessen werden sog. ADRs (alternativ dispute resolution) gefordert. ADRs, dazu gehören vor allem Methoden der Mediation, der Konfliktleichterung und des Schlichtungsverfahrens, sollen den Umgang mit einem ethischen Konflikt erleichtern und eine konstruktive Lösung finden helfen. Die wichtigsten Prinzipien dabei sind:

1. kongruente Interessen und Bedürfnisse entdecken,
2. ein Klima des Verstanden- und Respektiert-Werdens aufbauen,
3. Neutralität des Prozessführers in Mediation, Verhandlung und Schlichtung zeigen und
4. Optionen als Alternative gegenüber dem festgefahrenen Konfliktstatus sehen.

Fünf Schritte dieses Prozesses lassen sich unterscheiden:

1. Entscheidung für die Aufnahme des Verfahrens
2. Einführung und Vertragsschluss
3. Problemidentifikation und Informationssammlung
4. Festlegung des Programms bzw. der Tagesordnung
5. Auswertung

Zusammenfassung

Entscheidung wird in ethischer Perspektive gern als „einsame“ Entscheidung angesehen, „einsam“, weil letzten Endes jeder *für* sich selber und *vor* sich selber entscheiden muss. Wir analysieren Vorgang und Voraussetzung des sich Entscheidens und machen deutlich, dass eine klientenzentrierte Arbeitsweise in der Psychotherapie geeignet ist, diesen Mythos der „einsamen“ Entscheidung zu unterlaufen. Es gibt viele Gründe, die Dynamik der Entscheidung als einen gemeinsamen Prozess anzusehen, d. h. als Herausforderung

1. *Unterstützung* durch den anderen zu mobilisieren,
2. *Wert und Bewertung* (Präferenz) der Entscheidung kennen zu lernen
3. das *subjektive Potential* der Entscheidung zu nutzen und
4. in der Entscheidung nicht nur das Resultat, den Beschluss, zu würdigen, sondern auch den *Prozess*.

Literatur

- Emmanuel, E. J.; Emmanuel, L. L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *Journal of the American Medical Association* 267, 2221-2226.
- Habermas, J. (2001). *Moralbewusstsein und kommunikatives Handeln*. 5. Aufl. Frankfurt: Suhrkamp.
- Habermas, J. (2003). Was Theorien leisten können – und was nicht (1990). In: Habermas, J. (Hrsg.): *Zeitdiagnosen. Zwölf Essays*. Frankfurt: Suhrkamp, 150-166.
- Illhardt, F.-J. (2004). Die gemeinsame Entscheidung: Modischer Trend oder Notwendigkeit?

- In Bartsch, H. H., Weis, J. (ed) Gemeinsame Entscheidung in der Krebstherapie. Arzt und Patient im Spannungsfeld der Shared Decision, Basel, Freiburg, Paris etc.: Karger, 121-131. (Weitere Literatur daselbst)
- Jaspers, K. (1999). Die Idee des Arztes. In: Hersch. J, (Hrsg.): Der Arzt im technischen Zeitalter. 2. Aufl. Mainz, München: Piper, 7-18.
- Kant, I. (1785). Grundlegung der Metaphysik der Sitten. Hrsg. v. Vorländer K. Philosophische Bibliothek Bd. 41. Meiner: Hamburg 1965.
- Rachel, J. (1995). Can Ethics Provide Answers? In: Howell J, Sale W (eds.) Life Choices. A Hastings Center Introduction to Bioethics. Georgetown University Press: Washington DC, 3-23.
- Rogers, C. R. (1942). Die nicht-direktive Beratung. Counseling and Psychotherapy. Übers. Nosbüsch E. Frankfurt/M: Fischer 1997.
- Sander, K. (1999). Personzentrierte Beratung. Köln, Weinheim, Basel: GwG-Verlag und Beltz.

Ethik in der Kinder- und Jugendpsychotherapie

Renate Lezius-Paulus

UN-Kinderrechtskonvention vom 20. November 1989, für Deutschland in Kraft getreten am 5. April 1992, Artikel 12 (Berücksichtigung des Kindeswillens) Absatz (1): „Die Vertragsstaaten sichern dem Kind, das fähig ist, sich eine eigene Meinung zu bilden, das Recht zu, diese Meinung in allen das Kind berührenden Angelegenheiten frei zu äußern und berücksichtigen die Meinung des Kindes angemessen und entsprechend seinem Alter und seiner Reife“. **Artikel 13** gibt dem Kind das Recht auf freie Meinungsäußerung und Informationsfreiheit; **Artikel 14** das Recht auf Gedanken-, Gewissens- und Religionsfreiheit und **Artikel 16** das Recht auf Schutz der Privatsphäre und Schutz seiner Ehre und seines Rufes.

Kindern werden in der Konvention in vollem Umfang die Menschenrechte (Menschenrechtskonvention von 1948) garantiert sowie Sonderrechte zu ihrem besonderen Schutz. Sie versteht „Kindheit“ als Entwicklungsprozess, in dessen Verlauf Kinder und Jugendliche vor sie schädigenden Einflüssen behütet und in ihrer Autonomie gestärkt werden sollen. Die kindliche Selbstbestimmung sowie eine „nichtpaternalistische“ (= nicht bevormundende) Einstellung Kindern gegenüber soll ausdrücklich gefördert und gesichert werden. „Das Kind wird vor allem als Individuum geschützt. Seine Rolle als Teil der Familie wird unmissverständlich als zweitrangig bestimmt“ (Reiter-Theil u. a. 1993, S. 15).

Vergleicht man die aufgeführten Kinderrechte mit den von Kitchener (1984) fünf ethischen Prinzipien für den Bereich der Psychotherapie

1. *Respekt vor der Autonomie anderer Personen (autonomy)*
2. *Sorge um das Wohlergehen anderer (beneficence)*
3. *Schadensvermeidung (nonmaleficence)*
4. *Gerechtigkeit (justice)*
5. *Gewissenhaftigkeit (fidelity)*

so ist die Ähnlichkeit der Anforderungen im Umgang mit Kindern und Jugendlichen nicht zu über-

sehen. Die Umsetzung der Kinderrechte und der ethischen Prinzipien stellt jedoch niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Fachkräfte in den Erziehungsberatungsstellen vor ganz andere Probleme als in der Psychotherapie mit Erwachsenen.

An diesen Problemen hat sich seit den Anfängen der Kinderpsychotherapie nicht allzu viel geändert, wie ein paar Zitate belegen werden. So schreibt Jacques Berna (1962) in Biermann, G. (Hrsg.) „Handbuch der Kinderpsychotherapie“ (1976, S. 247) über Anna Freud (1945): „Sie zeigt, dass bei kindlichen Symptomen die Eltern es sind, die darunter leiden. Viele schwere neurotische Störungen trägt das Kind mit Gleichmut, während es an anderen, weniger schweren, leidet. Die Entscheidung aber, dass für das Kind Hilfe gesucht wird, liegt normalerweise bei den Eltern. Darum ist es wahrscheinlicher, dass diejenigen infantilen Neurosen zur Behandlung gebracht werden, deren Symptome für die Mitwelt störend sind“.

Virginia Axline (1947), die Begründerin der nicht-direktiven Spieltherapie, schreibt in demselben Handbuch (s. o. S. 191): „Wenn ein Kind zur Spieltherapie kommt, ist es fast immer von einem Erwachsenen zur Behandlung in die Klinik geschickt oder gebracht worden. Es geht nun diese völlig neue und einzigartige Situation ebenso an, wie es bisher alle ungewohnten Situationen angegangen ist: Entweder mit Begeisterung oder mit Angst, Vorsicht, Widerstand oder irgendeinem anderen, für seine Reaktionsweise typischen Verhalten. Der Initialkontakt ist für den weiteren Verlauf der Therapie bedeutungsvoll. Bei dieser ersten Kontaktaufnahme wird gewissermaßen die Bühne für die spätere Handlung aufgebaut. Der Aufbau wird dem Kind vor Augen geführt, nicht durch Worte, sondern durch die Art der Beziehung, die nun zwischen dem Therapeuten und dem Kind entsteht. Das Wort ‚Aufbau‘ wird hier gebraucht, um die Struktur der Beziehung zwischen Therapeut und Kind nach den beschriebenen Grundsätzen zu verdeutlichen. Das Kind lernt so das Wesen des therapeutischen Kontakts verstehen und kann

auf diese Weise einen größeren Nutzen davon haben.“

Gerald P. Koocher (1983) in Reiter-Theil u. a. (1993, S. 14) „Psychotherapy is most often the idea of some adults, than of the child“.

Friedrich Specht schreibt in seinem Gutachten für das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen „Zu den Regeln des fachlichen Könnens in der psychosozialen Beratung von Kindern, Jugendlichen und Eltern“ (1993, S. 120f) unter 5. Ethische Grundsätze in der Erziehungsberatung; 5.2.3. Respektierung der Selbstbestimmung der Ratsuchenden: „Kinder entscheiden sehr selten und Jugendliche nur zum Teil selber über die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe. Überwiegend sind es Erwachsene, Erzieher, Lehrer, die der Meinung sind, wegen der tatsächlichen oder vermeintlichen Problembelastung eines Kindes oder Jugendlichen Rat suchen zu müssen“. Und weiter unten dazu: „Kinder und Jugendliche wehren sich mit ihren Möglichkeiten, wenn sie sich einer undurchschaubaren Form von Fremdbestimmung ausgesetzt fühlen. Sowohl die tatsächliche wie die phantasierte Expertenmacht als auch Vermutungen über die wahren Auftraggeber sind Gründe solcher Befürchtungen“.

Dass sich diese Ausgangssituation für Kinder und Jugendliche in den letzten Jahren kaum bzw. gar nicht geändert hat, belegen neuere Forschungsergebnisse, in denen Kinder und Jugendliche zu ihren Psychotherapieerfahrungen befragt wurden (Lehmkuhl u. a. 2003; Lenz, 2000).

So verwundert es nicht, dass in den „Ethischen Standards in der Institutionellen Beratung“, Stellungnahme des Deutschen Arbeitskreises für Jugend-, Ehe- und Familienberatung (mit dabei die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung), in Kraft getreten am 31. Mai 2003, keine besonderen Hinweise zum Umgang mit Kindern und Jugendlichen gegeben werden.

Index-Klienten in den Erziehungsberatungsstellen sind Kinder und Jugendliche, unabhängig davon ob das Kind die Probleme hat oder die Eltern. Die entsprechenden Daten fließen in die Datenerfassung für die Statistik der Jugendhilfe „Institutionelle Beratung“ 1 mit ein, was im 9. Kapitel (§§ 98–103 SGB VIII) des Kinder- und Jugendhilfegesetzes geregelt ist.

Im praktischen Alltag sind Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bereits bei der Frage des Behandlungsauftrages einem ethischen Konflikt ausgeliefert bzw. werden sie in ständige Dilemmata verwickelt: Selten bis gar nicht kommen Kinder und Jugendliche aus eigenem Antrieb zu einer psychologischen Diagnostik oder wünschen von sich aus eine sich anschließende psychotherapeutische Behandlung. Sie werden geschickt von Eltern, von Kindergärten, von Schulen, vom Jugendamt, von Kinderärzten und Kinder- und Jugendpsychiatern. Sie fühlen sich in der Regel nicht krank, sondern leiden eher unter dem Gefühl nicht in Ordnung, nicht normal oder störend zu sein oder wie nicht selten in Trennungs- und Scheidungsfamilien gar Schuld zu haben an der Trennung oder den psychischen Problemen der Eltern. Sie verhalten sich ihren Eltern gegenüber loyal wenn es um familieninterne Probleme geht und sie stellen sich schützend vor psychisch kranke Eltern, sei es Vater oder Mutter. Sie übernehmen Verantwortung für ihre hilflosen oder überforderten Eltern und entschuldigen deren Verhalten vor anderen.

„Nicht selten möchten Eltern ihre Verantwortung – nach Jonas ‚Das zeitlose Urbild aller Verantwortung‘ – auf uns direkt oder indirekt übertragen, sei es im Sinne einer vertrauensvollen Delegation oder einer für sie entlastenden Abschiebung“ (Knölker u. a. 2000, S. 177).

Konflikte sind in dem Dreieck betroffenes Kind, Eltern und Fachleute in Erziehungsberatungsstellen oder bei niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vorprogrammiert: Wie viel Übernahme an Verantwortung für das Kind ist vertretbar oder gar notwendig?

Eklatant wird dieses Dilemma, wenn es um Vernachlässigung, emotionale und körperliche Misshandlung oder um sexuellen Missbrauch geht. Fragen des Kinderschutzes, des Umgangs mit traumatisierten Kindern sind stets ethische Gratwanderungen, in dem von Anna Freud beschriebenen Dilemma zwischen „zu viel zu früh und zu wenig zu spät“ (Fegert 2004, S. 226).

Bezogen auf das Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie setzt Knölker s. o. (S. 175) den Begriff Ethik mit dem Begriff Verantwortung gleich und bezieht sich auf den Philosophen Hans Jonas (Das Prinzip Verantwortung, Suhrkamp, 1987): „Für Jonas ist

Verantwortung mit den Begriffen Wissen, Macht, Furcht und Hoffnung eng verbunden.“ In diese Verantwortung fließt das fundierte fachliche Wissen, die Pflicht zur Macht im Sinne der „Verantwortung für zu Tuendes“, Furcht im Sinne von „Sorge um“, d. h. ungünstige Entwicklungen für das Kind abzuwenden, und Hoffnung dem Kind, dem jungen Menschen bei einer positiven Entwicklung zu helfen mit ein.

Angesichts der o. a. Problematik, dass Kinder und Jugendliche sehr selten eigene Bedürfnisse nach Psychotherapie äußern und in der Regel keine Vorstellung von der „guten und sie in ihrer Entwicklung fördernden Beziehung zu einem Psychotherapeuten“ haben, geschweige eine Ahnung davon, was sie möglicherweise ohne es zu wollen über familiäre und eigene innerpsychische Konflikte in psychologischen Testverfahren, projektiven Verfahren oder Familiengesprächen preisgeben, wird die besondere o. a. Verantwortlichkeit sehr deutlich.

Die Verantwortung besteht nicht nur darin, Kinder altersentsprechend aufzuklären, zu informieren über die Ziele und Auswirkungen einer Diagnostik, Spieltherapie, Familientherapie oder sonstigen Psychotherapie durch den behandelnden Kinderpsychotherapeuten, sondern darüber hinaus von den Kindern und Jugendlichen eine sog. „informierte Zustimmung“ für die Behandlung zu erhalten (informed consent, nach Faden und Beauchamp 1980 in Reiter-Theil u. a. 1993, S. 16).

Die „informierte Zustimmung“ bedarf einer schrittweisen Vorbereitung (Reiter-Theil, s. o. S. 16–18) und ist in folgende Phasen aufgliedert:

1. *Aufnahme*: Das Informationsmaterial wird alters- und entwicklungsentsprechend dargeboten, z. B. könnte das eine Bildgeschichte, ein Comic oder ein Videofilm sein; auch direkte Fragen des Kindes zur Person des Therapeuten zu beantworten ist vertrauensbildend und wichtig wie zum Beispiel: „Bist du verheiratet?“ – „Wohnst du hier?“ – „Hast du Kinder?“ Das Kind sollte angeregt werden zu fragen, was ihm wichtig sei, um bei der Therapie mitzuhelfen.
2. *Verstehen*: Es muss sicher gestellt werden, dass das Kind die Informationen verstehen

kann und weiß, dass es ein Mitbestimmungsrecht hat, ob es die Psychotherapie möchte oder nicht, sogar dann, wenn die Eltern eine gegenteilige Meinung vertreten; was natürlich die Therapeuten vor ethische Dilemmata stellt.

3. *Verwendung*: Es muss bedacht werden, dass Kinder und Jugendliche die Informationen in sie belastenden Situationen nicht frei verwenden und bewerten können, um zu einer persönlichen Entscheidung zu kommen. Angst oder Autoritätshörigkeit kann die geäußerte Entscheidung beeinflusst haben; so haben Kinder in der Familientherapie häufig den Eindruck, sie müssten mitkommen, ob es ihnen passe oder nicht.
4. *Informiertes Einverständnis*: Konsens oder Dissens werden gerade bei jüngeren Kindern eher nonverbal geäußert, wenn ihr Unmut über die laufende Therapie steigt. Kinder mit Misshandlungserfahrungen tun sich oft schwer, Erwachsenen gegenüber verbalen Protest zu äußern.

Ein *Literaturhinweis* zu 1.: Marc Nemiroff und Jane Annunziata „Mein erstes (Kinder)Buch über Spieltherapie“ wurde vom Deutschen Psychologen Verlag des BDP als Lizenzausgabe des amerikanischen APA-Verlages vor einigen Jahren veröffentlicht und wird zur Zeit neu aufgelegt. Auf kindgerechte und leicht verständliche Art werden Kindern im Alter zwischen vier und sieben Jahren alle Fragen rund um die Psychotherapie beantwortet. Das Buch eignet sich zum Vorlesen und selbst lesen.

Reiter-Theil u. a. (1993, S. 19) fordern folgende Unterstützung der Kinder ganz besonders im familientherapeutischen Setting (was in vielen Erziehungsberatungsstellen ein wichtiges Angebot ist):

- „*Erfragen und Berücksichtigung ihrer Motivation,*
- *altersgemäße Information,*
- *explizites Ansprechen ihrer Wünsche und Ängste,*
- *Anerkennung ihrer Fähigkeiten und Rechte,*
- *Förderung ihrer Entscheidungsfähigkeit,*
- *Stützung ihrer Position und Sichtweise gegenüber den erwachsenen Therapieteilnehmern bzw. anderen Auftraggebern (Jugendamt u. ä.),*

- *Eingehen auf nonverbale Zeichen von Therapieablehnung und*
- *der Wunsch eines Kindes, eine (begonnene) Therapie verlassen zu dürfen sollte unbedingt respektiert werden.*“

Da diese Forderung an Grenzen stößt, so z. B. bei stationären Psychotherapien und einer sich selbst- oder fremdgefährdenden Symptomatik des Kindes oder Jugendlichen, weist dies nur auf weitere Konflikte hin, mit denen sich die Psychotherapeuten auseinandersetzen müssen. In der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie werden Fragen des „informed consent“ nach Lehmkuhl u. Lehmkuhl (in Lehmkuhl 2003, S. 53) „nicht als relevantes ethisches Problem eingestuft, obwohl fast die Hälfte der Eltern und Patienten nicht über mögliche Nebenwirkungen und alternative Therapieansätze aufgeklärt werden. Im Zentrum der wahrgenommenen ethischen Dilemmata findet sich weniger der informed consent, sondern das Gebot der Schadensvermeidung sowie die Verpflichtung zur Hilfe“.

Zusammenfassend zitiere ich nochmals Reiter-Theil u. a. 1993, S. 19: „Eine Therapie sollte nicht begonnen werden ohne altersgemäße Information und die aus dieser Aufklärung resultierende Zustimmung der betroffenen Kinder und Jugendlichen. Ein nicht-paternalistischer Umgang mit Minderjährigen im therapeutischen Kontext entspricht dem ethischen Prinzip des Respekts vor der Autonomie des Klienten und hat u. E. darüber hinaus Beispielfunktion für einen Umgang mit Kindern und Jugendlichen, der der UN-Konvention entspricht.“

Auf der Basis dieses Textes wurden exemplarische Beispiele aus der Praxis für ethische Konflikte in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen und in der Familienberatung ausgewählt, die sich im Teil 3 des Handbuches (8. Fallkonstellationen) finden. Es handelt sich zum Teil um Konflikte zwischen zwei gleichrangigen ethischen Prinzipien, z. B. wenn eine Verletzung des Respekts vor der Klientenautonomie zu Gunsten einer angestrebten Schadensvermeidung oder fachlichen Hilfeleistung vermieden werden soll. Konflikte im Umgehen mit der Verantwortlichkeit der sorgeberechtigten Eltern, Übernahme der Verantwortung für Auswirkungen von empfohlenen Maßnahmen, seien es Weiterempfehlungen an Kinder- und Jugendpsychiater, stationäre Therapieempfehlungen,

überlegte Trennungen vom häuslichen Umfeld oder der Familie, Schulwechsel oder auch um gerechte Verteilung der Angebote, um nur einige zu nennen.

Literatur (Zitate und zur Vertiefung)

Die UN-Kinderrechtskonvention „Übereinkommen über die Rechte des Kindes“ im Wortlaut mit Materialien umfasst 31 Seiten und kann aus dem Internet abgerufen werden.

Die „Ethischen Standards in der Institutionellen Beratung – Stellungnahme des Deutschen Arbeitskreises für Jugend-, Ehe- und Familienberatung“ sind ebenfalls im Internet zu finden und in der Zeitschrift der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke), Informationen für Erziehungsberatungsstellen Heft 2/2003 11-12.

Interessant ist noch die „Ärztlich-ethische Leitlinie zur körperlichen und neurologischen Untersuchung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ der Ethik-Kommission der 3 Fachgesellschaften für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 6 Seiten / 2005, ebenfalls im Internet.

Biermann, Gerd. Handbuch der Kinderpsychotherapie. Bd I 1976; Ernst Reinhardt Verlag München/Basel.

Fegert, Jörg M. (2004). Qualitätssicherung und ethische Fragen. In: Eggers, C., Fegert, J. M. u. Resch, F. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Berlin, Heidelberg, New York : Springer, 226–241.

Knölker, Ulrich; Matzejat, Fritz u. Schulte-Markwort, Michael (2000). Ethische Aspekte der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie systematisch, 2. Auflage 2000. Bremen: Uni-Med Verlag AG, 175–181.

Lehmkuhl, Ulrike (Hg.) (2003). Ethische Grundlagen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Lenz, Albert (2000). Wo bleiben die Kinder in der Familienberatung? Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat., 49, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 765–778.

Reiter-Theil, Stella; Eich, Holger u. Reiter, Ludwig (1993). Der ethische Status des Kindes in der Familien- und Kinderpsychotherapie. Prax.

- Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 42, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 14–20.
- Schwarz, Marion (2004). Ethische und juristische Spezifika bei Psychotherapien von Kindern und Jugendlichen; Psychotherapeutenjournal Heft 1/ 2004, 20–23.
- Specht, Friedrich (1993). Zu den Regeln des fachlichen Könnens in der psychosozialen Beratung von Kindern, Jugendlichen und Eltern. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat., 42. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 113–124.

Grenzverletzungen in der therapeutischen Beziehung

Monika Holzbecher

1. Einleitung

Wenn sich jemand auf den Weg begibt, eine therapeutische Ausbildung und Qualifikation zu erwerben, so ist dies in den meisten Fachrichtungen ein unerwartet langer und mühsamer Weg. Die anerkannten Therapieverbände haben aufwändige Ausbildungssysteme entwickelt, mit denen eine verantwortungsbewusste und qualifizierte Arbeit garantiert werden soll. Die Komplexität psychischer Prozesse und Vielfalt an Faktoren zur Veränderung bestehender Verhaltens- und Erlebensmuster erfordern Kenntnisse, die über ein erlernbares Faktenwissen weit hinausgehen und den therapeutisch Arbeitenden als Person mit in den Analyseprozess einbeziehen.

Die Auseinandersetzung mit Störungs- und Krankheitslehren, die Vermittlung von Methoden und das Kennen lernen eigener Verhaltens- und Erlebensweisen in der Selbsterfahrung und Eigenanalyse sind somit notwendige Meilensteine zur Zielerreichung. Von der Gruppe und Ausbildungsleitung begleitete Therapien im letzten Ausbildungsabschnitt vermitteln den „Neulingen“ Sicherheit und Unterstützung in der praktischen Umsetzung des Gelernten, so dass rechtzeitig Korrekturen im Therapieprozess vorgenommen werden können und Störungen und Konflikte in der konkreten Behandlungssituation zum Ausbildungsgegenstand werden. Die Verpflichtung zur Supervision nach Beendigung der Ausbildung schafft in den meisten Therapieverbänden eine weitere wichtige Voraussetzung, mögliche Behandlungsfehler durch Rückkopplung im Fachteam zu vermeiden. In einem stagnierenden Therapieprozess und bei Verunsicherungen besteht so die Möglichkeit, sich Rat im KollegInnenkreis zu holen oder Fachliteratur als Hilfsmittel heranzuziehen.

Doch diese vielfältigen Absicherungen für therapeutisch Arbeitende können nicht verhindern, so zeigen Untersuchungen, dass schwerwiegende Behandlungsfehler vorkommen. Selbst von Begründern der anerkannten therapeutischen

Fachrichtungen ist inzwischen bekannt, dass es auch ihnen nicht gelungen ist, ihrer eigenen Lehre entsprechend zu handeln. C. G. Jungs sexuelle Beziehung zu einer Klientin, Freundes Verharmlosung dieses ihm anvertrauten Missbrauchs, die psychoanalytische Behandlung seiner eigenen Tochter und die Uminterpretation der von Klientinnen berichteten Missbrauchserinnerungen in „verkleidete“ ödipale Wunschphantasien sind Beispiele für solche Behandlungsfehler.

Auffällig ist, dass die meisten Grenzverletzungen nicht dem fachlich, inhaltlichen Aspekt der Arbeit zuzurechnen sind, sondern auf der Kommunikationsebene geschehen. Der therapeutische Prozess basiert immer auch auf einer Beziehungsarbeit, selbst dann, wenn ein Therapeut versucht, als Person neutral zu bleiben und nicht in Erscheinung zu treten. Der „Beziehungs“-Aspekt zwischen TherapeutIn und KlientIn spielt eine wichtige, oftmals sogar die wichtigste Rolle bei dem angestrebten Heilungsvorgang. Innerhalb der Therapie kommen sich die Beteiligten emotional häufig sehr nahe, es entstehen „intim“ anmutende Situationen, die intensive Gefühle auslösen. Der therapeutisch Arbeitende (Diese Formulierung wird im Folgenden als geschlechtsneutrale Variante gewählt) ist oftmals die einzige Person im sozialen Umfeld, der umfassend vertraulichste und privateste Details und Empfindungen mitgeteilt werden.

Abweichend vom Alltag gelten jedoch besondere Regeln für diese Situation. Der professionell Arbeitende trägt ein hohes Maß an Verantwortung dafür, dass die notwendigen Regeln in diesem besonderen Setting eingehalten werden. Für das Gelingen der Therapie ist entscheidend, dass kein Missbrauch des Autoritätsgefälles und des entgegengebrachten Vertrauens stattfindet.

Schwerwiegende, oft irreparable Behandlungsfehler in der psychotherapeutischen Betreuung und Pflege geschehen oft dort, wo sich der therapeutisch Arbeitende nicht auf ein Fach- und Methodenwissen zurückziehen kann, sondern als Vertrauensperson, VerhandlungspartnerIn

oder mitfühlendes, achtsames, aber manchmal auch konfrontierendes Gegenüber gefragt ist. Gerade dort, wo es oft am wenigsten vermutet wird, reagieren KlientInnen äußerst sensibel auf die gezeigten Reaktionen. Alle Vereinbarungen und Rahmenbedingungen, die das therapeutische Setting bestimmen, sind ein prädestiniertes Feld für Verunsicherungen und Kränkungen auf beiden Seiten. Vermischungen von fachlichem und privatem Kontakt, unklare oder unangemessene Honorarregelungen, willkürliche Veränderungen der Sitzungsfrequenz, Beendigung der Therapie, ohne ausreichende Klärung oder das Gefühl, nicht als Person, sondern als Fall behandelt zu werden sind häufige Klagen von KlientInnen, die sich geschädigt und verletzt fühlen.

Dort, wo es Klienten und Patienten gegenüber an Wertschätzung, Einfühlungsvermögen, Akzeptanz aber auch notwendiger Distanz und Differenzierung fehlt, kann es leicht zu Grenzverletzungen kommen. Aber auch jemand, dem die Grundregeln in der personenzentrierten, respektvollen Begegnung wie selbstverständlich gelingen, kann in Situationen kommen, in denen ihm der Blick dafür verloren geht, was sein Gegenüber wirklich braucht. Typische Beispiele hierfür sind Wiederholungsinszenierungen von KlientInnen, in die therapeutisch Arbeitende leicht verwickelt werden können.

TherapeutInnen wird hier z. B. in der klientenzentrierten Psychotherapie abverlangt, dass sie sowohl sich selbst, ihr Gegenüber, als auch den therapeutischen Prozess als Ganzes immer wieder mit der Frage überprüfen, ob das, was momentan in der Beziehung geschieht, dem Wachstumsprozess dient und konstruktiv ist. Als therapeutisch arbeitender Mensch bin ich in der Verantwortung, optimale Bedingungen für die Heilung herzustellen; das bedeutet auch, mir selbst gegenüber verpflichtet zu sein. Das Erkennen und die Überprüfung meiner Fähigkeiten, Verwundbarkeiten und Ressourcen bietet einen notwendigen Schutz vor Überforderung und Grenzverletzungen, auch solchen, von denen ich selbst bedroht bin.

KlientInnen, die z. B. in ihren Beziehungen benutzt, verdinglicht, überfordert und missbraucht worden sind, werden jedes gleichberechtigte Kontaktangebot zunächst mit den eigenen gelernten „Spielregeln“ zu überformen versuchen. Oftmals sind es hier einzelne, kurze Situationen im Kon-

takt, in denen eine zuvor stimmige Beziehung „umzukippen“ droht und hier die Geistesgegenwart und Souveränität des therapeutisch Arbeitenden gefordert ist, um solche „Fallstricke“ unbeschadet zu umgehen. Insbesondere dann, wenn eine zuvor vorhandene Zugewandtheit durch starke Emotionen wie erotische Anziehung, gekränkte Eitelkeit, Zorn, Widerwillen etc. überlagert wird, entstehen Konflikte, auf die Helfende zu wenig vorbereitet sind. Eigene, nicht transparente und den Wachstumsprozess störende Gefühle und Motive können sich in den Vordergrund drängen und bei einer fehlenden Achtsamkeit sich selbst gegenüber im Handeln durchsetzen. Dies geschieht beispielsweise dann, wenn ich aus gekränkter Eitelkeit die Kritik eines Klienten vorschnell als Teil seiner Störung interpretiere, damit nicht ernstnehme und nicht überprüfe, was er mit seinen Einwänden meint und ob sie berechtigt sind. Supervisionsmöglichkeiten tragen in solchen Situationen zumeist erst verzögert zur Klärung bei.

Hilfreich wäre es an dieser Stelle, wenn allgemeingültige Regeln und „Gebrauchsanleitungen“ für therapeutische Kontakte erstellt und vermittelt werden könnten. Doch ebenso wenig, wie es eine Rezeptur für das Gelingen von Ehen und Partnerschaften gibt, auch wenn dies in den populärwissenschaftlichen Ratgebern immer wieder versprochen wird, lassen sich therapeutische, professionelle Beziehungen in starre Verhaltensgerüste pressen. Und diejenigen, die dies dennoch versuchen, begeben sich in Gefahr, im Bemühen um die Verhinderung von Grenzverletzungen ebensolche zu produzieren, indem der Beziehung ein künstlicher Rahmen aufgezwungen wird, bei dem nicht das Gegenüber mit seinen Empfindungen im Mittelpunkt der Erkundung steht, sondern die Struktur den Kontakt bestimmt. Wer z. B. als TherapeutIn konsequent nach der Regel arbeitet, bei entstehenden langen Pausen im Gesprächsverlauf auf einen Wiedereinstieg des Gegenübers zu warten, um den Prozess nicht durch eigene Vorgaben zu stören, kann damit gegebenenfalls für den Klienten qualvolle, blockierende Situationen auslösen, in denen dieser umsonst darauf wartet, eine helfende Hand gereicht zu bekommen. Wenn solche Regeln oder Verhaltensweisen nicht im klärenden und erkundenden Gespräch einen nachvollziehbaren und für die Entwicklung des Klienten/der Klientin konstruktiven Beitrag darstellen, verkehren sie sich eher ins Gegenteil. Während z. B. der Therapeut dem ebenfalls

schweigenden Gegenüber vorschnell eine Verweigerung oder Abwehr unterstellt, leidet der Klient in der evtl. als bedrückend und eisig empfundenen Atmosphäre unter dem Gefühl, etwas für den Therapeuten produzieren und leisten zu müssen, dazu aber nicht fähig zu sein und damit zurückgewiesen und abgewertet zu werden.

Klare Regelungen für ein adäquates Verhalten existieren in den einzelnen Therapieverbänden lediglich in den Extrembereichen, wenn es um die Verhinderung sexueller Ausnutzung und Ausbeutung geht. Übergreifende Richtlinien gibt es in der klientenzentrierten Psychotherapie hinsichtlich der therapeutischen Grundhaltung. Wie ich meinem Gegenüber begegne, wird als entscheidender Faktor für den Therapieprozess angesehen. Persönliches Wachstum kann nur in einer Atmosphäre gelingen, die von gegenseitiger Wertschätzung, von Respekt, Offenheit, Transparenz und dem Vertrauen in die Heilungspotentiale des Gegenübers geprägt ist.

Psychische Störungen entstehen demnach dort, wo ein Mangel vorhanden ist und wo die Grundvoraussetzungen für persönliches Wachstum und die Entfaltung von Fähigkeiten fehlen. Insbesondere sind es behindernde Faktoren im Kontakt, in den prägenden Beziehungen, die während der Sozialisation zur Symptombildung als Schutzmechanismus und Überlebensform führen. Folgende Erfahrungen im Entwicklungsprozeß eines Menschen kristallisieren sich in den verschiedenen Forschungsansätzen übereinstimmend als Auslöser für psychische Störungen heraus:

- Statt Wertschätzung und Geborgenheit wird emotionale Kälte und Ablehnung gespürt. Anstelle der Erfahrung, geschützt zu sein oder sich selbst schützen zu können stehen Missbrauch, Misshandlung oder andere Gewalterfahrungen.
- Fehlender Halt/fehlende Sicherheit, Beständigkeit und Struktur bewirken Gefühle der Angst, Bedrohung und Verlorenheit.
- Der Mangel an Anregungen und Verhaltensräumen, um die Welt und sich selbst mit allen Sinnen erkunden zu können, beschneidet den Menschen in seinen Entwicklungsmöglichkeiten. Fähigkeiten, Interessen und Neugierde verkümmern und können sich nicht entfalten.

- Statt Interesse, dem Zugeständnis von Autonomie und Andersartigkeit werden der Person Wertvorstellungen und Persönlichkeitsbilder übergestülpt, entsprechend dem Muster „Ich will, dass Du so bist, wie ich Dich brauche“.

Die aus solchen Erfahrungen resultierenden Defizite können in Therapien bearbeitet werden, wenn Klienten erleben, dass die von ihnen zwangsläufig gewählten Lösungen (z. B. sich selbst zu hassen, schuldig zu fühlen, Gefühle abzuspalten, Beziehungen zu vermeiden) veränderbar sind. Wenn ich als KlientIn im therapeutischen Kontakt erstmals erlebe, dass mein Gegenüber Interesse an mir als Person und meinem Schicksal zeigt und mich trotz meiner Rebellion, trotz meines Beharrens auf destruktiven Mustern und meiner Selbstentwertung immer wieder wohlwollend auffordert, mich selbst mit meinen Gefühlen kennen zulernen, andere Sichtweisen zuzulassen und neue Erfahrungen zu machen, werden mit dieser Grundhaltung, die Wertschätzung und Akzeptanz zeigt, Rahmenbedingungen hergestellt, die den Heilungsprozess in Gang setzen und unterstützen. Die aufgezeigten Aspekte in der Beziehung, die ein Kind zum emotionalen Wachstum braucht, lassen sich auf den oftmals als Nachreifungsphase verstandenen Therapieprozess übertragen. Folglich basieren Grenzverletzungen auf einem Mangel, einem manchmal auch kurzzeitigen Defizit in der therapeutischen Grundhaltung, mit der Konsequenz, dass der therapeutisch Arbeitende sein Gegenüber und die Bedingungen für den Heilungsprozess aus den Augen verliert und eigene, unhinterfragte Bedürfnisse in Handlung umsetzt.

2. Verschiedene Ebenen von Grenzverletzungen

Es lassen sich zusammenfassend verschiedene Formen von Grenzüberschreitungen klassifizieren, die jedoch nicht deutlich voneinander zu trennen sind.

2.1. Grenzverletzungen durch das Überstülpen von Diagnosen, Denkschubladen, eigenen Wertvorstellungen und Klischees

Ein Beispiel: Ich sehe mein Gegenüber nicht als Person, sondern als Störungsbild. Mich interessiert nicht die Bedeutung der Symptome in der individuellen Persönlichkeitsentwicklung und

Konfliktbewältigung, sondern ich ordne das, was ich als Person und Fachmensch nicht verstehen oder glauben kann, als Wahnvorstellung oder entgleiste Phantasie ein.

Freud beging diesen Fehler, wie bereits kurz erwähnt, als er seine ursprüngliche Ansicht revidierte und Missbrauchserinnerungen von Frauen nicht mehr als Realität ansah, sondern als Ausdruck des auf den Vater gerichteten sexuellen Begehrens. Diese in seine Lehre eingebaute Fehleinschätzung hat bis in heutige Therapien hineinreichend bewirkt, dass betroffene Frauen oftmals die Mißbrauchserfahrungen nicht heilend verarbeiten konnten, da sie in der Leugnung und Uminterpretation eine Wiederholung des Vergangenen erlebten. Auch bei Depressionen, nicht nachvollziehbaren Ängsten und Bedrohungen erleben es die Hilfesuchenden oft, dass sie mit Diagnosen und entsprechenden Medikamenten abgespeist werden, ohne dass ein ernsthafter Versuch unternommen wird, die Entstehungsgeschichte zu verstehen und adäquate Lösungen zu erarbeiten. Insbesondere im psychiatrischen Bereich fühlen sich Patienten nicht selten als „verrückt“ behandelt und abgestempelt, mit der Auswirkung, dass auch in ihrem sozialen Umfeld diese Etiketten übernommen werden und sie sich als Mensch „zweiter Klasse“ abqualifiziert fühlen.

- Grenzverletzungen durch Machtmissbrauch, Ausnutzung und Ausbeutung von Abhängigkeitsverhältnissen

Es kommen immer wieder Fälle an die Öffentlichkeit, bei denen therapeutisch Arbeitende die emotionale Abhängigkeit ihrer Klientel ausnutzen, um persönliche Bedürfnisse auf finanzieller oder sexueller Ebene zu befriedigen, z. B. bei unangemessenen Honorarforderungen, unnötigen Therapieverlängerungen oder geäußerten sexuellen Wünschen. Manchmal dient die angeblich therapeutische Arbeit auch dazu, bestimmte Ideologien zu vermitteln und die Anhängerschaft (z. B. Sektenmitglieder) zu vergrößern. Ein Machtmissbrauch findet auch dann statt, wenn ich unter dem Schutz meiner Autorität als Therapeutin ohne Absprachen und Transparenz Entscheidungen für den Klienten treffe.

Therapie ist nur dann möglich, wenn der Klient sich anvertraut, sich auf den vom Therapeuten gelenkten Prozess einlässt, sich öffnet, sich in seiner

Verletzbarkeit zeigt und Widerstände loslässt. Er ist darauf angewiesen, dass der Therapeut diese Situation nicht ausnutzt. Der Klient kann nur dann von der Therapie profitieren, wenn er in diesem geschützten Raum die Erfahrung machen kann, dass der andere ihm nah ist, ohne seine Hilflosigkeit zu missbrauchen. Die Wiederbelebung kindlicher Gefühle und Beziehungen ist oftmals notwendig für den Therapieerfolg, setzt jedoch das Vertrauen des Klienten voraus, sich fallen zu lassen und Kontrolle abzugeben. Einem Menschen, der sich in dieser Therapiephase befindet, ist es meistens nicht möglich, Grenzüberschreitungen rechtzeitig zu erkennen und sich zu wehren.

Wiederholungstäter, z. B. bei sexuellem Missbrauch, suchen sich darüber hinaus bevorzugt Frauen als Opfer, die es nicht gelernt haben, sich abzugrenzen und Nein zu sagen. Diese sehen in dem Therapeuten oft einen Übermenschen, einen unfehlbaren Gott, dessen Handlungen und Forderungen nie falsch sein können. Dem Therapeuten wird unterstellt, dass er weiß, was gut für die Frau sein wird. Wenn sie dabei keine guten Gefühle hat, wird nicht an dem Handeln des Therapeuten gezweifelt, sondern die Klientin misstraut ihrer eigenen Wahrnehmung. („Der, der mich so liebt, kann mir doch nicht schaden wollen!“).

Kennzeichen der Grenzverletzung ist es also, dass das entstehende Machtgefälle, das vertrauensvolle, oft kindlich anmutende Verhältnis ausgenutzt wird für eigene Interessen des Therapeuten. Die zur Heilung notwendige Übertragung und Abhängigkeit wird missbraucht. Der behutsame und verantwortungsvolle Umgang mit der Beziehung ist Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie. Durch diesen Machtmissbrauch wird nicht nur die Therapie wertlos, sondern die Probleme des Klienten werden verstärkt und es werden neue geschaffen. Es handelt sich hier nicht nur um einen Vertrauensbruch, sondern um eine schwere Verletzung der ohnehin verwundeten Seele.

2.2. Grenzverletzungen aufgrund von Kränkungen und Verunsicherungen in der Therapie

Grenzverletzungen geschehen häufig dann, wenn sich der therapeutisch Arbeitende persönlich angegriffen und bedrängt fühlt, d. h. selbst Grenzverletzungen durch Klienten erlebt und in seiner

Verunsicherung die professionelle Ebene verlässt und als „Alltagsmensch“ reagiert.

Eine Klientin sucht beispielsweise den engen persönlichen Kontakt zur behandelnden Therapeutin, schreibt ihr Briefe mit Freundschaftswünschen, ruft sie privat an (mit scheinbaren starken Paniksymptomen) und ist überraschend häufig dort anzutreffen, wo auch die Therapeutin sich aufhält, z. B. in ihrem Stammcafé oder nach Feierabend beim Einkauf im Supermarkt. Die Therapeutin fühlt sich zunehmend verfolgt und terrorisiert. Die Klientin wehrt eine Thematisierung ab, indem sie die häufigen Begegnungen als Zufall deklariert und die Therapeutin an ihr Angebot erinnert, sich ihre Empfindungen von der Seele schreiben zu können und sie in Notfällen anrufen zu dürfen. Die Therapeutin fühlt sich ohnmächtig und möchte die Behandlung am liebsten an einen Kollegen abgeben, ohne sich weiter mit der Klientin auseinanderzusetzen zu müssen. Durch ihre eigenen starken Gefühle ist die Therapeutin nicht mehr in echtem Kontakt zur Klientin. Hier braucht die Therapeutin das Gespräch mit KollegInnen, um einen Weg zu finden, ihre eigenen Grenzen zu wahren und zu schützen, ohne den Kontakt ungeklärt abbrechen zu müssen.

Ähnlich heikle Situationen können entstehen, wenn ich als TherapeutIn während der Behandlung von mir unerwünschte Gefühle der Langeweile, des „Genervt-Seins“ oder des Ärgers über fehlende Fortschritte spüre. Solche Empfindungen können nur dann zu einem konstruktiven Instrument in der Therapie werden, wenn ich ihnen neugierig und ohne Vorwurf begegnen kann und somit Interventionen einsetze, die dem Gegenüber helfen, sich selbst in der Auseinandersetzung mit diesen Gefühlen besser zu verstehen, ohne sich als Person in seiner Gesamtheit abwerten zu müssen.

2.3. Grenzverletzungen durch das Ausleben und Zulassen persönlicher Phantasien und Besitzansprüche (als vermeintliche Heilungsmethode)

Sexuelle Empfindungen, erotische Phantasien und Verliebtheitsgefühle gegenüber KlientInnen lassen sich weder ausschließen noch verbieten, sie werden erst durch das Ausagieren zum Behandlungsfehler. Ein Therapeut mit sexuellen Ambitionen ist der Klientin nicht wirklich heilend nahe gekom-

men, er hat weder verstanden noch nachempfunden, was es für die Frau bedeuten würde, sexuellen Kontakt mit ihm zu haben. Er sieht nicht, dass ein Missbrauch stattfinden würde. Manche TherapeutenInnen glauben hier immer noch, z. B. mit ihrem sexuellen Handeln, heilende, positive Erlebnisse gegen Missbrauchserfahrungen und mangelnde Selbstwertgefühle setzen zu können. Sie glauben, die Wunde mit einer „besseren“ Sexualität heilen zu können. Entscheidend ist jedoch, dass jede Art der Sexualität mit dem Therapeuten zum Missbrauch wird, weil das Gegenüber aufgrund der Abhängigkeitsgefühle keine echte Entscheidung treffen kann, sondern sich hilflos ausgeliefert fühlen muss. Eine Person kann nur dort neue positive Erfahrungen machen, wo sie stark genug ist die Grenzen selbst zu bestimmen.

In den meisten Fällen, die an die Öffentlichkeit kommen, hat der Therapeut in dem Wissen um das Abstinenzgebot die Behandlung abgebrochen, um dann erst eindeutig sexuellen Kontakt zur ehemaligen Klientin aufzunehmen. Auch in diesen Fällen hat der Therapeut keinen heilenden emotionalen Zugang zur Klientin gefunden, denn sonst würde er spüren, dass das Machtgefälle und die asymmetrische Beziehung mit dieser formalen Auflösung des Behandlungsvertrages nicht aufgehoben ist und er würde wissen, wie sehr es die Klientin kränken und verletzen muss, wenn ihre Heilung sexuellen Bedürfnissen geopfert wird. Auch dann, wenn die Klientin die sexuelle Beziehung selbst wünscht, folgt sie, ohne es zu wissen, einem destruktiven Muster.

2.4. Grenzverletzungen durch das Unterschätzen der zwingenden Kraft von Wiederholungsstrukturen auf der Beziehungsebene

Insbesondere Klienten mit Borderline-Strukturen gelingt es häufig, Situationen herzustellen, in denen sich ihr Muster des Zurückgewiesen-Werdens und Mißbraucht-Werdens zu wiederholen droht. Hier ist die besondere Achtsamkeit und Klarheit in der Beziehungsgestaltung der helfenden Person gefragt, um nicht in diese Falle zu tappen und damit eine erneute schwere Verletzung oder Traumatisierung zu bewirken.

Beispiele hierfür sind die sogenannten Verführungsangebote von Klientinnen, die als Entschuldigung angeführt werden, wenn eine sexuelle

Grenzverletzung begangen wurde. KlientInnen haben das Recht, ihre Gefühle in der Therapie frei zu äußern, sie dürfen sich verlieben, provozierend verhalten und Wünsche nach Nähe und Sexualität äußern. Der therapeutisch Arbeitende hat die Aufgabe und Verpflichtung, solche Übertragungsangebote zu erkennen und auf ihren ursprünglichen Konflikt zurückzuführen. Er muss seine Kompetenz einsetzen, um sein Gegenüber davor zu schützen, die heilende therapeutische Beziehung durch Wiederholungen alter Verletzungen und Abwertungen zu zerstören.

Ein weiteres Beispiel: Ein Klient, der in der Kindheit die Erfahrung verinnerlicht hat, dass er sich in Notsituationen auf niemanden verlassen kann, inszeniert in der Therapie immer wieder Situationen, die seine Erfahrung bestätigen und ihn mit einem enttäuschten Rückzug reagieren lassen. Insbesondere dann, wenn seine verlässliche therapeutische Bezugsperson verweist oder beruflich stark eingespannt ist, kommt es zu einer dramatischen Symptomverstärkung mit anschließenden massiven Vorwürfen an den Therapeuten, von ihm im Stich gelassen worden zu sein. Sowohl wenn der sich überfordert fühlende Therapeut seinerseits mit dem Vorwurf der Manipulation reagiert, als auch, wenn er sich in dem Gefühl von Schuld und schlechtem Gewissen um so mehr um den Klienten bemüht, findet keine konstruktive Bewältigung statt. Bei dem Vorwurf (im Gegensatz zur erkundenden Feststellung) besteht die Grenzverletzung darin, dass der Klient für sein Symptom, seine Störung bestraft wird. Bei dem bedingungslosen Eingehen auf die Wünsche des Klienten dagegen wird der Therapeut zu einem Komplizen der Störung. In beiden Fällen wird dem Klienten eine korrigierende Erfahrung verwehrt, die zu einer Veränderung seines destruktiven Musters notwendig wäre.

3. Ausblick

Die Beispiele zeigen, dass es unmöglich ist (abgesehen von den Grenzverletzungen in den extremen Bereichen, z. B. beim sexuellen Missbrauch) im Laufe der Berufstätigkeit ohne Fehler auf der Beziehungsebene zu arbeiten. Beruhigend ist jedoch, dass oftmals eine Korrektur möglich ist und der Klärungsprozess als heilsame Erfahrung zu einem wichtigen Meilenstein in der Therapie werden kann. Voraussetzung dafür ist, dass der therapeu-

tisch Arbeitende seine Gefühle und Bedürfnisse, die zur Grenzverletzung geführt haben, klärt, dass er zu seinem Fehlverhalten und seiner Verantwortung steht, die Gefühle des Gegenübers achtet und Wege aus dem Konflikt anbietet. KlientInnen, die in einer solchen Situation die Erfahrung machen, dass der andere Verantwortung übernimmt, das Fehlverhalten bedauert und in gegenseitigem Respekt zu Veränderungen bereit ist, erhalten die Chance, die oftmals empfundenen Gefühle der Schuld, Ohnmacht und Wertlosigkeit zu hinterfragen und eigenen Wiederholungsinszenierungen auf die Spur zu kommen.

Mit diesem Beitrag möchte ich daher anregen, die Beziehungsebene im therapeutischen Kontakt zu einem gleichberechtigten Bestandteil der Ausbildung, Fortbildung und Supervision werden zu lassen, um die trügerische Vorstellung zu verändern, dass ein entsprechendes Fachwissen ausreichend vor Fehlern und Mißerfolgen schützen kann. Unsicherheiten, Misserfolge, sexuelle Empfindungen oder Gefühle wie Zorn, Wut, aber auch Langeweile sind unerlässliche Themen im Austausch mit KollegInnen. Ich wünsche uns als TherapeutInnen daher den Mut, nicht immer perfekt und unangreifbar sein zu müssen, sondern in der Anerkennung unserer Verantwortung ehrlich, neugierig und lernbereit mit uns selbst, unseren Fehlern, Schwächen und Verwundbarkeiten umgehen zu können.

Sexuelle Grenzüberschreitungen in der Therapie – Macht und Abwehr im gesellschaftlichen Umgang mit sexueller Gewalt

Monika Holzbecher

Wissenschaftliche Studien (siehe Literatur) haben in den vergangenen Jahren eindrucksvoll belegt, dass sexuelle Grenzüberschreitungen in professionellen Vertrauensverhältnissen (z. B. in der Seelsorge, Beratung, ärztlichen oder psychotherapeutischen Betreuung) weiter verbreitet sind als häufig angenommen wird. Themen wie Machtmissbrauch in Therapien, Umgang der TherapeutInnen mit eigenen sexuellen Wünschen und Bemächtigungsphantasien, mit Verliebtheitsgefühlen, mit Nähe und Intimität, mit Gefühlen der Omnipotenz oder Schwäche gehören daher zunehmend zum selbstverständlichen Ausbildungsrepertoire der meisten Therapierichtungen.

Bei einer Thematisierung in Fachkreisen zeigt sich Uneinigkeit und Unsicherheit in der Bewertung und Praxis, und zwar bezogen auf sämtliche Varianten des intimen Miteinanders oder sexueller Handlungen. Während manche TherapeutInnen glauben, keine erotischen oder sexuellen Empfindungen in der Therapie haben zu dürfen und sich schuldig fühlen, wenn sie diesen unerfüllbaren Anspruch nicht einlösen können, setzen andere KollegInnen gezielt ohne jedes Bedenken sexualisierte Kommentare und Kontakte als vermeintliche Heilungsmethode ein.

In der großen Umfrage (der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie) im November 1989 zum Thema „Liebe, Sexualität und Erotik in der Therapie“, innerhalb der 143 Fragebogen (je zur Hälfte Frauen und Männer) bei der Auswertung Berücksichtigung fanden, wurden zur Veranschaulichung folgende Ansichten deutlich (ausführliche Auswertung siehe: Arnold/Retsch):

- 43 % der TherapeutInnen hielten einen Kuss auf die Wange des Klienten/der Klientin für vertretbar, 12 % gaben an, dass dies in ihrer Arbeit vorkomme.

- 57 % hatten keine grundsätzlichen Bedenken, Verliebtheitsgefühle zu äußern, 11 % gaben konkrete Situationen an.
- 63 % hielten sexuelle Beziehungen zu ehemaligen KlientInnen für vertretbar, 9 % nannten solche Kontakte.
- Je ca. 10 % der Befragten hatten keine unververtretbaren Bedenken gegen erotische Küsse, intime Berührungen des ganzen Körpers und Geschlechtsverkehr; einige Befragte gaben an, dass solche Handlungen in ihrer Arbeit bereits vorgekommen seien.

Auch auf Situationen ohne eindeutigen sexuellen Bezug, in denen die Grenzen zwischen einem professionellen und privaten Kontakt verschwimmen, wenn z. B. von Klienten Geschenke gemacht oder Einladungen ausgesprochen werden, fühlen sich TherapeutInnen häufig nicht ausreichend vorbereitet (Retsch).

In der vorliegenden Literatur zu Grenzüberschreitungen in der Therapie stehen überwiegend die Beschreibung des Missbrauchserlebens, das Aufzeigen der resultierenden seelischen Verletzungen und deren Bearbeitung in Folgetherapien im Vordergrund der Aufbereitung (Heyne, Rutter, Wirtz u. a.). Zunehmend richtet sich der Blick auf die verursachenden Variablen, z. B. bei der Erstellung von Täterprofilen und der Suche nach Konstanten im Verhalten missbrauchender Personen (Wyre/Swift, Pope/Bouhoutsos, Bachmann/Böker, u. a.).

Die Untersuchungen belegen, dass Grenzüberschreitungen aus unterschiedlichen Motiven begangen werden, u. a. aus Unwissenheit und unzureichenden fachlichen Kenntnissen über die Auswirkungen des Handelns in der Therapie. Zu den einmalig bleibenden Missbräuchen kommt es oftmals dann, wenn sich Professionelle selbst in einer „bedürftigen“ Lebenssituation befinden, bspw. es aufgrund von persönlichen Krisen oder

Einsamkeitsgefühlen. Ein hoher Anteil der Übergriffe wird jedoch von WiederholungstäterInnen verübt. Hier liegt nach Ansicht der AutorInnen oftmals eine Ich-Störung (z. B. im narzißtischen Bereich) mit Zwangs- und Suchtstrukturen zugrunde, wie es auch für den Missbrauch von Kindern im häuslichen Umfeld exemplarisch ist (Heyne, Minssen/Müller, Wirtz).

Werner Tschans Buch „Missbrauchtes Vertrauen“ ist das erste umfassende Werk, das nicht nur Grenzverletzungen im beratenden und therapeutischen Kontext beschreibt, sondern in einer transdisziplinären Darstellung auch andere Berufsgruppen (z. B. Militär) mit in die umfassende Recherche einbezieht.

In der Analyse der beschriebenen Umgangsweisen der Verbände und therapeutisch Arbeitenden mit dieser Problematik finden sich häufig sämtliche Varianten von Abwehrstrategien, die auch in anderen Zusammenhängen eingesetzt werden, wenn schwerwiegende Missstände in einer Gesellschaft aufgezeigt werden, von denen die jeweiligen Machtinhaber profitieren. Die Beibehaltung von geltenden Herrschaftsverhältnissen in einer Gesellschaft wird u. a. dadurch garantiert, dass typische Denk- und Verhaltensmuster, die das System stützen, vermittelt, internalisiert und oftmals unbeabsichtigt an die nachfolgende Generation weitergegeben werden (Faludi).

Auch therapeutisch Tätige als Berufsgruppe und als einzelne Personen tragen diese tradierten Denkgewohnheiten oft unreflektiert in sich und neigen nicht weniger als andere Personengruppen dazu, sich, z. T. unbewusst, da anerzogen, der üblichen verdeckenden und unfairen Strategien zu bedienen, wenn es gilt, ein unliebsames Thema abzuwehren.

Da in der bisher vorliegenden Literatur fast durchgängig Missbrauchssituationen ermittelt und beschrieben wurden, in denen die Grenzüberschreitungen von Therapeuten ausgingen und auf Klientinnen gerichtet waren, wird auch in diesem Text nur teilweise eine geschlechtsneutrale Beschreibung gewählt, ansonsten zur Sprachvereinfachung auf die übliche Geschlechterkonstellation zurückgegriffen. Da sexuelle Gewalt als Machtmissbrauch verstanden wird, ist davon auszugehen (und wird durch die vorhandene Literatur

bestätigt), dass sexuelle Grenzverletzungen in jeder Geschlechterkonstellation möglich sind.

Denkgewohnheiten und Abwehrmechanismen

Denkgewohnheiten und Abwehrmechanismen, die den Umgang mit Konflikten und angstaussendenden Themen prägen, sind im Kontext der sozialpsychologisch begründeten Dissonanztheorien ausführlich beschrieben worden. In verschiedenen Projekten zur sexuellen Belästigung und Gewalt am Arbeits-, Ausbildungs- und Studienplatz (Holzbecher), verbunden mit zahlreichen Seminaren und Workshops ließen sich folgende Strategien in der Problemabwehr beobachten:

- Tabuisierung und Leugnung: *„In meinem beruflichen Umfeld ist das unvorstellbar“*

Eine der häufigsten Abwehrstrategien wurde bereits erwähnt. Sie besteht darin, ein unliebsames Thema zu tabuisieren, gemäß der Devise, dass ein Missstand nur dann existiert, wenn darüber gesprochen wird. Wird das Thema der sexuellen Übergriffe in Therapien von den Medien aufgegriffen, reagieren Therapeuten und Berufsverbände aus Angst vor einem Imageverlust häufig mit Unbehagen, Abwehr und der Beteuerung, dass so etwas im eigenen fachlichen Umfeld nicht vorkomme. Die fehlende Problemanalyse und unzureichend genutzte Supervision sowie die gesellschaftliche Akzeptanz von Beziehungen mit KlientInnen, sei es z. B. als Beraterin, als Anwalt, als Polizist, als Arzt oder Therapeutin, fördern den Eindruck, dass lediglich solche sexuellen Kontakte schädigend sind, die einseitig mit Gewaltanwendung oder psychischem Druck stattfinden. Ähnlich wie beim sexuellen Missbrauch in Familien oder der sexuellen Belästigung am Arbeitsplatz bestimmt in der Vorstellung immer noch das Bild des „Triebtäters“ mit auffälligem, „abweichendem“ Verhalten die Bewertung und Einschätzung. Es findet eine Verlagerung des „Bösen“ nach außen statt, so dass im eigenen sozialen Umfeld keine Gefahr zu drohen scheint.

- Negieren von Abhängigkeiten: *„Sie hätte doch nein sagen können!“*

Eine zweite Abwehrhaltung beruht darauf, eine Gleichheit im Kontakt zu betonen und vorhandene Abhängigkeitsstrukturen und Machtdifferenzen

innerhalb der Beziehung von KlientIn und TherapeutIn zu leugnen. Es wird argumentiert, dass sich zwei erwachsene Menschen begegnen, die selbst, jeder für sich entscheiden und verantworten, worauf sie sich einlassen. Doch selbst dort, wo eine klientenzentrierte, möglichst gleichberechtigte Atmosphäre im Kontakt hergestellt wird, gesteht der Klient dem Experten üblicherweise ein großes Maß an Handlungsfreiheit, Weisheit und Macht zu und damit einen prädestinierten Raum für Grenzüberschreitungen. Im Therapieprozess, insbesondere dann, wenn kindliche Erlebensmuster wiederbelebt werden, ist der Klient oftmals nicht in der Lage, ein therapeutisches Fehlverhalten zu erkennen und sich zu schützen. Therapie ist nur dann möglich, wenn der Klient sich anvertraut, sich auf den vom Therapeuten begleiteten Prozess einlassen kann, sich öffnet, sich in seiner Verletzbarkeit zeigt. Er ist darauf angewiesen, dass sein Gegenüber diese Situation nicht ausnutzt und kann nur dann von der Therapie profitieren, wenn er in diesem geschützten Raum die Erfahrung machen kann, dass der andere ihm nahe ist, ohne sein Vertrauen zu missbrauchen.

- Schuldumkehr: *„Sie hat es doch darauf angelegt, jeder Therapeut ist doch auch ein Mann!“*

Ähnlich wie beim sexuellen Missbrauch in der Kindheit wird auch bei Grenzverletzungen in der Therapie nicht selten das schuldumkehrende Argument benutzt, dass z. B. eine Patientin den Therapeuten mit eindeutigen Botschaften und Angeboten zu einer von ihr gewollten sexuellen Handlung überredet oder er die Kontrolle verloren habe.

In sämtlichen therapeutischen Richtungen wurde schon früh erkannt, dass während der Therapie Übertragungen stattfinden und Beziehungsmuster der Kindheit wiederbelebt werden. Werden von Klienten Gefühle wie Wut, Hass oder Ärger in der Beziehung zum therapeutisch Arbeitenden geäußert, so gelingt es stets leicht, manchmal allzu leicht, sich hiervon nicht persönlich angesprochen zu fühlen, sondern den Blick auf in der Vergangenheit prägende Bezugspersonen zu lenken.

Merkwürdigerweise sieht es mit Verliebtheitsgefühlen und den sogenannten Verführungsangeboten von KlientInnen oftmals anders aus. Hier wird immer noch zu selten wahrgenommen, dass insbesondere Frauen, die während ihrer persön-

lichen Geschichte gelernt haben, nur über ihre körperliche Verfügbarkeit, Anpassungsfähigkeit und Attraktivität Zuwendung zu bekommen, auch in der Therapie diese Form der gelernten Kontaktaufnahme einsetzen.

Oftmals wird dieses Beziehungsmuster jedoch nicht als Hilferuf verstanden, bei dem jedes Eingehen, jede sexuelle Handlung oder auch verbale Erwidern einem Missbrauch, d. h. einer schweren seelischen Verletzung gleichkäme, sondern als realisierbares Kontaktangebot gedeutet. Die Rolle des therapeutisch Arbeitenden besteht jedoch darin, notwendige Grenzen zu setzen und einzuhalten, wie immer sich sein Gegenüber auch verhalten mag. Abgelenkt wird mit der Auslegung als Verführungsangebot durch die Klientin/den Klienten wiederum von der Verantwortung des Therapeuten und der Tatsache, dass Wiederholungstäter ihre Handlungen oftmals gezielt in einzelnen Schritten planen und hierbei die Ohnmacht des Opfers (und nicht ein erotisches Verhalten) ausschlaggebend ist.

- Uminterpretation als Heilungsmethode: *„Eine solche gemeinsam gewollte sexuelle Erfahrung kann doch nicht schädigend sein!“*

Oftmals glaubt der eine Grenze überschreitende Therapeut mit seiner während der Behandlung zugelassenen Sexualität eine bessere, heilende Erfahrung vermitteln zu können, ohne zu erkennen, dass dies nur außerhalb eines Abhängigkeitsverhältnisses möglich ist. Im therapeutischen Setting wird nahezu jede sexuelle Handlung zum Missbrauch, weil es dem Klienten/der Klientin in der entstehenden Beziehung kaum möglich ist, sich frei zu entscheiden und abzugrenzen. Manche TherapeutInnen, die sich dieser Problematik durchaus bewusst sind, beenden die Therapie, um sich ihrer Verantwortung zu entledigen und dann den sexuellen Kontakt aufnehmen zu können. Übersehen wird bei diesem unethischen Versuch, die Vorschriften einzuhalten und sich gegen Vorwürfe abzusichern, dass die Beziehung zwischen beiden Beteiligten weiterhin die Strukturen des therapeutischen Kontaktes trägt. Ein Missbrauch in der Familie (als Beispiel zur Verdeutlichung) findet auch dann statt, wenn die Tochter mit ihrer Volljährigkeit das Elternhaus verlässt und der Vater erst dann den sexuellen Kontakt sucht.

- Beteuerung der wahrhaftigen Liebe, Verwechslung von Macht und Sexualität: „*Und was ist, wenn ich den Partner fürs Leben kennen lerne?*“

Das Argument, „auch während der Therapie oder Ausbildung könne es vorkommen, dass sich zwei Menschen begegnen, die ihre Liebe füreinander entdecken“, ist das derzeit schwierigste in der Bewertung und Grenzziehung, u. a. auch deshalb, weil nicht selten Paare in Fachkreisen bekannt sind, die sich in solchen Konstellationen kennen gelernt haben und als Beweis für gelungene Beziehungen gelten. Hier besteht aus Unsicherheit die Neigung, das Tabu unberührt zu lassen, anstatt über eine geeignete Prävention durch Thematisierung in der Aus- und Fortbildung nachzudenken. Manche aus „Verliebtheit“ des Therapeuten resultierenden Grenzverletzungen könnten verhindert werden, wenn eine fachliche Vorbereitung auf solche Situationen stattgefunden hätte und es selbstverständlich wäre, Supervisionsangebote im Vorfeld zur Klärung zu nutzen.

Mit der Hervorhebung des Liebesaspektes wird zudem die Ausnahme zur Regel erhoben und das den meisten sexuellen Delikten zugrunde liegende Hauptmotiv der erlebten Macht ausgeblendet. Nicht Liebe und Erotik ist das vorrangige Motiv bei sexuellen Übergriffen, sondern das Erleben von Macht und Herrschaft über eine andere Person. Die sexuelle Handlung wird lediglich als Instrument eingesetzt, um eine andere Person zu demütigen, abzuwerten und zu reduzieren.

- Einseitige Schadensbilanz – Ausblendung der Folgeschäden: „*Da hätte ich Angst um meinen guten Ruf!*“

„Liebesbeziehungen“ mit Rat- und Hilfesuchenden, mit AusbildungskandidatInnen oder KlientInnen in pädagogischen und psychologischen Berufsfeldern werden von Kollegen und Kolleginnen nicht selten als Kavaliersdelikt gewertet, als ein nicht allzu schwerwiegender Verstoß gegen die berufsethischen Normen. Bei der Einordnung als Pflichtverletzung wird weniger an mögliche Folgen für das Klientel gedacht, sondern die Gefahren für den Experten stehen im Mittelpunkt des Interesses: Seine Objektivitätseinbußen, eine eventuelle Erpressbarkeit lassen „Affären“ mit „Abhängigen“ bedenklich erscheinen.

Die schwerwiegenden destruktiven Auswirkungen in der Psyche betroffener KlientInnen bleiben dagegen oftmals unbeachtet oder werden ausgeblendet, weil zu selten erkannt wird, dass der stattgefundene Machtmissbrauch ein gleichwertiges partnerschaftliches Erleben mit deutlichen Abgrenzungen ausschließt. Auch hier wird davon ausgegangen, dass sich zwei gleichermaßen autonome und voneinander unabhängige Personen begegnen. Nicht selten wird sogar vermutet, dass die rangniedrigere Person von der Beziehung persönlich am meisten profitiert.

- Vermeidung eindeutiger Positionen/Delegieren der Verantwortung: „*Da verbrenne ich mir doch nicht die Finger!*“

Die fehlende Thematisierung, Leugnung des Machtgefälles und der Abhängigkeitsstruktur bewirken, dass ein Verhaltensraum erzeugt wird, der unhinterfragt und ungeregt bleibt. Definitions- und Verhaltensunsicherheiten sind die Folge. Auch PsychologInnen neigen, so zeigt die Thematisierung bei Fortbildungen, zu einer abwartend-passiven Haltung, wenn sie von Übergriffen durch KollegInnen erfahren. Neben der Schweigepflicht, die gegenüber Berichten von Klienten gilt, sind es die Angst vor Kritik, die Befürchtung einem Kollegen oder einer Kollegin durch eine Vorverurteilung zu schaden oder auch eine heimliche Solidarität, die bewirken, dass Informationen zurückgehalten werden. Die Mehrheit der therapeutisch Arbeitenden kennt mindestens eine Person in Fachkreisen, die sexueller Grenzüberschreitungen bezichtigt wird, zumeist ohne dass sich aus diesem Wissen konkrete Handlungsschritte ergeben, weil jede Thematisierung Risiken und Unannehmlichkeiten in sich birgt. Zusätzlich bestehen große Unsicherheiten darin, welches Vorgehen der Sache selbst am meisten dient, da jedes Verfahren (ob vertraulich im engsten Kreis oder mit Einbeziehung des Verbandes) auch hier zu destruktiven Bumerangeffekten (z. B. einer Gegenklage) führen kann.

- Verharmlosung der Motive: „*Man sollte nicht mit Kanonen auf Spatzen schießen!*“

Wenn als folgerichtige Konsequenz für den Opferschutz bei einem Verstoß gegen die Abstinenzregel eine Überprüfung der beruflichen Eignung gefordert wird, eine zumindest vorläufige Aufhebung der Therapieerlaubnis und auch juristische

Konsequenzen als angemessen angesehen werden, reagieren TherapeutInnen oftmals mit Empörung, die in einem generellen Infragestellen von Sanktionen und juristisch verhängten Strafen mündet. Oft wird auch bei Wiederholungstaten die Ansicht geäußert, ein Täter sei in einem vertraulichen Gespräch oder durch eine berufsbegleitende Therapie zu einem veränderten Verhalten zu bewegen, die fachliche Kompetenz stünde nicht zur Diskussion. Im Vergleich zu missbrauchenden Vätern oder anderen Gewalttätern, denen oftmals schwerwiegende psychische Störungen zugeschrieben werden, wird bei missbrauchenden TherapeutInnen prinzipiell von einer viel größeren Einsicht ohne Persönlichkeitsdefizite ausgegangen, mit der Schlussfolgerung, dass ein Fehlverhalten nach einer Thematisierung sofort korrigiert werden könne. Der Missbrauch wird verharmlost, weil auch hier der häufig ausschlaggebende Gewaltaspekt ausgeklammert wird und der Eindruck entsteht, der Therapeut/die Therapeutin habe aus Liebe und Unwissenheit gehandelt. Letzteres kann zwar der Fall sein, jedoch auch dann ist es notwendig, Verantwortung für das nicht beabsichtigte Fehlverhalten und die Folgen zu übernehmen.

Maßnahmen zum Abbau der Problematik

Erfolgversprechende Ansatzpunkte für einen verantwortungsvollen Umgang mit der Problematik zeigen sich in folgenden, exemplarisch aufgelisteten Maßnahmen der Verbände in der Bundesrepublik Deutschland:

Ein 1991 installiertes übergreifendes Verbändetreffen zur Thematik hat sich bislang als ein geeignetes Netzwerk erwiesen, die Aktivitäten der einzelnen Mitgliederverbände zu erfassen und auszubauen, gemeinsame Strategien zu entwickeln und voranzutreiben. Insbesondere in der Öffentlichkeitsarbeit, z. B. Empfehlungen an Krankenkassen, Gesundheitsämter und Berufskammern, wurden wichtige Schritte zur Enttabuisierung unternommen. Alle mitwirkenden Verbände haben sich mit verschiedenen Aktionen (Tagungen, Arbeitskreise, Umfragen) an der Thematisierung beteiligt.

Inzwischen verabschiedete und verbesserte Ethikrichtlinien, sowie die Bildung zuständiger Gremien in einigen Verbänden (z. B. des Ausschusses für ethische Angelegenheiten und Beschwerden

und der Schiedsstelle in der GwG) sind weitere wichtige Initiativen.

Seit September 1992 ist für AusbilderInnen in der GwG auch formal festgelegt, dass keine sexuellen Beziehungen mit AusbildungskandidatInnen eingegangen werden dürfen.

Eine beginnende Enttabuisierung zeigt sich auch in einem hohen Zuwachs an Fällen, die in den letzten Jahren an die Verbände und übergeordneten Gremien herangetragen wurden. Immer häufiger setzen sich die Verbände mit Beschwerden und Folgeschritten bei Anschuldigungen auseinander.

Auf gesetzlicher Ebene ist das Sexualstrafrecht verbessert worden, u.a. der Schutz vor einem Missbrauch (ohne offensichtliche Anwendung von Gewalt) in professionellen Abhängigkeitsverhältnissen, z. B. der Therapie und Beratung.

Literatur

- Arnold, E./Retsch, A.: Liebe, Sexualität und Erotik zwischen Therapeuten und Klientinnen. In: Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis 23. Jg. 3/1991, S. 273–288.
- Bachmann, K. M./Böker, W. (Hg.): Sexueller Mißbrauch in Psychotherapie und Psychiatrie. Verlag Hans Huber, Bern 1994.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Sexuelle Übergriffe in Psychotherapie, Psychiatrie und psychologischer Beratung. Berlin 2005.
- Faludi, S.: Backlash. Die Männer schlagen zurück. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg 1995.
- Heyne, C.: Tatort Couch. Sexueller Mißbrauch in der Therapie. Zürich 1991.
- Holzbecher, M. u. a.: Sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz. Kohlhammer, Stuttgart 1990.
- Holzbecher, M.: Sexuelle Diskriminierung als Machtmechanismus. In: Peinlich berührt. Hg.: Bußmann, H./Lange, K., Frauenoffensive, München 1996.
- Holzbecher, M.: Sexuelle Belästigung am Arbeits- und Ausbildungsplatz. In: Sexualität Macht Organisation. Hg.: Komitee Feministische Soziologie. Verlag Rüegger AG, Chur/Zürich 1996.
- Minssen, A./Müller, U.: Wann wird ein Mann zum Täter? Dokumente und Berichte 35. Ministeri-

- um für die Gleichstellung von Frau und Mann des Landes NRW, Düsseldorf 1995.
- Pope, K. S./Bouhoutsos, J. C.: Als hätte ich mit einem Gott geschlafen. Goldmann Verlag, Hamburg 1991.
- Retsch, A.: Liebe, Erotik und Sexualität in der Therapie. Diplomarbeit, Universität Braunschweig (unveröffentlicht), 1990.
- Rutter, P.: Verbotene Nähe. Wie Männer das Vertrauen von Frauen mißbrauchen. Econ, Düsseldorf 1991.
- Tschan, W.: Missbrauchtes Vertrauen. Karger Verlag, Basel 2001.
- Wirtz, U.: Seelenmord. Inzest und Therapie. Kreuz- Verlag, Zürich 1991.
- Wyre, R./Swift, A.: Und bist Du nicht willig... Die Täter. Volksblatt Verlag, Köln 1991.

Teil II

Materialien und Anregungen für die praktische Umsetzung

Methodische Einführung

Eva Arnold

Welche Funktion hat die Ausbildung für die Entwicklung einer Grundhaltung, die das eigene berufliche Handeln nicht nur an fachlich-methodischen Perspektiven orientiert, sondern auch an ethischen Erwägungen? Welche Ziele können, welche sollten in der Ausbildung verfolgt werden? Welche Fragen sollten thematisiert werden, auf welchen Aspekten sollte der Schwerpunkt gelegt werden? Diesen Frage geht der zweite Teil dieses Readers nach. Präsentiert werden methodische Vorschläge, wie das Thema „Ethik“ innerhalb der Ausbildung ins Spiel gebracht und bearbeitet werden kann.

Die methodischen Vorschläge basieren auf der Überzeugung, dass (berufs-)ethische Fragen im Zuge der Ausbildung explizit behandelt werden sollten. Im Sinne der Vorbereitung auf die berufliche Praxis (sei es im Bereich Beratung und Therapie, sei es auf den Feldern Erziehung, Bildung, Begutachtung, Personal- oder Organisationsentwicklung) reicht es unserer Meinung nach nicht aus, darauf zu vertrauen, dass Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten persönliche Werthaltungen „mitbringen“, die ihren zukünftigen Aufgaben angemessen sind.

Die Entwicklung einer „Berufsethik“ zählt nicht zufällig zu den wichtigen Schritten in der Entwicklung von Professionen, der im individuellen Prozess der „Professionalisierung“ nachvollzogen wird. Die Verpflichtung auf ethische Grundwerte ermöglicht Entscheidungsfreiheit und Verantwortungsübernahme, die das anderen Berufsgruppen zugestandene Maß überschreiten, d.h. den Verzicht auf eine kleinschrittige Überwachung des beruflichen Handelns durch Vorgesetzte bzw. Kontrollinstitutionen. Psychotherapeutinnen, Berater, Lehrkräfte, Supervisorinnen und Organisationsentwickler entscheiden in der Regel eigenverantwortlich, welche Angebote sie ihrer Klientel

unterbreiten und welche Methoden sie einsetzen. Mit der Übertragung dieser Entscheidungsbefugnis ist ein Vertrauensvorschuss verbunden, der dadurch gerechtfertigt wird, dass sich die Angehörigen dieser Berufsgruppen verpflichten, im Interesse der Klientel sowie des Gemeinwohls zu handeln.

Welche Kenntnisse und Kompetenzen, die zur Übernahme dieser Verantwortung befähigen, können in der Ausbildung vermittelt werden?

1. Grundkenntnisse des Berufsrechts: Grundkenntnis der zentralen berufsrechtlichen Bestimmungen müssen im Rahmen der Ausbildung vermittelt werden. Fortbildungsveranstaltungen, die z.B. von Berufsverbänden angeboten werden, informieren über die Rechte und Pflichten des Berufsstandes sowie über die Rechte der Klientel, die von Seiten des Staates garantiert werden (vgl. Teil II) dieses Readers). Sie bilden in gewisser Weise den äußeren Rahmen berufsethischer Erwägungen.
2. Kenntnis der ethischen Richtlinien der GwG: Wie zahlreiche andere Fach- und Berufsverbände hat sich die GwG vor einigen Jahren ethische Richtlinien gegeben, zu deren Einhaltung die Mitglieder verpflichtet sind (siehe Teil II) dieses Readers). Kandidatinnen und Kandidaten sollten diese im Laufe ihrer Ausbildung kennen lernen und die Gelegenheit haben, über deren Anwendung in der eigenen Berufspraxis zu reflektieren.
3. Kenntnis (berufs-)ethischer Grundbegriffe und Prinzipien: Um die Bedeutung berufsethischer Richtlinien reflektieren zu können, ist die Kenntnis ethischer und berufsethischer Grundbegriffe, Traditionen und Argumentationslinien hilfreich, wie sie etwa in den Beiträgen

erläutert werden, die in Teil I dieses Readers zusammengestellt sind.

4. Orientierung über aktuelle Diskussionen von berufsethischer Relevanz: Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten sollten Gelegenheit haben, sich mit aktuellen Diskussionen vertraut zu machen, die (berufs-)ethische Fragen betreffen. In den letzten zehn bis fünfzehn Jahren gehörte das Problem sexueller Übergriffe in therapeutischen Beziehungen zu den wichtigen Themen der berufsethischen Debatte; von erheblicher Aktualität ist zur Zeit die Frage, unter welchen Umständen medizinische Behandlungen fortgesetzt oder beendet werden sollten, wenn eine Heilung nicht mehr zu erwarten ist. Angesichts der steigenden Kosten des Gesundheitssystems bei gleich bleibenden oder sinkenden Einnahmen der Krankenkassen sowie knapper Mittel in öffentlichen Kassen wird zukünftig möglicherweise die Frage der Verteilungsgerechtigkeit von Gesundheitsleistungen im Mittelpunkt stehen und auch die psychotherapeutische und beraterische Praxis betreffen. Nach welchen Kriterien die begrenzten öffentlichen Mittel eingesetzt werden sollen ist eine Frage mit ausgeprägten ethischen Implikationen. Aber auch im privatwirtschaftlichen Bereich stellen sich Fragen nach der Verteilung vorhandener Ressourcen mit großem Nachdruck. Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten sollten im Rahmen der Ausbildung angeregt werden, sich mit diesen Fragen und möglichen Lösungen auch unter ethischer Perspektive auseinander zu setzen.
5. Kompetenzen zur Anwendung von ethischen Grundsätzen auf das eigene Handlungsfeld: Ethische Grundsätze können handlungswirksam werden, wenn es den Kandidatinnen und Kandidaten gelingt, sie auf das eigene Handlungsfeld und die eigenen beruflichen Tätigkeiten anzuwenden. Dazu müssen sie in der Lage sein zu erkennen, welche ethischen Implikationen mit ihrem eigenen Handeln verbunden sind. Indem sie berufliche Entscheidungen (auch) unter ethischen Gesichtspunkten durchdenken, sensibilisieren sie sich für die Bedürfnisse und Rechte von Personen, die von ihrem beruflichen Handeln betroffen sind, und versetzen sich in die Lage, Handlungsalternativen auch auf der Basis ethischer Begründungen zu bewerten.

6. Kompetenzen zur Umsetzung ethisch begründeter Entscheidungen: Schließlich ist es wünschenswert, dass Berufsanfängerinnen und -anfänger ihre Praxis nicht nur unter ethischen Gesichtspunkten reflektieren, sondern aus diesen Überlegungen auch die entsprechenden Konsequenzen ziehen. Hindernisse können mangelnde fachliche Kompetenzen sein, wenn die nach ethischen Kriterien gebotene Alternative höhere Anforderungen an die Qualifikation stellt als andere Handlungsmöglichkeiten. Häufiger dürften jedoch Hindernisse aufgrund von Zeitmangel, Gewohnheiten, überkommenen organisatorischen Regelungen und/oder Bequemlichkeit sein. Um diese Hürden zu überwinden, ist Selbstdisziplin und gelegentlich sogar Zivilcourage notwendig. Ausbildungsgänge haben insofern Einfluss auf diese Faktoren, als den Ausbildungsteilnehmern Motivation vermittelt und Rückenstärkung angeboten wird.

Im folgenden geht es um das methodische Vorgehen bei der Verfolgung dieser Ziele. Im Mittelpunkt steht die unter 5. genannte Zielsetzung, Kompetenzen zur Anwendung ethischer Grundsätze im eigenen Handlungsbereich zu vermitteln. Im ersten Abschnitt werden methodisch-didaktische Anregungen vorgestellt, es folgen Fallbeispiele und anschließend gehen wir auf berufsethische Richtlinien und die relevanten Rechtsgrundlagen ein.

1. Methodisch-didaktische Anregungen

Vorgestellt werden didaktische Methoden, um das Thema „Ethik“ in Ausbildungsgruppen einzuführen, um die Kenntnisse der Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten zu erweitern, die Diskussion anzuregen und die Entscheidungsfähigkeit zu fördern.

1.1 Einführung in das Thema „Ethik“

Verschiedene bekannte Methoden eignen sich dazu, um die Mitglieder einer Ausbildungsgruppe auf das Thema „Ethik“ einzustimmen:

▪ **Brainstorming**

Die Einführung in das Thema kann durch ein Brainstorming begonnen werden, z.B. als Ergänzung zu den Satzanfängen

„Ethik heißt...“ oder
„Zum Begriff ‚Ethik‘ fällt mir ein...“

Die Einfälle sollten, der Brainstorming-Methode entsprechend, knapp formuliert sein und nicht kommentiert/bewertet werden. Es ist sinnvoll, alle Einfälle auf Karten zu notieren. Im Anschluss an das Brainstorming können die Kärtchen nach thematischen Aspekten oder emotionaler Färbung sortiert und zum Ausgangspunkt für die Lektüre von theoretischen Texten oder zur Bearbeitung von Fallbeispielen genutzt werden.

▪ **Assoziationstechnik**

Als Ergänzung des Satzanfanges

„Ethik ist wie...“

können Assoziationen (Einfälle, Bilder, Vergleiche etc.) gesammelt werden. Ein eher spielerisch/kreativer Umgang mit dem Thema wird gefördert, wenn ein „Sprechstein“ reihum weitergegeben wird. Um kreative/visuelle Ausdrucksformen einzubeziehen, können die Assoziationen auf einem gemeinsam beschrifteten oder bemalten Papier notiert werden. Assoziationen können, wie Brainstorming, als Einstieg und Türöffner für weitere Bearbeitungsschritte genutzt werden.

▪ **Mindmapping**

Mindmapping ist eine Technik, um ein Thema inhaltlich zu strukturieren. Um ein Mindmap zum Thema „Ethik“ zu erstellen, wird der Begriff in die Mitte eines großen Papierbogens (mindestens DIN A3, Querformat) geschrieben. Hauptaspekte des Begriffs werden als große „Äste“ des Mindmap eingezeichnet, Unteraspekte als „Zweige“ der Hauptäste. Mindmaps können in Einzelarbeit oder in Kleingruppen erstellt werden. Auf Flip-Chart-Papier oder an einer großen Stellwand kann ein Mindmap auch verwendet werden, um die Strukturierung des Themas im Plenum zu erarbeiten. Mindmaps eignen sich gut,

um Aspekte des Themas „Ethik“ zu identifizieren und auszdifferenzieren, bevor diese arbeitsteilig von Einzelpersonen oder Kleingruppen bearbeitet werden. Auch die Planung einer Fortbildungsreihe zum Thema „Ethik“ kann durch ein Mindmap unterstützt werden.

▪ **Erfahrungsaustausch**

Die Einführung in das Thema „Ethik“ kann auch durch einen Erfahrungsaustausch über Situationen begonnen werden, in denen sich die Gruppenmitglieder verunsichert, beschämt oder schuldig gefühlt haben, da diese Emotionen auf ethische Konflikte hinweisen können. Der Erfahrungsaustausch kann sich auch z.B. an den Prinzipien „Wahrung der Autonomie anderer Personen“, „Vermeidung von Schaden“, „Bemühen um Fürsorge“ und „Streben nach Gerechtigkeit“ (Beauchamp & Childress 1989) orientieren und an der Frage, in welchen Situationen des den Gruppenmitgliedern schwer gefallen ist, diesen Ansprüchen gerecht zu werden.

Um Offenheit zu fördern, muss deutlich gemacht werden, dass es weniger darum geht, solche Situationen und die damit verbundenen Gefühle zu vermeiden, sondern sie genauer kennen zu lernen und einen adäquaten Umgang damit zu entwickeln. Methodisch kann es sich anbieten, den Erfahrungsaustausch in Partnerinterviews oder in Kleingruppen zu beginnen, bevor sich die Gruppenmitglieder im Plenum öffnen.

1.2 Erweiterung des Kenntnisstandes zum Thema „Berufsethik“

Um die Kenntnisse der Gruppenmitglieder zum Thema „Berufsethik“ zu erweitern, sind alle gängigen Vermittlungsweisen geeignet, d. h. zum Beispiel Lektüre und Referate. Unabhängig von der jeweiligen Präsentationsform sollte ausreichend Zeit zur Diskussion und zum Abwägen unterschiedlicher Standpunkte/Sichtweisen zur Verfügung stehen.

- **Lektüre und Diskussion von berufsethischen Richtlinien**

Geeignet zur Einführung in den Themenbereich sind berufsethische Richtlinien, Kodizes und Prinzipien, die von Fach- und Berufsverbänden entwickelt wurden. Obligatorisch sollte die Bearbeitung der Ethischen Richtlinien der GwG sein. Als weitere Materialien bieten sich die Richtlinien anderer Psychotherapie-Fachverbände und/oder die Berufsordnung des BDP an, die verglichen und diskutiert werden.

- **Referate zu berufsethischen Themen**

Um einzelne Aspekte des Themas zu vertiefen, sind Referate von Gruppenmitgliedern sinnvoll, z. B. zu sexuellen Grenzverletzungen, Suizid, Abtreibung, Prostitution, Transsexualität, zu „Schönheitsoperationen“ oder zu Fragen der finanziellen Verteilungsgerechtigkeit. Literatur findet sich in Teil I dieses Readers sowie in der Literaturzusammenstellung im Anhang.

- **Diskussion über die Bedeutung von Berufsethik im Personzentrierten Ansatz**

Dieser Ausbildungsbaustein ermöglicht es, die personzentrierten Grundregeln in Beziehung zu ethischen Aspekten zu setzen, Gemeinsamkeiten und Überschneidungen zu erkennen. Ziel ist es auch, darüber zu reflektieren, welche individuellen Werte und Denkmuster oftmals unhinterfragt in Entscheidungen einfließen und unbeabsichtigt ethische Fragen aufwerfen können.

Diskussion in der Ausbildungsgruppe oder Kleingruppe über die folgende Aussage:

Wenn ich die personzentrierten Grundregeln (Wertschätzung, Kongruenz, Empathie, Echtheit) im Kontakt mit meinem Gegenüber einhalte, kann es keine Verstöße gegen die ethischen Prinzipien geben!

Hintergrundinformation: Das personzentrierte Verhalten basiert immer auch auf einem individuell interpretierten Wertesystem. Wie ich beispielsweise den Begriff „Wertschätzung“ begreife und welche Konsequenzen dies für mein Handeln hat, ist davon abhängig, welches Gewicht ich den

unterschiedlichen Facetten gebe, die aus meiner Sicht für ein wertschätzendes Verhalten unabdingbar sind.

1.3 Stärkung von Reflexions- und Argumentationskompetenzen

Dem Ziel, die Fähigkeiten zur Reflexion und zur Diskussion von Situationen und Sachverhalten auf der Basis ethischer Argumente zu stärken, kann jede Diskussion dienen, in der Sichtweisen und Bewertungen ausgetauscht werden. Anlass geben aktuelle Themen, die ethische Fragen aufwerfen, besonders solche, die kontrovers diskutiert werden. Diese können aus dem engeren Bereich von Psychotherapie und Beratung stammen, wie z. B. das Thema „Verhütung von Suizid um jeden Preis?“, aber auch an allgemeine Diskussionen anknüpfen, wie z.B. „Gentechnik“, „Sterbehilfe“ oder „Einsparungen auf Kosten von Kranken“. Die Diskussionsleitung sollte darauf achten, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer Stellung beziehen, ohne andere Positionen abzuwerten.

Ein spezieller Vorschlag zum Einstieg in solche Diskussionen ist die „Eckentechnik“.

- **„Eckentechnik“**

Die so genannte „Eckentechnik“ sensibilisiert für unterschiedliche Ansichten zu einem Thema. Sie leitet die Gruppenmitglieder an, den eigenen Standpunkt mit „Gleichgesinnten“ und „Andersdenkenden“ zu diskutieren. Dazu werden vier unterschiedliche Ansichten zu dem zu diskutierenden Thema vorab auf Papierbögen notiert, die in den vier Ecken des Raumes verteilt werden. Die Gruppenmitglieder ordnen sich jeweils dem Plakat zu, das ihre Einstellung am besten wiedergibt. Die Gruppen der „Gleichgesinnten“ tauschen sich über Argumente und Erfahrungen aus, die sie zu ihrer Ansicht gebracht haben. Anschließend findet ein Austausch zwischen den Gruppen statt.

Beispiele:

Zur Einführung in eine Diskussion zum Thema „Suizid“ werden z. B. die folgenden Aussagen auf Wandzeitungen geschrieben und im Veranstaltungsraum aufgehängt:

- „Eine suizidgefährdete Person muss vor sich selbst geschützt werden.“
- „Jeder Mensch hat das Recht, selbst zu entscheiden, ob er weiterleben möchte.“
- „Ein Suizid ist immer ein Hilferuf, den niemand gehört hat.“
- „Einen Menschen, der zum Suizid entschlossen ist, kann niemand aufhalten.“

Eine Diskussion über die Frage, wie es zu bewerten ist, wenn sich Therapeutinnen/Therapeuten in Klientinnen/Klienten verlieben, könnte wie folgt eingeleitet werden:

- „Sich in eine Klientin/einen Klienten zu verlieben, ist ein Kunstfehler.“
- „Verliebtheit ist ein Gefühl, das nicht verboten ist. Es kommt darauf an, mit solchen Gefühlen verantwortungsvoll umzugehen.“

▪ **Sensibilisierung für Abwehrmechanismen**

Wenn Gruppenmitglieder mit ethisch zweifelhaftem Handeln oder Kunstfehlern konfrontiert sind und sich darauf vorbereiten, einen Kollegen/eine Kollegin mit Kritik zu konfrontieren, ist es sinnvoll, sie für „Abwehrmechanismen“ zu sensibilisieren. Die Gruppe kann häufig geäußerte Argumente sammeln, die ethisch zweifelhaftes Handeln rechtfertigen sollen.

Beispiele:

Argumente zur Rechtfertigung von sexuellen Kontakten zwischen Therapeuten und Klientinnen

- Liebe lässt sich nicht verbieten
- Liebe heilt
- die Klientin und Therapeut sind erwachsene Menschen, die selbst entscheiden können
- wenn die Therapie/Beratung endet, bevor die sexuelle Beziehung beginnt, ist alles in Ordnung
- der Therapeut stellt ein Modell dar für eine liebevolle Beziehung

Argumente und Gegenargumente für diese Positionen sollten ausgetauscht werden, wobei Motive herausgearbeitet werden sollten, die zu diesen Abwehrmechanismen beitragen.

2. **Bearbeitung von Fallbeispielen**

Die Vermittlung berufsethischer Grundsätze durch die in die Ausbildung integrierte Supervision hat den großen Vorteil, dass sie direkt am Erleben der Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten anknüpft und die Behandlung des Themas nicht abgelöst von anderen Aspekten professioneller Entscheidungsfindung behandelt. Ethische Erwägungen werden vielmehr in Entscheidungsabläufe integriert; ihre praktischen Implikationen werden unmittelbar sichtbar. Häufig wird erst durch Anwendung auf einen konkreten Fall deutlich, welche Anforderungen die Umsetzung berufsethischer Erwägungen, speziell auch die Verwirklichung einer „dialogischen“ Ethik an Therapeutinnen, Berater, Supervisorinnen oder Lehrkräfte stellt. Ethische Prinzipien, wie z. B. die Wahrung der Autonomie anderer Personen, die Vermeidung von Schaden, das Bemühen um Fürsorge und das Streben nach Gerechtigkeit (Beauchamp & Childress 1989), treffen an und für sich genommen selten auf Widerspruch. Erst in ihrer Konkretisierung auf einen spezifischen Anlass lässt sich erkennen, worin Schwierigkeiten, Zumutungen oder Dilemmata liegen. Zudem ist nicht zu erwarten, dass solche Prinzipien handlungsleitend wirken können, wenn ihre Implikationen nicht für konkrete Entscheidungssituationen aufgezeigt werden.

Diese Art der „impliziten“ Bearbeitung des Themas, die Handelsman (1986) einmal „Ethik Training durch Osmose“ genannt hat, weil ethische Aspekte in die Überlegungen der Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten hinein „diffundieren“, hat allerdings den Nachteil, dass die Auswahl der Themen vom „Material“ abhängt, das die Supervisorinnen und Supervisanden einbringen. Die Aspekte von Freiwilligkeit und Zwang werden unter diesen Umständen ausführlich behandelt, wenn Mitglieder der Ausbildungsgruppe in einer Justizvollzugsanstalt arbeiten, der Konflikt zwischen der Wahrung der Autonomie eines Klienten und der Verhütung von Schaden wird sehr deutlich werden, wenn ein Gruppenmitglied eine suizidgefährdete Person behandelt. In anderen Ausbildungsgruppen, in denen solche Anlässe fehlen, werden diese Themen unter Umständen nicht bearbeitet. Handelsman plädiert aus diesem Grund für die systematische Bearbeitung ethischer Fragestellungen in der Ausbildung – ein Plädoyer, dem wir uns anschließen.

Um die Vorteile zu nutzen, die die fallbezogenen Bearbeitung von (berufs-)ethischen Fragestellungen hat, und um die damit verbundenen Nachteile zu vermeiden, schlagen wir vor, die Berücksichtigung von ethischen Erwägungen anhand von Fallbeispielen zu trainieren. Kurze Beschreibungen prägnanter Situationen aus der Berufspraxis, so genannte „Vignetten“, werden dabei zum Ausgangspunkt für eine systematische Analyse aus (berufs-)ethischer Perspektive. Sie lassen sich für alle Handlungsfelder konstruieren, in denen das Handeln von Professionellen Einfluss auf andere Menschen ausübt, und ihre Entscheidungs- und Handlungsfreiheit erweitern oder einschränken kann.

Fallbeschreibungen charakterisieren eine Situation aus dem beruflichen Alltag, in der eine Entscheidung zwischen mehreren Handlungsalternativen getroffen werden muss, z. B.

- ob eine Beratung oder Behandlung begonnen, weitergeführt oder beendet wird,
- welche Behandlungsmethode den Bedürfnissen des Klienten/der Klientin entspricht,
- ob ein Beziehungsangebot des Klienten/der Klientin angenommen wird.

Die Beschreibung enthält zentrale Informationen zur Situation, in der eine solche Entscheidung getroffen werden soll. Um die Handlungsentscheidung auch unter ethischen Gesichtspunkten zu reflektieren, werden folgende Fragen gestellt, die von den Gruppenmitgliedern in Einzelarbeit oder in einer Gruppendiskussion bearbeitet werden:

1. Welche Handlungsalternativen stehen in der beschriebenen Situation zur Auswahl?
2. Welche Personen bzw. Personengruppen sind von Konsequenzen betroffen, die diese Handlungsalternativen nach sich ziehen?
3. In welcher Weise könnten Rechte dieser Personen durch die Entscheidung für oder gegen diese Handlungsalternativen beeinträchtigt werden?
4. Welche Handlungsalternative(n) halten Sie aufgrund dieser Überlegungen unter ethischen Gesichtspunkten für gerechtfertigt?
5. Unter welchen Umständen würden Sie Ihre Entscheidung revidieren und eine andere Handlungsalternative für angemessener halten?

Um die Vielfalt persönlicher Werthaltungen zu Geltung zu bringen, bietet es sich an, Einzelarbeit und Gruppendiskussion miteinander zu kombinieren. Eine solche Kombination kann darin bestehen, die Fragen 1 bis 3 im Plenum der Ausbildungsgruppe zu bearbeiten, um eine breite Palette möglicher Handlungen zu sammeln und deren potentielle Konsequenzen aus unterschiedlichen Perspektiven zu beleuchten. Anschließend werden die Mitglieder gebeten, die Frage 4 und 5 zunächst individuell zu beantworten und ihre Entscheidungen zu begründen, bevor diese in Kleingruppen oder im Plenum der ganzen Ausbildungsgruppe ausgetauscht werden. Der Lerneffekt für die Gruppenmitglieder hängt dabei von der Offenheit ab, mit der Argumente ausgetauscht werden können. Sich in der Ausbildungsgruppe auf eine Entscheidung zu einigen ist weniger wichtig, als zu reflektieren, welche Beweggründe für die eine oder andere Alternative sprechen.

Das Raster der vorgeschlagenen Fragen folgt dem „Problemlösungsansatz“, den Eberlein (1987) als Methode entwickelt hat, um (berufs-)ethische Aspekte in die Ausbildung von Psychologinnen und Psychologen zu integrieren. Sie zielen auf die Reflexion über Handlungsalternativen (Frage 1), deren Konsequenzen für die Beteiligten (Frage 2 und 3) und veranlassen die Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten dazu, eine Handlungsentscheidung zu treffen (Frage 4) sowie die Rahmenbedingungen zu reflektieren, die für diese Entscheidung ausschlaggebend sind (Frage 5). Durch die vorgegebenen Fragen kommen nicht nur die Bedürfnisse und Rechte der unmittelbar beteiligten Personen zur Sprache (Klientin, Patient, Supervisand, Schülerin etc.), der Blick kann auch auf Dritte gelenkt werden, die mittelbar von den zu treffenden Entscheidungen betroffen sind. Dabei kann es sich z.B. um Familienangehörige oder Arbeitskollegen des Klienten oder der Patientin handeln – Personengruppen, deren Wohlergehen von vielen Psychotherapeuten in der Vergangenheit vernachlässigt wurde (Kottje-Birnbacher & Birnbacher 1995). Andere mittelbar Betroffene können eigene Kolleginnen oder Vorgesetzte sein, deren Handlungsspielraum durch die eigene Entscheidung eingeschränkt wird, sowie potentielle Klientinnen, Patienten, Supervisanden, die unter Umständen benachteiligt werden, wenn sich der Therapeut, Berater, Lehrer oder Supervisor besonders für eine Person engagiert.

Die Arbeit mit Vignetten hat eine Reihe von Vorteilen gegenüber der Bearbeitung „realer Fälle“. Zum einen werden Konfliktsituationen in knapper Form prägnant hervor gehoben, was es vor allem zu Beginn der Ausbildung leichter macht, diese zu erkennen, ohne sich von Detailinformationen ablenken zu lassen. Zugleich ist ein klarer Handlungsbezug gegeben, da es nicht nur darum geht, abstrakte Argumente auszutauschen, sondern es die Aufgabenstellung erfordert, zu einer Entscheidung zu kommen, welche Handlungsalternative bevorzugt umgesetzt werden sollte. Da jedoch kein Gruppenmitglied unmittelbar von der beschriebenen Situation tangiert ist, entfallen Rechtfertigungs- oder Handlungsdruck, der es der Gruppe unter Umständen erschwert, frei zu argumentieren. Ohne unmittelbar mit der Frage ihrer Umsetzbarkeit konfrontiert zu sein, können die Gruppenmitglieder Handlungsalternativen entwickeln, gegeneinander abwägen und ggf. verwerfen, bis eine Lösung gefunden ist, die unter ethischen Gesichtspunkten befriedigend erscheint.

Ihre Folgenlosigkeit ist allerdings nicht nur Vor- sondern auch Nachteil der Arbeit mit Fallbeschreibungen. Da kein Gruppenmitglied unmittelbar Anlass hat, die gefundene Lösung in die Tat umzusetzen, werden die Herausforderungen unter Umständen nicht deutlich. Gewohnheiten und eingefahrene Arbeitsabläufe, Bequemlichkeit oder Zeitmangel, die die Umsetzung der unter ethischen Gesichtspunkten ausgewählte Handlungsalternative behindern, kommen daher nicht zu Sprache, wenn ausschließlich mit Fallbeschreibungen gearbeitet wird. Welche Gefühle aufkommen, wenn ein Klient einen Behandlungsvorschlag ablehnt, wieviel Engagement notwendig ist, um in einer Beratungsstelle eine organisatorische Lösung durchzusetzen, die aus ethischen Gesichtspunkten geboten, aber deutlich arbeitsaufwändiger als die bisherige ist, kann nur ermesen, wer die Umsetzung erprobt hat.

Es bietet sich deshalb an, das vorgeschlagene Raster von Fragen zur Analyse ethischer Implikationen auch in der Supervision zu nutzen, die im Rahmen der Ausbildung durchgeführt wird. Insbesondere fortgeschrittene Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten können motiviert werden, ethische Argumente auf Entscheidungssituationen der eigenen Berufspraxis anzuwenden.

Eine Sammlung von Fallbeschreibungen aus unterschiedlichen Praxisfeldern, in denen personenzentriertes Arbeiten verbreitet ist, finden Sie in Teil III dieses Readers. Weitere Fallbeispiele, kombiniert mit der Erläuterung berufsethischer Grundsätze, finden sich in den amerikanischen Lehrbüchern von Carroll, Schneider & Wesley (1985), Keith-Spiegel & Koocher (1985); Pope & Vasques (1991). Fallbeschreibungen können jedoch selbstverständlich jederzeit selbst konstruiert werden. Sie sollten Situationen aus dem beruflichen Feld beschreiben, in denen eine Handlungsentscheidung zu treffen ist, die (auch) durch ethische Argumente begründet werden kann.

Literatur

- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (1989). Principles of biomedical ethics. Oxford: Oxford University Press.
- Carroll, M. A., Schneider, H. G. & Wesley, G. R. (1985). Ethics in the Practice of Psychology. Englewood, N. J.: Prentice-Hall.
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie / Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (1999). Ethische Richtlinien der DGP und des BP. Report Psychologie, 24 (7).
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (dgv) (1995). Ethische Richtlinien der dgv und deren Kommentare. Tübingen: dgv.
- Eberlein, L. (1987). Introducing Ethics to Beginning Psychologists: A Problem-Solving Approach. Professional Psychology: Research and Practice, 18, 353–359.
- Handelman, M. M. (1986). Problems with ethics training by „osmosis“. Professional Psychology: Research and Practice, 17, 371–372.
- Keith-Spiegel, P. & Koocher, G. P. (1985). Ethics in Psychology: Professional Standards and Cases. New York: Random House.
- Kottje-Birnbacher, L. & Birnbacher, D. (1995). Ethische Aspekte der Psychotherapie und Konsequenzen für die Therapeutenausbildung. Psychotherapeut, 40, 59–68.
- Pope, K. S. & Vasques, M. J. T. (1991). Ethics in Psychotherapy and Counseling. A Practical Guide for Psychologists. San Francisco: Jossey-Bass.
- Vasquez, M. J. T. (1992). Psychologist as Clinical Supervisor: Promoting Ethical Practice. Professional Psychology: Research and Practice, 23 (3) S. 196–202.

Bausteine für die Ausbildungspraxis

Gebrauchsanleitung

Monika Holzbecher

Im Folgenden werden als Erweiterung der methodischen Einführung in 14 Bausteinen verschiedene Zugangsweisen vorgestellt, wie eine Annäherung an ethische Aspekte und Fragestellungen in der eigenen Arbeit erfolgen kann.

In den meisten psychosozialen Arbeitsfeldern werden die dort tätigen Menschen mit besonderen Anforderungen und Situationen konfrontiert, aus denen Werte- und Interessenskonflikte resultieren. Der eigene Anspruch an einen helfenden und heilenden Kontakt und die professionelle Arbeit kann angesichts der Personalknappheit, der zunehmenden Bürokratisierung und Mittelstreichungen kaum noch eingelöst werden. Persönliche Freiheitsgrade, die in der Umsetzung des personenzentrierten Arbeitens genutzt werden können, sind begrenzt und erfordern immer wieder Entscheidungen, die den Mut und die Kraft zur Auseinandersetzung herausfordern und bei denen das eigene Wertesystem und Gewissen letztendlich doch mit Kompromissen leben lernen muss. Was kann ich vertreten? Womit muss ich mich arrangieren? Was kann ich verändern? Das sind typische Fragen, die im Kontext solcher Gewissenskonflikte auftreten.

Zusätzlich bewirken die angespannte Arbeitsmarktlage, die damit verbundene Angst um den Verlust des Arbeitsplatzes und eine zunehmende egozentrische Grundhaltung, dass „menschliche“ Werte „auf der Strecke bleiben“ und unfaire Strategien und Lösungen sich im Konkurrenz- und Karrierekampf immer häufiger durchsetzen.

Doch auch dort, wo Veränderungen, Zwänge und Anforderungen von außen nicht den entscheidenden Einfluss haben und die eigene professionelle Arbeit noch weitgehend unbelastet und frei gestaltet werden kann, kommt es (oftmals ungewollt) zu Störungen. Durch Grenzverletzungen im professionellen Kontext entstehen beispielsweise Vertrauensbrüche, die sich nachhaltig auf den angestrebten Erfolg der Arbeit auswirken kön-

nen. Im Extremfall wird durch einen ungünstigen Verlauf nicht nur die gemeinsame Arbeit wertlos, sondern es resultieren Beeinträchtigungen, die den weiteren Lebensweg der Person prägen, die sich eigentlich durch eine Behandlung und Beratung Unterstützung erhofft hat. Wenn sich jemand dafür entschieden hat, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen und in diesem Kontakt enttäuscht wurde, kann damit das Vertrauen in diesen gemeinsamen Weg der Lösungssuche und auch in zukünftige Angebote massiv erschüttert sein. Der Schritt, beispielsweise eine Therapie zu beginnen, Beratungsangebote zu nutzen oder sich in ärztlich kompetente Hände zu begeben, fällt zumeist nicht leicht. Die Angst sich anzuvertrauen, sich zu öffnen und sich damit auch „auszuliefern“, lassen die meisten Menschen zögern und das Vorhaben hinausschieben. Kommt es dann, eventuell bereits bei den ersten Kontakten, zu Irritationen (z. B. zu dem Empfinden, nicht als zu respektierendes Individuum, sondern pauschalisiert als „Diagnosefall“ gesehen zu werden), kann dies das Vertrauen so nachhaltig stören, dass auch zukünftig keine professionelle Unterstützung gesucht wird und sich dadurch Symptome verfestigen, die die Lebensqualität weiterhin einschränken.

Wenn sich Grenzverletzungen innerhalb der professionellen Beziehung zu Konflikten ausweiten, die sich letztendlich nur noch mit offiziellen Beschwerdeverfahren und auf dem juristischen Weg klären lassen, ist es in der Regel zu spät für eine konstruktive Weiterentwicklung, denn selbst bei einem rechtlich zufrieden stellenden Ergebnis sind die Verletzungen im Vertrauensbereich oft irreparabel.

Der Prävention kommt daher eine hohe Bedeutung zu. Wenn sich solche unerwünschten Störungen in der professionellen Beziehung vermeiden lassen oder rechtzeitig Korrekturen vorgenommen werden können, ist dies die beste Voraussetzung für eine erfolgreiche gemeinsame Arbeit.

Die in dem weiteren Kapitel folgenden Vorschläge für eine Auseinandersetzung mit der Thematik haben daher das Ziel, folgende Kompetenzen zu stärken:

- a) Sensibilität für ethische Fragen bzw. Probleme, die in der professionellen Arbeit aufgeworfen werden
- b) Fähigkeit, tätigkeitsbezogene und arbeitsklimatische Situationen unter ethischen Aspekten zu durchdenken
- c) Fähigkeit, in der Planung des professionellen Handelns ethische Kriterien gegenüber anderen Argumenten abzuwägen
- d) Fähigkeit, aus ethischen Erwägungen getroffene Entscheidungen auch gegen Widerstände durchzuhalten
- e) Bereitschaft, das eigene Verhalten zu überprüfen und sich zu öffnen

Manche Einsatzfelder, in denen personenzentrierte Kommunikation einen hohen Stellenwert einnimmt, können auf Grund ihrer Spezifikation in den Bausteinen nicht so ausführlich berücksichtigt werden, wie solche, die durch eine strukturelle Ähnlichkeit bessere Übertragungsmöglichkeiten eröffnen. Die Materialien können den Anspruch auf Vollständigkeit nicht erfüllen, sie sind vielmehr als „Impuls“ gedacht, für das eigene Arbeitsfeld Anregungen zu bieten, die zur Auseinandersetzung und Diskussion einladen.

Anregungen für die Annäherung an ethische Fragestellungen

Die Bausteine befassen sich mit folgenden Schwerpunkten

- 1. Was ist mit „Ethik“ gemeint?**
Ethische Prinzipien (Respekt vor der Autonomie anderer Personen, Schadensvermeidung etc.)
- 2. „Gerechtigkeit“ und „Neutralität“ als ethische Prinzipien**
Verinnerlichte Denkmuster, unbewusst wirksame Bewertungsunterschiede (z. B. Ähnlichkeit/Status)
- 3. Die Bandbreite möglicher Grenzverletzungen**
Liste von Werner Tschan: 7 Missbrauchskategorien (sexuell, sozial, finanziell etc.)
- 4. Ethik im beruflichen Regelwerk und der Selbstverpflichtung**
Ethikrichtlinien, Kodexe, Verpflichtungserklärungen etc.
- 5. Der Personenzentrierte Ansatz und ethisches Verhalten**
Gibt es eindeutige Regeln: Beispiele Ausfallhonorarregelungen/Schreivarbeiten
- 6. Umgang mit ethischen Konflikten**
Konflikte lassen sich nicht vermeiden, aber konstruktiv nutzen!
- 7. Ethik und Arbeitsatmosphäre**
Am Beispiel von Grenzverletzungen in sozialen/medizinischen/psychiatrischen und pflegeorientierten Einrichtungen auf drei Ebenen: ausgehend von Beschäftigten/zwischen Beschäftigten/ausgehend vom „Klientel“
- 8. Arbeitsklimatische Umfeldanalyse**
Fragenkatalog zum Arbeitsklima/zwischenmenschlichem Umgang
- 9. Verwicklungen**
Sensibilisierung für unbemerkt wirkende destruktive Wiederholungsmuster, die zu einem scheinbar korrekten Verhalten „verführen“

10. Berufsspezifische ethische Fragestellungen

Berücksichtigung von besonderen Anforderungen und Konfliktpotenzialen (z. B. Sterbehilfe, Suizidabsichten etc.)

11. Die „Befindlichkeit“ des Profis

Besondere Lebenssituationen/Wertigkeiten und deren Auswirkungen auf die Arbeit (z. B. Trennungen, private Konflikte)

12. Persönliches Konfliktverhalten

Reflexion des eigenen Konfliktverhaltens auf die professionelle Arbeit (Harmonisierung, Konfrontation etc.)

13. Ethik und Wertewandel

Sind ethisches Empfinden und Handeln altmodisch? Welche Werte setzen sich erfolgreich im Arbeitsalltag durch?

14. Rechtliche Grundlagen

Welche rechtlichen Möglichkeiten existieren bei welchen Verstößen und Anliegen: Anregung zur Recherche im eigenen Arbeitsumfeld

Die den Bausteinen zugeordneten Themen lassen sich nicht klar voneinander abgrenzen, es entstehen Überschneidungen, so dass eine Auswahl danach getroffen werden sollte, welcher Schwerpunkt für den jeweiligen Ausbildungskontext geeignet erscheint.

In allen Bausteinen wird zunächst die **Zielsetzung** beschrieben, daran schließt sich ein **Bearbeitungsvorschlag** an. Unter dem Stichwort „**Input**“ wird Hintergrundmaterial beigelegt, das in kopierter Form für die Gruppenarbeit innerhalb der Ausbildung gedacht ist.

Übergreifend können einzelne, in den **Fallkonstellationen (Teil III)** gebündelten Situationsbeispiele genutzt werden, um die in den Bausteinen aufgeworfenen ethischen Aspekte der Arbeit zu vertiefen.

Je nach Gruppengröße, Zusammensetzung (z. B. Teilnehmende aus verschiedenen Berufsbereichen) und vorhandenem Zeitbudget lassen sich die in den Bausteinen entworfenen Fragestellungen (oder daraus ausgewählte Aspekte) entweder in der Gesamtgruppe oder in Kleingruppen (z. B.) mit Personen aus ähnlichen Arbeitsfeldern bearbeiten.

Baustein 1: Was ist mit „Ethik“ gemeint?

Ziel der hier zusammen getragenen Fragen ist es, sich dem Themenkomplex „Ethik“ durch eigenes Reflektieren zu nähern und Vorstellungen zu entwickeln, wo und in welchen Situationen ethische Aspekte berührt werden, welchen Einfluss sie auf die Arbeitsbeziehung haben können und wie sie bei der Arbeit berücksichtigt werden sollten.

Bearbeitungsvorschlag

Übergreifende Fragestellung für die Diskussion:

- Kommen wir ohne Ethik aus?
- Bei welchen Fragestellungen/Konflikten/Problemen, in welchen Situationen etc. sind ethische Prinzipien hilfreich oder unerlässlich?
- Wenn ich ethische Grundsätze für meinen Berufsbereich definieren sollte, wie würde ich diese formulieren?

Input: Prinzipien

Folgende Prinzipien werden in der Auseinandersetzung mit ethischen Fragen immer wieder als Leitlinien für das Handeln in professionellen Beziehungen genannt:

- 1) Respekt vor der Autonomie anderer Personen
 - 2) Sorge um das Wohlergehen anderer
 - 3) Schadensvermeidung
 - 4) Gerechtigkeit
 - 5) Gewissenhaftigkeit
 - 6) Nutzenmaximierung
 - 7) Neutralität
- Wie lassen sich die einzelnen Prinzipien inhaltlich mit Leben füllen?
 - Was genau ist damit gemeint?
 - Gibt es eindeutige, klare Festlegungen/Vereinbarungen?
 - In welchen Bereichen, bei welchen Fragestellungen wird es problematisch, uneindeutig, widersprüchlich?

Baustein 2: „Gerechtigkeit“ und „Neutralität“ als ethische Prinzipien

Der Anspruch, das persönliche und berufliche Handeln von ethischen Prinzipien leiten zu lassen, sollte selbstverständlich sein. Trotzdem wird dieses Vorhaben zwangsläufig scheitern, da persönliche subjektiv gefärbte Werte und traditionell geprägte und verinnerlichte Denkmuster das menschliche Verhalten in entscheidendem Maße prägen, ohne dass dies bewusst ist.

Die Rechtsprechung ist ein klassisches Beispiel dafür, dass in dem Bemühen um Gerechtigkeit und Neutralität (Prinzipien, die auch für psychosoziale Berufe gelten) scheinbar „richtige“ Entscheidungen gefällt werden, die jedoch durch Vorurteile und verinnerlichte Denkgewohnheiten geprägt sind und die dem erhobenen Anspruch nicht gerecht werden können. So genannte „Kleinkriminelle“ werden beispielsweise im Vergleich zu „Wirtschaftsbetrüger“ härter bestraft, Frauen, die ihre Ehepartner getötet haben erhalten höhere Strafen als ebenso beschuldigte Ehemänner. Personen aus bestimmten Kulturkreisen oder gesellschaftlichen Schichten haben vor Gericht geringere Chancen auf einen Freispruch als Personen, die aus dem kulturellen und sozialen Milieu derjenigen stammen, die Recht sprechen. Vorurteile, die Ähnlichkeit des sozialen Umfeldes und die (Er-) Lebenswelt spielen eine entscheidende Rolle dabei, wie Empfindungen, Gedanken, Verhaltensweisen bewertet werden. Auch das Auftreten einer Person, die Kleidung und der damit assoziierte Status, sowie finanzielle Aspekte entscheiden mit, wie ihr begegnet wird.

Ziel

Niemand kann sich in seiner Arbeit davon frei sprechen, dass sich Bewertungsdifferenzen ungewollt „einschleichen“ und zu ungleichen Verhaltensweisen führen, die sich auch benachteiligend auf die professionelle Arbeit auswirken können. Die Männer- und Frauenperspektive auf bestimmte Probleme, z.B. sexuelle Übergriffe, Unterhaltszahlungsansprüche, Karriereplanung und Prioritätensetzungen in der partnerschaftlichen Aufgabenteilung kann sich deutlich unterscheiden und zu unterschiedlichen Reaktionen mit entsprechenden Auswirkungen führen. Notwendig

ist es daher, den „Blick dafür zu schärfen“, wo es zu Differenzen kommt, „Schwachstellen“ in der eigenen Wahrnehmung aufzuspüren, um ggf. gegensteuern zu können.

Bearbeitungsvorschlag

Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen werden gebeten, Beispiele zu finden, wo sich in ihrem Berufsbereich Differenzen in der Bewertung und im Verhalten zeigen, die eine Ungleichbehandlung verursachen. Die in diesem Arbeitsschritt begonnene Liste kann als Einstieg dienen mit der Anregung, sie zu vervollständigen und zu ergänzen.

Input

Denkgewohnheiten, Bewertungsmuster und persönliche Vorteile spielen eine entscheidende Rolle im Kontakt zwischen professionell Arbeitenden und ihrem Klientel. Folgende Auffälligkeiten zeigen sich beispielsweise:

- Privatversicherte werden oftmals zuvorkommender behandelt als KassenpatientInnen.
- Personen, die starke Gefühle auslösen, weil sie z. B. bewundert werden, einem bestimmten Ideal entsprechen, Machtpositionen bekleiden, sich dementsprechend verhalten etc., haben eher die Chance, eine hohe Aufmerksamkeit zu erhalten als andere.
- Das Verständnis für das Verhalten von Personen, die dem eigenen Geschlecht angehören und sich in einer ähnlichen Lebenssituation befinden, ist häufig größer als umgekehrt.
- Bitten Angehörige höherer sozialer Schichten um Unterstützung, erfolgt eher ein Bemühen um eine optimale Versorgung und Ausschöpfung vorhandener Möglichkeiten als bei Personen aus unteren Schichten.
- Frauen werden bei bestimmten Symptomen eher mit Psychopharmaka behandelt als Männer.
- Die körperliche Symptome von Frauen werden eher als psychische Störung diagnostiziert als gleiche Beschwerden bei Männern.
- Korpulente Menschen werden eher als willensschwach und labil angesehen als „Normalgewichtige“.
- Personen mit körperlichen Handicaps werden oftmals auch als geistig behindert eingestuft.
- Aggressiv auftretende Kinder werden häufig als weniger intelligent angesehen als andere.

Welche weiteren Differenzen fallen ihnen ein?

Fragen für eine weiterführende Diskussion:

- Welche Vorurteile, Denkgewohnheiten, Bewertungsmuster stecken hinter dem Verhalten?
- Wo neige ich selbst zu Bewertungsdifferenzen und dazu, mich unterschiedlich zu verhalten? In welchen Situationen habe ich mich dabei ertappt, manche Personen zu bevorzugen und anderen weniger Aufmerksamkeit etc. zu schenken?
- Wo habe ich beobachtet, dass KollegInnen oder Vorgesetzte sich unterschiedlich verhalten?

- Mit welchen Ungerechtigkeiten müssen wir leben? Was lässt sich (wie) verändern?

Weitere Diskussionsanregungen:

Welchen Einfluss haben persönliche Einstellungen des professionell Tätigen auf den Therapieprozess? Entwickelt sich eine Beratung/Therapie/ein Coaching anders, je nachdem, ob eine in konservativen Rollenvorstellungen denkende oder eine feministisch orientierte Person auf der professionellen Ebene agiert? Bei welchen Problemen, Konflikten, Fragestellungen lässt sich ein Einfluss trotz des Bemühens, eigene Einstellungen nicht offensichtlich werden zu lassen, kaum vermeiden?

Wie lässt sich dies bei Differenzen einerseits oder Ähnlichkeiten andererseits, z.B. Einstellung zur Homo- und Heterosexualität, Befürwortung bestimmter Erziehungs- oder Führungsstile, Einstellungen zur Arbeitslosigkeit, zur „Ausländerfrage“, zum Alkoholkonsum, zur Prostitution etc. beantworten?

Finden Sie weitere Beispiele und überlegen Sie, welche Auswirkungen sich ergeben können und wie sich Beeinflussungen weitgehend vermeiden lassen!

Baustein 3: Die Bandbreite möglicher Grenzverletzungen

Im Anschluss an Baustein 1 und 2 bietet es sich zu weiteren Vertiefung an, die in der Gruppe erarbeiteten möglichen ethischen Aspekte der Arbeit um weitere, bisher in der Wahrnehmung nicht erfasste, zu ergänzen.

Werner Tschan, der sich in seinem Buch (Missbrauchtes Vertrauen, Karger Verlag, Basel 2005) ausführlich mit den unterschiedlichen Formen von Grenzüberschreitungen in professionellen Beziehungen auseinandersetzt, hat eine Kategorisierung möglicher Missbräuche vorgenommen. Die unter **Input** aufgelistete Übersicht entspricht weitgehend den von ihm zusammen getragenen Verhaltensbereichen.

Ziel einer Auseinandersetzung mit diesen Kategorien innerhalb der Ausbildung ist es, die Vielfalt an möglichen Grenzverletzungen zu verdeutlichen und die Wahrnehmungsfähigkeit für die häufig als weniger gravierend eingeschätzten Verhaltensweisen zu schärfen.

Bearbeitungsvorschlag

Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen werden gebeten, die vorgestellten Missbrauchsformen auf ihren jeweiligen Berufsbereich zu übertragen und konkrete Beispiele zu formulieren, die mit folgenden Fragen weiter bearbeitet werden können:

- Worin besteht der Missbrauch/Übergriff?
- Welche Folgen kann das Fehlverhalten auf die professionelle Beziehung haben?
- Welche weiteren, z. B. späteren Auswirkungen können sich im Erleben (u. a. im psychischen Bereich) der betroffenen Person ergeben?

Input: Missbrauchskategorien

Grenzverletzungen (durch den Professionellen) können auf folgenden Ebenen (die sich teilweise überschneiden) vorkommen:

Emotionaler Missbrauch

- Inadäquate Komplimente
- Ratsuche beim Klientel (für persönliche Belange)
- Aufbau persönlicher Beziehungen
- Unberechtigte Zweifel an der Glaubwürdigkeit
- Fehlendes Einfühlungsvermögen
- Inadäquate Verwendung von Fachjargon
- Rassistische und sexistische Äußerungen
- Negative Bemerkungen über das Alter/ Aussehen/Geschlecht/soziale Stellung etc.
- Einschüchterungen
- Beschuldigungen

Körperliche Grenzverletzungen

- Unerwünschte Berührungen
- Als Behandlungsnotwendigkeit getarnte inadäquate Berührungen
- Im ärztlichen Bereich: Verweigerung notwendiger Behandlungen/Medikamente etc./ fehlendes Ernst nehmen von Schmerzen/ Beeinträchtigungen/ Anwendung unerprobter Verfahren

Sozialer Missbrauch

- Soziale Kontakte außerhalb der Behandlung
- Überlappende Beziehungen
- Persönliche Dienstleistungen
- Weitergabe persönlicher Daten
- Schuldzuschreibung (u. a. Opferbeschuldigung, fehlendes Ernst nehmen von Aussagen bei Missbrauchsvorwürfen, z. B. innerhalb der Psychiatrie)

Sexueller Missbrauch

- Schilderung eigener sexueller Erlebnisse
- Voyeuristische Befragung
- Sexualisierte Bemerkungen und „Komplimente“
- Offenbarung von Gefühlen der Verliebtheit, erotischen Anziehung etc.
- Anzügliche Bemerkungen
- Berührungen im Intimbereich bis hin zu sexuellen Handlungen

Finanzieller Missbrauch

- Unkorrekte, betrügerische Abrechnungen
- Einbeziehung des Klienten/der Klientin in Abrechnungsbetrügereien (Berechnung nicht statt gefundener Behandlungen bei Behörden/Krankenkassen im gemeinsamen Einverständnis)
- Geldgeschäfte (Ausleihen von Geld, Bürgschaften etc.)
- Fortsetzung der Behandlung aus finanziellen Motiven
- Schuldübertragung auf Patienten, wenn Dritte (z. B. Krankenkassen) nicht bezahlen

Missbrauch, der weltanschauliche und religiöse Beeinflussung beinhaltet

- Indoktrination jeder Art
- Drohung mit göttlicher Bestrafung (wenn Vorstellungen des Professionellen nicht umgesetzt werden)

Quelle: Tschan, Werner: Missbrauchtes Vertrauen, Karger Verlag, Basel 2005

Baustein 4: Ethik im beruflichen Regelwerk und der Selbstverpflichtung

Da das Unrechtsbewusstsein im Bezug auf ethische Werte stetig ansteigt, sind in den vergangenen Jahren auf den unterschiedlichsten arbeitsplatzbezogenen Ebenen Regelwerke und Verpflichtungserklärungen entstanden, mit denen der Anspruch an eine verantwortungsbewusste Arbeit dokumentiert wird und Maßstäbe gesetzt werden. Ethikrichtlinien, Ethik- und Ehrenkodexe, Betriebs- und Dienstvereinbarungen zum fairen Umgang am Arbeitsplatz, Antidiskriminierungsregelungen und Gender Mainstreaming schaffen Rahmenbedingungen für ein respektvolles und diskriminierungsfreies Miteinander. Sowohl im Umgang mit dem Klientel, sei es im Pflegebereich, der ärztlichen Versorgung, der Seelsorge, Beratung oder Therapie, als auch im kollegialen Miteinander oder in bezug auf das Führungsverhalten werden Richtlinien formuliert, die ein verantwortungsbewusstes Miteinander und Agieren betreffen.

Gleichzeitig bewirken Streichungen und der Abbau von sozialen Leistungen zunehmend schwierigere Bedingungen, den erhobenen und wachsenden Ansprüchen gerecht zu werden. Die realen Arbeitsbedingungen stehen oftmals im Widerspruch zu den Normen und Werten, die für das Miteinander in den Regelungen festgeschrieben sind.

Ziel dieses Bausteins ist es, sich am Beispiel solcher Regelungen und Verhaltenskataloge mit den Bedingungen im eigenen Arbeitsumfeld vertraut zu machen und zu überprüfen, wo sich hilfreiche Unterstützungsmöglichkeiten anbieten oder sich Grenzen des Regelbaren abzeichnen.

Bearbeitungsvorschlag

Ethik- und Ehrenkodexe, sowie Ethikrichtlinien befassen sich vorrangig mit Regelungen, die auf das professionelle Verhalten gegenüber dem jeweiligen Klientel bezogen sind. Regelungen, die das kollegiale Miteinander betreffen, werden in den Bausteinen 7 und 8 konkretisiert, so dass der Schwerpunkt dieser Ausbildungseinheit auf die Analyse von Verhaltensrichtlinien ausgerichtet ist, die sich auf die professionelle Arbeit beziehen.

Die Ethikrichtlinien der GwG können in diesem Bearbeitungsschritt mit anderen Regelungen verglichen und durch spezifische Ausführungen, die den jeweiligen Arbeitsbereich betreffen, ergänzt werden. Sowohl für den seelsorgerischen, medizinischen, pflegerischen Bereich, den der Ausbildung und Supervision, sowie für hier nicht genannte Berufsfelder lassen sich zahlreichen Beispiele (per Internet) finden, die zur Diskussion einladen.

Folgende Fragen können als Diskussions Einstieg genutzt werden:

- Welche Verhaltensbereiche werden durch die Regelungen abgedeckt? Welche Unterschiede zeigen sich bei den verschiedenen Regelungen?
- Welche Lücken sind erkennbar?
- Wann können die Regelungen hilfreich sein? Worin besteht der Nutzen?
- Was lässt sich nicht per Anweisung/ Empfehlung/ Selbstverpflichtung regeln?

Die unter Input gesammelten 4 Auszüge aus Regelungen können als Anregung für die weitere Internetrecherche dienen.

Input

Ausgehend von den im Grundgesetz verankerten Rechten, die für alle BürgerInnen der BRD gelten, werden in den verschiedenen Berufsbereichen spezifische Konkretisierungen formuliert, die als Richtlinien für das verantwortungsbewusste Handeln gelten. Die folgenden Auszüge aus bestehenden Regelungen repräsentieren ganz unterschiedliche Umsetzungsmöglichkeiten einer ethischen Verpflichtung.

1) Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland – Die Grundrechte

Artikel 1 [Menschenwürde – Menschenrechte – Rechtsverbindlichkeit der Grundrechte]

(1) Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.

(2) Das Deutsche Volk bekennt sich darum zu unverletzlichen und unveräußerlichen Menschenrechten als Grundlage jeder menschlichen Gemeinschaft, des Friedens und der Gerechtigkeit in der Welt.

(3) Die nachfolgenden Grundrechte binden Gesetzgebung, vollziehende Gewalt und Rechtsprechung als unmittelbar geltendes Recht.

Artikel 2 [Persönliche Freiheitsrechte]

(1) Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.

(2) Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden.

Artikel 3 [Gleichheit vor dem Gesetz]

(1) Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich.

(2) Männer und Frauen sind gleichberechtigt. Der Staat fördert die tatsächliche Durchsetzung der

Gleichberechtigung von Frauen und Männern und wirkt auf die Beseitigung bestehender Nachteile hin.

(3) Niemand darf wegen seines Geschlechtes, seiner Abstammung, seiner Rasse, seiner Sprache, seiner Heimat und Herkunft, seines Glaubens, seiner religiösen oder politischen Anschauungen benachteiligt oder bevorzugt werden. Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.

2) Hippokratischer Eid

Ich schwöre, Apollon, den Arzt, und Asklepios und Hygieia und Panakeia und alle Götter und Göttinnen zu Zeugen anrufend, dass ich nach bestem Vermögen und Urteil diesen Eid und diese Verpflichtung erfüllen werde: Den, der mich diese Kunst lehrte, meinen Eltern gleich zu achten, mit ihm den Lebensunterhalt zu teilen und ihn, wenn er Not leidet, mit zu versorgen; seine Nachkommen meinen Brüdern gleichzustellen und, wenn sie es wünschen, sie diese Kunst zu lehren ohne Entgelt und ohne Vertrag; Ratschlag und Vorlesung und alle übrige Belehrung meinen und meines Lehrers Söhnen mitzuteilen, wie auch den Schülern, die nach ärztlichem Brauch durch den Vertrag gebunden und durch den Eid verpflichtet sind, sonst aber niemandem.

Meine Verordnungen werde ich treffen zu Nutz und Frommen der Kranken, nach bestem Vermögen und Urteil; ich werde sie bewahren vor Schaden und willkürlichem Unrecht.

Ich werde niemandem, auch nicht auf eine Bitte hin, ein tödliches Gift verabreichen oder auch nur dazu raten. Auch werde ich nie einer Frau ein Abtreibungsmittel geben. Heilig und rein werde ich mein Leben und meine Kunst bewahren. Auch werde ich den Blasenstein nicht operieren, sondern es denen überlassen, deren Gewerbe dies ist.

Welche Häuser ich betreten werde, ich will zu Nutz und Frommen der Kranken eintreten, mich enthalten jedes willkürlichen Unrechtes und jeder anderen Schädigung, auch aller Werke der Wollust an den Leibern von Frauen und Männern, Freien und Sklaven.

Was ich bei der Behandlung sehe oder höre oder auch außerhalb der Behandlung im Leben der Menschen, werde ich, soweit man es nicht ausplaudern darf, verschweigen und solches als ein Geheimnis betrachten.

Wenn ich nun diesen Eid erfülle und nicht verletze, möge mir im Leben und in der Kunst Erfolg zuteil werden und Ruhm bei allen Menschen bis in ewige Zeiten; wenn ich ihn übertrete und mein-eidig werde, das Gegenteil.

3) Auszug aus dem ICN Ethik Kodex für Pflegende (Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger)

Präambel

Pflegende haben vier grundlegende Aufgaben: Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen, Leiden zu lindern. Es besteht ein universeller Bedarf an Pflege.

Untrennbar von Pflege ist die Achtung der Menschenrechte, einschließlich dem Recht auf Leben, auf Würde und auf respektvolle Behandlung. Sie wird ohne Rücksicht auf das Alter, Behinderung oder Krankheit, das Geschlecht, den Glauben, die Hautfarbe, die Kultur, die Nationalität, die politische Einstellung, die Rasse oder den sozialen Status ausgeübt.

Die Pflegende übt ihre berufliche Tätigkeit zum Wohle des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft aus; sie koordiniert ihre Dienstleistungen mit denen anderer beteiligter Gruppen.

Der Kodex

Der ICN Ethik Kodex für Pflegende hat 4 Grundelemente, die den Standard ethischer Verhaltensweise bestimmen:

Pflegende und ihre Mitmenschen

Die grundlegende berufliche Verantwortung der Pflegenden gilt dem pflegebedürftigen Menschen.

Bei ihrer beruflichen Tätigkeit fördert die Pflegende ein Umfeld, in dem die Menschenrechte, die Wertvorstellungen, die Sitten und Gewohnheiten

sowie der Glaube des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft respektiert werden.

Die Pflegende gewährleistet, dass der Pflegebedürftige ausreichende Informationen erhält, auf die er seine Zustimmung zu seiner pflegerischen Versorgung und Behandlung gründen kann.

Die Pflegende behandelt jede persönliche Information vertraulich und geht verantwortungsvoll mit der Informationsweitergabe um.

Die Pflegende teilt mit der Gesellschaft die Verantwortung, Maßnahmen zugunsten der gesundheitlichen und sozialen Bedürfnisse der Bevölkerung, besonders der von benachteiligten Gruppen, zu veranlassen und zu unterstützen.

Die Pflegende ist auch mitverantwortlich für die Erhaltung und den Schutz der natürlichen Umwelt vor Ausbeutung, Verschmutzung, Abwertung und Zerstörung.

4) Auszug aus dem IGM-Ethikkodex (Institut für ganzheitliche Methodik)

- Ich werde zu Beginn jeder Zusammenarbeit sicherstellen, dass mein KlientIn die Vertragsbedingungen beider Seiten versteht.
- Ich werde weder direkt noch indirekt Ergebnisse versprechen, die ich nicht garantieren kann.
- Ich verpflichte mich zu absoluter Vertraulichkeit und Stillschweigen bezüglich mir anvertrauter Informationen meiner Klienten, sofern ich über keine Autorisierung durch meinen Klienten verfüge oder anderweitig gesetzlichen Verpflichtungen unterliege.
- Ich werde versuchen zu erkennen, wenn mein Klient keinen Nutzen mehr aus unserer Zusammenarbeit zieht und es daher sinnvoll wäre, wenn er/sie einen anderen Coach oder einen anderen Therapeuten konsultiert; in diesem Fall werde ich meinen Klienten zu dieser Veränderung ermutigen.
- Ich werde Konflikte zwischen meinen Interessen und denen meines Klienten vermeiden.

- Sobald die Möglichkeit eines Interessenkonflikts entsteht, werde ich den Konflikt in einem zeitlich angemessenen Rahmen mit meinem Klienten besprechen, um ein Übereinkommen darüber zu erreichen, wie der Konflikt im Interesse des Klienten bestmöglich gehandhabt werden sollte.
- Ich werde alle mit meinen Klienten bzw. mit der mit der Bezahlung meiner Coaching- oder Therapie-Arbeit betrauten Person getroffenen Vereinbarungen einhalten.
- Ich werde keine Informationen oder Ratschläge an meine Klienten oder an interessierte Klienten weitergeben, von denen ich weiß, dass sie vertraulich oder irreführend sind oder außerhalb meines Kompetenzbereichs liegen.
- Ich werde die Arbeit und die Beiträge anderer anerkennen; ich werde Urheberrechte, geschützte Marken und Rechte in Bezug auf geistiges Eigentum beachten, und ich werde den jeweiligen Gesetzen und meinen Verpflichtungen bezüglich dieser Rechte entsprechen.
- Wann immer ich von meinen Klienten dazu aufgefordert werde, werde ich sie darüber informieren, dass ich mich den vom IGM (Institut für ganzheitliche Methodik, Basel) festgelegten ethischen Grundsätzen und Verhaltensnormen verpflichtet fühle
- Die Menschen sind nicht ihr Verhalten. Ich akzeptiere den Menschen und helfe lediglich, sein Verhalten zu ändern.

Jeder Mensch tut zu jeder Zeit das Beste, was er kann, mit den Ressourcen, die ihm zurzeit zur Verfügung stehen. Hinter jedem Verhalten steckt auch eine positive Absicht.

Baustein 5: Der Personzentrierte Ansatz und ethisches Verhalten

Der folgende „Ausbildungsbaustein“ ermöglicht es, die personzentrierten Grundregeln in Beziehung zu ethischen Aspekten zu setzen, Gemeinsamkeiten und Überschneidungen zu erkennen.

Ziel ist es, darüber zu reflektieren, welche individuellen Werte und Denkmuster oftmals unhinterfragt in Entscheidungen einfließen und unbeabsichtigt ethische Fragen aufwerfen können.

Bearbeitungsvorschlag

Anregungen für die Diskussion:

- Wenn ich die personzentrierten Grundregeln (Wertschätzung, Kongruenz, Empathie, Echtheit) im Kontakt mit meinem Gegenüber einhalte, kann es keine Verstöße gegen die ethischen Prinzipien geben!
- Stimmen sie dieser Aussage zu oder sehen sie ethische Probleme/ Konflikte, die trotzdem entstehen können?
- Der unterschiedliche Umgang mit Ausfallhonoraren (siehe **Input**) oder das Fallbeispiel „**Schreibarbeiten**“ (**Themenblock: Grenzsituationen**) bieten sich für die weitere Bearbeitung an.

Input: Ausfallhonorar

Der Umgang mit Ausfallhonoraren bei Personen, die für eine Beratung, Therapie etc. privat bezahlen, kann unterschiedlich geregelt sein.

Fünf Personen tauschen ihre individuellen Ansichten und daraus abgeleiteten Konsequenzen aus:

Person A: „Ich vereinbare am Anfang der Zusammenarbeit, dass ausgefallene Termine, die nicht spätestens drei Werktage vorher abgesagt werden, in voller Höhe bezahlt werden müssen!“

Person B: „Ich mache die Zahlung davon abhängig, aus welchem Grund ein Termin ausfällt, z.B. verzichte ich auf das Honorar, wenn kurzfristig eine nicht vorher absehbare Erkrankung, ein Unfall, ein Todesfall etc. eintritt!“

Person C: „Ich berechne ausschließlich die Stunden, die tatsächlich stattgefunden haben. Ich möchte, dass mein Gegenüber Verantwortung dafür übernimmt, dass sein Fehlen auch Konsequenzen für mich hat!“

Person D: „Für mich spielt auch die finanzielle Situation meines Gegenübers eine Rolle, denn das, was für manche Personen ein geringer Betrag ist, kann bei anderen bereits den Finanzrahmen sprengen!“

Person E: „Ich habe keine feste Regelung, sondern entscheide immer wieder neu. Ich nutzte die Situation, um darüber zu sprechen, welche Konsequenzen sich für beide Seiten aus der ausgefallenen Stunde ergeben und lasse es zu einem gemeinsamen Aushandlungsprozess werden, welche Lösung vereinbart wird. Die Auseinandersetzung ist ein wichtiger Teil des therapeutischen Prozesses!“

- Welche weiteren möglichen Regelungen sind denkbar?
- Wovon (Einstellungen/ Rahmenbedingungen etc.) ist es abhängig, welche Lösung eine Person bevorzugt?
- Gibt es eindeutig richtige oder falsche Lösungen?
- Was sagt die Rechtsprechung auf der juristischen Ebene?
- Wann werden die Grundregeln der personzentrierten Kommunikation verletzt?
- Welche Voraussetzungen sind wichtig oder sollten bereits in der Anfangsphase der Zusammenarbeit geklärt werden, damit keine ungewollten Störungen in der Kommunikation und im Vertrauensverhältnis auftreten?
- Würde sich die Bewertung oder die bevorzugte Regelung ändern, wenn die Terminfinanzierung üblicherweise über die Krankenkasse oder andere Kostenträger abgedeckt ist, d. h. auch Personen zu ihnen kommen, die sich privat keine Beratung/ Therapie etc. leisten könnten und deren Finanzlage auch die Übernahme von Ausfallhonoraren fraglich erscheinen lässt?
- Welche Besonderheiten treten auf, wenn es sich um Kinder oder Jugendliche (als Klientel) handelt?

Baustein 6: Umgang mit ethischen Konflikten

Während Baustein 3 die mögliche Bandbreite an Grenzverletzungen veranschaulicht, wird der Focuss bei dieser didaktischen Einheit auf die Konfliktpotenziale gerichtet, die aus drohenden und bereits geschehenen Überschreitungen entstehen können. Es wäre unrealistisch zu denken, dass sich, selbst bei einem reflektierten Umgang, Grenzverletzungen vermeiden lassen. Abgesehen von den gravierenden Missbräuchen entstehen in der professionellen Beziehung nicht selten Situationen, in denen unbedachte Äußerungen oder vorher nicht erkennbare Überschneidungen zu Störungen führen. Häufig sind es auch Klienten oder Klientinnen, betreute Kinder oder Jugendliche etc., die durch ihr (teils kalkuliertes, teils unbewusstes) Verhalten Grenzen zu verwischen versuchen und Verwicklungen herstellen, die nicht sofort durchschaubar sind.

Oftmals erleben sich professionell Arbeitende in unvermeidbar erscheinenden Rollenkonflikten und angesichts der raschen Handlungsnotwendigkeit wird erst später deutlich, dass etwas „nicht stimmt“. Nach einem Gespräch (als Berater, Therapeutin etc.) mit einem in die Behandlung einbezogenen Arzt entsteht z. B. das mulmige Gefühl, zu „viel“ über den Klienten/ die Klientin erzählt und damit die Schweigepflicht verletzt zu haben. Entscheidend für die resultierende „Schadenminimierung“ ist, wie der aus den jeweiligen Grenzüberschreitungen resultierende Konflikt gelöst wird. Kann eine konstruktive Auseinandersetzung erfolgen, erweisen sich solche Störungen nicht selten als wertvolle Erfahrung, die den Heilungsprozess sogar fördern können. Erfährt das Gegenüber durch die gemeinsame Klärung Akzeptanz und Wertschätzung (z. B. dadurch, dass der professionell Arbeitende Fehler eingestehen kann und nach einer Lösung sucht, die die gemeinsame vertrauensvolle Basis wieder herstellt und festigt), kann dies zu einer entscheidenden neuen und heilenden Erfahrung im Erleben des Gegenübers werden.

Ziel der Auseinandersetzung mit diesem Themenkomplex ist es daher, darüber zu reflektieren, wie auf drohende oder bereits entstandenen Konflikte adäquat reagiert werden kann.

Input: Ethische Konflikte und deren Lösung

Sich ethischen Aspekten zu nähern, beinhaltet die Auseinandersetzung mit typischen Konflikten, die beispielsweise entstehen:

- bei unterschiedlichen Interessenslagen oder Rollenkonflikten (Methoden, Überschneidung von Ebenen: beruflich, privat etc.)
- bei Missachtung von Regeln (z. B. Vereinbarungen)
- bei Störungen im Vertrauensbereich (vertrauliche Inhalte dringen nach außen)
- bei unrealistischen Erwartungen/ Versprechungen (z. B. bzgl. dessen, was der „Profi“ bzw. die Arbeit leisten kann)
- bei empfundenen Verletzungen/ Kränkungen etc. (des „Profis“, die das personenzentrierte Miteinander erschweren (z. B. empfundene Missachtung bei Unzuverlässigkeit)
- wenn die personenzentrierte Grundhaltung nicht erfüllbar ist (Ärger, aufkeimende Antipathie stört z. B. Empathie)
- wenn andere intensive Gefühle entstehen, die mit der professionellen Beziehung unvereinbar sind oder scheinen (z. B. Aggressions- oder Verliebtheitsgefühle)
- wenn Empfindungen auftreten, z. B. Schuldgefühle, Verpflichtungsempfindungen, die aus Parallelerfahrungen mit Personen im persönlichen Umfeld (Eltern, eigenen Kindern, Geschwistern etc.) resultieren
- wenn unreflektiert Werte, eigene Vorstellungen davon, was richtig oder falsch ist, wie mein Gegenüber sich entwickeln sollte (z. B. bezüglich der Lebensziele) in die Arbeit einfließen
- wenn ich von Regelverstößen anderer Kollegen/ innen (innerhalb- und außerhalb des eigenen beruflichen Umfelds) erfahre

Um welche weiteren Kategorien lässt sich diese Auflistung erweitern?

Bearbeitungsvorschlag

Folgende Fragen können eine vertiefende Diskussion einleiten:

- Welche Beispiele für drohende oder bereits entstandene Grenzverletzungen fallen ihnen zu einzelnen Konfliktfeldern (siehe Input) ein, die ihren Arbeitsbereich betreffen (könnten)?
- Welche Konflikte ergeben sich? Welche Grenzverletzungen, Störungen, Auswirkungen könnten bei einem ungeklärten Verlauf resultieren? Wie erlebt die betroffene Person den Konflikt? Welche Auswirkungen kann das auf die vertrauensvolle Beziehung und das weitere Arbeitsbündnis haben?
- Welche Überlegungen helfen Antworten darauf zu finden, wie solche Konflikte verhindert oder konstruktiv gelöst werden können? Welche Handlungen/Reaktionen und verbalen Interventionen (Was genau sage ich?) können hilfreich sein?
- Wie erleben sie sich selbst bei der angestrebten Konfliktlösung? (Wo entstehen „mulmige“ Gefühle? Welche Ängste zeigen sich bei welchen Vorgehensweisen?)

Baustein 7: Ethik und Arbeitsatmosphäre

am Beispiel von möglichen Grenzverletzungen in sozialen, medizinischen, psychiatrischen und pflegerischen Einrichtungen

Die folgenden Erläuterungen, incl. Fallbeispiel, können problemlos auch auf andere Arbeitsbereiche, z. B. Schule, Jugendarbeit oder Strafvollzug, übertragen werden.

Der Umgang miteinander ist dadurch geprägt, welche ethischen Werte vertreten werden und welchem „Menschenbild“ sie entsprechen. Die psychisch belastende Arbeit, z. B. in der Psychiatrie oder in Pflegeeinrichtungen, führt nicht selten zu „Schutzreaktionen“, die sich in einer zynischen oder zu versachlichten Umgangsweise manifestieren können. Im kollegialen Austausch über Patienten und Patientinnen ist die Wortwahl für Außenstehende oftmals irritierend oder auch abschreckend. Der in Krankenhäusern zu beobachtende, sarkastische und respektlose Umgang mit Erkrankungen und dem Tod ist beispielsweise eine Möglichkeit, die persönliche Betroffenheit zu reduzieren und weiterhin arbeitsfähig zu bleiben. Wichtig ist es jedoch, sich dieser Mechanismen bewusst zu sein und korrigierend gegenzusteuern, wenn dadurch ein Klima entsteht, das sich beeinträchtigend auf das Miteinander im kollegialen Umfeld und auf den Kontakt zu den betreuten Personen auswirkt.

Die Normalität bestimmter sich verfestigter Umgangsweisen untereinander kann zusätzlich den Blick verstellen für die Ernsthaftigkeit von Grenzverletzungen, die von PatientInnen ausgehen können. Mit dem Argument, dass es sich um Personen handelt, die sich ihres Verhaltens nicht bewusst sind bzw. die keine Kontrolle darüber haben, werden u. U. Verhaltensweisen toleriert, die von Pflegenden als sehr belastend erlebt werden. Insbesondere Frauen fühlen sich durch Übergriffe und Grenzverletzungen im sexuellen Bereich belästigt, erhalten jedoch häufig nicht die gewünschte Unterstützung, wenn sie das Problem im Kreis der Kollegen und Kolleginnen oder bei Vorgesetzten ansprechen. Es wird zumeist erwartet, dass eine Frau, die sich für diesen Tätigkeitsbereich entscheidet, emotional damit umgehen kann, wenn es zu Übergriffen kommt. Dass auch bei einem souveränen und kompetenten Auftreten

Verletzungen resultieren können, die einer verständnisvollen Thematisierung und Veränderung bedürfen, wird häufig nicht gesehen.

Der hohe Druck, unter dem Personen in diesen Arbeitsfeldern tätig sind, kann in Verbindung mit einem Führungsstil, der die psychischen und körperlichen Belastungen der Beschäftigten unberücksichtigt läßt, zu zusätzlichen ethisch nicht vertretbaren Störungen auf der Ebene der Führungsverantwortung und des kollegialen Miteinanders führen. Der Kostendruck und die dünne Personaldecke begünstigen, dass Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen oftmals kaum einen angemessenen Raum erhalten, ihre Arbeitsfähigkeit in diesem verantwortungsvollen Einsatzbereich zu erhalten und sich selbst zu stabilisieren. Treten Konflikte auf, die das Arbeitsklima beeinträchtigen, fehlt oftmals eine zeitnahe Möglichkeit für einen Austausch, der zu Lösungen führt, mit denen alle Beteiligten zufrieden sind.

Ziel dieses Bausteins ist es, für Störungen im Arbeitsklima zu sensibilisieren, die sich nicht nur negativ auf die Bewohner/innen von Einrichtungen etc. auswirken, sondern die auch die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten schmälern und sich zu schwerwiegenden Konflikten ausweiten können. Die Auseinandersetzung ermöglicht es, den Blick aus verschiedenen Perspektiven für Grenzverletzungen im Arbeitsklima zu sensibilisieren. Der folgende Baustein 8 befasst sich speziell mit Fragen zum Arbeitsklima auf der Ebene des kollegialen Miteinanders (einschließlich Führungsverhalten).

Input

Auf welchen Ebenen können Grenzverletzungen am Arbeitsplatz vorkommen?

ausgehend von Beschäftigten:

- Schubladendenken (in Diagnosen: „der Borderliner“)
- Herablassende, reduzierende (z. B. sexistische) Bemerkungen über PatientInnen, Betreute etc.
- Eindringen in die Intimsphäre (Entmündigung, fehlende Schutzräume)
- Würdeloser, respektloser Umgang (Zwei-Klassen-System, z. B. im Sprachverhalten: unangemessenes Duzen)
- Thematisieren/Ausleben sexueller Bedürfnisse und Phantasien
- Tabuisierung von Liebesverhältnissen (zu Abhängigen)

zwischen Beschäftigten:

- Ignorieren von Belastungsgrenzen (Arbeitsverteilung)
- Umgangston, der durch Respektlosigkeit, Degradierung, Schuldzuweisung, Verletzung der Gefühle, Ausgrenzung etc. gekennzeichnet ist
- Abwertung der fachlichen Kompetenz oder Ausrichtung
- Machtmissbrauch (durch Ausnutzung des hierarchischen Gefälles, der Position)
- Besondere Formen der Grenzverletzung (sexuelle Belästigung, Mobbing etc.)

ausgehend von Klienten/innen, Patienten/innen, Bewohnern/innen:

- Konfrontation mit einem reduzierten, sexistischen Frauen- oder Männerbild (Pin-Ups, Pornographie)
- Körperliche und verbale (sexuelle) Übergriffe
- Bedrohungen („Liebeswahn“)
- Verdacht der Übergriffe, Nötigung und Vergewaltigung (zwischen Patienten/innen)
- Scheinbare Provokation, „Anmache“, Äußerung sexueller Ambitionen

Welche Überschneidungen (ähnliche Grenzverletzungen) zeigen sich in den drei Bereichen?

Welche weiteren Grenzverletzungen bestimmen das Arbeitsklima?

Bearbeitungsvorschlag

Folgende Fragen können zur weiteren Bearbeitung eingesetzt werden:

- Welche Beispiele (die Sie nicht korrekt, angemessen oder klärungsbedürftig erleben würden) aus Ihrem Arbeitsbereich fallen Ihnen zu den unter „Input“ beschriebenen drei Perspektiven ein?
- Wo werden ethische Aspekte (siehe Baustein 1) berührt?
- Wie würden Sie mit der Situation umgehen? Besteht Klärungsbedarf?
- Wer ist zuständig und für den weiteren Verlauf verantwortlich? Welche ethische Verantwortung tragen Führungskräfte auf der Ebene der Personalpolitik?
- Was ist erlaubt (z. B. Lästern über KollegInnen/PatientInnen/MitschülerInnen)? Wann werden Grenzen überschritten?
- Was kann am Arbeitsplatz getan werden, um ein Klima der gegenseitigen Akzeptanz und des respektvollen Umgangs zu erhalten und zu fördern?
- Was kann getan werden, um die Belastungen für die Betroffenen zu reduzieren bzw. welche Möglichkeiten der Psychohygiene bestehen?

Die unter Fallkonstellationen 6 zu sexualisierten Grenzverletzungen im Arbeitsalltag von sozialen Einrichtungen und Kliniken zusammengestellten Fallbeispiele und Fragen können bei der Verdeutlichung helfen, welche konkreten „Übergriffe“ (z. B. auf der sexuellen Ebene) vorkommen können. Die Beispiele können ebenfalls zur Übertragung auf andere Arbeitsfelder genutzt werden.

Baustein 8: Arbeitsklimatische Umfeldanalyse

Die meisten professionell Tätigen in psychosozialen Arbeitsbereichen arbeiten innerhalb von Teams oder sind in Firmenstrukturen eingebunden, die eine Kooperation und aufeinander abgestimmte Arbeitsorganisation erfordern. Zunehmender Stress, ein erhöhter bürokratischer Aufwand bei einem sinkenden Finanzbudget bewirken, dass kaum noch ein ausreichender Raum vorhanden ist, um bei Störungen ein Klima gegenseitiger Wertschätzung und Akzeptanz aufrecht zu erhalten.

Im Arbeitsleben entstehen ebenso wie in allen anderen Bereichen des sozialen Zusammenlebens im Verlauf des Miteinander-Kommunizierens feste Strukturen und Gewohnheiten, die nicht mehr hinterfragt werden, aber zu Differenzen in der Wahrnehmung und Bewertung führen können. Während beispielsweise auf die Äußerungen mancher Personen eher ungeduldig oder sogar „genervt“ reagiert wird, wird auf die Meinung anderer „großen Wert gelegt“ und kaum noch überprüft, ob es dabei „gerecht zugeht“. Auch bei der Aufgabenverteilung, der Regelung der Arbeits- und Urlaubszeiten kann es zu Differenzen kommen, die zu belastenden Ungerechtigkeiten führen und die auch ethisch nicht vertretbar sind.

Ziel ist es, den eigenen Arbeitsbereich dahingehend zu überprüfen, ob das Arbeitsklima als „intakt“ angesehen werden kann und Ideen zu entwickeln, was insgesamt (präventiv oder bei akuten Störungen) getan werden sollte, um das Miteinander so zu gestalten, dass ethische Prinzipien weitgehend eingehalten werden können.

Bearbeitungsvorschlag und Input

In manchen Einrichtungen und Unternehmen existieren Leitlinien, Betriebsvereinbarungen, Hausordnungen, Firmenkodexe etc., in denen Regeln und Empfehlungen für ein konstruktives Miteinander festgelegt sind und Hinweise gegeben werden, wie auf Störungen reagiert bzw. welche Institutionen und Personen für die Konfliktlösung zuständig sind. Falls in den Arbeitsbereichen der Teilnehmenden solche Materialien vorhanden sind, bietet es sich an, sie auf Inhalte, auf Chancen und Grenzen zu überprüfen. Ansonsten lassen sich unter entsprechenden Schlagwörtern per Internet Dienst- und Betriebsvereinbarungen (zu Themen wie fairness, Kollegialität, sexuelle Belästigung, Mobbing, Diskriminierung etc.) auffinden, die sich auf den eigenen Arbeitsbereich und den kollegialen Umgang übertragen lassen.

Unabhängig davon lassen sich folgende Fragen diskutieren:

- Welche ethischen Prinzipien (siehe Baustein 1 und 2) können im Miteinander (insbesondere auf der kollegialen Ebene oder im Bereich der Mitarbeiterführung) verletzt werden?
- Welche verfestigten Vorstellungen, welche Vorurteile und resultierenden Bewertungsdifferenzen prägen den Umgang miteinander? Wie ist es zu bestimmten Ansichten gekommen?
- Wie wird übereinander und miteinander (einzelne Personen) geredet?
- Wie wird Unangenehmes, Tabuisiertes, z. B. Sexuelles thematisiert? (Abwehr/ Abwertung/ Reduktion z. B. in Witzen)
- Stehen manche Personen sozial im Abseits? Womit wird die Ausgrenzung/Abwertung begründet? Und bestätigt? Sind manche Personen glaubwürdiger als andere? Warum?
- Dienen einzelne Personen bevorzugt als „Lasterobjekte“, „Blitzableiter“, „Sündenböcke“? Was begründet diese Sichtweise? Was haben andere davon, dass es so ist?
- Geht es gerecht zu? Oder werden manche Personen bevorzugt behandelt, während andere sich benachteiligt fühlen?

- Wie sind die Arbeitsbelastungen verteilt (Art der Arbeit, Einteilung von Schichten, Urlaubsregelung, Teilnahme an Fortbildungen etc.)?
- Wer entscheidet, wie Wahrnehmungsunterschiede und geäußerte Meinungen bewertet werden? Wer wird bestätigt, wenn Bewertungsdifferenzen offensichtlich werden?
- Werden Unstimmigkeiten, empfundene Ungerechtigkeiten und Belastungen dort angesprochen, wo es sinnvoll ist? Wann ist Raum dafür?
- Wie werden Interessenskonflikte gelöst? Wie steht es mit der eigenen Konfliktbereitschaft und Zivilcourage?
- Wie kann gegen gesteuert werden, wenn der bisherige Umgang mit diesem Themenbereich nicht zufrieden stellend ist und das Arbeitsklima von Spannungen und durch Unzufriedenheit gekennzeichnet ist?
- Welche Verantwortung tragen die Führungskräfte?
- Welche gesetzlichen Regelungen existieren und lassen sich per Internet auffinden? Welche Hilfestellung können sie bieten und welche Grenzen sind erkennbar?

Baustein 9: Verwicklungen

Die Beziehungsgestaltung ist in sämtlichen zwischenmenschlichen Bereichen von den Lernerfahrungen der miteinander Kommunizierenden geprägt. Personen, die während ihrer Entwicklungsgeschichte gelernt haben, nur dann Zuwendung zu erhalten, wenn sie z. B. sexuelle Gegenleistungen erbringen oder die ihre persönlichen Ziele nur durch manipulierendes unterschwelliges Agieren oder offenes aggressives Verhalten erreichen konnten, haben diese Strategien (oft unbewusst) verinnerlicht. Im Kontakt mit anderen Personen fließen solche Verhaltensmuster weiterhin in die Beziehungsgestaltung ein. Situationen, bei denen es sich um solche „Wiederholungsinszenierungen“ handelt, mit denen der Profi „getestet“ wird, ob er „alte“ destruktive Erfahrungsmuster bestätigt oder Veränderungen ermöglicht, stellen hohe Anforderungen an die professionell Tätigen. Die Aufgabe der professionell arbeitenden Person ist es, solche Muster zu erkennen und korrigierende, d. h. heilende Erfahrungen zu ermöglichen.

Hat beispielsweise eine Person das Gefühl verinnerlicht, nicht liebenswert zu sein und immer wieder „fallengelassen“ zu werden, wenn sie sich auf Nähe einläßt, verhält sie sich u. U. so (durch Verstöße gegen Verabredungen), dass sie Gefühle des „Ärgers“ bei ihrem Gegenüber provoziert. Wenn daraus resultierend vom „Profi“ der Vorwurf erhoben wird, dass das Gegenüber nicht bereits sei, die Verantwortung für die angestrebte Arbeit zu übernehmen, es besser sei, den Kontakt abzubrechen, um den „Platz“ für eine Person frei zu machen, die das Angebot besser nutzen kann, erhält das Gegenüber eine Bestätigung des Empfindens, wertlos zu sein. Kann das unzuverlässige Verhalten jedoch als „Aufhänger“ genutzt werden, um die dahinter verborgenen Motive zu erkunden oder für die Auswirkungen zu sensibilisieren, fühlt das Gegenüber sich ernst genommen. Die Person kann erkennen, wie es auch in ihren übrigen sozialen Kontakten zwangsläufig immer wieder zu Enttäuschungen kommen wird und kann in gemeinsamer Verantwortung für den weiteren Verlauf an Lösungen arbeiten (die auch das Einhalten der Regeln beinhalten).

In Berufsfeldern (z. B. in der Schule, Drogen- und Suchtberatung, im Strafvollzug etc.) in denen

eine erkundende Arbeit (mit der die hinter dem Verhalten liegenden Lernerfahrungen sichtbar werden) nicht angemessen ist, genügt es oftmals, sich deutlich abzugrenzen (ohne dabei abzuwerten) und dadurch den destruktiven Kreislauf, in dem sich negative Erfahrungen wiederholen, zu durchbrechen.

Während die professionell arbeitende Person die Verantwortung dafür trägt, im Rahmen ihrer Arbeit darauf zu achten, dass sich destruktive Muster (aus der Lerngeschichte) in der Arbeitsbeziehung nicht fortsetzen können, trägt das Gegenüber die Verantwortung, die dadurch aufgezeigte Chance für eine Veränderung zu nutzen.

Ziel der Auseinandersetzung ist es, die Beziehungsgestaltung innerhalb der professionellen Beziehung dahingehend zu hinterfragen, ob solche Wiederholungsmuster, mit denen die Problematik und Symptomatik des Gegenübers verfestigt wird, das gemeinsame Agieren bestimmen. Die Aufmerksamkeit sollte nicht nur auf Lernerfahrungen gerichtet sein, die das Gegenüber verinnerlicht hat, sondern auch auf eigene Denk- und Erfahrungsmuster, die den Verlauf unbewusst beeinflussen.

Bearbeitungsvorschlag

Das Input-Beispiel kann als „Anregung“ genutzt werden, um eine Reflexion zu folgenden Fragen einzuleiten:

- In welchen Situationen, bei welchen Verhaltensweisen, Wünschen, Anliegen etc. (verbal und nonverbal) des Gegenübers zeigen sich verinnerlichte Muster, die eine Wiederholungsgefahr in sich bergen (z. B. sexualisierter Kontakt, eindeutige Angebote, Manipulationsversuche, Provokation von bestimmten Gefühlen und Reaktionen, Ausweitungsversuch des Kontaktes über das professionelle Setting hinaus)?
- In welchen Situationen, bei welchen Reaktionen bin ich als Profi „verführbar“, d. h. gefährdet, mich auf das Muster des Gegenübers einzulassen und ihm zu folgen?

- Welche Folgen hätte es auf das psychische Erleben des Gegenübers, wenn der Profi dem Muster folgt?

Auch in der Arbeit mit Gruppen, z. B. während der Weiterbildung oder in Arbeitsteams, können sich Dynamiken entwickeln, die „außer Kontrolle“ geraten, heftige Emotionen auslösen und im weiteren Verlauf mit „unguten“ Gefühlen einhergehen. Menschen, die in einem Klima aufgewachsen sind, innerhalb dessen extreme Erfahrungen zu Spaltungen (z. B. in gute und böse Bezugspersonen) geführt haben oder die Beziehung nicht im gleichberechtigten Kontakt, sondern als Unterwerfung oder Machtmissbrauch kennen gelernt haben, gelingt es oftmals leicht, diese Dynamik in Gruppen hinein zu tragen. Es entstehen plötzlich Fronten, einseitige, unreflektierte Sichtweisen nehmen zu. Werte, wie gegenseitiges Verstehen und Respektieren rücken in den Hintergrund und statt dessen wird mit wechselseitigen Abwertungen gegeneinander gearbeitet.

- Welche Beispiele fallen ihnen hierzu aus ihrem professionellen Arbeitsleben ein?
- Wie kann eine Eskalation verhindert werden?

Input

Fallbeispiel: „Abbruch“

Die verinnerlichte Überzeugung, z. B. nur über eine Anpassung an die Vorstellungen anderer geliebt zu werden, kann bewirken, dass ein Klient sich genau so verhält und entwickelt, wie er es aus den Äußerungen der Beraterin heraus hört. Er schmeichelt ihr damit, wie hilfreich ihre Ausführungen für ihn sind und ermutigt sie dadurch (unbewusst), ihre übliche zurückhaltende Art aufzugeben und konkretere Ratschläge zu erteilen. Die Therapeutin freut sich über den raschen Erfolg bei der Umsetzung. Um so überraschter ist sie, als der Klient plötzlich die weiteren vereinbarten Stunden nicht mehr wahrnehmen möchte, obwohl er sich in einer schwerwiegenden aktuellen Krise befindet. Im Verlauf des Klärungsprozesses wird deutlich, dass er glaubt, die Erwartungen der Therapeutin nicht erfüllen zu können und daher eine weitere Beratung nicht wert zu sein. Er fühlt sich als Versager. Durch die konstruktive Klärung kann er erkennen, dass er nie gelernt hat, sich selbst zu fragen, was er möchte, sondern in seiner Wahrnehmung immer darauf ausgerichtet ist, herauszufiltern, was von ihm erwartet wird, um sich dementsprechend verhalten zu können. In den bisherigen Behandlungs-/Beratungsstunden hat er nicht gelernt (obwohl die Beraterin dies glaubte) selbst Lösungen für seine Konflikte zu finden. Durch das noch rechtzeitige Erkennen und Erkunden dieses Musters konnte die Beratung doch noch zu einer wichtigen korrigierenden Lernerfahrung werden. Die Therapeutin selbst konnte innerhalb ihres Supervisionsprozesses spüren, dass sie die Problematik zunächst nicht erkannt hat, weil sie sich durch das bestätigende Verhalten des Klienten geschmeichelt und aufgewertet gefühlt hat. Er konnte mit seinem Verhalten erfolgreich sein, weil auch sie ihm durch Anpassung „gefallen“ wollte, d. h. sie selbst ebenfalls sein Muster des „Recht-Machen-Wollens“, wenn auch in abgeschwächter Form, verinnerlicht hat.

Baustein 10: Berufsspezifische ethische Fragestellungen

In jedem Arbeitsbereich existieren individuelle Besonderheiten im Kontakt, aus denen unterschiedliche ethische Konflikte entstehen können.

Ziel dieser Bearbeitungseinheit ist es, sich für die besonderen Gegebenheiten und Grenzerfahrungen, die durch ein spezifisches berufliches Umfeld bestimmt werden, zu sensibilisieren.

Input

Welche ethischen Gedanken/Leitlinien/Prinzipien bestimmen das Gespräch, bzw. Handeln, z. B.

- wenn ein unheilbar Kranker Sie um Sterbehilfe bittet
- wenn Sie in der Altenpflege Beruhigungsmittel einsetzen sollen, um den Pflegeaufwand zu minimieren, weil ausreichende Personalkapazitäten fehlen
- wenn Sie zunehmend mit Aggressionen (an Schulen, in der Erziehungsberatung) konfrontiert werden
- wenn auf der Arbeitsebene Maßnahmen und Veränderungen gewünscht sind, mit denen Sie nicht einverstanden sind, weil ihre Werthaltung dadurch verletzt wird.
- Wenn ein Mann ihnen davon erzählt, dass er sich ab und zu eine Prostituierte vom Drogenstrich „leistet“
- wenn Sie für die Reintegration eines ehemaligen Sexualstraftäters zuständig sind
- wenn Sie in der Therapie/ Beratung etc. die Selbstmordgefährdung Ihres Gegenübers (eventuell einer allein erziehenden Mutter) nicht ausschließen können, aber ein stationärer Aufenthalt nur mittels einer Zwangseinweisung möglich ist.
- wenn Sie von einer Frau, die in ihrer Ehe schwer misshandelt wird, gebeten werden, keinerlei Schritte zu unternehmen, da ihr Partner ihr angedroht hat, sie umzubringen, wenn sie sich trennt.
- wenn ein Mann davon überzeugt ist, dass seine Frau die Schläge verdient hat, da sie ihn bis zum Kontrollverlust mit Angriffen auf seine Männlichkeit provoziert.

- wenn Sie davon erfahren, dass eine von ihnen betreute Person mit Drogen dealt, aber selbst gefährdet ist, wenn sie sich den Zulieferern widersetzen würde.
- wenn andere kriminelle Absichten geäußert werden, die das Strafrecht betreffen (u. a. Körperverletzung bis hin zur Mordabsicht).
- wenn Sie vom Missbrauch eines von Ihnen betreuten Kindes innerhalb seiner Familie überzeugt sind, Ihnen aber die Risiken (für das Kind) bei einer Offenlegung sehr hoch erscheinen.

Welche Auswirkungen ergaben sich?

Bearbeitungsvorschlag

Folgende Fragen können unter Berücksichtigung der im **Input** genannten Spezifika in die vertiefende Diskussion einleiten:

Wenn Sie an Ihr eigenes oder zukünftiges Arbeitsumfeld denken: Welche Situationen oder Konstellationen fallen Ihnen ein, die Verunsicherungen schaffen und ethische Aspekte beinhalten?

- bezogen auf die beruflichen Rahmenbedingungen (beispielsweise ausgelöst durch zeitliche Engpässe, hohen Bürokratisierungsaufwand, fehlende finanzielle Mittel)
- bezogen auf das Klientel (beispielsweise in der Arbeit mit Kindern, mit Jugendlichen, mit Personen des anderen Geschlechts oder anderer ethnischer Herkunft, mit Senioren/innen, mit schwer Erkrankten, mit Personen in besonderen Lebensumständen oder Problemlagen (Inhaftierte, Drogenabhängige, Suchtgefährdete/ Abhängige, Prostituierte etc.)
- bezogen auf das kollegiale und fachliche Miteinander (beispielsweise bei unterschiedlichen Vorstellungen und Ansprüchen an die Arbeit, bei denen pflegende, therapeutische und betreuende Maßnahmen koordiniert werden müssen)

- Welche Konflikte ergeben sich möglicherweise? Wie können Sie vorgehen, um zu einem zufrieden stellenden Ergebnis zu gelangen?
- Welche ethischen Prinzipien können Ihnen als Leitlinien für Ihr weiteres Handeln helfen?
- Welche Möglichkeiten bestehen, sich im weiteren Vorgehen kompetent beraten und unterstützen zu lassen (z. B. durch Kooperationspartner/innen, Fachpersonal, Vorgesetzte, betriebliche Ansprechpersonen etc.)?

Zur weiteren Konkretisierung bieten sich die Fallkonstellationen an.

Baustein 11: Die „Befindlichkeit“ des Professionellen

Im Laufe der Berufstätigkeit kann jede Person, die im psychosozialen Kontext tätig ist, in Situationen kommen, die auf den Kontakt innerhalb der Arbeitsbeziehungen einen bedeutsamen Einfluss haben können. Insbesondere Krisen erweisen sich oftmals als „Schwellensituationen“, die wertvolle Erfahrungen beinhalten, nicht nur in Bezug auf die weitere eigene Lebensgestaltung, sondern es ergeben sich auch Ausstrahlungseffekte im beruflichen Umfeld.

Ziel dieses Bausteins ist es, für besondere Lebenssituationen zu sensibilisieren, in denen die eigene Betroffenheit es erschwert, die professionellen Prinzipien einzuhalten und sich ungewollt Störungen ergeben, die eines aufmerksamen Umgangs bedürfen.

Bearbeitungsvorschlag

Die folgenden Beispiele stellen solche Situationen dar, deren Handhabung und Bewältigung sind bereichernd oder blockierend auf die berufliche Arbeit auswirken können. Sie sollen dazu anregen, sich an eigene erlebte Situationen zu erinnern, in denen es zu inneren Spannungen oder Konflikten gekommen ist.

Weiterführende Fragen sind bereits angefügt oder sollten selbst entwickelt werden.

Input

- Sie befinden sich in einer Trennungssituation/ Trauerphase oder sind schwer erkrankt etc., und dadurch emotional stark belastet. Es müssen etliche Termine verschoben werden, auch kurzfristig, so dass Erklärungen notwendig werden.

Welche Überlegungen/Gefühle stellen sich ein und sind entscheidend? Wie verhalten Sie sich? Thematisieren Sie Ihre persönliche Situation? Wie sprechen Sie darüber? Wie viel Raum geben Sie diesem Thema? Fällt es Ihnen eher leicht oder schwer, Personen in ähnlichen Situationen zu beraten?

- Sie befinden sich in einem sehr belastenden und aufreibenden Konflikt mit Ihrem Partner/ ihrer Partnerin (z. B. er/sie ist „fremdgegangen“ oder es existiert eine Differenz bezüglich des Kinderwunsches). In der Therapie/ Beratung/ Ausbildung werden Sie mit einer Person konfrontiert, die sich ähnlich verhält und argumentiert, wie Ihr/e Konfliktpartner/in. Er/sie hat sich bisher immer gut von ihnen verstanden gefühlt.

Welche anderen Situationen fallen Ihnen in diesem Kontext ein?

Welche Störungen können sich ergeben? Wie lassen sie sich vermeiden oder lösen?

- In Ihrer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen werden Sie häufig an Ihre familiären Auseinandersetzungen mit den eigenen Kindern erinnert. Manchmal fühlen Sie sich ohnmächtig, manchmal möchten Sie aggressiv durchgreifen oder Sie erleben sich bei dem Gedanken, es hier besser machen zu wollen als zu Hause.

Welche anderen Empfindungen und resultierenden Handlungsziele können entstehen?

Was ist für den weiteren Erfolg der Arbeit entscheidend?

- Innerhalb der Arbeit fällt Ihnen verstärkt auf, dass Sie ganz andere Ansichten vertreten als Ihr Gegenüber und Ihre Ziele nicht miteinander vereinbar sind.

Welche Wertvorstellungen, Verhaltensweisen, Lebensformen, Lebensziele, Verhaltensweisen könnten das sein, sind für Sie schwer nachvollziehbar oder bereiten Ihnen Unbehagen? Welchen Einfluss kann dies auf die Arbeit haben?

Baustein 12: Umgang mit Konflikten

Im Beziehungskontext tätige Personen sind einer Vielfalt von Situationen ausgesetzt, in denen der gelernte Umgang mit Störungen den weiteren Verlauf entscheidend prägt. Treten in der Arbeit ethische Konflikte auf, spielen eigene Lernerfahrungen eine wichtige Rolle dabei, welche Verhaltensalternative eine Person (oftmals unbewusst) wählt, um zu reagieren. Das gelernte Verhalten verstellt hierbei oft den Blick auf Verhaltensalternativen oder lässt die Handlungsrisiken entweder sehr hoch oder eher unbedeutend erscheinen.

Während manche Personen sich „freudig“ und „lustvoll“ in jede Auseinandersetzung stürzen (die zu diesem Zweck nicht selten „produziert“ wird) leiden andere unter jeder Disharmonie. Jede Form, auf Konflikte zu reagieren, birgt Vor- und Nachteile in sich.

Ziel dieser Reflexionsmöglichkeit ist es, sich dieser Chancen und Begrenzungen bewusst zu werden, um die vorhandenen Begabungen und Lernerfahrungen besser nutzen zu können und dort das Verhaltensrepertoire zu erweitern, wo sich (z.B. durch übersteigerte Ängste) zu starke Einschränkungen ergeben.

Bearbeitungsvorschlag

Neben der Bearbeitung geeigneter Fallbeispiele (siehe Teil 3) ermöglichen folgende Fragen, die jedes Gruppenmitglied zunächst für sich beantworten sollte, eine Selbstreflexion:

- Wie reagiere ich normalerweise auf Konflikte in meinem beruflichen Umfeld? Gibt es typische Muster?
- Bin ich mit meinem üblichen Verhalten zufrieden oder wünsche ich mir, anders argumentieren und handeln zu können? Falls ich unzufrieden bin: Welche unterschiedlichen, vielleicht auch widersprüchlichen Ansprüche/Motive/Kräfte wirken in mir selbst? Was steht einer Veränderung im Weg (Befürchtungen, Ängste, andere Gefühle)? Sind die Befürchtungen berechtigt?
- Welche Lernerfahrungen aus der eigenen Entwicklungsgeschichte prägen meinen Umgang

mit Konflikten (in positiver und negativer Weise)?

- Wie wirkt sich mein Verhalten üblicherweise (wenn ich an einen typischen aktuellen Konflikt denke) auf den weiteren Verlauf aus? Wie empfinde ich und mein Gegenüber die Situation, den weiteren Umgang mit dem Konflikt?
- Mit welchen Reaktionen, die in einem Konflikt erfolgen können, kann ich gut umgehen? Welche Reaktionen verunsichern/blockieren mich?
- Welchen Einfluss hat die Position, in der ich mich befinde auf mein Verhalten, auf Veränderungschancen und den weiteren Verlauf (agiere ich aus der kollegialen, vorgesetzten oder beratenden/therapeutischen Rolle heraus?)
- Welchen Einfluss haben mein Gegenüber/ das Team/ die Gruppe etc. auf meine empfundenen Handlungsspielräume?

Die im folgenden Input 1 skizzierten Verhaltensweisen im Umgang mit Konflikten können den Themenkomplex in der gemeinsamen Diskussion nach der Selbstreflexionsphase vertiefen helfen und dazu ermutigen, sich mit anderen Gruppenmitgliedern über die eigenen Verhaltensmuster und deren Ursprünge auszutauschen.

Die vorgestellten Konflikttypen (Input 2) repräsentieren polare Verhaltensweisen, die dazu anregen sollen, ein eigenes Konfliktprofil zu entwerfen. Anschließend kann für den eigenen Einsatz- und Arbeitsbereich überlegt werden, welche Konflikttypen auf der kollegialen Ebene oder im Führungsstil aufeinander treffen und wie sich dies in der Konfliktodynamik auswirkt. Die jeweilige „Mischung“ entscheidet oftmals darüber, ob eine ausgewogene Lösung möglich ist oder Extreme bevorzugt werden.

Input 1: Verhaltensweisen im Konflikt

Je nach Lernerfahrungen überwiegen im Erleben/Verhalten bestimmte Reaktionsweisen, mit denen auf Konflikte reagiert wird. Es hängt vom jeweiligen Konflikt, den beteiligten Personen und ihrer Beziehung zueinander (Machtgefälle) ab, welches Erleben sich in welcher Art und Weise auswirkt. Jede Form kann angemessen sein oder im Gegenteil, mit beeinflussen, dass ein Konflikt sich ungünstig entwickelt.

Welche Reaktionen sind möglich:

- Vermeiden (z. B. nicht ansprechen)
- Sich zurücknehmen (z. B. nachgeben, zustimmen)
- Die eigene Position verteidigen (z. B. standfest bleiben, beharren, überreden)
- Verantwortung ablehnen (z. B. sich nicht zuständig fühlen/Problemlösung abgeben, delegieren)
- Verhandeln (z. B. Kompromiss, zufrieden stellende Lösung für alle Beteiligten finden)
- Gemeinsame Lösungssuche (z. B. gleichberechtigte Teilhabe herstellen)

Exemplarische Fragen:

- Fallen Ihnen weitere Verhaltensalternativen ein?
- Welche konkreten Situationen fallen Ihnen zu den Reaktionsweisen ein?
- Welche Vor- und Nachteile resultieren in welcher Situation aus dem jeweiligen Verhalten?

Input 2: Was bin ich für ein Konflikttyp?

Welche der folgenden Umgangsweisen im Konflikt sind mir vertraut? Welche anderen, nicht genannten Erlebens- und Verhaltensweisen kennzeichnen mein persönliches Konflikterleben? (Kreieren Sie ihren eigenen Typ)

Welche Typen symbolisierenden den inneren Konflikt, der sich vor dem Agieren in mir selbst abspielt? Welcher „Typus“ setzt sich auf der Handlungsebene durch?

Wann bin ich zufrieden mit meinem Verhalten?

Woran sollte ich arbeiten?

Mit welchem Typus kann ich gut zusammen arbeiten? Mit welchem fällt es schwer? Warum? Lassen sich Lösungen finden?

Vier exemplarische Konflikttypen

1. Die Einzelkämpfernatur

Aussagen:

- Ich passe mich nicht gerne an
- Was andere denken, ist mir egal
- Ich empfinde Ärger, wenn andere nicht so wollen wie ich
- Ich fühle mich da wohl, wo ich meine Ziele ungestört verwirklichen kann

Stärke: Unabhängigkeit, eigenverantwortliches Arbeiten, Geradlinigkeit

Schwäche: Problem, sich im Team einzugliedern, wenig kompromissfähig

Verhalten auf Leitungsebene/im Konflikt:

- neigt dazu, Entscheidungen ohne Transparenz zu fällen,
- fühlt keine Zuständigkeit bei Störungen in der Arbeitsatmosphäre,
- erkennt bei Störungen eigenen Anteil nicht,
- sieht sich als Macher/in, der/die andere als Zuarbeiter/innen betrachtet.

2. Der/die Sanftmütige

Aussagen:

- Ich kann mich nicht gut wehren
- Ich hasse Gewalt und Rohheit
- Wenn es laut/konfliktbelastet wird, möchte ich am liebsten gehen
- Ich fühle mich dort wohl, wo Harmonie herrscht

Stärke: friedliebend, nicht aggressiv, fördert Versöhnung/Einigung

Schwäche: Hält sich bei Konflikten im Hintergrund, hält Spannungen schlecht aus

Verhalten auf Leitungsebene/im Konflikt:

- Neigt zur Harmonisierung,
- hofft zu lange, dass der Konflikt sich von selbst löst,
- zieht sich bei harten Konfrontationen mit aggressiver Vorgehensweise zurück
- empfindet Streit als Stress/ Gefahr
- fühlt sich hilflos/ unterlegen, wenn aggressive Gegner auftreten

Schwäche: oft verletzend im Kontakt, wenig Einfühlungsvermögen in andere

Verhalten auf Leitungsebene/im Konflikt:

- Kritik und unsensibles Vorgehen erzeugen Frustration und Angst,
- kann Reaktionen nicht nachvollziehen,
- teilt gut aus, ohne selbst einstecken zu können, fühlt sich oft angegriffen

3. Der/die Selbstlose

Aussagen:

- Ich kann schlecht „nein“ sagen
- Immer bleibt die Arbeit an mir hängen
- Ich möchte, dass alle mich mögen
- Ich fühle mich da wohl, wo ich anerkannt werde

Stärke: Hohe Verantwortung für die gemeinsame Sache, verlässlich, hohes Engagement

Schwäche: lässt sich leicht ausnutzen, kann eigene Belastungsgrenzen nicht wahren, stellt sich selbst zu stark zurück

Verhalten auf Leitungsebene/im Konflikt:

- Will es allen recht machen,
- ist häufig überfordert,
- lädt sich zu viele Verpflichtungen auf, die dann zur Selbstverständlichkeit werden,
- meidet Entscheidungen und klare Stellungnahmen

4. Der/die Impulsive

Aussagen:

- Diplomatie liegt mir nicht
- ich sage, was ich denke
- andere müssen auch Kritik vertragen
- fühle mich da wohl, wo Auseinandersetzung, „Reibung“ möglich ist

Stärke: Kompromisslosigkeit, scheut keine harten Auseinandersetzungen

Baustein 13: Ethik und Wertewandel

Ethik, Moral, Anstand, humanitäres Denken, Mitgefühl, Respekt, Menschenwürde etc. sind Begriffe, die oftmals synonym verwandt werden und als nicht mehr zeitgemäße Wertmaßstäbe abgewertet werden. In den meisten beruflichen Einsatzbereichen zeigt sich ein Wertewandel. Ellbogenmentalität, Durchsetzungskraft, egozentrierte Zielorientierung und aggressive Strategien erscheinen mehr den je gefragt, um „überleben“ zu können und um eigene Projekte, KonkurrentInnen zum Trotz, „auf dem Markt platziert zu können“.

Auf sämtlichen Gesellschaftsebenen, sei es im Bereich der „Gut-Behüteten“ oder der so genannten „Verlierer“ entstehen „Überlebenssysteme“, bei denen ethische Werte kaum noch von Relevanz sind.

Zielsetzung dieses Bausteines ist es, im eigenen Lebens- und Arbeitsumfeld zu überprüfen, wo sich innere und äußere Konflikte ergeben, die sich auf die eigene Positionierung im Außenbereich auswirken. Werden Wertvorstellungen auf verschiedenen Ebenen inkongruent erlebt und welche Auswirkungen zeigen sich? Welche Fähigkeiten sind gefragt, um weiterhin zufrieden stellend agieren zu können?

Bearbeitungsvorschlag

Zahlreiche professionell im psychosozialen Kontext Arbeitende sehen sich zunehmend dem Konflikt ausgesetzt, dass ihre eigenen Werte (beispielsweise durch die personzentrierte Grundhaltung geprägt), die das kommunikative Miteinander bestimmen, scheinbar nicht mehr zeitgemäß erscheinen. Engagement, Zivilcourage und der Mut, gegen den Strom zu schwimmen, sind jedoch notwendige Voraussetzungen, um weiterhin die Kraft zu haben, unbequeme Positionen verteidigen zu können. Trotzdem erscheint es manchmal leichter, sich zurück zu ziehen und zu schweigen, als eigene Standpunkte gegen Widerstände zu verteidigen und damit den schwierigeren Weg zu beschreiten. Die Gewissheit, dass die eigene berufliche Position oder Anerkennung darunter leiden würden, wenn unbequeme Ansichten vertreten werden, ist ein wichtiges Argument, das im

Entscheidungskonflikt häufig zur Passivität führt. Um den inneren Konflikt auflösen zu können, werden Überzeugungen aufgebaut, mit denen das vermeintlich richtige Verhalten bestätigt werden kann. Wenn beispielsweise Nachbarn auf „gehörte“ Misshandlungen von Kindern nicht reagieren, werden Schutzbehauptungen herangezogen, die das Verhalten rechtfertigen. Während die eine Nachbarin meint, lediglich „normale Spielgeräusche“ gehört zu haben, ist ein anderer Nachbar der Ansicht, „dass ein Klaps auf den Po noch nie geschadet hat“. Auch im professionellen Umgang mit Grenzverletzungen werden solche Rechtfertigungsstrukturen aufgebaut, um sich vor Selbstvorwürfen und Angriffen zu schützen.

Als weiter führende Fragen in diesem Kontext bieten sich folgende an:

- Welche Differenzen erlebe ich zwischen meinen eigenen Ansprüchen, wie miteinander umgegangen werden sollte und dem, was ich in meinem Arbeitsumfeld erlebe?
- Kann ich mit dieser Differenz leben? Ja oder Nein? Welche Argumente/Begründungen stützen mein Verhalten bzw. meine Zurückhaltung? Welche Ängste/ Abwehrformen, z. B. Schutzbehauptungen werden hierbei sichtbar?
- Falls ich reagieren möchte: welche Handlungsspielräume kann ich nutzen? Wie kann ich mich verhalten? Wie ist die Kräfteverteilung?
- Wie sieht ein zufrieden stellendes Resultat aus? Wie lässt es sich erreichen?

Input

Welche Diskrepanzen zwischen eigenen Wertmaßstäben und dem entgegen gebrachten Denken und Verhalten entsprechen dem „Zeitgeist“:

Zunahme und Rechtfertigung

- von Aggressivität
- von Respektlosigkeit (drastischen Beleidigungen)
- der Ausgrenzung von NormabweichlerInnen
- von unfairen Strategien zur Zielerreichung (Mobbing, Gewalt)
- der Abwertung von Personen (Gruppen), die als statusniedriger eingestuft werden
- von einer Gewinnoptimierung, beruflicher Aufstiegschancen, der Arbeitsplatzsicherung auf Kosten anderer Werte

Welche Beispiele fallen Ihnen hierzu ein? Welche weiteren Werteverstärkungen und resultierenden Konflikte erleben Sie in ihrem Tätigkeitsbereich? Wie kann darauf reagiert werden? Womit begründen Sie Ihr eigenes Verhalten/ Reagieren?

Baustein 14: Rechtliche Grundlagen

Abhängig von der Art des Verstoßes und dem beruflichen Kontext, in dem eine Rechtsverletzung stattfindet, gelten unterschiedliche Gesetzesgrundlagen für eine weitere Regelung. Bei der Wahl des Vorgehens muss berücksichtigt werden, welches Resultat erzielt werden soll, ob beispielsweise eine finanzielle Entschädigung angestrebt, ein Berufsverbot erteilt oder eine Verurteilung erreicht werden soll. Der Gesetzesdschungel ist für Laien undurchschaubar und es bedarf zumeist einer individuellen Beratung, da es erst die Prüfung des Gesamtkontextes ermöglicht, das aussichtsreichste Verfahren zu wählen.

Es würde daher den Rahmen sprengen, hier sämtlich rechtlichen Möglichkeiten in angemessener Ausführlichkeit zu beschreiben, aber eine Kenntnis der übergreifenden juristischen Regelungen ist notwendig, um Handlungsmöglichkeiten und Zuständigkeiten außerhalb der individuellen Auseinandersetzung wahrnehmen zu können.

Ziel der Auseinandersetzung ist es daher, sich ein Bild davon zu machen, welche Rechte ich aus der Perspektive als „KundIn“ habe, um mich bei einem Missbrauch und anderen Grenzverletzungen zu wehren.

Bearbeitungsvorschlag

Anhand von Beispielen aus der Perspektive des Kunden/der Kundin (eine breite Auswahl bietet die Fallsammlung) kann überlegt werden, ob und welche Institutionen bei einem offiziellen Verfahren zuständig sind.

Welche Möglichkeiten der Klärung habe ich (wenn meine Versuche, den Konflikt mit der verursachenden Person selbst zu bearbeiten, erfolglos waren) z. B.

- wenn ich mich beschweren möchte?
- wenn ich möchte, dass der Profi offiziell auf sein Fehlverhalten hingewiesen wird?
- wenn ich ein Schuldeingeständnis, eine Entschuldigung erwarte?
- wenn ich möchte, dass eine Bestrafung erfolgt (bis hin zum Berufsverbot)?

- wenn ich entschädigt werden möchte (durch Rückerstattung von Honoraren, durch einen Schadensausgleich etc.)?

Welche verbandsinternen Möglichkeiten bestehen, z. B. auf Grund der geltenden Ethikrichtlinien (siehe Anhang)? Welche Chancen, aber auch Grenzen sind erkennbar?

Die im Teil IV vorgenommene kurze Einführung in die Rechtsprechung kann als Basis herangezogen werden, um mittels einer Recherche (z. B. über das Internet) detailliertere Informationen über rechtliche Regelungen zu erhalten (z. B. solche, die für den spezifischen Berufsbereich gelten).

Weiterführenden Fragen könnten sein:

- Wie schätze ich die Risiken, Chancen des jeweiligen Vorgehens ein?
- Wovon hängt es ab, ob ich erfolgreich und zufrieden mit dem Ausgang sein kann?

Um exemplarisch zu diskutieren, welchen Schutz das Strafrecht bei sexuellen Grenzverletzungen bietet, sind im Folgenden die entsprechenden zentralen Paragraphen aufgeführt. An Hand von Fallbeispielen und unter Einbeziehung der o.g. Fragen kann geprüft werden, in wie weit das Strafrecht die Erwartungen einer geschädigten Person zu erfüllen vermag oder welche anderen rechtlichen Möglichkeiten genutzt werden können, um erfolgreich zu sein.

Input

Die zentralen Regelungen des Sexualstrafrechtes (lt. Strafgesetzbuch)

Dreizehnter Abschnitt: Auswahl der Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung

§ 174 Sexueller Missbrauch von Schutzbefohlenen

(1) Wer sexuelle Handlungen

1. an einer Person unter sechzehn Jahren, die ihm zur Erziehung, zur Ausbildung oder zur Betreuung in der Lebensführung anvertraut ist,
2. an einer Person unter achtzehn Jahren, die ihm zur Erziehung, zur Ausbildung oder zur Betreuung in der Lebensführung anvertraut oder im Rahmen eines Dienst- oder Arbeitsverhältnisses untergeordnet ist, unter Missbrauch einer mit dem Erziehungs-, Ausbildungs-, Betreuungs-, Dienst- oder Arbeitsverhältnis verbundenen Abhängigkeit oder
3. an seinem noch nicht achtzehn Jahre alten leiblichen oder angenommenen Kind

vornimmt oder an sich von dem Schutzbefohlenen vornehmen lässt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Wer unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 Nr. 1 bis 3

1. sexuelle Handlungen vor dem Schutzbefohlenen vornimmt oder
2. den Schutzbefohlenen dazu bestimmt, dass er sexuelle Handlungen vor ihm vornimmt,

um sich oder den Schutzbefohlenen hierdurch sexuell zu erregen, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(3) Der Versuch ist strafbar.

(4) In den Fällen des Absatzes 1 Nr. 1 oder des Absatzes 2 in Verbindung mit Absatz 1 Nr. 1 kann das Gericht von einer Bestrafung nach dieser Vorschrift absehen, wenn bei Berücksichtigung des Verhaltens des Schutzbefohlenen das Unrecht der Tat gering ist.

§ 174a Sexueller Missbrauch von Gefangenen, behördlich Verwahrten oder Kranken und Hilfsbedürftigen in Einrichtungen

(1) Wer sexuelle Handlungen an einer gefangenen oder auf behördliche Anordnung verwahrten Person, die ihm zur Erziehung, Ausbildung, Beaufsichtigung oder Betreuung anvertraut ist, unter Missbrauch seiner Stellung vornimmt oder an sich von der gefangenen oder verwahrten Person vor-

nehmen lässt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer eine Person, die in einer Einrichtung für kranke oder hilfsbedürftige Menschen stationär aufgenommen und ihm zur Beaufsichtigung oder Betreuung anvertraut ist, dadurch missbraucht, dass er unter Ausnutzung der Krankheit oder Hilfsbedürftigkeit dieser Person sexuelle Handlungen an ihr vornimmt, oder an sich von ihr vornehmen lässt.

(3) Der Versuch ist strafbar.

§ 174b Sexueller Missbrauch unter Ausnutzung einer Amtsstellung

(1) Wer als Amtsträger, der zur Mitwirkung an einem Strafverfahren oder an einem Verfahren zur Anordnung einer freiheitsentziehenden Maßregel der Besserung und Sicherung oder einer behördlichen Verwahrung berufen ist, unter Missbrauch der durch das Verfahren begründeten Abhängigkeit sexuelle Handlungen an demjenigen, gegen den sich das Verfahren richtet, vornimmt oder an sich von dem anderen vornehmen lässt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Der Versuch ist strafbar.

§ 174c Sexueller Missbrauch unter Ausnutzung eines Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses

(1) Wer sexuelle Handlungen an einer Person, die ihm wegen einer geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung einschließlich einer Suchtkrankheit zur Beratung, Behandlung oder Betreuung anvertraut ist, unter Missbrauch des Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses vornimmt oder an sich von ihr vornehmen lässt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer sexuelle Handlungen an einer Person, die ihm zur psychotherapeutischen Behandlung anvertraut ist, unter Missbrauch des Behandlungsverhältnisses vornimmt oder an sich von ihr vornehmen lässt.

(3) Der Versuch ist strafbar.

§ 176 Sexueller Missbrauch von Kindern

(1) Wer sexuelle Handlungen an einer Person unter vierzehn Jahren (Kind) vornimmt oder an sich von dem Kind vornehmen lässt, wird mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren, in minder schweren Fällen mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer ein Kind dazu bestimmt, dass es sexuelle Handlungen an einem Dritten vornimmt oder von einem Dritten an sich vornehmen lässt.

(3) Mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer

1. sexuelle Handlungen vor einem Kind vornimmt,
2. ein Kind dazu bestimmt, dass es sexuelle Handlungen an sich vornimmt, oder
3. auf ein Kind durch Vorzeigen pornographischer Abbildungen oder Darstellungen, durch Abspielen von Tonträgern pornographischen Inhalts oder durch entsprechende Reden einwirkt.

(4) Der Versuch ist strafbar; dies gilt nicht für Taten nach Absatz 3 Nr. 3.

§ 176a Schwerer sexueller Missbrauch von Kindern

(1) Der sexuelle Missbrauch von Kindern wird in den Fällen des § 176 Abs. 1 und 2 mit Freiheitsstrafe nicht unter einem Jahr bestraft, wenn

1. eine Person über achtzehn Jahren mit dem Kind den Beischlaf vollzieht oder ähnliche sexuelle Handlungen an ihm vornimmt oder an sich von ihm vornehmen läßt, die mit einem Eindringen in den Körper verbunden sind,
2. die Tat von mehreren gemeinschaftlich begangen wird,

3. der Täter das Kind durch die Tat in die Gefahr einer schweren Gesundheitsschädigung oder einer erheblichen Schädigung der körperlichen oder seelischen Entwicklung bringt oder

4. der Täter innerhalb der letzten fünf Jahre wegen einer solchen Straftat rechtskräftig verurteilt worden ist.

(2) Mit Freiheitsstrafe nicht unter zwei Jahren wird bestraft, wer in den Fällen des § 176 Abs. 1 bis 4 als Täter oder anderer Beteiligter in der Absicht handelt, die Tat zum Gegenstand einer pornographischen Schrift (§ 11 Abs. 3) zu machen, die nach § 184 Abs. 3 oder 4 verbreitet werden soll.

(3) In minder schweren Fällen des Absatzes 1 ist auf Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren, in minder schweren Fällen des Absatzes 2 auf Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren zu erkennen.

(4) Mit Freiheitsstrafe nicht unter fünf Jahren wird bestraft, wer das Kind in den Fällen des § 176 Abs. 1 und 2

1. bei der Tat körperlich schwer misshandelt oder
2. durch die Tat in die Gefahr des Todes bringt.

(5) In die in Absatz 1 Nr. 4 bezeichnete Frist wird die Zeit nicht eingerechnet, in welcher der Täter auf behördliche Anordnung in einer Anstalt verwahrt worden ist. Eine Tat, die im Ausland abgeurteilt worden ist, steht in den Fällen des Absatzes 1 Nr. 4 einer im Inland abgeurteilten Tat gleich, wenn sie nach deutschem Strafrecht eine solche nach § 176 Abs. 1 oder 2 wäre.

§ 177 Sexuelle Nötigung; Vergewaltigung

(1) Wer eine andere Person

1. mit Gewalt,
2. durch Drohung mit gegenwärtiger Gefahr für Leib oder Leben oder
3. unter Ausnutzung einer Lage, in der das Opfer der Einwirkung des Täters schutzlos ausgeliefert ist,

nötigt, sexuelle Handlungen des Täters oder eines Dritten an sich zu dulden oder an dem Täter oder einem Dritten vorzunehmen, wird mit Freiheitsstrafe nicht unter einem Jahr bestraft.

(2) In besonders schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe nicht unter zwei Jahren. Ein besonders schwerer Fall liegt in der Regel vor, wenn

1. der Täter mit dem Opfer den Beischlaf vollzieht oder ähnliche sexuelle Handlungen an dem Opfer vornimmt oder an sich von ihm vornehmen lässt, die dieses besonders erniedrigen, insbesondere wenn sie mit einem Eindringen in den Körper verbunden sind (Vergewaltigung), oder
2. die Tat von mehreren gemeinschaftlich begangen wird.

(3) Auf Freiheitsstrafe nicht unter drei Jahren ist zu erkennen, wenn der Täter

1. eine Waffe oder ein anderes gefährliches Werkzeug bei sich führt,
2. sonst ein Werkzeug oder Mittel bei sich führt, um den Widerstand einer anderen Person durch Gewalt oder Drohung mit Gewalt zu verhindern oder zu überwinden, oder
3. das Opfer durch die Tat in die Gefahr einer schweren Gesundheitsschädigung bringt.

(4) Auf Freiheitsstrafe nicht unter fünf Jahren ist zu erkennen, wenn der Täter

1. bei der Tat eine Waffe oder ein anderes gefährliches Werkzeug verwendet oder
2. das Opfer
 - a. bei der Tat körperlich schwer misshandelt oder
 - b. durch die Tat in die Gefahr des Todes bringt.

(5) In minder schweren Fällen des Absatzes 1 ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren, in minder schweren Fällen der Absätze 3 und 4 auf Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren zu erkennen.

§ 179 Sexueller Missbrauch widerstandsunfähiger Personen

(1) Wer eine andere Person, die

1. wegen einer geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung einschließlich einer Suchtkrankheit oder wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung oder
2. körperlich

zum Widerstand unfähig ist, dadurch missbraucht, dass er unter Ausnutzung der Widerstandsunfähigkeit sexuelle Handlungen an ihr vornimmt oder an sich von ihr vornehmen lässt, wird mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer eine widerstandsunfähige Person (Absatz 1) dadurch missbraucht, dass er sie unter Ausnutzung der Widerstandsunfähigkeit dazu bestimmt, sexuelle Handlungen an einem Dritten vorzunehmen oder von einem Dritten an sich vornehmen zu lassen.

(3) Der Versuch ist strafbar.

(4) Auf Freiheitsstrafe nicht unter einem Jahr ist zu erkennen, wenn

1. der Täter mit dem Opfer den Beischlaf vollzieht oder ähnliche sexuelle Handlungen an ihm vornimmt oder an sich von ihm vornehmen lässt, die mit einem Eindringen in den Körper verbunden sind,

2. die Tat von mehreren gemeinschaftlich begangen wird oder

3. der Täter das Opfer durch die Tat in die Gefahr einer schweren Gesundheitsschädigung oder einer erheblichen Schädigung der körperlichen oder seelischen Entwicklung bringt.

(5) In minder schweren Fällen der Absätze 1, 2 und 4 ist auf Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren zu erkennen.

(6) § 176a Abs. 4 und § 176b gelten entsprechend.

§ 180 Förderung sexueller Handlungen Minderjähriger

(1) Wer sexuellen Handlungen einer Person unter sechzehn Jahren an oder vor einem Dritten oder sexuellen Handlungen eines Dritten an einer Person unter sechzehn Jahren

1. durch seine Vermittlung oder
2. durch Gewähren oder Verschaffen von Gelegenheit

Vorschub leistet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. Satz 1 Nr. 2 ist nicht anzuwenden, wenn der zur Sorge für die Person Berechtigte handelt; dies gilt nicht, wenn der Sorgeberechtigte durch das Vorschubleisten seine Erziehungspflicht gröblich verletzt.

(2) Wer eine Person unter achtzehn Jahren bestimmt, sexuelle Handlungen gegen Entgelt an oder vor einem Dritten vorzunehmen oder von einem Dritten an sich vornehmen zu lassen, oder wer solchen Handlungen durch seine Vermittlung Vorschub leistet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(3) Wer eine Person unter achtzehn Jahren, die ihm zur Erziehung, zur Ausbildung oder zur Betreuung in der Lebensführung anvertraut oder im Rahmen eines Dienst- oder Arbeitsverhältnisses untergeordnet ist, unter Missbrauch einer mit dem Erziehungs-, Ausbildungs-, Betreuungs-, Dienst- oder Arbeitsverhältnis verbundenen Abhängigkeit bestimmt, sexuelle Handlungen an oder vor einem Dritten vorzunehmen oder von einem Dritten an sich vornehmen zu lassen, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(4) In den Fällen der Absätze 2 und 3 ist der Versuch strafbar.

§ 182 Sexueller Missbrauch von Jugendlichen

(1) Eine Person über achtzehn Jahre, die eine Person unter sechzehn Jahren dadurch missbraucht, dass sie

1. unter Ausnutzung einer Zwangslage oder gegen Entgelt sexuelle Handlungen an ihr vor-

nimmt oder an sich von ihr vornehmen lässt oder

2. diese unter Ausnutzung einer Zwangslage dazu bestimmt, sexuelle Handlungen an einem Dritten vorzunehmen oder von einem Dritten an sich vornehmen zu lassen,

wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Eine Person über einundzwanzig Jahre, die eine Person unter sechzehn Jahren dadurch missbraucht, dass sie

1. sexuelle Handlungen an ihr vornimmt oder an sich von ihr vornehmen lässt oder
2. diese dazu bestimmt, sexuelle Handlungen an einem Dritten vorzunehmen oder von einem Dritten an sich vornehmen zu lassen,

und dabei die fehlende Fähigkeit des Opfers zur sexuellen Selbstbestimmung ausnutzt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(3) In den Fällen des Absatzes 2 wird die Tat nur auf Antrag verfolgt, es sei denn, dass die Strafverfolgungsbehörde wegen des besonderen öffentlichen Interesses an der Strafverfolgung ein Einschreiten von Amts wegen für geboten hält.

(4) In den Fällen der Absätze 1 und 2 kann das Gericht von Strafe nach diesen Vorschriften absehen, wenn bei Berücksichtigung des Verhaltens der Person, gegen die sich die Tat richtet, das Unrecht der Tat gering ist.

§ 184c Begriffsbestimmungen

Im Sinne dieses Gesetzes sind

1. sexuelle Handlungen: nur solche, die im Hinblick auf das jeweils geschützte Rechtsgut von einiger Erheblichkeit sind,
2. sexuelle Handlungen vor einem anderen: nur solche, die vor einem anderen vorgenommen werden, der den Vorgang wahrnimmt.

Teil III

Sammlung Fallbeispiele

Gebrauchsanleitung

Monika Holzbecher

Im folgenden werden Fallbeispiele aus der Praxis vorgestellt, die variiert eingesetzt, eine große Bandbreite an möglichen Situationen abdecken, die in der Praxis von TherapeutInnen, BeraterInnen und professionell Arbeitenden im Fort- und Weiterbildungsbereich vorkommen können. Obwohl wir uns bemüht haben, möglichst viele berufliche Arbeitsbereiche zu erfassen, ist es nicht möglich, allen Fragestellungen gerecht zu werden. Insbesondere in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen oder in Arbeitsbereichen mit einem extrem hohen Abhängigkeitsverhältnis (Menschen in der Psychiatrie und Geriatrie, Menschen mit spezifischen Erkrankungen und Handicaps) ergeben sich Problembereiche, Konflikte und rechtliche Aspekte, die zu spezifisch sind, um in allgemeingültigen Situationsbeschreibungen abgebildet werden zu können. Daher haben wir uns bei der Zusammenstellung auf Fallbeispiele konzentriert, die eher dem üblichen beratenden und therapeutischen Einsatzbereichen entsprechen und so konzipiert sind, dass sie durch kleine Variationen unterschiedlichen Arbeitsfeldern „anpassen“ lassen. Das Fallbeispiel „Verabredung“ ist jedoch bereits so aufbereitet, dass ein Vergleich aus verschiedenen Berufsperspektiven möglich ist.

Um die Auffindbarkeit zu bestimmten Problemfeldern zu erleichtern, sind die Beispiele unterschiedlichen thematischen Oberbegriffen zugeordnet:

Fallkonstellationen:

1. Grenzsituationen
2. unerwünschte Gefühle
3. Intime Grenzen
4. Umgang mit Vereinbarungen
5. rechtliche Aspekte
6. Sexualisierte Grenzverletzungen im Arbeitsalltag von sozialen Einrichtungen und Kliniken
7. Berufsspezifische Variationen einer Situation
8. Beispiele aus der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen und aus der Familienberatung
9. Ethische Konflikte, die aus divergierenden Werten/Arbeitsaufträgen etc. resultieren können
10. Spezielle Aspekte und Konfliktsituationen in der Ausbildung

Die Fallbeispiele zum Thema Grenzverletzungen (1) wurden überwiegend von Eva Arnold entwickelt, die übrigen Situationsbeschreibungen (2–8) wurden von Monika Holzbecher auf der Basis von Anregungen und real erlebten Konfliktsituationen (die z. B. bei Fortbildungen thematisiert wurden) konstruiert.

Bearbeitungsvorschlag

Folgende Fragen (und weitere unter dem ersten Fallbeispiel aufgelistete) können als Anregung in die Diskussion der Fallbeispiele einleiten. Es bleibt Ihnen überlassen, ob und wie viele der Fragen Sie auswählen. Um eine Reflexion zu ermöglichen, reichen oftmals wenige Impulsfragen aus. Vielleicht lassen sich in Gemeinschaftsarbeit auch andere Fragen finden, mit denen die weitere Diskussion angeregt werden kann.

- *Wie würden Sie das Thema behandeln? Wie würden Sie reagieren? Verändern sich die ausgelösten Gefühle, Sichtweisen und Reaktionen, je nach dem, wie das Geschlechterverhältnis (Mann oder Frau in der professionellen Rolle oder der des Gegenübers) der Beteiligten ist?*

- *Welche ethischen Prinzipien (Respekt vor der Autonomie anderer Personen/ Sorge um das Wohlergehen anderer/ Schadensvermeidung/ Gerechtigkeit/ Gewissenhaftigkeit/ Nutzenmaximierung/ Neutralität etc.) spielen bei der Bewertung eine Rolle?*
- *Welche Art von Macht wird gegen wen ausgeübt?*
- *Ist die freie Willensentscheidung eingeschränkt? Welche Erwartungen entstehen? Mit welchem Resultat?*
- *Was sind die Motive/ Ziele/ Empfindungen des professionell Tätigen? Was sind die Motive/ Ziele/ Empfindungen des Gegenübers? Welche psychischen Konflikte können auftreten?*
- *Welche Art von Schaden kann aus dem jeweiligen Verhalten erfolgen?*

Die unter dem Fallbeispiel 1 ergänzten Fragen ermöglichen eine differenzierte Auseinandersetzung mit der spezifischen vorgestellten Situation. Doch auch hier möchten wir anregen, die Fragen lediglich als „Impuls“ zu verstehen und selbst bzw. mit der Diskussionsgruppe eigene Fragestellungen zu entwerfen.

Bei der Bearbeitung bietet sich die Kleingruppendiskussion an. Je nach Zielsetzung kann ein Fallbeispiel von mehreren Kleingruppen diskutiert und hinterher in den Ergebnissen verglichen werden oder es kann eine größere Vielfalt an Situationen abgebildet werden, wenn Teilnehmende je nach Interesse verschiedene Fallbeispiele parallel bearbeiten. Hinterher lassen sich die Kleingruppenergebnisse im gemeinsamen Vorstellen des Diskussionsprozesses innerhalb des Plenums bündeln.

1. Fallkonstellationen: Grenzsituationen

Eva Arnold und Monika Holzbecher

Geschenk

Frau A., eine Klientin, die seit einem halben Jahr etwa einmal in der Woche zur Therapie/Beratung etc. kommt, überreicht dem Therapeuten/Berater etc. kurz vor Weihnachten einen aufwändig gestalteten Bildband als Geschenk. Sie erläutert, die Bilder seien von ihrem Lieblingskünstler und sie wünsche sich, dass der Therapeut/Berater dessen Werk kennen lernt, weil die Bilder ihr „aus der Seele sprechen“.

- Wie würden sie sich verhalten, wenn sie an der Stelle des Therapeuten/Beraters wären? Wenn sie das Geschenk ablehnen: Wie erklären sie der Klientin, dass sie das Geschenk nicht nehmen? Wenn sie das Geschenk annehmen: Wie kommentieren sie das Geschenk? Nehmen sie zu einem späteren Zeitpunkt Bezug darauf? Wie?
- Welche Aspekte der Situation beeinflussen ihre Einschätzung? Spielt der Wert des Geschenkes eine Rolle? Würden sie sich anders entscheiden, wenn es sich a) um eine Schachtel Pralinen, b) um ein Laptop handeln würde? Warum?

„Schreibarbeiten“

Eine Beraterin/Therapeutin vereinbart seit einigen Monaten Sitzungen mit einer Studentin, die dringend ihre professionelle Unterstützung braucht, um den Studienabschluss zu schaffen. Durch einen plötzlichen Jobverlust kann sie die noch fehlenden Stunden nicht mehr finanzieren. Die Beraterin macht den Vorschlag, dass statt einer Bezahlung das Honorar als Sekretariatsarbeit abgegolten werden könne, da sie dringend jemanden benötigt, der für sie ein Manuskript abtippt. Sie weiß, dass die Studentin diese Aufgabe gut bewältigen würde.

Die Beraterin hält diese Lösung (die Studentin hat den Vorschlag offensichtlich erleichtert angenommen) für eine gelungene Möglichkeit, im Sinne der personenzentrierten Haltung die weitere Hilfestellung garantieren zu können und ist sehr zufrieden mit der Regelung.

Sie verhält sich aus ihrer Sicht wertschätzend, empathisch und kongruent, weil sie die Studentin mag, ihre Notlage versteht, sie nicht im Stich läßt, sondern ihr das ermöglicht, was sie für einen erfolgreichen Abschluss der gemeinsamen Arbeit braucht.

Um so überraschter ist sie, als sie von einem Mitglied aus ihrem kollegialen Fachteam kritisiert wird.

Welche Einwände sind denkbar? Mit welcher Begründung? Welche ethischen Prinzipien werden bei der Fragestellung berührt?

Einladung

Frau B. ist eine junge Malerin. Ihre Unsicherheit über Erfolg und Scheitern ihrer künstlerischen Arbeit ist ein zentrales Thema der therapeutischen Arbeit. Eines Tages lädt sie die Therapeutin zur Vernissage ihrer ersten Ausstellung ein.

Zusätzliche Therapietermine

Herr E. ist auf Grund von Alkoholproblemen in einer suchttherapeutischen Beratungsstelle in Behandlung. Wegen der starken Nachfrage (die Beratungsstelle hat eine lange Warteliste) besteht die interne Regelung, Klienten/innen nicht mehr als eine Therapiesitzung pro Woche anzubieten. Nach einem Rückfall bittet Herr E. Sie, mehrmals in der Woche kommen zu dürfen, bis er sich wieder stabilisiert hat.

Therapeutische Methode

Herr C. hat wegen einer Kur die therapeutische Behandlung unterbrochen. Nach seiner Rückkehr bittet er Sie, in der Therapie kathartische Bilderlebens einzusetzen, eine Methode, die er in der Kur kennen gelernt und die ihm „sehr gut gefallen“ habe. Sie kennen die Methode aus einem Selbsterfahrungsworkshop und aus der Literatur, finden

den Ansatz selbst spannend, und hatten immer schon mal vor, intensiver in die Thematik einzusteigen.

Therapiewunsch

Sie werden von einem Freund angesprochen: Ein sehr guter Bekannter, den Sie selbst flüchtig kennen (und den sie mehrmals im Jahr bei diversen Geburtstagsfeiern im Freundeskreis sehen), sei nach seiner Scheidung in einer sehr belastenden Situation. Dieser habe sich schon an verschiedene Beratungsstellen und therapeutische Praxen gewandt, sei aber bisher nicht angenommen worden. Sie haben momentan jedoch noch einen Therapieplatz frei.

Therapieende

Herr S. ist seit drei Jahren bei Ihnen in Behandlung/Beratung. Sie empfinden die Behandlung zunehmend als schwierig; Ihrer Ansicht nach stagniert die Entwicklung bereits seit Monaten. Sie haben alle Möglichkeiten, Veränderungen zu bewirken, ausgeschöpft, sich mit ihrem Fachteam beraten und schlagen dementsprechend vor, die Behandlung zu beenden. Herr S. protestiert heftig und erklärt, dass er ohne die Gespräche im Alltag nicht zurecht käme. Er bittet Sie, die Therapie/Beratung weiter zu führen.

2. Fallkonstellationen: Unerwünschte Gefühle

Monika Holzbecher

Kritik

Nachdem die Therapie/ Beratung mit Frau Z. hoch motiviert und erfolgversprechend begonnen hat, nutzt sie die derzeitige Phase zur ständigen Kritik. Sie erzählt beispielsweise von einem Freund, der ihr momentan dominierendes „Problem“ viel besser einschätzen könne und damit hilfreicher sei als Sie. Außerdem betont sie ständig, dass sie ja nun schon ein halbes Jahr zu ihnen komme und sich ihre Probleme immer noch nicht ausreichend gelöst hätten. Es müsse doch einen schnelleren Weg geben, der zum Erfolg führt. Auch hier führt sie wieder ihren Freund an, der einen Kontakt zu einem körperorientiert arbeitenden Behandler herstellen kann, der große Erfolge nachweisen kann. Er arbeite nach der Chakrenlehre und stelle einen Energieausgleich her, der das seelische Gleichgewicht fördere. Sie überlegt, ob sie dieses Angebot (zusätzlich zu den Stunden mit Ihnen) annehmen soll.

Was empfinden Sie? Wie gehen Sie mit dieser Situation um?

Weitere Szenen

- Herr L. stellt ein Ausmaß an Nähe/ Intensität her, die Ihnen unangenehm ist (durch häufige „Notfallanrufe“ bei ihrer Privatadresse/durch umfangreiche Briefe, in denen er Ihnen seine „düstersten“ Empfindungen mitteilt).

Was empfinden Sie? Wann wäre ein solches Verhalten problematisch? Wie reagieren Sie?

- Sie werden zunehmend wütend auf eine/n Klient/in.

Welche Gründe sind denkbar für Ihre Emotionen? Was könnte Sie wütend werden lassen? Wie gehen Sie damit um?

Welche anderen Gefühle (Ungeduld, Langeweile, Desinteresse etc.) können in welchen Situationen entstehen? Wie würden sie sich verhalten?

- Frau/Herr D. verhält sich so „anstrengend“, dass Sie die Therapie/ Beratung am liebsten beenden möchten, obwohl Sie wissen, dass die Person dringend eine gute Behandlung benötigt

Wann könnte das eintreten? Wie verhalten Sie sich?

- Nach einer längeren Arbeitsphase mit einem Klienten (der z. B. drogenabhängig ist/wegen bestimmter Delikte straffällig wurde/des sexuellen Missbrauchs eines Kindes beschuldigt wird), der eine Beratungs-/Therapieaufgabe erhalten hat, haben Sie zunehmend das Gefühl, dass Ihr Gegenüber den „Wunschklienten“ spielt, um als „geheilt“ bzw. ausreichend „verändert“ beurteilt zu werden. Sie haben ihre Vermutung offen gelegt, aber Ihr Gegenüber versichert Ihnen, dass er Ihnen nichts vorspiele, sondern sich tatsächlich sehr verändert habe und nie wieder auffällig werden wird.

- In Ihrer Arbeit mit Kindern aus schwierigen Lebensverhältnissen sind Sie emotional stark gefordert. Derzeit sind Sie für einen kleinen Jungen zuständig, der auch Ihnen gegenüber häufig äußerst aggressiv reagiert. Ein Mal hat er Sie so heftig an Ihr Schienbein getreten, dass Sie wochenlang unter den schmerzhaften Prellungen gelitten haben. Ein anderes Mal hat er Sie angespuckt und wollte danach sofort „auf Ihren Schoß“. Sie sind sich sehr unsicher, wie Sie professionell richtig handeln sollten und spüren die unterschiedlichsten Empfindungen und Handlungsimpulse.

Welche Gefühle entstehen? Welche Schlussfolgerungen resultieren?

Welche anderen besonderen Grenzsituationen im Umgang mit Kindern sind denkbar? Wie sollte damit umgegangen werden?

3. Fallkonstellationen: Intime Grenzen

Monika Holzbecher

Hat es einen Einfluss auf meine ausgelösten Gefühle/Reaktionen, in welcher Geschlechterkonstellation sich die Situation gestaltet (Befindet sich ein Mann oder eine Frau in der professionellen Rolle, handelt es sich um eine hetero- oder homosexuelle Annäherung)?

Verliebtheit

Eine neue Klientin/ein neuer Klient hat eine Therapie/ Beratung/ Behandlung bei Ihnen begonnen. Schon in den ersten Sitzungen spüren Sie, dass Sie eine starke Anziehungskraft empfinden. Es ist Ihnen in diesem Kontakt besonders wichtig, dass Ihr Gegenüber einen guten Eindruck von Ihnen hat und die Arbeit weiterführen möchte. Im Gegensatz zu anderen Klienten/innen denken Sie auch in ihrer Freizeit häufig an diese Person und haben das Gefühl, sich in sie verliebt zu haben. Während der letzten gemeinsamen Stunde verspürten Sie während einer emotional intensiven Phase, in der Ihr Gegenüber sehr verletzlich wirkte, plötzlich einen starken Impuls, aufzustehen und die Person in den Arm zu nehmen, den Sie jedoch unterdrückt haben.

Besteht Supervisionsbedarf?

Welche ethischen Fragen stellen sich? Welche Auswirkungen ergeben sich für die gemeinsame Arbeit?

Wie unterscheidet sich möglicherweise das professionelle Vorgehen/ der Kontakt, je nach „Gefühls-lage“ des/r Therapeuten/in, des/r Beraters/in? Welche Grenzverletzungen können (in Zukunft) resultieren?

Annäherung

Herr K. lässt im Verlauf der Therapie/ Beratung/ Ausbildung immer deutlicher erkennen, dass er Sie nicht nur als Fachmann/-frau etc. sieht. Er flirtet mit Ihnen und sucht bei der Begrüßung und Verabschiedung eine Nähe, die über das übliche

Maß hinausgeht. Z. B. hält er Ihre Hand lange fest und rückt dabei sehr dicht an Sie heran.

Woran können Sie konkret erkennen, ob ihr Gegenüber die Beziehung sexualisiert? Was könnten typische Verhaltensweisen, Bemerkungen sein?

Spielt das Geschlecht bzw. die Geschlechterkonstellation eine Rolle bei dem ausgelösten Empfinden? (Was wäre, wenn eine Klientin sich so ihren Therapeuten gegenüber verhält?)

Wie würden Sie sich fühlen? Was wäre, wenn Sie Ihr Gegenüber ebenfalls anziehend/ attraktiv empfinden?

Was könnten die Motive Ihres Gegenübers für das Empfinden/ Verhalten sein?

Kollege

Frau D. war bereits vor vier Jahren bei einem Kollegen in Behandlung, den Sie kennen (jedoch ohne persönlichen Kontakt zu ihm zu haben). Im Verlauf der aktuellen Therapie erzählt sie immer häufiger davon, wie ihr „Ersttherapeut“ auf bestimmte Situationen reagiert hat. Er habe ihr Komplimente im Bezug auf ihr Aussehen gemacht und sie dahingehend bestärkt, Kleidung zu tragen, mit der ihre Figur besser zur Geltung käme. Außerdem habe er die Gespräche bevorzugt in eine intime Richtung gelenkt und sei daran interessiert gewesen, sich sehr detailliert ihre sexuellen Phantasien und Empfindungen schildern zu lassen. Nach Ablauf des bewilligten Kurzzeitkontingentes habe er eine Verlängerung als nicht erforderlich angesehen, obwohl sie das Gefühl hatte, dass ihre wichtigsten Probleme noch nicht besprochen werden konnten. In der vorletzten Sitzung habe er ihr gesagt, was für eine „interessante“ Frau sie doch sei und dass man sich ja demnächst auch mal privat treffen könne. Sie hat daraufhin die letzte Therapiestunde abgesagt, sei irritiert und verunsichert gewesen und habe lange Zeit das Gefühl gehabt, dass eine Therapie nicht „das Richtige“ für sie sei.

Wie bewerten Sie die Therapie des Kollegen? Welche Folgen/Sichtweisen/Verhaltensweisen ergeben sich daraus? Wie wirkt sich die Information auf die laufende Therapie aus? Nehmen Sie Bewertungen vor? Werden Sie aktiv?

Was wäre, wenn Sie den Kollegen persönlich kennen würden? Wenn er sich sogar in ihrem kollegialen Umfeld befindet?

Was wäre, wenn Frau D. das „Angebot“ (während oder nach der Therapie?) angenommen hätte und es zu sexuellen Kontakten gekommen wäre? Welche Folgen hätte dies möglicherweise für die Betroffene gehabt? Welche psychischen Auswirkungen sind denkbar, wenn es zu sexuellen Übergriffen kommt?

„Vergewaltigung“

Ein Klient erzählt Ihnen, dass er eine Frau bei einem Discobesuch kennengelernt habe, die ihm „sehr gefallen“ habe. Nach einer durchtanzten Nacht sei man bei ihr in der Wohnung „gelandet“ und habe noch eine Flasche Sekt getrunken. Später habe sie ihm eine Schlafgelegenheit auf dem Sofa hergerichtet, weil die Taxifahrt für ihn nach Hause zu teuer gewesen wäre. Als sie in ihr Schlafzimmer gehen wollte, habe er sie neben sich auf das Sofa gezogen, sie geküsst, dabei entkleidet und „mit ihr geschlafen“. Danach sei er sofort eingeschlafen. Am nächsten Morgen habe sie ihn beschuldigt, dass er sie vergewaltigt hätte. Er ist völlig fassungslos, weil er keinerlei Widerstand ihrerseits gespürt habe und davon ausgegangen ist, dass „sie es auch so wollte“.

Was sind Ihre Gefühle, Gedanken, Überlegungen?

Wer ist verantwortlich, hat Schuld?

Wie würden Sie sich fühlen, was würden Sie Ihrem Gegenüber vermitteln, wenn der Mann Sie um ihre Einschätzung, Bewertung bittet?

Wie würden Sie sich fühlen, was würden Sie Ihrem Gegenüber vermitteln, wenn Ihnen nicht der Mann, sondern die betroffene Frau von der empfundenen Vergewaltigung erzählt? Wie würden Sie sich verhalten, wenn die Frau überlegt, ob sie den Mann strafrechtlich anzeigen möchte?

Umarmung

Am Ende einer emotional sehr intensiven Stunde werden Sie von Frau D. gebeten, sie zum Abschied in den Arm zu nehmen. Da Frau D. in der Kindheit sexuell mißbraucht wurde und ihre Unsicherheit, sich körperlich abgrenzen zu können, zu ihren zentralen Problemen gehört, sind Sie verunsichert, welches Verhalten richtig ist.

Schönheitsoperation

Frau M. spricht in der Therapie/Beratung über ihr Unzufriedensein mit ihrem Körper. Sie ist stark verunsichert und überlegt, ob sie sich nicht einer Schönheitsoperation unterziehen sollte. Da sie ihnen vertraut, ist ihr Ihre Einschätzung besonders wichtig. Da sie darüber empört ist, dass ihr behandelnder Arzt ihre Sichtweise nicht teilt und sie sich von ihm abgewiesen fühlt, möchte sie Ihr Urteil hören. Während sie über den Ärger spricht, beginnt sie sich ganz selbstverständlich, den Pull-over auszuziehen!

Frühere Therapieerfahrung

Im Gespräch mit Frau H. erfahren Sie, dass sie in einer früheren Therapie/Beratung (die ca. drei Jahre zurück liegt) eine mehrere Monate andauernde sexuelle Beziehung zu ihrem Therapeuten/Berater gehabt habe, die er mit der auslaufenden Behandlung/Beratung beendet habe. Aus der Schilderung geht hervor, dass es sich um einen ehemaligen Studienkollegen handelt, den Sie sehr schätzen und den Sie schon häufiger weiter empfohlen haben.

Welche Gedanken/Empfindungen und Folgereaktionen löst diese Information aus?

4. Fallkonstellationen: Umgang mit Vereinbarungen

Monika Holzbecher

Verspätung

Frau R. kommt ständig (mit fadenscheinigen Ausreden oder mit heftigen Entschuldigungen) zu spät in die Therapie/ Beratung. Bei der letzten Sitzung haben Sie umsonst gewartet. Ihr Gegenüber ist statt dessen einen Tag später gekommen (mit der Begründung, dass dieser Termin vereinbart worden sei und sie ihn in Ihrem Beisein in den Kalender eingetragen habe).

Wie gehen Sie mit solchen Situationen um? Welche Regelungen sind sinnvoll?

Ausfallhonorar

Sie haben für nicht rechtzeitig abgesagte Stunden ein Ausfallhonorar vereinbart. Herr K. hat bereits zwei Termine versäumt, weil er wegen eines dringenden Arbeitsauftrages in der Firma geblieben ist. Da er erst einige Wochen dort arbeitet und Überstunden als selbstverständlich angesehen werden, befürchtete er seine Weiterbeschäftigung zu gefährden, wenn er seinem Chef die Unterstützung verweigert. Auf Grund seiner schwierigen finanziellen Lage (lange Arbeitslosigkeit) erklärt er ihnen, dass er das vereinbarte Ausfallhonorar nicht zahlen könne und es ja nicht sein Verschulden gewesen sei, dass er nicht habe kommen können.

Wie reagieren Sie? Welche Regelungen sind sinnvoll? (Therapievertrag? Höhe des Ausfallhonorars? Wann muss es gezahlt werden? Sollte es Ausnahmen geben?)

5. Fallkonstellationen: rechtliche Aspekte

Monika Holzbecher

„Fallstudie“

Ein ehemaliger Klient, der im sozialen Umfeld arbeitet, hat zufällig einen Artikel in einer Fachzeitschrift gelesen, in dem er sich selbst als anonymisierten „Fall“ in einer Studie zur Suchttherapie wiederfand. Seine ehemalige Behandlerin hat diesen Artikel verfasst. Die detaillierte Auflistung von Lebenslaufetappen ermöglicht es auch ohne Nennung des Namens, ihn in seinem privaten und beruflichen Umfeld zu identifizieren. Nur wenige vertraute Personen wissen bisher von seiner Suchterkrankung.

Welche Gefühle und Gedanken stellen sich wahrscheinlich bei dem Betroffenen ein? Welche Konflikte, Probleme, Folgen etc. können sich ergeben? Was ist korrekt/ erlaubt und hätte im Vorfeld getan werden müssen, um den Klienten zu schützen?

Schweigepflicht

Eine Patientin, die mit ihrer Therapeutin ihre traumatischen Gewalterfahrungen bearbeitet hat, wird während des Besuches bei ihrem Hausarzt, dem sie akute Symptome schildert, auf diese Kindheitserlebnisse angesprochen, da er einen Zusammenhang mit den Beschwerden vermutet. Die Patientin ist irritiert und fühlt sich „hintergangen“, weil sie dem Arzt gegenüber nie von diesen sehr belastenden und schambesetzten Erfahrungen gesprochen hat.

Welche Konflikte, Probleme, Folgen etc. können sich hieraus ergeben?

Was kann im Vorfeld getan werden, um die Schweigepflicht nicht zu verletzen?

Werbung und Empfehlungen

Ein Therapeut, der sich u. a. auf Schmerztherapie spezialisiert hat, empfiehlt seinen Patienten/innen regelmäßig ein Massagegerät, mit der die Entspannung gefördert werden kann. Er bietet an,

dass dieses Gerät, mit einem günstigen Rabatt über seine Frau, die im gleichen Haus als Krankengymnastin arbeitet, erworben werden kann.

Eine Kollegin, die in einer öffentlichen Einrichtung (spezialisiert auf Essstörungen) arbeitet, empfiehlt und verkauft an ihr Klientel, das sie dort berät, Zusatzprodukte, die bei einer Fehlernährung korrigierend wirken sollen.

Ein anderer freiberuflich tätiger Therapeut ist (durch eigene Erfahrungen mit einem Schamanen) von alternativen Heilungsmethoden überzeugt, die überwiegend auf dem überlieferten Wissen der Ureinwohner verschiedener Volksstämme beruhen. Er verkauft Patienten und Patientinnen, die an Krebs erkrankt sind, dementsprechende Produkte, die den Heilungsprozess unterstützen sollen.

Ein Berater/Therapeut arbeitet nebenberuflich auch als Autor (oder als Künstler). Er ist sehr stolz auf seine Erfolge. Listen mit seinen Büchern (die er auch selbst verkauft) liegen im Wartebereich aus (bzw. seine Kunstobjekte schmücken sämtliche Praxisbereiche). Zu seinen Lesungen (bzw. Ausstellungen) lädt er auch regelmäßig seine Klienten/innen ein.

Ist das Verhalten problematisch? Was ist rechtlich erlaubt? Welche Bedeutung hat die berufliche Ausbildung/Zulassung, die Art des Beschäftigtenverhältnisses (freiberuflich, mit oder ohne Kasenzulassung, im Angestelltenverhältnis tätig)? Welche Art von Verstoß liegt möglicherweise vor? Gibt es eine „Grauzone“?

6. Fallkonstellationen: Sexualisierte Grenzverletzungen im Arbeitsalltag von sozialen Einrichtungen und Kliniken

Monika Holzbecher

Vorschläge für Fragen zu den Beispielen:

Wie würden Sie sich als betroffene Person fühlen? Wie würden Sie mit der Situation umgehen. Welche Auswirkungen/ Konflikte könnten sich ergeben? Welches Resultat wäre wünschenswert?

Ist es wichtig zu wissen, warum sich das Gegenüber so verhält? Woraus resultieren die Grenzverletzungen?

Spielt die Art der Einrichtung (offene Jugendarbeit, psychiatrische Klinik, Beratungsstelle, etc.) eine Rolle bei der Bewertung?

Könnte sich die Situation auch im umgekehrten Geschlechterverhältnis oder in einer homosexuellen Konstellation abspielen? Würde sich dadurch die Sichtweise/Bewertung und im weiteren Vorgehen etwas verändern?

1. Abwertung

Herr D. fühlt sich zunehmend unwohl, seit ein neuer Oberarzt das Klima in der Abteilung bestimmt. Er empfindet seine sarkastischen und sexistischen Bemerkungen über Patientinnen entwürdigend, auch wenn er sich im direkten Kontakt korrekt verhält. Frauen beispielsweise, die durch zusätzliche Fragen oder Sorgen seine Zeit beanspruchen, werden von ihm als nervtötende, wehleidige Zicken angesehen, die sich selbst zu sehr in den Mittelpunkt stellen. Mehrfach hat er mitbekommen, dass er sich (im Gespräch mit einem Kollegen) über die körperlichen „Vorzüge“ oder „Defizite“ mancher Patientinnen, aber auch Kolleginnen auslässt. Es geht hierbei immer darum, ob der Arzt sich die jeweilige Frau als Sexualpartnerin vorstellen kann oder im Gegenteil z.B. deren Partner „bemitleidet“.

2. Bedrohung

Frau S., die in einer stationären Einrichtung arbeitet, fühlt sich von einem Patienten bedrängt, der „ein Auge auf sie geworfen hat“. Er sucht ständig (mit fadenscheinigen Anliegen) ihre Nähe, versucht sie über ihr Privatleben auszufragen und erzählt ihr ungefragt sadistisch gefärbte erotische Träume, in denen sie als Partnerin vorkomme. Nach seiner Entlassung wolle er diese Träume unbedingt mit ihr in die Realität umsetzen. Je näher dieser Termin rückt, um so intensiver werden seine Bemühungen, sich mit ihr zu verabreden und da sie ablehnt, auszuspionieren, wo sie wohnt. Ihr ist der Mann in seiner Beharrlichkeit unheimlich. Sie erzählt der Vorgesetzten von ihrer Angst, dass er ihr nach der Entlassung auflauern könnte, doch sie sagt, sie solle sich keine Sorgen machen, der Patient wäre doch harmlos, der genieße die Phantasie und würde sie niemals in die Tat umsetzen.

3. Nächtliche Besuche

Frau D. arbeitete längere Zeit in einer Wohngruppe mit als geistig behindert geltenden Bewohnern. Sie registrierte bei ihren Spätdiensten zufällig, dass ein Mitbewohner eine Mitbewohnerin nachts regelmäßig besucht. Frau D. hatte nach einem vorsichtigen Gespräch mit der Frau, die sich offensichtlich schämt, den Eindruck, dass diese sich nicht abgrenzen kann und die Tür öffnet, weil er mit ihr befreundet ist und zunächst „so tut, als ob er lediglich mit ihr reden möchte“. Die Mitbewohnerin fühlt sich von der dann folgenden körperlichen Annäherung des Mannes eingeschüchtert und lässt den darauf folgenden Geschlechtsverkehr willenlos über sich ergehen, obwohl sie nicht damit einverstanden ist. Später, wenn er gegangen ist, liegt sie noch lange wach und weint. Andererseits ist es ihr sehr wichtig, von ihm gemocht zu werden und eine „Freundschaft“ mit ihm zu haben. Frau D. hat das Gefühl, etwas unternehmen zu müssen.

4. Sexualisierter Kontakt

Herr B. arbeitet in einer Einrichtung mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen in schwierigen Lebensverhältnissen. Eine junge Frau, die ihm offen zu verstehen gibt, dass sie ihn attraktiv findet, sucht in den letzten Wochen zunehmend den engeren Kontakt. Situationen, in denen sie beispielsweise Trost sucht und er ihr die Hand auf die Schulter legt, erlebt er in der Art, wie sie sich anzulehnen versucht, als sexualisiertes „Anschmiegen“. Zudem ist sie meistens sehr freizügig gekleidet und „präsentiert“ sich in ihren Bewegungen und der Art zu sitzen so, dass intime Körperstellen sichtbar werden. Herr B. spürt, dass ihn das Verhalten sexuell erregt.

5. Beleidigung

Frau L. arbeitet derzeit in einer Einrichtung mit Jugendlichen aus problematischen sozialen Verhältnissen. Ihr fällt es zunehmend schwer, die drastischen Abwertungen und Kommentare zu ertragen, die (auf ihre Person bezogen) insbesondere dann resultieren, wenn sie deutliche Grenzen setzt, aber keine anderen Mitarbeiter als Zeugen anwesend sind. Die Jugendlichen spüren genau, wo ihre „Schwachstellen“ liegen, z. B. in einer noch nicht überwundenen Trennung („Ist doch kein Wunder, dass der Typ abgehauen ist!“) und dem Wissen, daß ihr Körper nicht den angeblichen „Idealmaßen“ entspricht („Du alte Fotze bist doch nur frustriert, weil Dich keiner mehr anpackt!“). Frau L. ist emotional so sehr verletzt und getroffen von den beleidigenden Kommentaren, dass sie selbst ihren Kollegen/innen nichts davon erzählt. Da bei den als milieugeschädigt geltenden BewohnerInnen das Fehlverhalten zumeist entschuldigt wird, weil „sie es ja nicht anders kennengelernt haben“, vermutet sie, daß man ihr lediglich raten wird, sich „ein dickeres Fell anzuschaffen“ und „es nicht so ernst zu nehmen“. Frau L. weiß jedoch nicht, wie es weiter gehen soll, da sie jederzeit befürchtet, dass es erneut zu Abwertungen kommen kann.

6. Freundschaft

Herr K. arbeitet in einem Team, das für Freizeitangebote für Kinder und junge Erwachsene zuständig ist. Das Verhalten einer Kollegin (Frau S.) irritiert ihn zunehmend. Sie kümmert sich sehr engagiert um wohnungslose junge Frauen und deren spezielle Probleme. In der engeren Zusammenarbeit mit ihr haben die jungen Frauen das Gefühl, dass sie die Rolle der „fürsorglichen älteren Schwester“ übernimmt. Sie lässt eine von ihr „adoptierte“ Jugendliche auch schon mal bei sich zu Hause übernachten und versorgt sie dort mit Essen und von ihr ausrangierter Kleidung. Einerseits schätzt Herr K. das Engagement der Kollegin, aber andererseits meldet sich bei ihm ein zunehmend mulmiges Gefühl. Letzteres verstärkt sich, als er hört, dass Frau K., die als Single lebt, dafür bekannt sei, dass sie eine Vorliebe für Affären mit meist jungen Frauen habe.

7. Fallkonstellationen: Berufsspezifische Variationen einer Situation

Monika Holzbecher

Fallbeispiel „Verabredung“

Im folgenden finden Sie eine Fallkonstellation, die in unterschiedlichen Arbeitsbereichen spielt. Es bietet sich an, die Bereiche in Kleingruppen aufzuteilen und die Ergebnisse der Bearbeitung anschließend miteinander zu vergleichen. Dadurch wird eine Basis für eine Reflexion geschaffen, auf der sich deutlich der Einfluss des Arbeitsbereiches und des damit verbundenen Machtgefälles auf die Bewertung zeigt.

Zur Bearbeitung können aus dem folgenden Fragenkatalog diejenigen ausgewählt werden, die am geeignetsten erscheinen, um in die gemeinsame Diskussion einsteigen zu können:

Wie würden Sie das Thema behandeln?

Welche ethischen Prinzipien spielen bei der Bewertung eine Rolle? (z.B. Welche Art von Macht wird gegen wen ausgeübt? Ist die freie Willensentscheidung eingeschränkt? Mit welchem Resultat? Was sind die Motive/ Ziele des professionell Tätigen? Was sind die Motive/ Ziele des Gegenübers? Welche Art von Schaden kann aus dem jeweiligen Verhalten erfolgen?)

Hat das Geschlecht, das Alter (z.B. Altersunterschied), der Familienstand etc. der Personen eine Bedeutung bei der Bewertung?

Was wäre, wenn der professionell Tätige sich nach einer lange zurück liegenden Trennung erstmals wieder stark zu einer Frau hingezogen fühlt und glaubt, die einzig Richtige gefunden zu haben?

Spielen Sie verschiedene Möglichkeiten durch und prüfen Sie, ob sich Ihre Sichtweise verändert?

Spielt es eine Rolle, ob beide eine Partnerschaft anstreben oder es sich um eine einmalige „Episode“ handelt?

Ist die Bewertung abhängig davon, welche Form der sexuellen Annäherung stattgefunden hat?

Wie würde eine ethisch vertretbare Weiterentwicklung aussehen? Welchen Einfluss können einzelne Team- oder Gruppenmitglieder oder die Gesamtgruppe ausüben? Sind Sanktionen und berufliche Konsequenzen erforderlich? (Falls ja, welche?)

Weitere ergänzende „fallbezogene“ Fragen finden sich unter den jeweiligen Beispielen.

Das Fallbeispiel kann durch folgende Zusatzinformation in verschiedenen Entwicklungsverläufen diskutiert werden

Variante A)

Beide wären sich zufällig bei einer kulturellen Veranstaltung begegnet und hätten im Anschluss noch gemeinsam ein Bistro besucht und miteinander geflirtet.

Variante B)

Es sei zu einer Folgeverabredung mit einer intimen Annäherung gekommen.

Ausbildung

In einer Ausbildungsgruppe zeichnet sich sehr rasch ab, dass zwischen dem Ausbilder und einer Teilnehmerin eine sehr intensive Beziehung entsteht, bei der beide eine wachsende Zuneigung füreinander empfinden. Sie und ein weiteres Gruppenmitglied erfahren per Zufall, dass beide sich außerhalb der Ausbildung getroffen haben.

Würde die Bewertung anders ausfallen, wenn es sich nicht um eine Ausbildung, sondern um eine Lehrtherapie gehandelt hätte?

Therapie

In einer therapeutischen Gruppe, die in einer Beratungsstelle angeboten wird, zeichnet sich sehr rasch ab, dass zwischen dem Therapeuten und einer Teilnehmerin eine sehr intensive Beziehung entsteht, bei der beide eine wachsende Zuneigung füreinander empfinden. Sie und ein weiteres Teammitglied erfahren per Zufall, dass beide sich außerhalb der Gruppensitzung getroffen und haben.

Würde die Bewertung anders ausfallen, wenn es sich nicht um eine therapeutische Gruppe, sondern um ein Angebot gehandelt hätte, bei dem Entspannungstechniken gelernt werden können?

Firmenfortbildung

Während einer mehrere Monate umfassenden Fortbildungsserie in einer Firma zeichnet sich sehr rasch ab, dass zwischen dem Seminarleiter und einer Teilnehmerin eine sehr intensive Beziehung entsteht, bei der beide eine wachsende Zuneigung füreinander empfinden. Sie und ein weiteres Teammitglied aus dem Fortbildungsinstitut erfahren per Zufall, dass beide sich außerhalb der Seminare getroffen haben.

Ist es von Bedeutung, ob es sich bei der Teilnehmerin um eine Auszubildende oder eine Führungskraft handelt?

Erziehungsberatung

In einer Erziehungsberatungsstelle zeichnet sich sehr rasch ab, dass zwischen einem Berater und einer Ratsuchenden, die sich auf Grund von Konflikten mit der pubertierenden Tochter an ihn gewandt hat, eine sehr intensive Beziehung entsteht, bei der beide eine wachsende Zuneigung füreinander empfinden. Sie und ein weiteres Teammitglied erfahren per Zufall, dass beide sich außerhalb der Beratung getroffen haben.

Wäre es ein Unterschied, wenn es sich bei der Ratsuchenden um eine Frau handeln würde, die bereits mehrfach wegen schwerer Depressionen und Suizidgedanken stationär behandelt werden musste?

Drogenberatung

In einer Drogenberatungsstelle zeichnet sich sehr rasch ab, dass zwischen einem Berater und einer drogengefährdeten Frau, die ihr Suchtproblem „in den Griff zu bekommen versucht“, eine sehr intensive Beziehung entsteht, bei der beide eine wachsende Zuneigung füreinander empfinden. Sie und ein weiteres Teammitglied erfahren per Zufall, dass beide sich außerhalb der Beratung getroffen haben.

Was wäre, wenn es sich bei der Ratsuchenden um eine alleinerziehende Mutter handeln würde, die sich Sorgen um ihren drogengefährdeten Sohn macht?

Kuraufenthalt

Während eines Kuraufenthaltes zeichnet sich sehr rasch ab, dass zwischen einem Therapeuten/Berater und einer Frau, die wegen psychosomatischer Probleme an seinem Angebot teilnimmt, eine sehr intensive Beziehung entsteht, bei der beide eine wachsende Zuneigung füreinander empfinden. Sie und ein weiteres Teammitglied erfahren per Zufall, dass Beide sich mehrmals außerhalb der Maßnahme getroffen haben

Spielt das therapeutische Angebot (Einzel- oder Gruppentherapie, Sportangebot oder Anderes (Massage, Autogenes Gruppentraining etc.) eine Rolle bei der Bewertung?

Schule

Während des Unterrichts zeichnet sich sehr rasch ab, dass zwischen einem Lehrer und einer Schülerin eine sehr intensive Beziehung entsteht, bei der beide eine wachsende Zuneigung füreinander empfinden. Sie und ein weiteres Mitglied aus dem Kollegen/innenkreis erfahren per Zufall, dass Beide sich außerhalb der Unterrichtszeit getroffen haben

Spielt das Alter der Schülerin eine Rolle bei der Bewertung?

Was wäre, wenn das Treffen zu einem Zeitpunkt stattfindet, als die Schülerin bereits die Schule beendet hat?

Wie würde die Bewertung ausfallen, wenn sich die Situation zwischen einem Betreuer im Jugendzentrum und einer Jugendlichen, dort ihre Freizeit verbringt, abspielen würde?

Seniorenbetreuung

Eine Frau kommt regelmäßig mit ihrem schwer erkrankten Vater, den sie zu Hause pflegt, zu einer Behandlung, die ärztlicherseits empfohlen wurde, um eine Symptomverbesserung zu bewirken. Es zeichnet sich sehr rasch ab, dass zwischen dem Behandler und der Frau eine sehr intensive Beziehung entsteht, bei der beide eine wachsende Zuneigung füreinander empfinden. Sie und ein weiteres Mitglied aus dem kollegialen Umfeld erfahren per Zufall, dass Beide sich außerhalb der Behandlung getroffen haben

Spielt die Art der Behandlung eine Rolle bei der Bewertung?

8. Beispiele aus der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen und aus der Familienberatung

Renate Lezius-Paulus

Der Aufsatz zur Ethik in der Kinder- und Jugendpsychotherapie im ersten Teil des Handbuchs bietet zur Thematik ausreichend Material, um die folgenden Beispiele unter ethischen Aspekten diskutieren zu können:

- Welche Konflikte werden aufgeworfen?
- Wie lassen sie sich konstruktiv lösen oder für eine zufrieden stellende Arbeit nutzen?
- Um welche Fallbeispiele und Konfliktsituationen aus der praktischen Arbeit kann die Sammlung ergänzt werden?

Fall 1

Eine allein erziehende Mutter kommt mit ihrer 15-jährigen Tochter zum Erstgespräch in die Erziehungsberatungsstelle. Sie möchte für ihre Tochter eine Therapie wegen ihrer Essstörungen. Ihre Tochter sei unter der Bedingung mitgekommen, alleine mit der Therapeutin sprechen zu dürfen. Schon nach wenigen Gesprächen stellt sich heraus, dass die Tochter unter einer extremen Zwangssymptomatik leidet, sich selbst verletzt, suizidale Gedanken hat und durch ihre Mutter sexuelle Grenzverletzungen erlitten hat. Ihre Mutter sei seit langem in psychotherapeutischer Behandlung wegen Suizidversuchen und einer Magersucht. Die Jugendliche möchte auf keinen Fall, dass ihre Mutter etwas von ihrer Symptomatik und ihren Problemen erfahre oder an gemeinsamen Gesprächen teilnehme.

Fall 2

Die Ärztin des Gesundheitsamtes meldet ein siebenjähriges türkisches Mädchen an, es brauche Spieltherapie. Das Mädchen sei in einer Sprachheilkunde und spreche nicht. Angeblich rede sie zu Hause deutsch und türkisch. Da beide Eltern nur wenig Deutsch sprechen, würde eine ältere Schwester das Kind zur Therapie bringen. Die 12-jährige Schwester berichtet, dass sie sechs Geschwister habe, zwei ältere Brüder und vier jüngere Schwestern, davon drei unter fünf Jahre. Der Vater sei arbeitslos, die Mutter gehe putzen, wenn die beiden größeren Mädchen zu Hause seien, außerdem sei die Mutter wieder schwanger. Nach ca. fünf Spieltherapiestunden, in denen eine Verständigung mit der 7-Jährigen über Nicken und Kopfschütteln möglich ist, fängt sie an zu flüstern. Der deutsche Wortschatz ist nicht altersentsprechend. Außerhalb der Familie hat sie keine Kontakte. Sie versorgt am Nachmittag ihre kleinen Geschwister. Die Familie hat keinen Beratungsbedarf: zu Hause sei alles in Ordnung.

Fall 3

Ein 13-jähriger Junge, der von anderen Jugendlichen körperlich misshandelt worden ist, Angstzustände hat und seit einigen Wochen nicht mehr zur Schule geht, wird zur Therapie bei einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin angemeldet. Die Therapeutin hat zwar einen Therapieplatz, ist jedoch skeptisch, ob sie die Therapie beginnen soll. Es gibt Druck von den Eltern und vom Jugendamt, dass der Junge möglichst umgehend wieder zur Schule gehen soll.

Fall 4

Eine Mutter meldet ihren 5-jährigen Sohn an, damit er psychologisch untersucht wird und ihm in einer Therapie geholfen werde, seine Trauer zu verarbeiten. Vor einem Jahr sei ganz plötzlich seine von ihm sehr geliebte Oma gestorben, und zwar ausgerechnet an seinem 4. Geburtstag kam der Anruf vom Opa. Der Sohn habe seitdem kein Wort über den Tod der Oma verloren, und er habe nicht geweint, weder auf der Beerdigung, noch zu einem späteren Zeitpunkt. Während des Erstgesprächs wirkt die Mutter sehr belastet und ihr steigen immerzu wieder Tränen in die Augen. Darauf angesprochen sagt sie, sie selbst habe den Tod ihrer Mutter gut verarbeitet. Sie spüre, ihr Sohn brauche dringend Hilfe.

Fall 5

Die 10-jährige Tochter eines Ägypters und seiner deutschen Frau ist wegen psychosomatischer Beschwerden, Einschlafstörungen, Konzentrationsmangel und allgemeiner Ängstlichkeit seit einem halben Jahr in psychotherapeutischer Behandlung. Bei einem die Therapie begleitenden Elterngespräch, zu dem der Vater alleine erscheint, teilt er der Therapeutin mit, seine Frau sei an Krebs erkrankt und werde wohl in Kürze im Krankenhaus sterben. Es sei der ausdrückliche Wunsch seiner Frau, dass er seinen Kindern nicht erzähle, dass sie sterben werde. Beide hätten sie den Wunsch, dass die Therapeutin ihre kleine Klientin zur und während der Beerdigung begleite. Sie sei die wichtigste Bezugsperson für seine Tochter und werde auch für ihn eine Stütze sein an dem Tag.

Fall 6

Eine 15-Jährige ist, nachdem sie von rechtsradikalen Jugendlichen misshandelt und durch *Stalking* über mehrere Monate so eingeschüchtert wurde, dass sie in ihren schulischen Leistungen rapide absank und ihre Mutter sie täglich mit dem Auto zur Schule fahren musste, seit einem Jahr in Psychotherapie mit deutlichen Verbesserungen der Symptomatik und gewachsenem Selbstbewusstsein. Sie schreibt Musiktexte und vertont sie in einem Studio. Sie setzt sich in den Texten mit rechtsradikalem Gedankengut und Rassismus auseinander. Da ihr Vater Engländer ist, spricht sie fließend Englisch. Sie liebt „schwarze Musik“ und hat einen farbigen Freund, den ihre Eltern kennen. Ihre Mutter bittet die Therapeutin um ein vertrauliches Gespräch, es sei extrem wichtig. Die Tochter sei händchenhaltend mit ihrem farbigen Freund gesehen worden. Sie werde deswegen im Dorf als „Schlampe“ bezeichnet, wende sich provokativ von ihren früheren deutschen Freunden ab und sei im Gespräch mit ihren Eltern völlig uneinsichtig, obwohl sie doch schon einmal „Opfer“ geworden sei. Die Tochter dürfe nicht wissen, dass ihre Mutter da gewesen sei. Sie mache sich große Sorgen.

Fall 7

Im Verlauf einer Kinderpsychotherapie mit einem 8-jährigen Jungen, der wegen Einkoten und fehlender Impulskontrolle seiner Affekte in der Schule angemeldet wurde, gibt es vermehrt Hinweise auf körperliche Gewalterfahrung im Elternhaus. Der Junge äußert Ängste, ins Heim zu kommen, wenn er weiterhin in der Schule so oft ausrasten würde. Er habe auch Angst, dass sich seine Eltern scheiden lassen würden, weil sie so viel Ärger wegen ihm hätten. Die Eltern betonen, zu Hause sei er völlig unauffällig, kümmere sich sehr lieb um seine kleine Schwester. Es müsse an der Schule liegen. Die Lehrer würden sich für nichts interessieren.

Fall 8

Eine Mutter meldet ihren 6-jährigen Sohn auf Drängen des Hortes zur Kinderpsychotherapie an, nachdem der Therapiebedarf dieses Jungen auch von der Kinder- und Jugendpsychiaterin festgestellt wurde. Die Mutter lebt nach langjährigen Gewalterfahrungen durch ihren Ehemann und zwei Aufenthalten im Frauenhaus getrennt in eigener Wohnung. Der Vater des Kindes besteht auf regelmäßige Besuchskontakte des Jungen über Nacht bei ihm. Die Eltern erscheinen einträchtig zu den Elterngesprächen und betonen, seit der Trennung würden sie sich bestens verstehen. Es ist nicht zu übersehen, dass die Mutter weiterhin Angst vor ihm hat. Das Kind ist nach den Besuchen beim Vater in der Schule und im Hort extrem auffällig durch selbstverletzendes Verhalten und aggressive Ausbrüche gegen andere Kinder, auch gegen seine wenigen Freunde. Der Therapeutin gegenüber betont er, wie stark und toll sein Vater sei.

Fall 9

Der 14-jährige Jugendliche einer allein erziehenden Mutter ist seit zwei Jahren bei einem Kinder- und Jugendlichentherapeuten. Er hatte sich nach der Trennung seiner Eltern völlig von Gleichaltrigen isoliert, litt unter Kopfschmerzen und depressiven Verstimmungen, hatte Suizidäußerungen gemacht. Sein Vater hatte eine Freundin, die selbst einen Sohn hatte und zeigte kein Interesse an Besuchskontakten mit seinem eigenen Sohn. Der Therapeut entwickelte eine starke Sympathie für den Jungen und konnte ihn zwischenzeitlich für sein eigenes Hobby Kanufahren interessieren und begeistern. Der Jugendliche hatte sich einen Kanu-Verein gesucht, in welchem er regelmäßig trainierte. Seitdem hatte sich seine psychische Befindlichkeit deutlich stabilisiert und die Therapie stand kurz vor ihrem Abschluss. Der Therapeut überlegte, ob er ihn zum Abschied nicht zusammen mit seiner Frau und seiner 12-jährigen Tochter auf eine geplante einwöchige Kanutour durch die Mecklenburgische Seenplatte einladen solle, das Einverständnis der Mutter vorausgesetzt.

Fall 10

Die Mutter meldet ihre 9-jährige Tochter an. Sie sei unkonzentriert, lüge, stehle und schwänze die Schule. Sie spiele alle gegeneinander aus. „Vielleicht gibt es ja einen Zusammenhang mit der Vergangenheit und der Scheidung, die wir hatten“. Das Mädchen wird über lange Zeit kindertherapeutisch betreut, wobei begleitende Beratungen nur schleppend laufen und auch die Termine für das Mädchen von der Mutter nicht wirklich mitgetragen werden. Der (geschiedene) Vater ist da zugänglicher und kann sich eher in das Kind einfühlen, gemeinsame Termine mit den Eltern bergen jedoch neues Konfliktpotential wegen der noch nicht bewältigten gemeinsamen Vergangenheit. Die Verhaltensauffälligkeiten verändern sich nur unwesentlich, so dass trotz guter tragfähig erlebter therapeutischer Beziehung zu dem Kind die Weiterverweisung an eine Kinder- und Jugendlichenpsychiaterin empfohlen wird.

Als Jugendliche meldet sich das Mädchen wieder bei ihrer Therapeutin und spricht über die körperliche Gewalt, die sie als Kind auch während der Therapie durch ihre Mutter erfahren habe, nimmt sie jedoch sofort wieder in Schutz. Als mittlerweile 17-jährige minderjährige Mutter eines kleinen Sohnes versucht sie – als Mutter – nicht so zu werden wie ihre Mutter, d. h. ihn in selbst erlebten Überforderungssituationen nicht zu schlagen und holt sich dafür professionelle Hilfe.

Fall 11

Ein fast vier Jahre alter Junge wird von seiner Mutter angemeldet, weil er im Kindergarten „ein kleiner, schwieriger Fall“ sei. Er bekomme Ergotherapie, haue Kinder und füge sich nicht so ein, wie er solle. Dies sei nach acht Wochen schon sein 2. Kindergarten, in dem er nicht mehr tragbar sei. Da die Mutter schwer traumatisiert, keine eigene Psychotherapiemotivation oder Krankheitseinsicht hat und mit Beratung nicht erreichbar ist, werden über eine lange Terminsequenz mit Hilfe von Zivildienstleistenden (über den Besuch eines 3. und 4. Kindergartens hinweg) die kindertherapeutischen Termine sichergestellt. Der Junge klagt die Termine richtiggehend ein, die Mutter will auch, dass sie stattfinden, aber ohne ihre Beteiligung. Stereotyp spielt er das Trauma der Mutter nach und verändert unendlich langsam sein Verhaltensrepertoire. Der Junge galt zwischenzeitliche bei der Begutachtung durch die Lebenshilfe als pseudodebil und nicht beschulbar. Mittlerweile besucht er (acht Jahre alt) mit guten Leistungen und guter Integration eine Schule für Lernhilfen.

Fall 12

Nach der 1. Anmeldung der fast 3-jährigen Tochter wegen der Trennung seiner Eltern erfolgten weitere Anmeldungen des Kindes wegen allgemeiner Erziehungsprobleme und wiederholtem Klauen, seit das Kind fünf Jahre alt war. Schnell stellte sich heraus, dass das Kind als Säugling schwerste Verbrühungen erlitten hatte. Die durchgeführten kindertherapeutischen Termine wurden von dem Kind erst mit Skepsis, dann mit großer Begeisterung angenommen. Die Mutter allerdings versuchte vermehrt, den Kontakt zu unterwandern, da sie sehr eifersüchtig auf die sich entwickelnde Beziehung reagierte. Das Mädchen klagte mit zunehmendem Alter Termine für sich ein, ohne sich jedoch inhaltlich einzulassen. Als die Mutter den Kontakt nach einer 2-jährigen Pause wieder aufnahm, wollte das Mädchen (mittlerweile 14 Jahre) nicht mehr zu Terminen kommen (und kam auch nicht oder nur verweigernd).

Fall 13

Die 11-jährige zweitälteste Tochter von vier Kindern (älterer Bruder, jüngere Schwester und Bruder) wird von der Kinder- und Jugendpsychiaterin mit der Bitte um spieltherapeutische Kontakte in die Erziehungsberatung (EB) geschickt. Die Mutter ist selbst in Therapie, Hintergrund ist eine hochstrittige Scheidungsgeschichte der Eltern. Der ältere Bruder wird in der ärztlichen Praxis behandelt. Während der Therapie gibt es Hinweise auf eine depressive Störung mit zunehmendem Rückzug aus der Realität. Da sich die Scheidung der Eltern zuzuspitzen scheint, wird die Empfehlung einer niedergelassenen Psychotherapeutin angesprochen mit der Möglichkeit für eine längerfristige Therapie. Die Wartezeit soll in der EB überbrückt werden, obwohl die angebotene Stundenzahl von 20 Kontakten schon fast erreicht ist. Nach einer dramatischen Versöhnung des Vaters mit seiner Frau und seinen Kindern (er hatte eine Freundin) stirbt der Vater an Herzversagen. Die 11-Jährige, unterstützt von ihrer Mutter, will den Wechsel zu einer anderen Therapeutin nicht mehr. Beide bitten eindringlich um weitere Therapie und Begleitung in der EB.

Fall 14

Die sozialpädagogische Familienhelferin meldet ein 6-jähriges Mädchen aus einer ihr betreuten Familie zusammen mit der Mutter des Kindes in der EB (Abteilung des Jugendamtes) an mit dem Hinweis, das Kind brauche eine Spieltherapie und die Eltern eine Paarberatung. Das Kind müsse seine frühen Kindheitserlebnisse in dieser chaotischen Familie aufarbeiten (Vater Alkoholiker). Wenn die Eltern sich nicht kooperativ zeigen würden, müsse man die Familienhilfe einstellen und u. U. über Fremdunterbringung des Kindes in einer Pflegefamilie entscheiden.

9. Fallkonstellationen: Ethische Konflikte, die aus divergierenden Empfindungen/Werten/Arbeitsaufträgen etc. resultieren können

Monika Holzbecher

Erlebte Diskrepanzen im eigenen Erleben und bei Arbeitsaufträgen können in allen Bereichen der Arbeit mit Menschen zu Konflikten führen. Innerpsychische Konflikte (soll ich eingreifen oder erspare ich mir Arbeit/Ärger?), aber auch solche, die von außen heran getragen werden, erfordern eine Auseinandersetzung und Entscheidung.

- Welche unterschiedlichen Sichtweisen, Emotionen und resultierenden Reaktionen bestimmen den Umgang mit beobachteten Aggressionen (z. B. unter Kindern und Jugendlichen), die zu verbalen und körperlichen Übergriffen führen.
- Welche Beispiele fallen Ihnen im Bereich der Altenpflege/Psychiatrie ein, die aus den unterschiedlichen Bedürfnissen von Beschäftigten/Angehörigen und Senioren/innen resultieren können (Beispielsweise, wenn die Bewegungsfreiheit eines Menschen, der sich selbst nicht dazu äußern kann, durch stundenweise Fixierung im Bett eingeschränkt werden soll, um die Verletzungsgefahr zu mindern).
- Bei Konflikten am Arbeitsplatz wird beispielsweise eine externe Supervision/Beratung/Fortbildung beschlossen, mit dem üblichen Arbeitsauftrag, eskalierte Störungen rasch zu beseitigen und reibungslose Abläufe wiederherzustellen. Die Schuld für die Konflikte wird von den Auftraggebern/innen meisten an bestimmten Personen und Personengruppen „festgemacht“ und damit der Arbeitsauftrag definiert. Welche ethischen Konflikte können sich im weiteren Verlauf ergeben?
- In der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen können Konflikte z. B. dadurch entstehen, dass Eltern den Auftrag formulieren, die von ihnen gesehenen „Störungen“ und „Probleme“, die ihrem Kind zugeordnet werden, „beheben“ zu lassen. In den ersten Gesprächen mit dem Kind/Jugendlichen ergeben sich jedoch, wie üblich, dem widersprechende Eindrücke. Sie wissen jedoch, dass die Eltern mit starkem Widerstand

reagieren werden, wenn sie deren Anteil an den Symptomen thematisieren würden.

- Wie gehen sie beispielsweise damit um, wenn ein Vater die Therapie/Beratung seiner Tochter privat bezahlt und sich im Verlauf der Behandlung der Verdacht erhärtet, dass er das Mädchen als Kleinkind misshandelt/sexuell missbraucht hat. Die Tochter möchte ihn damit konfrontieren, befürchtet jedoch, dass er dann die Therapie nicht mehr finanzieren wird.

Hätte es auch dann einen Einfluss auf die Therapie, wenn eine Konfrontation vermieden wird?

- Wie verhalten Sie sich, wenn eine Frau das Honorar übernimmt, um die Stunden ihres mittellosen, unter starken Beeinträchtigungen leidenden Freundes finanzieren zu können. Die Partnerin möchte mit der Finanzierung die Beziehung retten, die unter der Symptomatik stark gelitten hat. Es kristallisiert sich in den Einzelgesprächen rasch heraus, dass er die Beziehung gerne beenden möchte, sich aber emotional verpflichtet fühlt, bei ihr zu bleiben und er sich zudem, so seine Aussage, in seiner finanziellen Situation keinen Auszug leisten könne.

Welche weiteren Konflikte fallen Ihnen ein? Welche Fragen ergeben sich aus den Fallkonstellationen? Welche ethischen Konflikte werden deutlich? Wovon hängt Ihre Reaktion ab? Würde sich Ihre Einschätzung ändern, wenn das Geschlechterverhältnis umgekehrt wäre? Wie könnte der Konflikt gelöst werden?

10. Spezielle Aspekte und Konfliktsituationen in der Ausbildung

Monika Holzbecher

Auch in Ausbildungssituationen kann es zu unvorhergesehenen Konflikten kommen, die zu Störungen im Vertrauensbereich führen können, z.B. in folgenden Bereichen:

1. Vertragsgestaltung

z. B. Kostenregelung: wenn eine Ausbildung abgebrochen wird (Konfliktfall: Die Ausbildungsausschreibung stimme nicht mit den tatsächlichen Inhalten überein und habe falsche Erwartungen geweckt)

2. Bewertung/Prüfung

Wie wird beurteilt, ob ein Kandidat/eine Kandidatin die Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat? (Konfliktfall: Nach dreijähriger Ausbildung ohne negative Rückmeldung fühlt sich ein Ausbildungskandidat um sein investiertes Geld „betrogen“, weil die Endprüfung negativ ausfiel und damit das Ausbildungszertifikat verweigert wurde)

3. Kontakt

Die personenzentrierten Grundregeln (Kongruenz, Wertschätzung etc.) sind auch während der Ausbildung im Kontakt zwischen Ausbilder/in und Ausbildungskandidat/in selbstverständlich. (Konfliktfall: Eine Ausbildungskandidatin, die sich als Außenseiterin in der Gruppe fühlt und deren Kompetenzen bei diversen Übungen angezweifelt werden, empfindet sich auch vom Ausbilder/der Ausbilderin nicht akzeptiert und „falsch“ gesehen)

Welche anderen Konflikte, die ethische Aspekte beinhalten, sind während der Ausbildung typisch/möglich?

Welche Lösungen bieten sich an und sind möglich?

Ein Fallbeispiel „Ausbildung“

Ein Ausbildungskandidat/eine Kandidatin befindet sich in der Endphase der Ausbildung. Ihr Eindruck war von Beginn an, dass diese Person psychisch noch nicht ausreichend stabil ist, um selbst Verantwortung als Berater/in oder Therapeut/in übernehmen zu können. Eine parallel zu Ausbildung laufende Eigentherapie hat bereits eine deutliche Nachreifung in der Persönlichkeit bewirkt. Im letzten Ausbildungsabschnitt, in dem die Einzelbeurteilung über die Zertifizierung entscheidet, kommt es durch eine private Verlusterfahrung (Trennung des Partners/der Partnerin) zu einem dramatischen psychischen Einbruch, so dass die erforderlichen Kompetenznachweise nicht erbracht werden können. Statt dessen ist ein Klinikaufenthalt erforderlich.

Wie kann mit der Situation umgegangen werden? Welche Überlegungen beeinflussen den weiteren Verlauf? Welche ähnlichen Konstellationen kommen vor?

Wie wirken sich Überschneidungen zwischen privatem und beruflichem Bereich auf die Ausbildung aus?

- Ein Ausbildungskandidat hat Sie, zusammen mit den Mitgliedern der Ausbildungsgruppe, zu seinem Polterabend/zum seinem 30. Geburtstag/zur Feier der Doktorarbeit etc. eingeladen?
- Die Ausbildungsgruppe tagt in einem Seminarhaus. Als Abendprogramm wird überlegt, wer Lust auf einem gemeinsamen Saunabesuch (in den Kellerräumen der Einrichtung) hat. Auch Sie als Ausbilder/in werden mit in die Planung einbezogen.
- Die Ausbildungsgruppe findet in den Arbeitsräumen ihres Privathauses statt. Zwei Teilnehmer/innen reisen von weit her an, so dass bei zweitägigen Treffen eine Übernachtung notwendig ist. Da beide sich in finanziell unsicheren Lebenssituationen befinden, stellen

diese zusätzlichen Hotelkosten ein Problem dar. Da in Ihrem Haus durch den Auszug der Kinder zwei Räume nicht genutzt werden (bzw. ein kleine Einliegerwohnung leer steht), überlegen sie, ob Sie den beiden nicht anbieten sollen, dort zu übernachten.

Teil IV

Rechtliche Aspekte und Regelungen

Monika Holzbecher

Regelungen innerhalb der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Ethische Fragestellungen und Aspekte in der Therapie, Beratung, Supervision, anderen Berufsfeldern sowie in der Ausbildung werden innerhalb des Verbandes auf verschiedenen Ebenen berücksichtigt:

- In den Ethik-Richtlinien der GwG sind die zentralen Aspekte ethischen Handelns berücksichtigt, u. a. ist jede Art von sexualisiertem Kontakt zwischen Therapeuten/innen, Beratern/innen, Ausbildern/innen und ihrem Klientel untersagt.
- Die Kurzfassung der Ethikrichtlinien liegt als Faltblattinformation für Klienten/innen und Interessenten/innen vor
- Mit der Unterschrift unter die Verpflichtungserklärung erkennt jeder/r Ausbilder/in die Richtlinien der GwG an und erklärt, in deren Sinne zu handeln.
- Ethisch relevante Aspekte und Fragestellungen, die im Berufsalltag von Bedeutung sein können, sind in den Ausbildungsrichtlinien der Weiterbildungslehrgänge (Beratung, Supervision, Therapie, etc.) als verpflichtender inhaltlicher Weiterbildungsbaustein integriert.
- Zentrales Organ für die Fragestellung ist der Ausschuss für ethische Angelegenheiten und Beschwerden, derzeit bestehend aus 6 Mitgliedern (4 Frauen und 2 Männer). Die Mitglieder (die mit ihrer eigenen Berufstätigkeit u. a. die Bereiche Ausbildung, Therapie, Beratung und Lehre an der Hochschule abdecken) werden bei der Delegiertenversammlung gewählt.

- Für Anfragen und Beschwerden, in denen Verstöße gegen die ethischen Richtlinien angesprochen werden, ist die von dem Ausschuss abgekoppelte Schiedsstelle zuständig, die aus vier Mitgliedern (der zentralen Verbandsorgane) besteht. Wird eine Beschwerde schriftlich eingereicht, prüft diese Gruppe den Sachverhalt. Hierbei kann der Ausschuss für ethische Angelegenheiten und Beschwerden als Beratungsinstanz zur Klärung hinzugezogen werden. Zielsetzung ist es, bei strittigen Beschwerden eine Klärung zu erreichen. Schwere Verstöße gegen die Richtlinien können u.a. mit einem Verbandsausschluss geahndet werden.

Übergreifende Rechtsgrundlagen

Ethische Fragen und Konflikte werden auf den unterschiedlichen rechtlichen Ebenen (staatlich, berufs- und zivilrechtlich) erfasst und gesetzlich geregelt. Im Folgenden werden die zentralen Rechtsgrundlagen und möglichen Vorgehensweisen bei Verstößen knapp umrissen. Informationen über weitere nicht aufgeführte Unterstützungsmöglichkeiten, z. B. durch das Opferentschädigungsgesetz, können per Internet erfragt werden.

1. Die Institute/Berufsverbände

Die meisten großen in der therapeutischen, beratenden und medizinischen Versorgung tätigen Verbände (und deren übergreifenden Dachverbände) haben inzwischen individuell Schieds- und Ausschlussverfahren eingerichtet, die bei Verstößen gegen die jeweils geltenden Richtlinien eingesetzt werden können. Betroffene Klienten/innen können Beschwerde einreichen und die Eröffnung eines Verfahrens beantragen.

2. Ärzte- und Psychotherapeutenkammern u. a. Institutionen

Auf der berufsrechtlichen Ebene sind übergeordnete Instanzen dafür zuständig, auf die Einhaltung der geltenden Regeln zu achten und bei Verstößen tätig zu werden. Wenn eine beschuldigte Person beispielsweise als Arzt/Ärztin oder Therapeut/in im Gesundheitssystem registriert ist, sind die in jedem Bundesland installierten Kammern für die Ermittlung bei Verstößen gegen die Berufsordnung zuständig. Heilpraktiker/innen sind den Gesundheitsämtern zugeordnet.

Eine Entziehung der Approbation ist hier auch ohne strafrechtlichen Weg möglich, z. B. dann, wenn bei den zuständigen Kammern oder Berufsgerichten ein Verfahren eröffnet wird und nachgewiesen werden kann, dass ein schwerer Verstoß gegen die im Berufsrecht verankerten Regeln vorliegt.

3. Das Zivilrecht

Das Zivilrecht regelt individuelle Forderungen, die sich aus entstandenen „Schäden“ ergeben, die durch „Dritte“ zugefügt wurden. Da im Strafrecht, das den Staat durch den Verstoß gegen die geltenden Gesetze als geschädigte Institution ansieht, nur eine eingeschränkte Möglichkeit besteht, individuelle und ausreichende Entschädigungsansprüche geltend zu machen, kann es daher notwendig sein, eine zivilrechtliche Klage einzureichen, um einen finanziellen Ausgleich zu erhalten. Hierzu muss eine Verletzung des Behandlungsvertrages bzw. eine unerlaubte Handlung nachgewiesen werden.

Eine Person, der beispielsweise Geld für nicht erbrachte Leistungen bezahlt wurde, kann auf eine Honorarrückerstattung verklagt werden. Sind zusätzliche „Schäden“ entstanden, z. B. bei einer missglückten Operation im medizinischen Bereich, können Schadenersatzansprüche geltend gemacht werden. Insgesamt wird im therapeutischen Bereich eher selten von dieser rechtlichen Möglichkeit Gebrauch gemacht, da es oft schwer fällt, eindeutig zu belegen, dass die entstandenen „Schäden“, die zumeist das psychische Erleben betreffen, ursächlich aus dem Fehlverhalten des professionell Arbeitenden entstanden sind. Zudem sind die Beträge, die als Schmerzensgeld oder

Ausgleich gezahlt werden, oftmals weitaus niedriger als erwartet, so dass der Verfahrensaufwand, der ebenfalls mit psychischen Belastungen und finanziellen Risiken verbunden ist, nicht selten als zu hoch erscheint.

4. Spezielle Rechte, auf die sich Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen beziehen können

Da es den Rahmen dieser Übersicht sprengen würde, sämtliche im Arbeitsrecht und Strafrecht geltenden Regelungen, die ethische Konflikte betreffen, zu benennen, werden im Folgenden exemplarisch die zentralen rechtlichen Möglichkeiten genannt, die sich auf sexuelle Grenzverletzungen beziehen.

Das Arbeitsrecht

Der Arbeitgeber ist im Rahmen seiner Fürsorgepflicht verantwortlich dafür, dass die Persönlichkeitsrechte z. B. auf sexuelle Integrität und Selbstbestimmung (Art. 2 Grundgesetz) beachtet werden. Er ist verpflichtet, den Betriebsfrieden zu wahren und kann (sexuell) unerwünschtes verbales und körperliches Verhalten nach arbeitsrechtlichen Grundsätzen sanktionieren. Nach § 618 BGB soll der Arbeitgeber das Arbeitsverhältnis so regeln, dass die Arbeitnehmer/innen vor Gefahr für Leib und Gesundheit geschützt sind. Dazu zählt auch die Verpflichtung zur Aufrechterhaltung der guten Sitten und des Anstands. Die Geschlechterdiskriminierung ist nach § 611a BGB und § 67 Abs. 1 Bundespersonalvertretungsgesetz verboten. Wenn ein Arbeitgeber es trotz Kenntnis von sexuellen Belästigungen unterlässt, gegen diese vorzugehen, verstößt er unter Umständen gegen seine Fürsorgepflicht.

Das Beschäftigtenschutzgesetz

Der Gesetzgeber hat die arbeitsrechtlichen Bestimmungen durch das mit dem seit 1. September 1994 in Kraft getretenen „Beschäftigtenschutzgesetz“ erweitert und Regelungen für den Problembereich der sexuellen Belästigung am Arbeitsplatz geschaffen, mit dem betroffene Personen, z. B. weibliche Angestellte, – über die bereits bestehenden Schutzgesetze hinaus – verbesserte Beschwerdemöglichkeiten erhalten. Das Gesetz gilt für alle

Beschäftigten im Öffentlichen Dienst von Bund, Ländern und Gemeinden sowie in der freien Wirtschaft. Ziel ist es, Arbeitgeber bzw. Dienstherren zu verpflichten, Maßnahmen zu ergreifen, die einen Schutz vor sexueller Belästigung und vor Wiederholungen gewährleisten. Die arbeits- und disziplinarrechtlichen Konsequenzen gegenüber den belästigenden Personen reichen von der Abmahnung über die Versetzung bis zur Kündigung. Zu den Schutzmaßnahmen für das Belästigungsopfer gehören ein Beschwerderecht, ein Benachteiligungsverbot und, unter bestimmten Voraussetzungen, ein Leistungsverweigerungsrecht (ohne Minderung des Einkommens). Schließlich enthält das Gesetz auch eine Begriffsbestimmung der sexuellen Belästigung. Hierzu gehören alle Verhaltensweisen, die bisher schon vom Strafrecht erfasst waren, sowie alle übrigen unerwünschten, sexuell bestimmten körperlichen Berührungen, Bemerkungen sexuellen Inhalts sowie das Zeigen und sichtbare Anbringen von pornographischen Darstellungen. Diese Regelung gilt unabhängig davon, ob die Belästigung durch Kollegen, Vorgesetzte oder durch sog. Dritte (Kunden, Klienten, Patienten) erfolgt, die sich nur vorübergehend an der Dienststelle, bzw. dem Arbeitsplatz aufhalten.

Im Runderlass des NRW-Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit (IIB3-2382), der für die Landeseinrichtungen verpflichtend gilt, werden die im Beschäftigtenschutzgesetz verankerten Regelungen seit August 2002 konkretisiert, z. B. die Führungsverantwortung der Vorgesetzten bei der Gestaltung des Arbeitsklimas betont und Beschwerdewege aufgezeigt, die Betroffene zur Gegenwehr ermutigen sollen. In einigen Bundesländern existieren schon länger Regelungen zum Umgang mit sexueller Belästigung, die Bestandteil der jeweiligen Landesgleichstellungsgesetze, Frauenförderpläne o.ä. sind.

5. Das Strafrecht

Liegen Verstöße gegen gesetzliche Regelungen vor, mit denen die Grundrechte der Bürger und Bürgerinnen eines Staates verletzt werden, ist das Strafrecht für die weitere Bearbeitung zuständig. Die Anzeige bei der Polizei bildet den Ausgangspunkt für das weitere Vorgehen.

1998 wurde mit der Revision des Sexualstrafrechts eine Verbesserung des Schutzes gegen

sexuellen Missbrauch (§ 174c StGB) bewirkt. Sexuelle Grenzverletzungen z. B. werden verschiedenen Paragraphen und dementsprechenden Delikten) zugeordnet: Sexualbeleidigungsdelikt (§ 185 StGB), Körperverletzungsdelikt (§ 223 StGB) Missbrauch von Schutzbefohlenen (§ 174 StGB), Sexuelle Nötigung und Vergewaltigung (§ 177 StGB), Exhibitionistische Handlungen (§§ 183 und 183a StGB) sowie Verbreitung pornographischer Schriften (§ 184 StGB).

Das zuvor bereits geltende Verbot von sexuellen Handlungen gegenüber Kindern, Schutzbefohlenen und Personen mit einer geistigen oder seelischen Erkrankung oder Behinderung wurde erweitert: Es „wird bestraft, wer sexuelle Handlungen an einer Person, die ihm zur Beratung, Behandlung oder Betreuung anvertraut ist, unter Missbrauch des Vertrauensverhältnisses vornimmt oder an sich vornehmen lässt“. Unter diese derzeit geltende Rechtsprechung fällt daher nicht nur der therapeutische Kontext, sondern auch die Beratungsarbeit und der gesamte Bereich der Betreuung, der von Abhängigkeitsstrukturen geprägt ist. Die sexuellen Handlungen müssen allerdings, so wird im § 184c StGB ausgeführt, „von einiger Erheblichkeit“ sein, wodurch sich Definitionsspielräume ergeben, die im Einzelfall zu unterschiedlichen Auslegungen führen können.

Bei einem Gerichtsverfahren wird das Opfer vor Gericht als Zeugin geladen und kann sich rechtlich in der Nebenklage anwaltlich vertreten lassen. Zu beachten ist jedoch, dass hierdurch Kosten entstehen, die bei einem ungünstigen Ausgang des Verfahrens selbst getragen werden müssen, wenn keine Prozesskostenbeihilfe möglich ist. Als besonders schwierig wird es von den TherapeutInnen, BeraterInnen erlebt, wenn es sich um einen Missbrauchsverdacht handelt, von dem ein Kind betroffen ist. Hier sind immer wieder Fälle aufgedeckt worden, bei denen Seelsorger, Betreuungspersonen in psychiatrischen Kliniken etc. ihre berufliche Situation für Grenzverletzungen ausgenutzt haben. Der verantwortungsbewusste Umgang mit dem Anliegen, den weiteren seelischen Schaden des betroffenen Kindes möglichst gering zu halten, führt zu dem Dilemma, dass jedes Vorgehen zu einer großen Belastung für die Opfer werden kann, zumal die TäterInnen zumeist leugnen, die kindliche Zeugenaussage weniger glaubwürdig erscheint und eine Aufdeckung häufig erst

dann erfolgreich verläuft, wenn ähnliche Aussagen von mehreren Kindern vorliegen.

Neben einer Bewährungsauflage, die im Adhäsionsverfahren mit einer Schadensersatz- oder Schmerzensgeldforderung gekoppelt sein kann, kann das Gericht auch eine Freiheitsstrafe, ein zeitweise geltendes oder dauerhaftes Berufsverbot (§ 70 StGB) verhängen. Letzteres ist bei Wiederholungsgefahr, insbesondere, wenn Kinder betroffen sind, möglich.

Wenn es zu unrechtmäßigen Handlungen während einer Behandlung gekommen ist, die über die Krankenkasse als Heilbehandlung abgerechnet wurde, kann auch ein Betrug (§ 263 StGB) angezeigt werden.

6. Übergreifende Aspekte bei einem juristischen Vorgehen

Als größte Hürde in der Beschwerdeführung und Anklage bei Verstößen stellt sich – unabhängig vom gewählten Verfahren) weiterhin die Beweislast heraus. Da Grenzverletzungen meistens ohne ZeugInnen geschehen, steht bei der Bewertung des Vorgefallenen Aussage gegen Aussage. Empfohlen wird daher, möglichst sorgfältig und präzise festzuhalten, worauf sich die Beschwerde oder Anschuldigung bezieht, d.h. Protokolle anzufertigen, sich Details und Rahmenbedingungen zu merken (insbesondere Datum, Uhrzeit, Wortlaut bei mündlichen Äußerungen etc.). Hilfreich ist insbesondere schriftliches Material, z. B. Briefe, Notizen etc., aus dem Grenzverletzungen abgeleitet werden können.

Auf Grund der schwierigen Beweislage und der mit einem Verfahren einhergehenden enormen psychischen Belastung verzichten die meisten Betroffenen darauf, offizielle Schritte einzuleiten. Da auch die Gefahr einer Gegenanschuldigung besteht (z. B. wegen Rufschädigung) oder an der psychischen Gesundheit der Opfer gezweifelt wird (ihnen schwere psychische Defekte unterstellt werden, aus denen sexuelle Phantasien oder Fehlinterpretationen resultieren), schätzen die Betroffenen die Risiken als zu hoch ein.

Wichtig ist es auch, eventuelle Verjährungsfristen zu beachten. Da Betroffene – wenn überhaupt – häufig erst nach Jahren über das Erlebte sprechen

und erst nach einem langen inneren Klärungsprozess das Recht für sich in Anspruch nehmen, Schritte gegen die beschuldigte Person einzuleiten, ist die vorgesehene Zeitspanne oftmals bereits überschritten, so dass manche rechtlichen Möglichkeiten nicht mehr genutzt werden können. Es kann auch vorkommen, dass bestimmte Regelungen (z. B. Ethikrichtlinien des zuständigen Institutes/Berufsverbandes) zum Tatzeitpunkt noch nicht galten und daher eine Sanktionierung erschwert wird.

Doch erfreulicherweise werden immer mehr Verfahren mit einem zufrieden stellenden Ausgang für die Betroffenen abgeschlossen, so dass die Chancen, rechtlich angemessene Unterstützung zu erhalten, deutlich gestiegen sind.

Ergänzende Materialien

Ethikrichtlinien der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (Anhang)

Informationsmaterialien der GwG

Erhältlich über die Geschäftsstelle, Melatengürtel 125a, 50825 Köln und abrufbar unter www.gwg-ev.org

- Basismappe der GwG
- Richtlinien und Durchführungsbestimmungen für die Weiterbildung Personenzentrierte Beratung (GwG) – Grundstufe und Aufbaustufe
- Richtlinien und Durchführungsbestimmungen für die Weiterbildung in Klientenzentrierter Psychotherapie, 1999
- Richtlinien und Durchführungsbestimmungen für die Weiterbildung in Personenzentrierter Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, 1999
- Richtlinien und Durchführungsbestimmungen für die Weiterbildung in Personenzentrierter Beratung mit Kindern, Jugendlichen und deren Bezugspersonen, 2000

Populärwissenschaftliche Bücher

Besonders zu empfehlen für TherapeutInnen sind die Taschenbücher von Irvin D. Yalom, darunter „Die rote Couch“, btb Verlag 1996, ISBN 3-442-72330-2

Ethische Richtlinien

der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V.
Fachverband für Psychotherapie und Beratung

(verabschiedet von der Delegiertenversammlung 12./13.5.2001)

Präambel

Professionelles personenzentriertes Handeln bedeutet einen besonders verantwortlichen Umgang mit Menschen, mit der beruflichen Aufgabe und mit der eigenen Person. Die Mitglieder der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie tragen dafür Verantwortung, sich selbst mit ethischen Fragen auseinanderzusetzen und die Auseinandersetzung mit diesem Thema in den Institutionen zu fördern und zu unterstützen, in denen sie tätig sind.

Die ethischen Richtlinien der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie dienen

- a) dem Schutz von Klientinnen und Klienten vor unverantwortlicher Anwendung der klientenzentrierten Psychotherapie und Personenzentrierten Beratung durch alle therapeutisch, beratend und in der Ausbildung tätigen Mitglieder des Verbandes
- b) der Handlungsorientierung für die Mitglieder des Verbandes
- c) der Information der Öffentlichkeit über berufsethische Standards, denen die Mitglieder des Verbandes verpflichtet sind
- d) als Grundlage für die Abklärung und Handhabung von Beschwerden.

Die Mitglieder der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie verpflichten sich, die ethischen Richtlinien einzuhalten.

1. Geltung

Die nachfolgenden ethischen Richtlinien sind für alle Mitglieder der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie verbindlich. Sie gelten in allen Arbeitsbereichen, wie Psychotherapie, Beratung, Ausbildung, Supervision, For-

schung, Erziehung, Seelsorge, Organisation und Verwaltung.

2. Qualifikation und Fachkompetenz

Die Mitglieder des Verbandes verpflichten sich, ihre fachliche Qualifikation so einzusetzen, daß sie der Förderung der psychischen, psychosomatischen und psychosozialen Gesundheit und der Reifung und Entwicklung der Persönlichkeit von Klientinnen und Klienten dient. Sie respektieren die persönliche Integrität jeder Person und meiden jeden Mißbrauch ihrer Kompetenz und der Abhängigkeit von Personen, mit denen sie arbeiten.

Die Mitglieder des Verbandes verpflichten sich, nur solche Leistungen anzubieten, für die sie eine entsprechende Qualifikation und Kompetenz erworben haben. Sie informieren sich durch regelmäßige Fortbildung über den aktuellen Stand der Forschung, der Theoriebildung und der methodisch/praktischen Entwicklungen auf dem Gebiet der von ihnen eingesetzten professionellen Methoden. Sofern es angezeigt ist, arbeiten sie mit anderen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Angehörigen anderer Berufsgruppen zusammen.

3. Informationspflicht gegenüber Klientinnen und Klienten

Die folgenden Bestimmungen gelten insbesondere für die Zusammenarbeit mit Klientinnen und Klienten im Rahmen von Psychotherapie und Beratung. Im Kontext anderer Arbeitsbereiche sind sie sinngemäß anzuwenden.

Durch entsprechende Informationen sollen Klientinnen und Klienten in die Lage versetzt werden zu entscheiden, ob, in welchem Umfang und bei

wem sie Psychotherapie oder Beratung in Anspruch nehmen wollen.

Vor Beginn einer Psychotherapie oder Beratung ist bei Bedarf über folgende Punkte zu informieren:

- a) Art der Methode, des Settings und der Ausbildung der Therapeutin/des Therapeuten bzw. der Beraterin/des Beraters
- b) alternative und/oder ergänzende Behandlungsmöglichkeiten
- c) Fragen der Dauer der Psychotherapie bzw. der Beratung und über Möglichkeiten der Beendigung der Behandlung
- d) finanzielle Bedingungen wie Honorar, Mehrwertsteuer, Umsatzsteuer, Zahlungsmodus, Kostenerstattung und wie versäumte Stunden abgerechnet werden
- e) Schweigepflicht
- f) Tonaufzeichnungen und deren Verwendung für die Supervision
- g) Möglichkeit der Inanspruchnahme eines Schlichtungsverfahrens und der Beschwerde bei der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e. V.

Die Information über die Bedingungen hat sachlich, verständlich und angemessen zu erfolgen.

Vor Beginn der Durchführung einer Psychotherapie ist nach Möglichkeit ein schriftlicher Psychotherapievertrag zu schließen. Sofern es sich um eine Eigene Einzeltherapie im Sinne der Ausbildungsrichtlinien handelt, ist dies schriftlich zu vereinbaren.

4. Umgang mit Informationen und Daten

Die Mitglieder des Verbandes unterstehen bei ihrer Berufsausübung den gesetzlichen Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzes. Die Bestimmungen zur Schweigepflicht und zum Datenschutz sollen auf eine Art und Weise eingehalten werden, die jeden Mißbrauch ausschließt. Unabhängig von der rechtlich geregelten Schweigepflicht der einzelnen Berufsgruppen besteht grundsätzlich eine Verschwiegenheitspflicht.

Dabei ist zu beachten:

- a) Sofern gesetzliche Regelungen oder Weisungen einer Behörde bzw. eines Gerichts

Therapeutinnen/Therapeuten zur Auskunft verpflichtet, sind betroffene Klientinnen und Klienten darüber umfassend zu informieren.

- b) Das Einverständnis der Klientinnen/Klienten bzw. deren gesetzlicher Vertreterinnen/Vertreter ist einzuholen, bevor z. B. Auskünfte an medizinische Dienste der Krankenkassen, Behörden etc. erteilt werden.
- c) Die Verwendung von Datenmaterial aus einer Psychotherapie oder Beratung zu Ausbildungen und Publikationszwecken ist nur nach Einwilligung der Klientinnen/Klienten bzw. deren gesetzlichen Vertreterinnen/Vertreter zulässig.
- d) Wenn Personen des sozialen Umfeldes in eine Beratung oder Psychotherapie einbezogen werden, etwa bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen, ist ein besonders verantwortlicher Umgang mit Auskünften gegenüber solchen Drittpersonen erforderlich.
- e) Die Mitglieder des Verbandes verpflichten sich, Klientinnen-/Klientenmaterial sorgfältig zu sichern und Vorkehrungen zur Sicherung dieses Materials im Falle von Krankheit, Unfall oder Tod zu treffen.

In jedem Fall sind die Mitglieder des Verbandes verpflichtet, die Schweigepflicht zu wahren und bei jeder Erteilung von Auskünften an Dritte ein Höchstmaß an Sorgfalt zum Schutz der Klientinnen und Klienten walten zu lassen.

5. Schutz von Klientinnen und Klienten

Die folgenden Bestimmungen gelten insbesondere für die Zusammenarbeit mit Personen im Rahmen von Psychotherapie und Beratung. Im Kontext anderer Arbeitsbereiche sind sie sinngemäß anzuwenden.

Klientenzentrierte PsychotherapeutInnen und Personenzentrierte BeraterInnen sind sich bewußt, daß Verlauf und Ergebnis ihrer Arbeit entscheidend durch ihre Haltung gegenüber den Klientinnen/Klienten und der Art der Beziehungsgestaltung beeinflußt sind. Sie verpflichten sich deshalb, alles zu unterlassen bzw. zu beheben, was Empathie, Wertschätzung und Kongruenz beeinträchtigen könnte. Diese Fähigkeiten dürften in der Regel dann beeinträchtigt werden, wenn neben der therapeutischen/beraterischen Beziehung andere Formen der Beziehung bestehen, wie Verwandt-

schaft, Freundschaft, wirtschaftliche oder anders geartete Abhängigkeiten.

Klientenzentrierte Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und Personzentrierte Beraterinnen/Berater achten und unterstützen das Recht von Klientinnen/Klienten auf Privatsphäre und Selbstbestimmung. Sie sind sich dessen bewußt, daß ihre eigene Sichtweise durch ihr Alter, Geschlecht, ethnische und nationale Herkunft, Religion, sexuelle Orientierung und durch ihren sozioökonomischen Status mitbestimmt wird. Sie sind darum bemüht, Einstellungen und Bewertungen, die sich auf diese oder andere Faktoren beziehen, zu reflektieren, damit sie in ihrer Arbeit nicht diskriminierend wirksam werden.

Klientenzentrierte Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und Personzentrierte Beraterinnen/Berater sind sich bei der Ausübung ihres Berufes ihrer sozialen Verantwortung bewußt. Sie setzen sich dafür ein, daß potentielle Klientinnen und Klienten die ihnen angemessene Behandlung erhalten. Sie wirken darauf hin, daß niemand wegen seines sozioökonomischen Status, seines Alters, seines Geschlechts, seiner Herkunft oder wegen anderer persönlicher Merkmale der Zugang zu einer angemessenen Psychotherapie oder Beratung verwehrt wird.

Klientenzentrierte Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und Beraterinnen/Berater sind sich dessen bewußt, daß sich im Zuge einer Behandlung ein Abhängigkeitsverhältnis ergeben kann. Sie dürfen ein solches Abhängigkeitsverhältnis nicht mißbrauchen. Mißbrauch in diesem Sinne beginnt, wenn TherapeutInnen/BeraterInnen die Beziehung zu Klientinnen oder Klienten benutzen, um ihre persönlichen, d. h. emotionalen, sexuellen, wirtschaftlichen, sozialen o.ä. Interessen zu befriedigen. Die Befriedigung solcher Interessen ist auch dann mißbräuchlich, wenn dies von Klientinnen oder Klienten gewünscht wird. Nicht erlaubt sind insbesondere jede Nötigung, finanzielle Vorteilnahme, weltanschauliche, politische und religiöse Einflußnahme sowie sexuelle Angebote, Kontakte oder Beziehungen. Solche Handlungen können Klientinnen und Klienten Schaden zufügen und stellen schwere Verstöße gegen professionelle Standards dar. Nach Ende der Psychotherapie gelten diese Richtlinien nach ethischen Erwägungen und menschlichem Ermessen weiter. Diesbezüglich kann zwischen Klientinnen/

Klienten und Ausbildungskandidatinnen/Ausbildungskandidaten aus berufsethischer und fachlicher Sicht kein Unterschied gemacht werden.

Die Verantwortung, mißbräuchliche Handlungen zu verhindern, liegt ausschließlich bei den Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, Beraterinnen/Berater oder Ausbilderinnen/Ausbilder.

Mißbräuche durch Berufskolleginnen/Berufskollegen sollen von den Mitgliedern des Verbandes bei Einwilligung der Klientinnen/Klienten bei der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e. V. zur Abklärung gemeldet werden.

Klientenzentrierte Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und Personzentrierte Beraterinnen/Berater sind sich dessen bewußt, daß die Beendigung einer Behandlung ebenso viel Aufmerksamkeit und Sorgfalt verlangt wie deren Beginn. Sie informieren ihre Klientinnen und Klienten rechtzeitig, wenn sie die Absicht haben, eine Behandlung oder ihre Berufsausübung längerfristig zu unterbrechen oder zu beenden. Sie klären ab, ob er oder sie weiterhin behandlungsbedürftig ist. Gegebenenfalls unterstützen sie ihre Klientinnen und Klienten bei der Suche nach einer Möglichkeit zur Weiterbehandlung. Andererseits sind die Mitglieder des Verbandes auch verpflichtet, auf die Beendigung einer Psychotherapie bzw. Beratung hinzuwirken, wenn die Klientin/der Klient nach aller Voraussicht davon nicht weiter profitiert.

6. Umgang mit Honorarfragen

Über Honorare, Ausfallhonorare und Aufwandschädigungen hinaus sind keine Forderungen statthaft.

7. Umgang mit verbandsinternen und interkollegialen Konflikten

Auch Beziehungen zwischen den Mitgliedern des Verbandes, unter Kollegen und zu Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sind so gestalten, daß Macht bzw. Abhängigkeitsverhältnisse nicht mißbraucht werden. Streitigkeiten und Konflikte sind vor Einreichen einer Beschwerde oder Beschreiten des Rechtsweges nach Möglichkeit auf anderem Wege zu lösen. Um zu erreichen, daß Konflikte

gewaltfrei gelöst werden, sind Möglichkeiten der Vermittlung zu suchen.

8. Beschwerden

Beschwerden gegen Mitglieder des Verbandes wegen Verletzung der Ethischen Richtlinien sind bei der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V. einzureichen.

Die Gremien des Verbandes, insbesondere der Vorstand und der Ausschuss für Ethische Angelegenheiten und Beschwerden, bemühen sich auf Antrag der Beschwerde führenden Person um eine Klärung der Sachverhalte, die zu der Beschwerde geführt haben. Vorstand und Ausschuss für Ethische Angelegenheiten und Beschwerden richten dazu eine Schiedsstelle ein. Die Mitglieder des Verbandes sind verpflichtet, an der Klärung von Beschwerden mitzuwirken.“

9. Interventionen bei Verletzung der ethischen Richtlinien

Führt der Klärungsversuch zu dem Ergebnis, daß mit einiger Wahrscheinlichkeit ein Verstoß gegen die ethischen Richtlinien stattgefunden hat, werden von Seiten des Verbandes in Abhängigkeit von der Schwere des Verstoßes und dem Verschulden des Mitgliedes entsprechende Interventionen eingeleitet.

Solche Interventionen sind:

- a) ein Kommentar zur Handlungsweise des Mitglieds
- b) eine Empfehlung für das zukünftige Handeln
- c) eine Ermahnung, bestimmte Handlungen zukünftig zu unterlassen
- d) eine Aufforderung, sich bei dem Beschwerdeführer/der Beschwerdeführerin zu entschuldigen.

Schwere Verstöße gegen die ethischen Richtlinien können darüber hinaus zum zeitweiligen oder endgültigen Ausschluß aus der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e. V. führen.

Ausschuss für Ethische Angelegenheiten und Beschwerden

Mitglieder:

Dr. Eva Arnold, Ahrensburg

Dr. Beatrix Franke, Freiburg

Dipl.-Psych. Monika Holzbecher, Essen

Dipl.-Psych. Renate Lezius-Paulus, Braunschweig

Dr. Konrad Reschke, Leipzig

Dipl.-Psych. Andreas Wittrahm, Herzogenrath

Zunehmend werden in der professionellen Arbeit in psychosozialen Berufsfeldern Fragen und Konflikte diskutiert, bei denen ethische Aspekte von Bedeutung sind. Auch wird es als notwendig angesehen, bereits während der Aus- und Fortbildung anzusetzen und das Thema Ethik zu einem verpflichtenden Ausbildungsgegenstand werden zu lassen. Dieses vom Ausschuss für ethische Angelegenheiten und Beschwerden der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V. erstellte Handbuch hat das Ziel, Anregungen zu bieten, wie dieses Ausbildungsmodul mit Inhalt gefüllt werden kann und wie ethische Aspekte innerhalb der personenzentrierten Ausbildung thematisiert werden können. Neben sexuellen Grenzverletzungen wird eine große Vielfalt an Verunsicherungen und Konflikten vorgestellt, die sich in psychosozialen Arbeitsfeldern ergeben können.

Im ersten Abschnitt sind Aufsätze zum Thema „Berufsethik“ und „personenzentrierte Ethik“ gesammelt, die der Einführung dienen. Im zweiten Abschnitt geht es um die Frage, mittels welcher Methoden das Thema „Berufsethik“ in die Ausbildung eingebracht werden kann. Vorgeschlagen wird ein variantenreicher Umgang mit berufsethischen Fragen, wobei die Beschäftigung mit „Fallvignetten“ besonders empfohlen wird. 14 Bausteine bieten zudem die Möglichkeit, zu unterschiedlichen ethischen Aspekten in der Arbeitswelt Anregungen zu erhalten, die für eine vertiefende Bearbeitung geeignet sind. Im dritten Abschnitt wird eine Vielzahl von Fallbeispielen zusammengestellt, die Anlass zur Diskussion über berufsethische Fragen geben können. Die Fallbeispiele entstammen nicht nur der Psychotherapie und Beratung, sondern einer breiten Palette von psychosozialen Handlungsfeldern.

ISBN: 978-3-926842-38-1

