

# Der lange Weg zum personenzentrierten ethischen Diskurs

## Eine personenzentriert-persönliche Betrachtung zu 20 Jahren Ethik-Arbeit in der GwG

Andreas Wittrahm

**Zusammenfassung:** In den frühen 90er Jahren berief die GwG eine Ethik-Kommission (heute Ausschuss für Ethische Fragen und Beschwerden, AfE), die einige Jahre später ihrem Auftrag entsprechend ethische Richtlinien vorlegte. Rückblickend auf 20 Jahre Mitwirkung in der Ethik-Kommission berichtet der Beitrag, wie es zu der Formulierung dieser strikten und nicht unumstrittenen Prinzipien „korrekten Verhaltens“ in Beratung und Therapie kam und warum sie aus der Perspektive der Kommissionsmitglieder und des Vorstandes damals notwendig und hilfreich waren. Zugleich deutet er das Unbehagen vieler Mitglieder an diesen nüchternen Regeln als Folge einer nicht ausreichenden Differenzierung von Moral und Ethik. In der Folge wird die Frage diskutiert, ob nicht andere Konzepte besser geeignet wären, um ethische Fragen innerhalb des personenzentrierten Bezugsrahmens anzugehen.

### Einleitung: Verlangt Ethik mehr als fachliche Kompetenz?

Beratung und Therapie braucht Regeln. Gute Beratung und Therapie braucht Reflexion. Gilt eine solche Anforderung auch über die fachlichen Standards und die Supervision des Therapeuten-Verhaltens hinaus? Muss sich das Beziehungsangebot des personenzentrierten Therapeuten an Kriterien messen lassen, die mehr verlangen als den Standard klinischen Wissens, mehr als diagnostisches und beraterisches Können? Anforderungen also, die zusätzlich zu Verstehenskompetenz und zur Bereitschaft zu (selbst-)transparenter Kommunikation „gutes“ oder gar „sittlich korrektes“ Handeln in der helfenden Beziehung sichern wollen? Ist folglich die Beachtung einer eigens beschreibbaren personenzentrierten therapeutischen Moral erforderlich? Oder kann es ein solches moralisches „Mehr“ gar nicht geben, weil die Moral im fachlich korrekten personenzentrierten Beziehungsangebot prinzipiell enthalten ist und sich ein Schadenspotential, wenn denn die Regeln der wissenschaftlichen und praxeologischen Kunst beachtet werden, nicht erkennen lässt?

In diesen wenigen Ausgangsfragen ist das gesamte Dilemma enthalten, das das Wirken und vor allem die Diskurse zunächst der

Ethik-Kommission der GwG, später des Ausschusses für Ethische Fragen und Beschwerden (AfE) untereinander, mit Beschwerdeführern und Beschuldigten, schließlich mit vielen Kolleginnen und Kollegen über 20 Jahre geprägt hat und das letztlich auch nicht aufgelöst werden kann, sondern ausgehalten werden muss.<sup>1</sup>

### 1 Der Weg zu Ethischen Leitlinien in der GwG

Es fing alles recht einfach an: In den frühen 90er-Jahren wurde das öffentliche Verlangen nach Transparenz in Psychotherapie und Beratung immer massiver (Arnold & Sonntag, 1994). Die späten Auswirkungen der Psychiatrie-Kritik, eine erste Welle der Auseinandersetzung mit sexualisierter Gewalt in verschiedensten vertraulichen und asymmetrischen (und deshalb niemals herrschaftsfreien) Beziehungen sowie schließlich manifeste Skandale um sexuellen Missbrauch in der Therapie führten viele Therapieverbände dazu, ethische Standards einzuführen und ihre Mitglieder auf einen entsprechenden Kodex zu verpflichten. Außerdem verlangte die wachsende öffentliche Sensibilität hinsichtlich des Verbraucherschutzes auch im psychosozialen Bereich nach einer Möglichkeit für Klientinnen und Klienten, sich im Falle des Eindrucks unsachgemäßer Behandlung beschweren zu können. Bevor solche Beschwerden bei unabhängigen Institutionen oder vor Gericht ankamen, waren die Therapiegesellschaften daran interessiert, intern für fairen Umgang und ggf. für Ausgleich, Wiedergutmachung und damit für Befriedung zu sorgen.

So lautete der Auftrag des Vorstandes der GwG von 1993, bestätigt durch die Mitgliederversammlung im Frühjahr 1994 an die neu berufene Ethik-Kommission, ethische Richtlinien zu entwickeln und künftig Beschwerdefälle entsprechend dieser Richtlinien zu behandeln. Es sollte acht Jahre dauern, bis eine Delegiertenversammlung im Frühjahr 2001 die heute noch gültigen ethischen Richtlinien verabschiedete. Etwa um die Jahrtausendwende wurde aus den Überlegungen des AfE heraus auch die Schiedsstelle für Beschwerden entwickelt und vom Vorstand und der Mitgliederversammlung als Vermittlungsinstanz und -verfahren für alle Streitfälle zwischen Klienten und Therapeuten einerseits sowie GwG-Mitgliedern untereinander andererseits konzi-

<sup>1</sup> Der folgende Aufsatz beruht auf meinen persönlichen Einschätzungen und Erfahrungen. Dennoch verdanke ich fast alle Einsichten den umfangreichen Diskussionen mit den Kolleginnen und Kollegen zunächst in der Ethik-Kommission und später im Ausschuss für Ethische Fragen und Beschwerden. Dabei gilt mein Dank den aktuellen Kolleginnen im AfE Dr. Beatrix Franke, Monika Holzbecher, Gabriele Isele, Renate Lezius-Paulus, Ulrike Fell und ebenso den Kolleginnen aus den ersten zehn Jahren Prof. Dr. Eva Arnold und Prof. Dr. Franz-Josef Illhardt.

piert. Dass eine solche Schiedsstelle nur tätig werden kann, wenn der Adressat der Beschwerde nachweislich (noch) GwG-Mitglied ist, hat die Beteiligten allerdings manches Mal schnell an die Grenzen ihrer Handlungsmöglichkeiten geführt.

Die Gründe für den langen Anlauf, den der AfE brauchte, um diese Instrumente der moralischen Qualitätssicherung vorzuschlagen, sind vielschichtig, aber – so lässt sich aus heutiger Sicht resümieren – letztlich steht das Problem der Differenzierung und Zuordnung von Moral und Ethik dahinter. Denn bei einer Vermischung dieser beiden nur im Deutschen eindeutig unterscheidbaren Begriffe fehlt die Basis für eine notwendige Unterscheidung zwischen der Regelsetzung (Moral) und der Reflexion der Notwendigkeit und Angemessenheit dieser Regeln sowie deren Einordnung in den personenzentrierten Theorie-Kontext (Ethik). Wo Moral und Ethik – als je für sich wichtige und berechnete – Wirklichkeiten vermischt oder verwechselt werden, gibt es keine Eindeutigkeit hinsichtlich der moralischen Orientierung darüber, was in der Therapie, der Beratung und der Ausbildung als angemessenes oder unangemessenes Verhalten zu beurteilen ist. Macht man sich darüber hinaus nicht die Mühe einer sorgfältigen und theorie-kompatiblen Begründung, welche moralischen Regeln im Personenzentrierten Ansatz warum und mit welchem Anspruch gelten sollen, bleibt die Akzeptanz der Regeln durch die Adressaten aus, misslingt die Vermittlung im Rahmen der Ausbildung und bleiben letztlich Zweifelsfälle und moralische Dilemmata unbearbeitbar.

Als Mitglieder aus der Gründungszeit der GwG haben wir, obwohl wir durchaus etwas von unserem Geschäft verstanden, lange gebraucht, um diese hilfreiche und notwendige Differenzierung in unsere eigenen Diskurse und vor allem in das verbandsinterne Gespräch einzuführen (Arnold, Illhardt & Wittrahm, 1996). Aus heutiger Sicht dürfte die Ursache in einem höchst ambivalenten Auftrag an die Ethik-Kommission liegen: Wir standen auf der einen Seite unter dem pragmatischen Druck, möglichst bald ein in der äußerst pluralen Therapeutenwelt der GwG akzeptables moralisches Regelwerk zu präsentieren. Andererseits spürten wir, dass solche Regeln dem komplexen personenzentrierten Therapieprozess nicht ohne weiteres gerecht werden dürften und taten uns mit der Formulierung entsprechend schwer.

Wir beschlossen, induktiv vorzugehen, uns als „Beschwerdestelle“ bekannt zu machen und abzuwarten, mit welchen Problemen, Dissonanzen, Übergriffen oder auch einfach nur offenen Fragen wir konfrontiert werden würden, und das half zunächst auch weiter. Es kamen genügend Beschwerden, und fast alle berührten die klassischen Konfliktfelder in zwischenmenschlichen Beziehungen: Sexualität, Macht und Geld.

In den 90er-Jahren waren die Grenzen zwischen therapeutischer Zuwendung und sexuellen Übergriffen noch nicht endgültig

fest im Bewusstsein aller Therapeuten verankert (Bachmann & Böcker, 1994). Folglich erreichten uns verschiedene Beschwerden bis hin zu Hilferufen, bei denen Klientinnen mit ihren (sexuellen) Grenzen nicht ernst genommen oder gar in ihrer Bedürftigkeit ausgebeutet wurden ohne Chance, dies innerhalb der Therapie auch nur anzusprechen, geschweige denn aufarbeiten zu können (Holzbecher, 2011).

Ein weiteres Konfliktfeld betraf die Ausbildung, die häufig vertraglich noch wenig formalisiert war. So trug man uns Streitfälle und Beschwerden vor hinsichtlich der Zulassung zu Ausbildungsgruppen, der Bewertung der Leistungen der Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten, der Abgrenzung zwischen Selbsterfahrung und Eigentherapie und der Aufnahme von Teilnehmerinnen in Ausbildungsgruppen während der Ausbildung. Auszubildende, die das Gefühl hatten, ihren Ausbilderinnen und Ausbildern ohnmächtig ausgeliefert zu sein, suchten des Öfteren den Weg zur Ethik-Kommission.

Ohnmächtig wiederum erlebten sich auch Klientinnen und Klienten im Zusammenhang mit der Beendigung von Therapien, wenn sie die Empfindung hatten, dass dahinter ein einseitiger und willkürlicher Akt des Therapeuten stehe und ihre (möglicherweise sehr großen) Beziehungswünsche „wieder einmal“ enttäuscht wurden.

Schließlich ging es ums Geld: Die Abgrenzung von Krankenkassen- und privater Finanzierung war nicht immer sauber, die Konditionen für Ausbildungen wurden während laufender Prozesse verändert, private Therapien wurden über Tauschhandlungen vergütet, und wenn es dann im Verlauf der Therapie zu Konflikten kam, entwickelten sich die unklaren wirtschaftlichen Konditionen zu Beschwerde-Anlässen.

Folgende über den Einzelfall hinaus laufende Einsichten konnten wir aus der Bearbeitung solcher Beschwerden sowie den Erfahrungen mit den stets von uns vorgeschlagenen – und in unterschiedlichem Maße akzeptierten bzw. erfolgreich durchgeführten – Vermittlungsversuchen gewinnen:

1. Einige Beschwerden betrafen schlicht Unkorrektheiten im Verhalten der Therapeuten bzw. Anleiterinnen, bei denen die Regeln des fairen geschäftlichen Umgangs miteinander missachtet oder in extremen Fällen sogar strafrechtlich relevante Übergriffe begangen wurden. Weitere problematische Verhaltensweisen ließen sich eindeutig als therapeutisch fragwürdiges Vorgehen beurteilen. Alle diese Fälle betrafen also menschlich und fachlich zweifelhaftes Verhalten. Es hätte daher keiner zusätzlichen moralischen Kriterien benötigt, um das therapeutische oder beraterische Handeln bzw. das Verhalten der Auszubildenden als falsch oder gar schädigend zu qualifizieren.

2. Als Ethik-Kommission waren wir gefragt, wenn die moralische Qualität nicht eindeutig zu beurteilen war bzw. wenn in wenigen Fällen verschiedene moralische Werte miteinander konkurrierten. Solche Probleme treten z. B. nicht selten auf, wenn Therapeutin und Klient unterschiedliche Einschätzungen zum Therapie-Ende haben. Die Therapeutin erkennt etwa auch nach sorgfältiger Supervision in einer therapeutischen Beziehung keine Entwicklungsmöglichkeiten für den Klienten mehr oder ist selbst in dieser Beziehung in ihrer Selbstaktualisierung und Authentizität gehemmt. Der Klient hat das Gefühl, dass die Therapeutin ihre Zusagen auf ausreichende Auseinandersetzung mit ihr nicht einhalte, empfindet die Beendigung der Therapie keinesfalls als qualifiziert und erlebt, dass seinen vielen Erfahrungen von enttäuschten Beziehungen eine weitere hinzugefügt werde. Versucht man eine ethische Bewertung auf der Basis eines Richtlinien- oder Prinzipien-Ansatzes, stehen letztlich zwei Prinzipien gegenüber, die beide mit einer gewissen moralischen Berechtigung vorgetragen werden: Die Therapeutin nimmt ihr Recht auf Selbstsorge und Respektierung ihrer fachlichen Kompetenz in Anspruch, der Klient wiederum sieht sein Recht auf Fürsorge und Schadensvermeidung missachtet. Ein Vermittlungsversuch hat wenig Aussicht auf Erfolg, weil voraussichtlich jede weitere Begegnung ein „Mehr des Gleichen“ in dem Teufelskreis von Ablehnungsnot auf der einen und Abgrenzungsnot auf der anderen Seite produziert. Auf der Ebene moralischer Prinzipien ist ein solcher Konflikt gerade nicht lösbar – es bleibt nur, gemeinsam nach einem vertretbaren Ausweg zu suchen, der – wenn überhaupt – einzig in dieser individuellen Situation Geltung beanspruchen kann.
3. *Zusätzliche* moralische Regeln schienen nach der Auswertung der Beschwerde-Fälle aus sachlichen Erwägungen eigentlich nicht notwendig; allerdings waren wir überzeugt, dass eigentlich selbstverständliche moralische Prinzipien, die entweder im therapeutisch korrekten Verhalten bzw. im angemessenen fairen zwischenmenschlichen Umgang Ausdruck finden, doch einer ausdrücklichen Formulierung und vor allem einer legitimierten Inkraftsetzung bedürften. Denn diese Regeln wurden im therapeutischen und beraterischen Umgang zwar keinesfalls dauernd, aber dennoch häufiger verletzt, als es dem Personzentrierten Ansatz und überhaupt psychotherapeutischem Handeln gut tun konnte.
4. Auf der anderen Seite macht das Beispiel unter 2. deutlich, dass das beraterische und therapeutische Handeln jederzeit – oder zumindest schneller als gedacht – Anlässe für ethische Reflexionen provoziert, wenn nämlich mit üblichen moralischen Kategorien wie Fairness ein Dilemma etwa zwischen Patienten-Fürsorge und Selbstschutz nicht mehr einfach entschieden und aufgelöst werden kann.
5. Schließlich diskutierten wir lange, wie wir das Bewusstsein der moralischen Bedeutsamkeit des eigenen Tuns und auch der Sensibilität für die moralische Qualität des therapeutischen und beraterischen Handelns im Rahmen von Supervisionsprozessen und in der Aus- und Weiterbildung erhöhen konnten (Holzbecher & Wittrahm, 2008).

So entschieden wir uns, dem Verband einen Kanon von Regeln moralisch korrekten Handelns in Therapie und Ausbildung anzubieten (Arnold, 1994; Arnold u.a., 2006). Darüber hinaus formulierten wir Hinweise, welche klaren vertraglichen Vereinbarungen in die Ausbildungsordnungen eingefügt werden sollten. Mit dieser Hinwendung zu einem Set von Regeln – nicht zuletzt, weil ein solches Konzept auch den Nutzern am besten verdeutlicht, was sie von einer korrekt handelnden Therapeutin erwarten können bzw. was sie auf keinen Fall un widersprochen hinnehmen sollten –, hatten wir auch gleichzeitig die Entscheidung getroffen, dem im Gesundheitswesen allgemein leitenden *prinzipienethischen* Konzept zu folgen (Beauchamp & Childress, 2001): Wir schlugen dem Verband „Ethische Richtlinien“ – eigentlich richtiger „*Moralische Richtlinien*“ – vor. Der Vorteil dieses Ansatzes liegt unzweifelhaft in seiner Klarheit und Eindeutigkeit. Einschränkungen findet jedes prinzipienethische Konzept allerdings darin, dass sich die Wirklichkeit in vielen Fällen als komplexer entpuppt als klare Gebote und Verbote – etwa, wenn es um das Handeln in Grauzonen geht oder wenn verschiedene Prinzipien miteinander in Konflikt geraten (Heffels, 2007).

## 2 Die Spannung zwischen einer Prinzipienethik und dem Personzentrierten Ansatz

Inzwischen wächst in mir die Überzeugung, dass dieser prinzipienethische Ansatz innerhalb der GwG eine lebendige und intensive Diskussion ethischer Fragen erschwert hat. Schon von Beginn an gab es berechtigte kritische Anfragen in verschiedenen Mitgliederversammlungen und später Delegiertenversammlungen, ob es so etwas wie moralische Standards wirklich brauche. Vor allem aber fanden etliche Angebote von Mitgliedern des AfE auf verschiedenen Fortbildungsveranstaltungen ebenso wie Einladungen zu Diskussionen in der GwG-Zeitschrift nur begrenzte Resonanz, und vor allem sind wir insgesamt gesehen selten von den Fachkolleginnen und -kollegen in ethischen Zweifelsfragen um Beratung gefragt worden – die Beschwerden von Betroffenen überwogen bei weitem. Wenn wir Kritik am Projekt „Ethik in der GwG“ hörten, dann wurde zum einen argumentiert, dass sich entsprechende Regeln auch in den Berufsordnungen der Therapeutinnen, Berater und Lehrer finden. Sie stellten also in gewisser Weise eine fragwürdige Verdoppelung dar (GDPs & BDP, 1999). Zum anderen wurde mit gewisser Berechtigung gefragt, ob und wie sich ein solches eindeutiges moralisches Regelwerk überhaupt mit dem sehr of-

fenen und optimistischen Person- und Beziehungsmodell des Personzentrierten Ansatzes verträglich, inwieweit also dessen Anspruch nicht ausgerechnet in den moralischen Prinzipien der GwG in unzulässiger Weise verkürzt wird.

Ich möchte in der Antwort auf diese bedenkenswerte Kritik differenzieren. Zum damaligen Zeitpunkt Ende der 90er Jahre war es wohl notwendig und richtig, dass die GwG ein Zeichen für moralische Klarheit und Integrität setzte – vor allem nach außen, in Richtung auf Klienten und Kooperationspartner. Mit dem Faltblatt „Ethische Richtlinien“ wurde den (potentiellen) Klientinnen und Klienten eine klare Orientierung über ihre legitimen Ansprüche und Rechte an die Hand gegeben, und für jeden wurde deutlich, für welche Werte die GwG steht.

Die Frage, inwieweit ein strenges Regime fester moralischer Prinzipien nicht das personzentrierte Handeln konterkariert oder zumindest, ob eine Auseinandersetzung um die ethische Qualität des Personzentrierten Ansatzes nicht viel umfangreichere Auseinandersetzung um Haltung, Verantwortung, Beziehung, Fürsorge und Selbstsorge, emotionale Nähe und Respekt gegenüber Grenzen benötigt, steht jedoch eher am Anfang (Schmid, 1996). In den letzten Jahren ist unser Blick als AfE deutlich stärker in diese Richtung gelenkt worden. Ethische Fragen – hinsichtlich der *Begründung* moralischer Anforderungen an Therapeutinnen und Berater wie auch hinsichtlich der Fragen nach dem angemessenen ethischen Modell für den Personzentrierten Ansatz – sind in den Fokus gerückt. Das hängt zunächst damit zusammen, dass das Thema „Beschwerden über Regelverstöße“ gut bei der Schiedsstelle und ihrem Verfahren aufgehoben ist. Es spielt sicher weiterhin eine Rolle, dass vor allem das psychotherapeutische Handeln durch die Kammern seine eigenen Regelungsinstanzen gefunden hat – und der „Common sense“ über moralisch korrektes Verhalten auch gerade in asymmetrischen Beziehungen im Gefolge verschiedenster gesellschaftlicher Diskurse deutlich gefestigt erscheint.

Damit hat umgekehrt der Raum für *ethische* Diskussionen um den Personzentrierten Ansatz zugenommen. In jüngerer Zeit haben wir uns beispielsweise mit Anfragen nach der Vereinbarkeit bestimmter psychiatrischer Methoden mit einer personzentrierten Haltung beschäftigt. Wir mussten uns Gedanken über die Abwägung zwischen dem Persönlichkeitsschutz minderjähriger Klientinnen und Klienten und der Dokumentation von Therapien zu Demonstrationszwecken machen. Wir begannen, die GwG und ihre Therapeuten und Beraterinnen auch als sozialpolitische Akteure wahrzunehmen und uns in Diskussionen um die Gewährleistung des Rechts auf psychische Gesundheit resp. Behandlung angesichts der Krise des Sozialstaates einzumischen (Isele, 2009). Alle diese Themen haben gemeinsam, dass es nicht mehr um die Anwendung oder Abwägung von moralischen Prinzipien geht, sondern um die Beratung, wie Menschen mit einem

personzentrierten Ethos ihrer beruflichen oder auch zivilgesellschaftlichen Verantwortung gerecht werden.

### 3 Verantwortungsethik – der Weg zum personzentrierten ethischen Diskurs

Damit kommen zwei neue Begriffe in die Debatte, die insgesamt in den ethischen Diskursen der Gegenwart eine verstärkte Rolle spielen – „Verantwortung“ als personale Kategorie der Abwägung und Verpflichtung auf das, was in der jeweiligen Situation angesichts der individuellen Zielvorstellung und unter Abwägung der relevanten Bedingungen als die bestmögliche Lösung angesehen werden kann (Heffels, 2007), und „Beratung“ als die angemessene Handlungsform von Menschen, die anderen Unterstützung in dieser Entscheidungsfindung anbieten. Der vom Dialog, von der Wechselseitigkeit, von einer Dialektik von Freiheit und Bezogenheit geprägten Anthropologie des Personzentrierten Ansatzes entspricht eine Ethik der Verantwortung. In Verantwortung sich selbst gegenüber, gegenüber der Klientin, den Sachgegebenheiten, gegenüber Dritten und der Gesellschaft insgesamt gilt es, nach dem jeweils bestmöglichen realisierbaren Handeln zu suchen, wobei „bestmöglich“ durchaus mit den ursprünglichen Rogers'schen Vorstellungen von Förderung der Kongruenz und des Wachstums des Klienten qualifiziert werden darf.

Um diese Suche nach den bestmöglichen Entscheidungen und Handlungen zu „erden“, hilft es, im Konfliktfall oder bei grundsätzlichen Fragen im Diskurs (mit sich selbst, mit dem Klienten, mit der Supervisionsgruppe oder ggf. mit den AfE-Mitgliedern) mehrere Ebenen abzuprüfen (vgl. Heffels, 2007):

- 1) Besteht für die anstehenden Fragen überhaupt Zuständigkeit, und stehen die notwendig Ressourcen und Kompetenzen zur Bearbeitung zur Verfügung? Gibt es einen Verstehenszugang zu dem Problem und zu den Problembeteiligten?
- 2) Welche Erwartungen sind im Spiel, welche Werte und Normen sind tangiert oder im Konflikt miteinander (wo ist also das moralische Problem), und warum lässt sich dieser Konflikt nicht eindeutig beurteilen bzw. lösen (was ist also die ethische Frage)?
- 3) Welche Regeln, Gesetze, Standards, berufsethischen Leitbilder sind tangiert und warum treffen diese in der konkreten Frage nicht zu oder reichen nicht aus?
- 4) Welche bestmögliche Lösung steht auf dem Hintergrund der absehbaren Folgen und angesichts der personzentrierten Wertsetzungen zur Verfügung, und ist diese mit den Betroffenen nach Möglichkeit gemeinsam zu erörtern und zu tragen?

Diese Heuristik ethischer Vergewisserung in moralischen Fragen korrespondiert angesichts der enthaltenen Freiheitsgrade der Beurteilung grundsätzlich mit dem Personzentrierten Ansatz; eine besondere Affinität besteht allerdings auf der ersten und auf der vierten Ebene mit der besonderen Betonung und Kompetenz des Verstehens und der Festlegung, dass die Entscheidungsmächtigkeit beim Handelnden verbleibt. In der einen oder anderen Konfliktsituation haben wir uns in jüngerer Zeit an dieser Heuristik orientiert – unsere Entscheidungen sind dadurch nicht leichter und vielleicht nicht einmal besser geworden – auf jeden Fall aber hat die Qualität der Begründungen zugenommen und findet vor allem zunehmend Bestand gegenüber Anfragen aus einer personzentrierten Haltung.

Damit lässt das Wirken des heutigen Ausschusses für Ethische Fragen und Beschwerden deutlich engere Bezüge zum personzentrierten Selbstverständnis erkennen. Die unvertretbare, aber nicht unbegrenzte Verantwortung der Person, die ein qualifiziertes Beziehungsangebot zum Zweck der Wachstumsförderung ihres Klienten macht und damit vor allem Verantwortung für den Prozess übernimmt, und Beratung, d.h. eine Form der Freiheit ermöglichenden und frei lassenden Begegnungsform sind Essentials des personzentrierten Person-, Beziehungs- und Handlungsverständnisses.

Wir hoffen als Mitglieder des AfE damit unsererseits den Mitgliedern der GwG ein Beziehungsangebot zu machen, das Bereitschaft zur ethischen Reflexion ihrer Verantwortung für die Klientinnen und Klienten und für das Gesundheitswesen weckt, ohne den Verdacht der Bevormundung aufkommen zu lassen, und so die Qualität unseres Beratungs- und Therapieangebotes in zunehmend unsichereren Zeiten weiter fördert.

#### Literatur

- Arnold, E. (1994). Berufsethische Richtlinien als Strategie zur Etablierung ethischer Grundsätze in der Psychotherapie. In E. Arnold & U. Sonntag (Hrsg.), *Ethische Aspekte der psychosozialen Arbeit*. (S. 205-221). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Arnold, E., Franke, B., Holzbecher, M., Illhardt, F.-J., Lezius-Paulus, R. & Wittrahm, A. (Hrsg.), (2006). *Ethik in psychosozialen Berufsfeldern. Materialien für Ausbildung und Praxis*. Köln: GwG-Verlag.
- Arnold, E., Illhardt, F.-J. & Wittrahm, A. (1996). Auf dem Weg zu ethischen Leitlinien für Personzentriertes Handeln in Therapie und Beratung. *Personzentrierte Psychotherapie und Beratung*, 27(2), 14-22.
- Bachmann, K. M. & Böker, W. (Hrsg.), (1994) *Sexueller Missbrauch in Psychotherapie & Psychiatrie*. Bern: Huber.
- Beauchamp, T. & Childress, J. (2001). *Principles of Biomedical Ethics*. 5th. Ed. Oxford: University Press.
- DGPs & BDP (1999). Ethische Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychologie e.V. und des Berufsverbands Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V., veröffentlicht unter: <http://www.bdp-verband.de/bdp/verband/ethik.shtml> (Zugriff am 5.5. 2013).

- Heffels, W. M. (2007). Die Herausbildung des verantwortlichen Handelns als regulative Idee des Pädagogischen. In W. M. Heffels, D. Streffer & B. Häusler (Hrsg.), *Macht Bildung kompetent?* (S. 9-42). Opladen: Budrich.
- Holzbecher, M. & Wittrahm, A. (2008). Ethik in psychosozialen Berufsfeldern: Ein Thema für die Ausbildung im Personzentrierten Ansatz. *PERSON*, 12(1), 5-11.
- Holzbecher, M. (2011). Sexualisierte Grenzverletzungen. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 41(2) S. 92-93.
- Isele, G. (2009). Der Prozess der Ökonomisierung im Gesundheitswesen als Herausforderung. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 39(1), 15-17.
- Schmid, P. F. (1996) *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis. Ein Handbuch*. (S. 521-532). Paderborn: Junfermann.



Prof. Dr. Andreas Wittrahm, Bereichsleiter „Facharbeit und Sozialpolitik“ beim Caritasverband für das Bistum Aachen, Honorarprofessor für Psychologie im Fachbereich Gesundheitswesen an der Kath. Hochschule NRW, Abt. Köln, Mitglied des Ausschusses für Ethische Fragen und Beschwerden der GwG seit 1993. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Lehraufträge und Publikationen zu Entwicklung und Sozialpolitik in der Gesellschaft des langen Lebens und Ethik im Sozial- und Gesundheitswesen; Mitglied im Fachbeirat der Zeitschriften „Person“ und im Board des „PCEP-Journal“.

Kontakt:

Prof. Dr. Andreas Wittrahm  
Robert-Reichling-Str. 17, 47807 Krefeld